

ISSN 1811-0185

# Менеджер здравоохранения

№1. 2008



## Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003

Кривая роста числа судебных исков в отношении медицинских работников в Российской Федерации

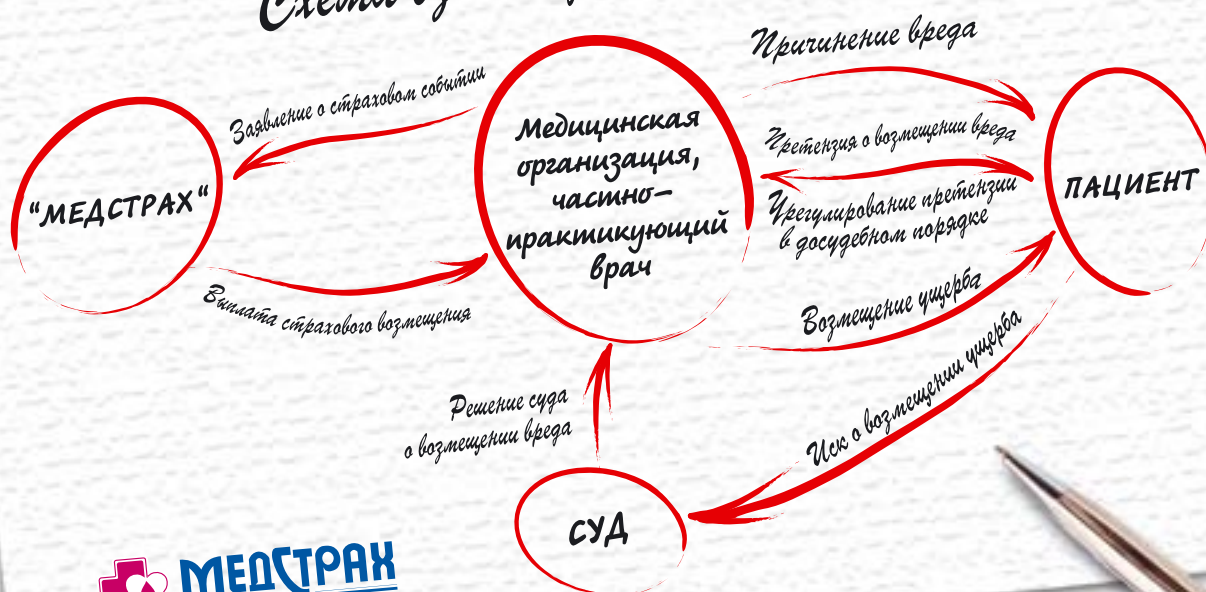


## Страхование

профессиональной ответственности медицинских работников

**Доступный и эффективный способ защиты медицинских работников**

### Схема взаимодействия сторон



**Работайте спокойно!**



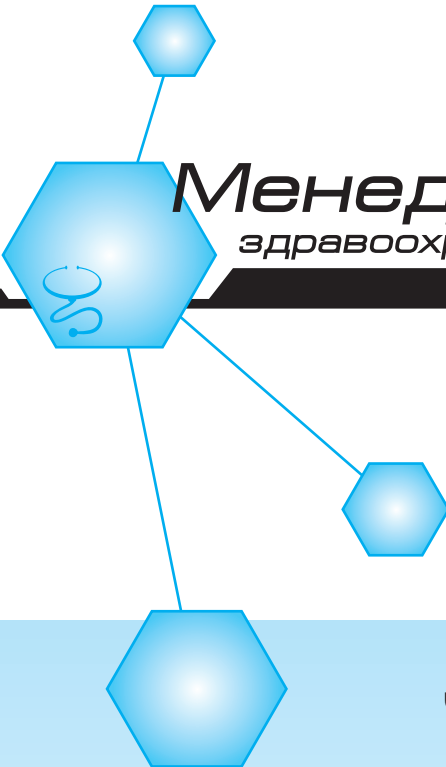
«МЕДСТРАХ» организует:

- урегулирование претензии в досудебном порядке;
- юридическую и медико-экспертную поддержку медицинской организации или медицинского персонала в судебном процессе.

**По договору страхования «МЕДСТРАХ» возместит сумму причиненного ущерба**

Тел.: **+7 (495) 101-40-66** (круглосуточно)

E-mail: [info@medstrakh.ru](mailto:info@medstrakh.ru) [www.medstrakh.ru](http://www.medstrakh.ru)



# Менеджер

здравоохранения

## ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ Проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения
- ✓ К вопросу о разделении скорой и неотложной помощи
- ✓ Эволюция потребности клиники в компонентах крови
- ✓ Верховный суд РФ: подлежит ли применению номенклатура специальностей в учреждениях здравоохранения РФ
- ✓ Об изменениях номенклатуры специальностей в учреждениях здравоохранения
- ✓ Пациент как партнер врача в управлении качеством медицинской помощи

# Менеджер здравоохранения

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

**Редакционная коллегия:**

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

№1  
2008

## В номере:

### МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

О проблемах инновационной политики  
в отечественном здравоохранении  
и необходимости создания кластеров  
медицинских инноваций

В.К. Беляков, Д.В. Пивень, Д.П. Антонов

4-11

Актуальные вопросы организации  
амбулаторно-консультативного отделения  
на базе крупного стационара экстренной помощи

Б.М. Тайц, А.Б. Тайц

12-19

Оценка современного состояния здоровья  
населения и ресурсов здравоохранения  
в Российской Федерации

С.А. Никифоров

20-26

### ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Актуальные вопросы экономики  
в деятельности станции скорой  
медицинской помощи Санкт-Петербурга

И.П. Николаева

27-30

### КОРПОРАТИВНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

О корпоративной культуре в медицине  
и здравоохранении

И.А. Тогунов

31-33

### КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Центр научно-технической информации «Прогресс»

34

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

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

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

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

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

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

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

## ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

### Взгляд на проблемы муниципального здравоохранения: комментарии к статье «Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые уроки»

Л.С. Горболевская

35–38

### Подведены итоги голосования и определены победители в номинациях Издательского дома «Менеджер здравоохранения»

39

## Органайзер

- Всероссийская конференция «Реализация инвестиционных проектов в сфере здравоохранения: интеграция государства и бизнеса»
- Всероссийская конференция «Информатизация здравоохранения-2008»

40–44

## ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Классификация затрат медицинского учреждения

Ф.Н. Кадыров

45–52

## Вопросы и ответы

Ф.Н. Кадыров

53–55

## Консультирует МЗ

Ф.Н. Кадыров, И.С. Хайруллина

56–80

- Классификация производителей медицинских услуг
- Общероссийский классификатор форм собственности ОК 027-99
  - Общероссийский классификатор организационно-правовых форм ОК 028-99

## «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

### Адрес редакции:

127254, г.Москва,  
ул. Добролюбова, д. 11, офис 406  
idmz@mednet.ru  
(495) 618-07-92, +7(915) 025-51-69

### 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:

Л.И.Чекушкина

### Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»  
Годовая — 20102  
Полугодовая — 82614

Отпечатано в  
типографии «Стрит Принт»  
Заказ № 1993

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»



**В.К. Беляков,**

д.м.н., председатель правления АНО «Здоровье работающего населения России»

**Д.В. Пивень,**

д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского государственного института усовершенствования врачей

**Д.П. Антонов,**

к.э.н., заместитель председателя правления АНО «Здоровье работающего населения России»

# О ПРОБЛЕМАХ ИННОВАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ КЛАСТЕРОВ МЕДИЦИНСКИХ ИННОВАЦИЙ

**Н**адо отдать должное, что в последние годы властные структуры Российской Федерации активно ищут новые механизмы, обеспечивающие создание, внедрение и широкое распространение инновационных технологий в самых разных сферах. Об этом свидетельствует и работа по созданию технопарковых зон, и большое внимание к развитию частно-государственного партнёрства, в том числе и деятельность, направленная на поддержку инновационных компаний.

Крайне важным шагом в формировании инновационной политики явилась разработанная Минэкономразвития РФ Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на 2008–2020 годы. В данном документе определены основные направления создания национальной инновационной системы и поддержки технологического развития.

В этой связи возникает необходимость в формировании отраслевой инновационной политики и в здравоохранении, где потребность в разработке и внедрении медицинских инноваций остаётся не только очень высокой, но и в перспективе будет только нарастать. Очевидно, что повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе с использованием инновационных технологий, не может иметь каких-либо ограничений. Именно поэтому указанная выше Концепция, на наш взгляд, является очень своевременным документом, требующим дальнейшего развития применительно к вопросам охраны здоровья граждан России.

Так что же мы понимаем под инновационной политикой в отечественном здравоохранении, почему её надо формировать, что этому препятствует и какие механизмы для её реализации могут быть сегодня предложены? Именно на эти вопросы мы и постараемся дать ответ в предлагаемом материале.

© В.К. Беляков, Д.В. Пивень, Д.П. Антонов, 2008 г.



**Инновационная политика в здравоохранении** — политика, направленная на создание (либо приобретение), внедрение и распространение инновационных медицинских технологий с целью повышения качества и доступности медицинской помощи.

Очевидно, данное определение может сразу вызвать встречный вопрос. А разве у нас в стране нет такой политики? Ведь есть много федеральных научных центров, занимающихся разработкой и внедрением медицинских инноваций. Кроме того, во многих субъектах Федерации имеются крупные региональные клиники, которые тоже ведут эту работу. Всё активнее стараются участвовать в продвижении инноваций и представители медицинского бизнеса. А за порядком применения новых технологий зорко бдит Росздравнадзор, в котором имеются соответствующие структурные подразделения. И при этом надо отметить, что деятельность всех указанных структур достаточно жёстко регламентируется соответствующей нормативно-правой базой.

Как известно, ничего не появляется на пустом месте, и у нас, действительно, есть ведущие научные и образовательные медицинские учреждения, крупные клиники в регионах, где также создаются уникальные технологии.

Но есть и проблемы, прежде всего связанные с **широким внедрением** медицинских инноваций и, как следствие, с **обеспечением их доступности** как для специалистов, так и для нуждающихся пациентов.

И здесь возникает новый вопрос: «А что нельзя решить эти проблемы в рамках действующей, давно сложившейся и для всех вполне привычной системы научной, образовательной деятельности и практического здравоохранения?» На наш взгляд, ответ на данный вопрос неоднозначен.

Безусловно, предпринятые в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» шаги, направленные на увеличение объёмов высокотехнологичной (дорогостоя-

щей) медицинской помощи населению, как в федеральных, так и в региональных клиниках, являются необходимыми и очень значимыми. В то же время надо отметить, что на данном этапе мы всё-таки только навёрстываем упущенное и стараемся обеспечить доступность тех технологий, которые давно на потоке в развитых странах. Именно в этом направлении и проводится сегодня работа с помощью выделяемых федеральных квот.

Между тем уже сейчас надо думать о том, как оптимизировать организацию инновационной медицинской деятельности. Задача эта весьма непростая. Казалось бы, простейшая формула её решения заключается в следующем: «Дайте денег на науку, и всё решим (разработаем и внедрим) в кратчайшие сроки». С одной стороны, полностью согласны с тем, что, действительно, отечественная наука, и медицинская особенно, крайне нуждается в увеличении объёмов финансирования. В то же время, с другой стороны, в российском здравоохранении существует целый ряд факторов, создающих серьёзные препятствия внедрению медицинских инноваций и тем самым значительно затрудняющие их доведение до потребителя. К указанным факторам, на наш взгляд, относятся следующие:

- разработка медицинских инноваций зачастую никак не скоординирована с возможностями их использования в практическом здравоохранении, что приводит к их неоправданной невостребованности и естественно затрудняет появление инноваций следующего поколения;

- как правило, нет полной и своевременной информации о тех медицинских инновационных технологиях, которые появились и активно внедряются за рубежом;

- децентрализация системы управления усилила разобщённость систем научного поиска, подготовки кадров и практического здравоохранения;

- практическому здравоохранению далеко не всегда удаётся выступить в роли грамотного заказчика с чётким обоснованием





необходимости создания тех или иных технологий;

— действующая система подготовки кадров не отличается гибкостью, часто не учитывает и не формирует сегодня потребности в кадрах, способных разрабатывать, внедрять и широко использовать медицинские инновации;

— отрасль недостаточно быстро насыщается информационно-коммуникационными технологиями.

Следует отметить, что перечисленные факторы носят объективный характер и преодолеть их в рамках сложившейся системы разработки и внедрения новых медицинских технологий достаточно трудно. В то же время очевидно и другое. Количество, сложность инноваций, необходимость их скорейшего доведения до потребителя растут в геометрической прогрессии. И при этом, как было отмечено выше, не менее быстро растут и соответствующие потребности. В этой связи неизбежно возникает тема оптимизации инновационной деятельности.

Сразу хотим подчеркнуть, что выбор механизмов указанной оптимизации не предполагает и не должен предполагать ломки существующей системы. Речь не идёт о стремительной замене действующей и хорошо проверенной машины на что-то новое и пока не апробированное в отечественном здравоохранении. В то же время подчеркнём, что и времени терять нельзя. Сейчас, как никогда, необходимы поиск и внедрение новых организационных решений, позволяющих модернизировать систему разработки и дальнейшего тиражирования медицинских инноваций.

Для сравнения предлагаем рассмотреть несколько возможных вариантов оптимизации работы по созданию и продвижению медицинских инноваций.

Вариант первый. Многие помнят, что ещё в период развитого социализма весьма перспективной в плане совершенствования научной и внедренческой деятельности была

организация научно-производственно-образовательных комплексов. Формирование подобных структур, безусловно, сыграло свою положительную роль. Указанная схема распространена и в наши дни. В большинстве регионов есть примеры, когда тесно и весьма эффективно взаимодействуют друг с другом крупная клиника, образовательное учреждение и научный центр. В то же время по-прежнему интересной и ещё более актуальной остаётся идея координации работы по созданию и широкому внедрению новых технологий. Следовательно, в рассматриваемом варианте для нас крайне важен и полезен опыт, который и необходимо трансформировать и развить не только в жизнеспособную, но и более эффективную для современных условий модель.

Вариант второй, который также может быть рассмотрен для оптимизации инновационной деятельности, предполагает дальнейшее совершенствование системы государственных (муниципальных) заказов на разработку и внедрение медицинских инноваций. Как известно, подобная схема работы весьма широко используется сегодня и на федеральном, и на региональном, и на муниципальном уровнях. С одной стороны, система государственных (муниципальных) заказов на разработку новых медицинских технологий имеет очевидные достоинства и прежде всего это гарантированное финансирование для участника выполнения заказа. В то же время, с другой стороны, не менее очевидны и её недостатки, которых немало.

Во-первых, процесс формирования государственных (муниципальных) заказов осуществляется органами практического здравоохранения, которым самостоятельно крайне трудно разработать технические задания, учитывающие не только достижение желаемого результата, но и реальные возможности потенциальных исполнителей.

Во-вторых, государственные (муниципальные) заказы часто предполагает только разработку новых технологий, но не их широкое



внедрение. В итоге после разработки и передачи конечного продукта заказчику возникают как минимум две проблемы. Первая — это отсутствие дальнейшего интереса к созданной продукции и со стороны исполнителя, и со стороны заказчика, так как документы оформлены, деньги проплачены и в общем тема закрыта. Вторая проблема связана с тем, что при отсутствии внедрения эффективность новых разработок не получает своего подтверждения более или менее широким использованием. А это — крайне негативный факт не только для практического здравоохранения, но и для системы научного поиска, так как практически не возникает обратной связи между потребителем и создателем инновации.

В-третьих, отбор исполнителей государственных (муниципальных) заказов на инновационные разработки осуществляется по крайне громоздкой и формализованной схеме, соответствующей требованиям ФЗ-94 со всеми внесёнными в него изменениями. Указанная схема носит примитивно-универсальный характер и поэтому абсолютно одинакова как для приобретения гвоздей, так и для создания медицинских инноваций. Однако разработка последних без дальнейшего внедрения крайне убыточна с экономической точки зрения, а научную деятельность это всё больше переводит в область теоретических исследований и не способствует её гармоничному развитию.

В-четвертых, действующая система государственных (муниципальных) заказов мало применима к созданию инноваций. Как можно на конкурсной основе выбрать лучшее из того, чего ещё нет, а только предлагается разработать?

Таким образом, два рассмотренных выше варианта даже при наличии определённых достоинств не позволяют сколько-нибудь существенно оптимизировать процесс медицинской инновационной деятельности.

В данной статье мы не стали рассматривать и анализировать рутинный вариант подготовки

специалистов в аспирантуре, докторантуре, технологию инновационной деятельности в рамках выполнения и защиты кандидатских и докторских диссертаций. Всё это, безусловно, нужно. Но вместе с тем ещё раз подчеркнём, что параллельно с этим назрела настоятельная необходимость поиска новых путей совершенствования работы по созданию и внедрению медицинских инноваций.

И здесь мы предлагаем ещё один вариант развития инновационной деятельности, в основу которого положена идея формирования в Российской Федерации кластеров медицинских инноваций.

В недавно разработанной Минэкономразвития Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на 2008–2020 годы в качестве одного из основных направлений развития национальной инновационной системы и поддержки технологического развития определена задача выявления и стимулирования развития возникающих кластеров, в рамках которых образуются устойчивые связи между участниками инновационной системы.

Для начала надо ответить на вопрос: «Так что же такое медицинский кластер?» Анализируя имеющуюся по этому поводу информацию, кластер можно определить как объединение различных компаний (организаций, учреждений), заинтересованных в продвижении медицинских товаров и услуг определённого вида, в том числе и для коммерциализации научных разработок, каким-либо образом связанных с этими товарами и услугами.

Определение же **кластера медицинских инноваций** применительно к российской действительности может быть следующим. Кластер медицинских инноваций — комплексная структура, объединённая одним технологическим процессом, конечным продуктом которого является медицинская инновация, созданная усилиями всех участников процесса, включающего представителей науки, практического здравоохранения,





органов власти, медицинского образования и медицинского бизнеса.

Важнейшим элементом, обеспечивающим эффективную деятельность кластера, является участие в его деятельности не только государственных, муниципальных, но и самых разных бизнес-структур. При этом участие последних должно стимулироваться инвестиционной привлекательностью проектов по созданию, внедрению и распространению медицинских инноваций. Одно из важнейших направлений деятельности кластеров — это продвижение инноваций на рынке путём коммерциализации продуктов инновационной деятельности.

Следует отметить, что авторы данной публикации совсем не предлагают автоматически в неизменном виде перенести зарубежную схему создания медицинских кластеров в отечественное здравоохранение. В таком случае идея окажется нежизнеспособной. На наш взгляд, формирование кластеров медицинских инноваций в Российской Федерации должно реализовываться с учётом трёх обязательных принципов.

1. Не разрушать, как уже было отмечено выше, сложившуюся в стране систему научного поиска и разработки новых технологий.
2. Учесть наиболее важные положительные стороны поддержки разработки и внедрения медицинских инноваций, которые были в советское время и существуют сегодня.
3. Определить оптимальные условия для формирования кластеров медицинских инноваций с учётом направлений и объёмов их деятельности.

Кратко остановимся на последнем принципе и постараемся оценить наличие условий в Российской Федерации для развития инновационной медицины и создания соответствующих кластеров.

Из указанных условий можно отметить наличие следующих:

- медленные, но всё-таки позитивные структурные изменения в экономике;
- реальное укрепление ресурсной базы здравоохранения в последние два года;

- мощный научный потенциал;
- качественная база подготовки медицинских кадров;
- формирование политики частно-государственного партнёрства и наполнение её конкретными мерами, в том числе через создание Российской венчурной компании, венчурных фондов и инновационных компаний;
- активное формирование институтов гражданского общества, стимулирующих инициативы, направленные на решение наиболее актуальных для самых широких социальных слоёв вопросов, к которым относится и распространение медицинских инноваций.

С учётом изложенного выше можно сформулировать цель и задачи формирования кластеров медицинских инноваций в отечественном здравоохранении.

**Цель** — повышение качества и доступности медицинской помощи через внедрение и распространение медицинских инноваций в здравоохранение Российской Федерации.

### **Задачи.**

- Создание замкнутого цикла жизни медицинских инноваций: разработка, внедрение, использование.
- Интеграция усилий медицинской науки, властных структур, практического здравоохранения, образовательной системы, бизнес-общества, медицинских организаций по совершенствованию инновационной медицинской деятельности, сосредоточив основное внимание на отборе наиболее востребованных технологий и доведении их до потребителя.
- Создание новых методов диагностики и лечения, базирующихся на биотехнологиях и нанотехнологиях.
- Развитие предпринимательского интеллекта в сфере распространения медицинских инноваций.
- Коммерциализация инновационной деятельности, учитывающая не только наличие имеющегося рынка для распространения инновационных технологий, но и активно его формирующая.



- Повышение конкурентоспособности отечественной инновационной медицинской продукции и на внутреннем, и внешнем рынках.

- Формирование новой системы управления инновационной медицинской деятельностью.

- Повышение технологического уровня отечественной системы оказания медицинской помощи.

- Интеграция отечественных и зарубежных инновационных медицинских разработок в деятельность ведущих региональных медицинских центров.

- Создание новой модели кадровой работы, обеспечивающей не только подготовку кадров для внедрения и использования медицинских технологий, но и постоянное повышение их квалификации в непрерывном режиме.

- Привлечение отечественных и зарубежных инвесторов для развития и внедрения высокоэффективных, но при этом дорогостоящих технологий.

- Обеспечение участия российских организаций в наиболее перспективных иностранных научно-исследовательских и технологических проектах.

- Формирование корпоративных образцов распространения опыта по внедрению конкретных медицинских инноваций в целях его широкого тиражирования.

- Консолидация усилий с ведущими отечественными и зарубежными научно-исследовательскими центрами по продвижению наиболее эффективных медицинских технологий.

- Развитие информационно-коммуникативной среды для оптимального продвижения инноваций.

Организация кластеров медицинских инноваций с учётом поставленной цели и задач должна способствовать развитию **медицинского сектора национальной инновационной системы**. В свою очередь в рамках данной системы, как отмечено в указанной выше Концепции, должен быть сфор-

мирован «комплекс правовых, финансовых и организационных структур и механизмов, обеспечивающих процесс создания и распространения инноваций, производство и коммерческую реализацию научных знаний и технологий».

Одной из таких принципиально новых организационных структур, являющейся стартовым и базовым элементом кластера медицинских инноваций, должен стать соответствующий Центр. На наш взгляд именно организация самостоятельной структуры в виде **Центра медицинских инноваций** явится начальным этапом создания кластера медицинских инноваций, обеспечивающего создание замкнутого цикла для новейших прорывных медицинских технологий: создание — внедрение — распространение.

Указанный Центр должен стать основополагающей структурой, которая в последующем будет формировать устойчивые технологические связи, составляющие базовую организацию кластера. Для создания Центра медицинских инноваций могут и должны быть привлечены средства государства, бизнес-структур, любых заинтересованных в распространении медицинских инноваций юридических и физических лиц. Организационно-правовая форма Центра должна быть определена по соглашению всех сторон, участвующих в его создании. Возможность определённого выбора указанных форм сегодня существует в рамках действующего законодательства.

Основные задачи Центра:

- поиск **наиболее перспективных** тематических проектов, требующих консолидации федеральной и региональной власти, практического здравоохранения, исследовательской деятельности;

- организация работы по привлечению инвестиций;

- развитие комплексных исследований;

- техническое консультирование медицинских инновационных проектов различного уровня и поддержание на стадии их выполнения;





— поиск и привлечение зарубежных партнёров по внедрению медицинских инноваций в отечественное здравоохранение;

— обучение и повышение квалификации специализированных медицинских кадров и представителей медицинских бизнес-структур, участвующих в распространении медицинских инноваций;

— содействие в получении патентов и регистрации инновационных медицинских технологий;

— внедрение и распространение наиболее востребованных инноваций в практическом здравоохранении;

— организация работы по грантовой поддержке приоритетных медицинских исследований;

— обеспечение необходимой гибкости и оперативности в функционировании кластера медицинских инноваций;

— организационная деятельность для объединения различных структур, участвующих в создании и распространении инновационных технологий.

Следует отметить, что современное производство высоких технологий может базироваться только на процессах интеграции.

В этой связи **работа с регионами является одним из основных направлений при формировании кластера медицинских инноваций**. Органы государственной власти федерального центра и субъектов Федерации должны составлять основу в проведении политики, направленной на формирование кластеров инновационной медицины.

Мотивация в участии (создании) кластерных объединений для субъектов Федерации заключается:

— в обеспечении возможности распространения медицинских инноваций в практическом здравоохранении;

— в оптимизации и развитии инфраструктуры медицинских служб региона;

— в подготовке специалистов высокой квалификации;

— в эффективном использовании имеющегося дорогостоящего оборудования;

— в перспективах формирования инвестиционной привлекательности здравоохранения;

— в появлении дополнительных возможностей интеграции региональной медицинской науки, практического здравоохранения, медицинского образования и медицинского бизнеса;

— в обеспечении технологического прорыва в решении отдельных медико-социальных проблем;

— в появлении новых высокотехнологичных решений в деятельности по повышению качества и доступности медицинской помощи для населения.

Учитывая, что регионы Российской Федерации значительно отличаются друг от друга по уровню социально-экономического развития, на первых этапах реализации инновационной политики в здравоохранении целесообразно формирование соответствующих пилотных проектов. Для включения субъектов Федерации в пилотный проект по участию в кластере медицинских инноваций необходимо использование следующих критериев (характеристик):

— наличие квалифицированных кадровых ресурсов;

— возможности инвестирования средств из бюджетных и внебюджетных источников;

— проведение предварительной оценки возможности действующих в регионе бизнес-сообществ;

— уровень развития специализированной помощи и ее доступность для населения;

— исходный уровень материально-технической оснащенности здравоохранения;

— наличие или возможность появления ассоциированных структур;

— возможность и готовность к коммерциализации результатов инновационной медицинской деятельности;

— структура и эффективность используемых инноваций;

— готовность действующих специализированных медицинских кадров к дальнейшему обучению;



— качественный уровень руководства, в том числе его способность к анализу, планированию и оценке перспектив.

Учитывая важность и сложность поставленных задач, при проведении инновационной политики в здравоохранении регионов целесообразно комбинировать действующие системы с новой стратегией внедрения медицинских инноваций. Обязательным при этом является привлечение различных видов бизнеса и наиболее подготовленных специалистов. Необходимо, чтобы в работе по формированию кластера и созданию условий для привлечения инвестиций участвовали лично руководители регионов.

Считаем, что в работе по созданию кластеров медицинских инноваций целесообразно выделить ряд обязательных этапов:

- выявление и мотивацию потенциальных участников;
- разработку общей стратегии;
- создание Центра медицинских инноваций;
- разработку пилотных проектов;
- разработку стратегических проектов;
- стадию саморегуляции.

Например, очевидной мотивацией для многих потенциальных участников кластера может стать получение сведений о целом ряде медицинских инноваций в области кардиохирургии, нейрохирургии, онкологии, «доведение», внедрение и распространение которых представляют общий интерес для представителей медицинской науки, образо-

вания, практического здравоохранения, медицинской промышленности. Указанные инновации могут быть положены в основу пробных проектов с низким риском для возможных инвесторов.

Базисной структурой кластера медицинских инноваций является соответствующий Центр. Создание подобного Центра как интегрирующей и координирующей структуры — важнейшая задача при формировании кластера.

На стадии пилотного проекта в реальных условиях отрабатывается техническое взаимодействие между участниками образованного кластера.

На стадии стратегического проекта достигается необходимый уровень специализации и разделения труда.

На заключительной стадии кластер медицинских инноваций выходит на необходимый уровень самостоятельности и независимости, когда поддержка его со стороны становится неактуальной.

Таким образом можно заключить, что создание кластеров медицинских инноваций могло бы стать реальным механизмом в проведении и реализации инновационной политики в здравоохранении Российской Федерации. Со своей стороны считаем, что в качестве первого шага в этом направлении необходима разработка Концепции создания и деятельности кластеров медицинских инноваций в Российской Федерации как одного из приоритетных направлений инновационной политики.





**Б.М. Тайц,  
А.Б. Тайц,**

Елизаветинская больница ГОУ ДПО СПбМАПО, г. Санкт-Петербург

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ НА БАЗЕ КРУПНОГО СТАЦИОНАРА ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

**О**сновопологающей задачей реформирования первичного звена здравоохранения в Российской Федерации обозначен переход на принцип врача общей практики [1].

Поскольку в высокоразвитых странах эта задача была решена десятилетиями лет назад, то построение системы оказания медицинской помощи на первичном, вторичном и третичном уровнях осуществилось иначе.

Первичная медицинская помощь представлена врачами общей практики (ВОП), а врачи-специалисты, выполняющие функции консультантов, работают, как правило, в стационарах. Они ведут тяжелых больных, осуществляют оперативные вмешательства, принимают амбулаторно пациентов после выписки из стационара, участвуют в научно-практической работе и являются реальными врачами-консультантами для пациентов, направляемых врачами общей практики (семейными врачами), являясь высокими профессионалами в своей области медицины. Такая форма организации медицинской помощи проявила себя с положительной стороны и рекомендована ВОЗ [2, 3].

Первичная медицинская помощь в России до настоящего времени в подавляющем большинстве случаев представлена амбулаторно-поликлинической службой — поликлиниками для детей и для взрослого населения. Штат врачей-специалистов представлен в этих учреждениях. Эти врачи, имея в качестве основного места работы поликлинику, как правило, занимаются вопросами диагностики, лечения и реабилитации только амбулаторных пациентов. Уровень их квалификации зачастую нельзя признать высоким, так как они вынужденно отстранены от ведения сложных пациентов и ежедневного повышения квалификации в условиях крупного стационарного лечебного учреждения. Принятые несколько десятилетий назад методы прикомандирования амбулаторно-поликлинических врачей на несколько месяцев к больнице для повышения квалификации перестали практиковаться. Эти врачи загружены ежедневной рутинной работой, далекой от реально консультативной, так как практически каждый пациент, зачастую минуя своего участкового врача, выбирает для себя лечение у специалистов. Участковый врач иногда не знает, у каких врачей лечится его пациент, да это его не очень и беспокоит. Порой пациент одновременно лечится у 4–10 специалистов, у каждого получа-

© Б.М. Тайц, А.Б. Тайц, 2008 г.



ет предписания на прием 3–5 препаратов, многие из которых применять одновременно недопустимо. Полипрогмазия — это типичное явление в амбулаторном звене. Благо пациент не очень исполнительен, да и лекарственные препараты дороги, и не всем врачам доверяют больные, иначе от такого лечения вреда было бы больше. Ответственности одного врача за пациента и его здоровье нет, хотя требования и сегодня остаются прежними: 5 препаратов и более назначает клиничко-экспертная комиссия. У известного Приказа Минздрава РФ «О поэтапном переходе к организации ПМП по принципу врача общей практики (семейного врача)» в этом году юбилейная дата, 15 лет, но, как говорится, в ряде регионов «воз и ныне там», по всей России на должностях ВОП работают лишь немногим более 3 тыс. человек.

Появление офисов (центров) врача общей практики, семейной медицины в Санкт-Петербурге поставило перед стационарной службой задачу формирования амбулаторно-консультативных отделений, поликлинических отделений при больницах [4]. Как правило, они занимали свободные кабинеты, помещения, использовавшиеся ранее под другие нужды. Это явление вполне понятно, так как ранее в обычных городских больницах таких структурных подразделений, как поликлиника, амбулаторно-консультативное отделение, предусмотрено не было.

СПб ГУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» (Елизаветинская больница) не осталась в стороне от возникших в ходе реформ здравоохранения задач. В 2001 году был разработан предварительный проект размещения амбулаторно-консультативного отделения в 9-м блоке больницы — помещениях, где размещался архив историй болезни, библиотека, склады. Набор помещений был согласован со всеми заведующими отделений больницы. Кроме желания соответствовать тенденциям реформ в здравоохранении России, основным побуждающим моментом для организа-

ции амбулаторно-консультативного отделения явилась необходимость ускорения выписки пациентов из больницы и передачи на амбулаторный этап.

В результате программ реформ и модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга было принято решение о том, что пациенты по экстренным показаниям преимущественно должны поступать в стационары экстренной помощи, больницы, имеющие соответствующие кадры медицинского персонала, лечебно-диагностические службы, медицинскую аппаратуру и все необходимое для круглосуточного высококвалифицированного оказания помощи больным и пострадавшим. Таких основных больниц в Санкт-Петербурге было выделено 8: Больница Святого великомученика Георгия, Елизаветинская, Покровская, Мариинская, Александровская, № 26, № 15 и Институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. В отдаленных районах Санкт-Петербурга, бывших пригородах, Сестрорецке, Кронштадте, Пушкине, Петродворце, Колпино, эта функция осталась за местными стационарами.

В условиях роста госпитализации за последние годы вообще, особенно в стационары экстренной помощи с учетом переориентации потоков пациентов, направляемых и доставляемых скорой помощью в эти учреждения, с переводом их работы на круглосуточный прием по всем профилям утвержденного коечного фонда, эти стационары стали активно переполняться пациентами.

Одна из наиболее сложных ситуаций сложилась в северных районах Санкт-Петербурга. На население в 1,5 млн. человек преимущественно Приморский, Выборгский и Калининский районы) прием пациентов по экстренным показаниям в подавляющем большинстве случаев ведут две больницы: Городская больница Святого великомученика Георгия, пролечивающая 20 тыс. пациентов, и Елизаветинская — 60 тыс. пациентов. Большое количество других стационаров: ГБ № 2, ЦМСЧ № 122, Железнодорожная и Област-





ная больницы, клиники институтов травматологии и ортопедии, СПб ГМА им. Мечникова, расположенных в этой зоне, осуществляют преимущественно госпитализацию по плановым показаниям.

В результате сложилась ситуация, когда на 1075 койках Елизаветинской больницы с октября по апрель находилось до 1350 больных, при этом при полном перегрузе и отсутствии мест скорая медицинская помощь продолжала доставлять пациентов, так как везти было некуда.

Единственным выходом из сложившейся ситуации было решение о сокращении сроков пребывания в больнице и увеличении оборота койки. Однако население и амбулаторно-поликлиническое звено не были готовы к европейским нормам пребывания больного на койке в стационарах экстренной помощи 5–7 дней. Пациенты и их родственники стали жаловаться, что больных выписывают недолеченными, а поликлиники не готовы брать на себя долечивание и раннюю реабилитацию таких больных.

Единственно правильным решением являлось открытие при больнице амбулаторно-консультативного (поликлинического) отделения, куда при желании пациенты после выписки могли обращаться 1–2 раза бесплатно для снятия швов, подбора терапии, консультаций зачастую у своих же лечащих врачей.

В 2002 году был подготовлен за счет собственных средств больницы проект, разработанный «Проектной конторой» Комитета по здравоохранению, на открытие амбулаторно-консультативного отделения (АКО), соответствующий всем требованиям СНиП. Для перевода служб, занимавших эти площади ранее, были подготовлены другие помещения: отремонтировано помещение компрессорной, стоявшей 20 лет в разрушенном состоянии, и в нем разместился архив для истории болезни, организованы новые места для библиотеки и материального склада.

Хотя идеология создания амбулаторно-консультативных отделений была поддержа-

на Комитетом по здравоохранению в целом, было даже издано Распоряжение № 106-р от 04.04.2002, утвердившее «Положение об амбулаторно-консультативном отделении стационара», средства на капитальный ремонт — реконструкцию помещений в соответствии с разработанной проектно-сметной документацией больнице пришлось изыскивать самой. За счет собственных средств больница в 2 этапа выполнила весь комплекс ремонтно-строительных работ, оснастила мебелью и закупила необходимое медицинское оборудование. Первая очередь отделения вступила в строй в 2004 году, вторая — в 2005. Общая площадь помещений 1546 м<sup>2</sup>.

В основном в отделении работают врачи стационара, по совместительству осуществляя прием в АКО. Но есть и врачи, у которых место работы в отделении является основным. Это в первую очередь высококвалифицированные врачи-терапевты. Очень важно, когда пациент, уставший от хождения по разным специалистам, «разобранный по органам» и не чувствующий себя лучше, обращается в АКО, где разберутся в основных проблемах его здоровья, определят, что главное — лечить человека, а не его болезни.

В АКО имеется свой собственный вход с улицы, но при этом есть возможность, не выходя на улицу, попасть во все подразделения стационара. Есть свой гардероб и полный набор кабинетов-специалистов (хирург, травматолог-ортопед, уролог, проктолог, гинеколог, эндокринолог, ЛОР-врач, рефлексотерапевт, кайропрактор и др.), процедурных и перевязочных, лабораторий, эндоскопических кабинетов, дневного стационара на 4 койки, регистратуры. Режим работы с 9.00 до 20.00 с понедельника по пятницу и с 10.00 до 18.00 в субботу.

Оптимистические ожидания, что врачи общей практики будут множиться в соответствии с программой реформ, не оправдались. Направление немногочисленных пациентов из показательных центров семейной медицины оказалось крайне малым, а поли-



клиники в соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению «Об организации амбулаторно-консультативного отделения в СПб ГУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» № 246-р от 17.08.2004 в основном направляют на самые сложные исследования и к специалистам, которые отсутствуют в их учреждениях. Полноценно загрузить работу АКО этим контингентом не представилось возможным. Поэтому было принято решение активно развивать платные услуги и перевести оплату работы персонала преимущественно за счет хозрасчетных средств, при этом доступность консультаций и обследований по направлениям ВОП и поликлиник была сохранена.

Таким образом, в настоящее время работа АКО строится по четырем направлениям.

Первое: врач общей практики или врач поликлиники дает направление пациенту в АКО больницы, проводятся консультация и необходимое обследование, пациент получает заключение. Оплата осуществляется за счет средств ОМС, обслуживание для пациента бесплатно (рис. 1а).

Второе: врач общей практики или врач поликлиники дает направление на консультацию и плановую госпитализацию в больницу. В АКО осуществляется отбор на госпитализацию и пациент госпитализируется в установленном порядке для оперативного лечения или в отделение терапевтического профиля. Госпитализация и консультация осуществляются за счет средств ОМС, бесплатно для пациента (рис. 1б).

Третье: пациент направляется в АКО лечащим врачом Елизаветинской больницы при выписке на ранних сроках для проведения повторных осмотров, снятия швов, подбора терапии и др. Оплата из средств ОМС, полученных за этого стационарного больного, так как при более коротких сроках пребывания оплачиваются дни лечения в стационаре по более высокому тарифу. Дополнительных средств из ОМС больница не получает. Обслуживание пациента в АКО бесплатно (рис. 1в).

Четвертое: обращение в АКО пациента по собственному желанию без направления ВОП или поликлиники. Чаще всего такие пациенты обращаются в связи с неудовлетворенностью оказанием помощи на амбулаторном этапе в своей поликлинике, наличием очередей, а также при желании получить медицинскую помощь у более квалифицированных специалистов. Пациенту проводятся консультации врачей-специалистов, лабораторные и инструментальные методы исследования, лечение, реабилитация, весь спектр традиционных и нетрадиционных медицинских услуг в соответствии с утвержденным прейскурантом на платной основе. К его услугам весь спектр платных услуг отделений, отделов и кабинетов стационара (рис. 1г).

В 2006 году в АКО обратились 6760 пациентов с различными видами патологических состояний, из которых 5200 — по собственному желанию, 1560 направлены ДМС-компаниями. Общее число посещений составило 20 280 человек, из них первичных — 6760. В среднем обращаемость составила 65 человек в день.

Оперативная деятельность отделения представлена в основном хирургическим и гинекологическим кабинетами.

Хирургами проведено 126 операций, из них 65 — гнойных, также в хирургическом блоке выполнено более 820 перевязок и других манипуляций.

Произведено 98 прерываний беременности разных сроков при поддержке врачей отделения гинекологии и 121 гистероскопическая диагностика с последующим выскабливанием матки, 11 диагностических выскабливаний, 6 диатермокоагуляций шейки матки. 230 пациентам произведена общая внутривенная анестезия сотрудниками отделения анестезиологии-реанимации.

В АКО в 2006 году проведено 2201 ультразвуковое диагностическое исследование: брюшная полость — 737, щитовидная железа — 278, мочевого пузыря, предстательная желе-



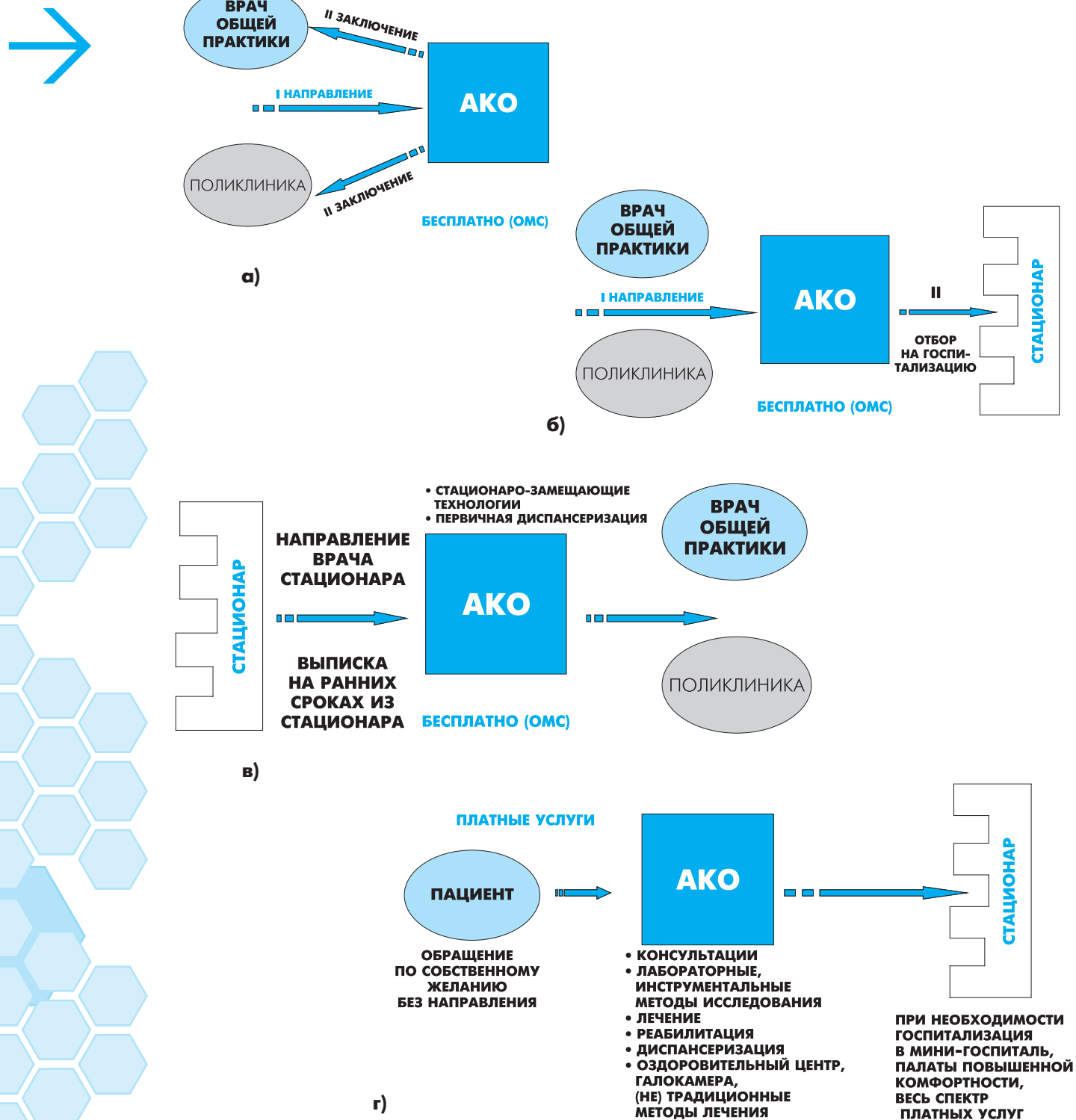


Рис. 1. Алгоритмы работы АКО



за — 108, малый таз — 497, почки — 295, прочее — 177. Выполнено 1196 функциональных диагностических исследований: ЭКГ — 705, ЭХОКГ — 147, УЗИ — 81, ЭЭГ, ЭКОЭК, РЭГ — 68, кардио, АД-мониторирование — 62, урофлоуметрия — 112, прочие — 21.

Проведено 2443 рентгенодиагностических исследования: снимки — 2260, компьютерная томография — 150, внутривенная урография — 66, прочие — 17.

Выполнено 807 исследований врачами-эндоскопистами больницы, из них ФГДС — 518, ФКС — 44, полипэктомия — 15.

В кабинете клинической гематологии проведены 862 клинических анализа крови, 709 клинических анализов мочи, 604 исследования на сахар крови, 269 тестов на ВИЧ, 263 теста на сифилис.

Персоналом отделения выполнено 4950 ед. манипуляций: 2386 заборов крови, 1247 лечебно-медикаментозных инфузий, 1317 в/в и в/м инъекций.

За 2006 год через кассу АКО прошла оплата амбулаторных услуг, оказанных пациентам, на сумму 7.419.598 рублей. Консультации специалистов стали основным составляющим компонентом дохода отделения — 22,3%, 1656 тыс. руб. Амбулаторно-консультативное отделение вышло на первое место среди всех отделений и кабинетов больницы по объему средств, полученных от предпринимательской деятельности.

В рамках национального проекта «Здоровье» проведены осмотры сотрудников больницы в возрасте 35–55 лет, а также сотрудников, имеющих вредные производственные факторы.

Таким образом, создание амбулаторно-консультативного отделения позволило интенсифицировать лечебно-диагностический процесс в больнице, повысить показатели эффективности использования коечного фонда стационара, укрепить взаимодействие и преемственность с амбулаторно-поликлиническим звеном, повысить качество медицинского обслуживания пациентов стационара и амбулаторного звена, предоставить возможность получать медицинские услуги всем желающим на альтернативной основе.



## Литература

1. Денисов И.Н. Развитие семейной медицины — основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации//Главврач. — 2007. — № 5. — С. 11–18.
2. Флек В.О., Кравченко Н.А., Соковикова Н.Ф. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения//Менеджер здравоохранения. — 2005. — № 9. — С. 12–21.
3. «О задачах по реализации приоритетного проекта в сфере здравоохранения/Мат. расш. зас. Коллегии МЗ и СР РФ 14.10.2005//Менеджер здравоохранения. — 2005. — № 12. — С. 4–19.
4. Распоряжение Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 4 апреля 2002 г. № 106-р «Об организации работы амбулаторно-консультативных отделений стационаров».





## АМБУЛАТОРНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

### ПОЛОЖЕНИЕ ОБ АМБУЛАТОРНО-КОНСУЛЬТАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ (ПОЛИКЛИНИКЕ) ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (СПб ГУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

#### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

**1.1.** Амбулаторно-консультативное отделение (далее — АКО) является структурным подразделением стационара и организуется в соответствии с распоряжением Комитета по здравоохранению.

**1.2.** АКО предназначено для оказания специализированной амбулаторной консультативно-диагностической помощи врачами-специалистами стационара, имеющими первую и высшую квалификационную категорию и стаж работы в стационаре не менее 5 лет.

**1.3.** В АКО осуществляются:

- проведение консультаций, лабораторных, инструментальных и аппаратных диагностических исследований с применением современных методов обследования пациентов;
- диспансерное наблюдение пациентов с тяжелой или редкой патологией;
- выдача консультативных заключений с указанием диагноза заболевания и рекомендаций о дальнейшем лечении и наблюдении за пациентами;
- оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам других лечебно-профилактических учреждений;
- отбор пациентов на госпитализацию и прослеживание результатов лечения пролеченных в стационаре больных;
- долечивание пациентов, выписанных на ранних сроках из стационара (дневной стационар, стационар на дому и др.);
- амбулаторное лечение (долечивание) пациентов с использованием стационарозамещающих технологий;
- первичная диспансеризация реконвалесцентов после лечения в стационаре;
- анализ эффективности реабилитационных мероприятий.

**1.4.** АКО руководит заведующий отделением, назначаемый и увольняемый приказом главного врача стационара в установленном порядке.

**1.5.** В АКО ведется учетно-отчетная документация в установленном порядке. На каждого пациента, обратившегося в АКО, оформляется амбулаторная карта.

**1.6.** Перечень профилей (специальностей), по которым осуществляется консультативно-диагностическая помощь в АКО, определяется главным врачом стационара.

**1.7.** После проведения консультации и дополнительного обследования в АКО выдается подробная справка с указанием диагноза, результатов обследования и рекомендаций для лечащего врача по дальнейшему ведению пациента.

**1.8.** Порядок и объем обследования пациента, необходимость дополнительных консультаций и лечебных манипуляций определяются лечащим врачом.

**1.9.** АКО может быть реорганизовано или ликвидировано по решению Комитета по здравоохранению.

#### 2. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ В АКО

**2.1.** Направление в АКО осуществляется лечащим врачом.

**2.2.** Направление в АКО должно быть оформлено в соответствии с действующими нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Комитета по здравоохранению и содержать следующую информацию:

- Ф.И.О. пациента;
- возраст;
- номер и серия страхового медицинского полиса обязательного медицинского стра-



хования (ОМС) с указанием выдавшей его страховой медицинской организации;

- диагноз, установленный лечащим врачом;
- наименование ЛПУ, куда направляется пациент, с указанием специальности врача-консультанта и (или) вида диагностического исследования;

- цель направления;
- подробные сведения о проведенных обследованиях, консультациях других специалистов, проведенном лечении и его результатах.

**2.3.** Обращение пациента в АКО без направления врача осуществляется на хозрасчетной основе, ему оказываются платные медицинские услуги.

### 3. СТРУКТУРА И ШТАТЫ

**3.1.** АКО в своем составе может иметь следующие структурные подразделения:

- регистратура;
- гардероб;
- помещение для хранения медицинской документации;
- кабинеты врачей-специалистов;
- процедурный кабинет;
- перевязочная;
- комната отдыха персонала и др.

**3.2.** АКО в своей работе использует все лечебно-диагностические и вспомогательные службы стационара.

**3.3.** Организационно-штатная структура АКО, функциональные обязанности сотрудников, должностные инструкции и режим работы АКО утверждаются главным врачом стационара, в составе которого организуется АКО.

**3.4.** Специалисты АКО осуществляют прием пациентов по индивидуальным нормам нагрузки с учетом профиля, диагностических и лечебных манипуляций на приеме и утверждаются главным врачом.

### 4. ПЕРЕЧЕНЬ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, ПО КОТОРЫМ МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В АКО

1. Кардиология
2. Гастроэнтерология

3. Пульмонология
4. Эндокринология
5. Терапия (общая)
6. Травматология
7. Ортопедия<sup>1</sup>
8. Урология
9. Нейрохирургия<sup>1</sup>
10. Торакальная хирургия<sup>1</sup>
11. Проктология<sup>1</sup>
12. Сосудистая хирургия
13. Хирургия (общая)
14. Гинекология
15. Оториноларингология
16. Офтальмология
17. Неврология

### 5. ИСТОЧНИКИ ОПЛАТЫ АКО

**5.1.** Оплата за консультативно-диагностические медицинские услуги в АКО производится в соответствии с действующими на момент предоставления услуги в системе ОМС Санкт-Петербурга тарифами (способами оплаты) или за счет бюджетных средств.

**5.2.** Способы оплаты медицинских услуг в АКО в системе ОМС определяются в Генеральном тарифном соглашении. Тарифы на медицинские услуги в АКО должны обеспечить современный уровень медицинской помощи.

**5.3.** Расходование средств на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) в АКО должно исключать возможность двойного финансирования одноименных видов медицинской помощи (медицинских услуг) в АКО и амбулаторно-поликлиническом учреждении.

**5.4.** АКО может финансироваться из иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

*Положение разработано на основе «Положения об амбулаторно-консультативном отделении стационара», утвержденного Распоряжением Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга № 106-р от 04.04.2002*

<sup>1</sup> Врачебные специальности, не предусмотренные в штатных расписаниях территориальных поликлиник административных районов Санкт-Петербурга.



**С.А. Никифоров,**

к.м.н., кафедра общественного здравоохранения Московской медицинской академии  
им. И.М. Сеченова

# ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**К** разряду наиболее острых социальных проблем современной России относятся сокращение численности населения вследствие превышения смертности над рождаемостью и ухудшение общественного здоровья. Вместе с тем эти процессы в субъектах Российской Федерации протекают по-разному, поэтому для разработки социальной политики необходимо проведение анализа медико-демографической ситуации, складывающейся на территории страны.

В.О. Щепин и Е.А. Тишук на основании данных о рождаемости, смертности, возрастной структуры и миграции населения выделили 4 типологические группы регионов, отличающиеся интенсивностью и направленностью протекания этих демографических процессов [15]. В свою очередь В.И. Стародубов и В.О. Флек провели их классификацию по более широкому спектру медико-демографических индикаторов: ожидаемая продолжительность жизни, материнская и младенческая смертность, общая смертность и смертность в трудоспособном возрасте, инвалидность, заболеваемость такими социально значимыми болезнями, как туберкулез, инфекции, передаваемые половым путем, злокачественные новообразования, психические расстройства [9]. Результаты этих исследований показали, что между субъектами Российской Федерации существует выраженная дифференциация по состоянию общественного здоровья.

Наличие значительных различий регионов подтвердилось и в ходе выполненного нами анализа: в 2005 г. по коэффициенту рождаемости они достигали 2,5 раза (от 7,8 до 19,4 на 1000); по коэффициенту общей смертности — 6,1 раза (от 3,8 до 23,1 на 1000); по уровню младенческой смертности — 4,3 раза (от 6,0 до 25,7 на 1000); по уровню первичной инвалидности — 7,9 раза (от 40,4 до 320,2 на 10 000); по показателю заболеваемости населения — 4,3 раза (от 377,4 до 1630,0 на 1000).

Для систематизации материала была проведена классификация 82 субъектов Российской Федерации на 3 группы, границы между которыми устанавливались путем деления всего интервала значений вышеназванных медико-демографических показателей на три равных части. Из данных, приведенных в *табл. 1*, видно, что в течение 2000–2005 гг. в регионах страны происходили разнонаправленные изменения в состоянии общественного здоровья: наряду с позитивными тенденциями —

© С.А. Никифоров, 2008 г.



увеличением рождаемости и снижением младенческой смертности, был отмечен рост общей смертности и первичной инвалидности населения, уровень же общей заболеваемости оставался стабильным. Тем не менее, несмотря на эти изменения, выраженная дифференциация между субъектами Российской Федерации продолжала сохраняться.

Для получения обобщающей оценки был применен метод расчета интегральных показателей (ИП) [3, 11]. С его помощью было проведено свертывание информации о 5 вышеназван-

ных первичных индикаторах, характеризующих медико-демографическую ситуацию. В результате между регионами были выявлены различия, диапазон которых составлял по величине ИП от 0,42 до 0,75. Типология 82 субъектов Российской Федерации по этому обобщающему индикатору показала, что в течение рассматриваемого шестилетнего периода происходило усиление дифференциации регионов: возрастала доля как тех, где ИП был наибольшим (с 6,1 до 11,0%), так и с низкими его значениями (с 43,9 до 50,0%) (таблица 1).

Таблица 1

**Результаты типологии регионов Российской Федерации по медико-демографическим показателям**

| Группы                                              | 2000 г.             |      | 2003 г.             |      | 2005 г.             |      |
|-----------------------------------------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
|                                                     | абсолютное значение | %    | абсолютное значение | %    | абсолютное значение | %    |
| Рождаемость (на 1000 населения)                     |                     |      |                     |      |                     |      |
| менее 12,0                                          | 73                  | 89,0 | 64                  | 78,0 | 65                  | 79,2 |
| 12,0–16,0                                           | 8                   | 9,8  | 15                  | 18,3 | 14                  | 17,1 |
| более 16,0                                          | 1                   | 1,2  | 3                   | 3,7  | 3                   | 3,7  |
| Общая смертность (на 1000 населения)                |                     |      |                     |      |                     |      |
| менее 11,0                                          | 7                   | 8,5  | 7                   | 8,5  | 7                   | 8,5  |
| 11,0–18,0                                           | 58                  | 70,7 | 46                  | 56,1 | 48                  | 58,5 |
| более 18,0                                          | 17                  | 20,8 | 29                  | 35,4 | 27                  | 33,0 |
| Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) |                     |      |                     |      |                     |      |
| менее 15,0                                          | 37                  | 45,1 | 68                  | 82,9 | 76                  | 92,7 |
| 15,0–24,0                                           | 41                  | 50,0 | 11                  | 13,4 | 5                   | 6,1  |
| более 24,0                                          | 4                   | 4,9  | 3                   | 3,7  | 1                   | 1,2  |
| Первичная инвалидность (на 10 000 населения)        |                     |      |                     |      |                     |      |
| менее 120,0                                         | 80                  | 97,6 | 80                  | 97,6 | 42                  | 51,2 |
| 120,0–220,0                                         | 2                   | 2,4  | 2                   | 2,4  | 37                  | 45,1 |
| более 220,0                                         | 0                   | 0    | 0                   | 0    | 3                   | 3,7  |
| Общая заболеваемость (на 1000 населения)            |                     |      |                     |      |                     |      |
| менее 760,0                                         | 45                  | 54,9 | 42                  | 51,2 | 45                  | 54,9 |
| 760,0–1200,0                                        | 36                  | 43,9 | 38                  | 46,3 | 36                  | 43,9 |
| более 1200,0                                        | 1                   | 1,2  | 2                   | 2,5  | 1                   | 1,2  |
| Интегральный показатель (0–1)                       |                     |      |                     |      |                     |      |
| менее 0,55                                          | 36                  | 43,9 | 27                  | 33,0 | 41                  | 50,0 |
| 0,55–0,65                                           | 41                  | 50,0 | 48                  | 58,5 | 32                  | 39,0 |
| более 0,65                                          | 5                   | 6,1  | 7                   | 8,5  | 9                   | 11,0 |





Схожие процессы наблюдаются и в самих регионах. Так, проведенные в Свердловской области исследования показали, что среди расположенных на ее территории муниципальных образований (МО) в 2001–2005 гг. по коэффициенту рождаемости они достигали 2,6 раза (от 5,7 до 15,1 на 1000 населения); по коэффициенту общей смертности также 2,6 раза (от 9,4 до 24,9 на 1000); по уровню младенческой смертности — 16,3 раза (от 2,4 до 39,0 на 1000); по уровню общей заболеваемости взрослых — 5,9 раза (от 387,6 до 2271,8 на 1000); детей — 7,2 раза (от 493,3 до 3571,1 на 1000); подростков — 8,4 раза (от 399,6 до 3379,0 на 1000); беременных и рожениц 45,6 раза (от 1,3 до 59,3 на 1000). Диапазон значений ИП, рассчитанного на основании этих 7 первичных показателей, составлял от 0,33 до 0,76.

Результаты типологии 52 МО Свердловской области показали, что в этом субъекте Российской Федерации происходит постепенное улучшение медико-демографической ситуации: доля территорий со значениями ИП ниже 0,5 за период 2001–2005 гг. сократилась вдвое (с 82,7 до 40,4%), а тех, где ИП был выше 0,7, наоборот, увеличилась с 0 до 15,4%. В то же время выраженные различия между МО сохраняются.

Проведенные в России в последнее десятилетие XX века социально-экономические преобразования во многом изменили принципы управления государством и отраслями экономики. В частности, переход на децентрализованную модель привел к появлению диспропорций между регионами по ресурсному обеспечению систем здравоохранения. В результате проведенного исследования между субъектами Российской Федерации были выявлены значительные различия по основным видам ресурсов, достигавшие в 2005 г. по обеспеченности врачами — 3,6 раза (от 23,1 до 82,3 на 10 000 населения), средним медицинским персоналом — 2,7 раза (от 54,5 до 149,6 на 10 000 населения), поликлиниками — 3,5 раза (от 115,6

до 403,0 на 10 000), больничными койками — 4,3 раза (от 40,0 до 173, 5 на 10 000), по показателю фактического подушевого финансирования Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (ПГГ) — 9,8 раза (от 1186,6 до 11 685 рублей), по величине личных расходов населения на медицинские услуги — 113 раз (от 24,3 до 2746 рублей). Использование методики расчета ИП, комплексно характеризующего ресурсы региональных систем здравоохранения, также показало наличие выраженных различий: диапазон составил от 0,07 до 0,85.

Результаты типологии свидетельствовали о том, что в здравоохранении субъектов Российской Федерации в 2000–2005 гг. происходили разнонаправленные процессы: наряду с сокращением коечного фонда, отмечался рост обеспеченности поликлиниками и подушевого финансирования ПГГ при достаточно стабильной обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом. В целом же после 2003 г. наблюдается тенденция к росту ресурсного потенциала регионального здравоохранения (таблица 2).

Во многом аналогичная ситуация характерна и для субъектов Российской Федерации. Оценка ресурсов муниципальных систем здравоохранения Свердловской области показала, что между ними существуют выраженные диспропорции, достигающие по обеспеченности врачами — 9 раз (от 4,0 до 36,2 на 10 000 населения), по обеспеченности средним медицинским персоналом — 3,1 раза (от 51,3 до 160,3 на 10 000 населения), по доле аттестованных врачей — от 0 до 69,2%, по обеспеченности больничными койками — 6,6 раза (от 27,6 до 181,9 на 10 000) и по мощности амбулаторно-поликлинических учреждений — 7,0 раз (от 72,0 до 502,5 на 10 000). Расчет ИП, комплексно характеризующего ресурсы муниципальных систем здравоохранения, тоже продемонстрировал наличие значительных различий: его диапазон составлял от 0,07 до 0,72.



Таблица 2

**Результаты типологии регионов Российской Федерации  
по основным ресурсам системы здравоохранения**

| Группы                                                             | 2000 г.             |      | 2003 г.             |      | 2005 г.             |      |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
|                                                                    | абсолютное значение | %    | абсолютное значение | %    | абсолютное значение | %    |
| Обеспеченность врачами (на 10000 населения)                        |                     |      |                     |      |                     |      |
| более 60,0                                                         | 4                   | 4,9  | 6                   | 7,3  | 6                   | 7,3  |
| 40,0–60,0                                                          | 49                  | 59,8 | 43                  | 52,4 | 45                  | 54,9 |
| менее 40,0                                                         | 29                  | 35,3 | 33                  | 40,3 | 31                  | 37,8 |
| Обеспеченность средним медицинским персоналом (на 10000 населения) |                     |      |                     |      |                     |      |
| более 135,0                                                        | 5                   | 6,1  | 10                  | 12,2 | 11                  | 13,5 |
| 90,0–135,0                                                         | 70                  | 85,4 | 65                  | 79,3 | 64                  | 78,0 |
| менее 90,0                                                         | 7                   | 8,5  | 7                   | 8,5  | 7                   | 8,5  |
| Обеспеченность коечным фондом (на 10000 населения)                 |                     |      |                     |      |                     |      |
| более 133                                                          | 18                  | 22,0 | 15                  | 18,3 | 13                  | 15,9 |
| 90–133                                                             | 61                  | 74,9 | 65                  | 79,3 | 67                  | 81,7 |
| менее 90                                                           | 3                   | 3,6  | 2                   | 2,4  | 2                   | 2,4  |
| Обеспеченность поликлиниками (на 10000 населения)                  |                     |      |                     |      |                     |      |
| более 290                                                          | 9                   | 11,0 | 11                  | 13,4 | 14                  | 17,1 |
| 190–290                                                            | 68                  | 82,9 | 67                  | 81,7 | 64                  | 78,0 |
| менее 190                                                          | 5                   | 6,1  | 4                   | 4,9  | 4                   | 4,9  |
| Подушевое финансирование ПГГ (рублей)                              |                     |      |                     |      |                     |      |
| более 7000                                                         | 1                   | 1,3  | 3                   | 3,6  | 5                   | 6,1  |
| 3500–7000                                                          | 2                   | 2,4  | 4                   | 4,9  | 23                  | 28,0 |
| менее 3500                                                         | 79                  | 96,3 | 75                  | 91,5 | 54                  | 65,9 |
| Интегральный показатель (0–1)                                      |                     |      |                     |      |                     |      |
| более 0,55                                                         | 1                   | 1,3  | 2                   | 1,4  | 31                  | 37,8 |
| 0,3–0,55                                                           | 72                  | 87,7 | 75                  | 91,5 | 49                  | 59,8 |
| менее 0,3                                                          | 9                   | 11,0 | 5                   | 6,1  | 2                   | 2,4  |

Результаты типологии свидетельствовали, что на уровне региона, как и в целом по стране, происходят процессы по реструктуризации основных видов ресурсов. Так, наряду с сокращением мощностей амбулаторно-поликлинической службы, в муниципальном здравоохранении Свердловской области отмечались рост обеспеченности медицинскими кадрами, повышение их квалификации при сохранении стабильной обеспеченности коечным фондом. Это отразилось на динамике изменений ИП, характеризующих ресурсный потенциал: с одной стороны, с 21,2 до

11,5% уменьшилась доля муниципальных образований с высокими его значениями; с другой, еще более выраженное сокращение (с 21,2 до 11,5%) произошло в группе с наименьшим его уровнем.

На основании полученных данных можно констатировать, что для современного этапа развития страны характерны резко выраженные различия по медико-демографической обстановке и ресурсам системы здравоохранения как между субъектами Российской Федерации, так и расположенными на их территории муниципальными образованиями.





В связи с этим возникает вопрос: «Каковы причины этого явления?» Поиск ответа на него является важным не только с точки зрения теории, но и для практики управления.

Одним из немногих исследований, направленных на решение этой задачи, выполненным В.И. Стародубовым и В.О. Флеком [9], было показано, что существует обратная зависимость между объемом финансирования медицинской помощи населению в субъекте Российской Федерации и такими показателями общественного здоровья, как смертность в трудоспособном возрасте, первичная инвалидность. В то же время не было установлено такого влияния на продолжительность жизни населения, уровень младенческой смертности, заболеваемость злокачественными новообразованиями и туберкулезом. По мнению авторов исследования, неоднозначный результат обусловлен тем, что общественное здоровье формируется под влиянием комплекса факторов, среди которых объем финансирования, по всей видимости, не является доминирующим.

Признавая его справедливость, для получения доказательного ответа на вопрос о причинах выраженных различий в здоровье населения субъектов Российской Федерации были использованы методы, основанные на системном подходе [3]. С помощью математических методов распознавания образов была проведена серия исследований, в ходе которых ставилась задача оценить влияние комплекса из 16 признаков, характеризующих ресурсы здравоохранения, уровень социально-экономического развития региона и возрастную структуру населения, на такие индикаторы общественного здоровья, как общая смертность, первичная инвалидность и заболеваемость населения.

Согласно полученным результатам, влияние этих 3 групп факторов на смертность населения было следующим: системы здравоохранения — 38,5%, социально-экономического развития территории — 32%, возрастной структуры населения — 29,5%. В свою

очередь вклад этих же факторов в формирование первичной инвалидности был 24, 48 и 28%, а заболеваемости населения — 40,46 и 14%, соответственно.

Близкие результаты были получены при проведении аналогичного по методике исследования, направленного на анализ причин различий между МО Свердловской области по уровням смертности и заболеваемости взрослых и детей. Согласно полученным результатам, влияние на смертность населения составило: системы здравоохранения — 31%, демографической структуры населения — 25%, социально-экономического развития территории — 44%. В свою очередь, вклад этих факторов в формировании общей заболеваемости взрослого населения составил 53, 13 и 34%, а детей — 40, 22 и 38%, соответственно.

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о значительном влиянии здравоохранения на медико-демографическую обстановку, складывающуюся в стране, что согласуется с позицией группы специалистов, выступающих критиками получившей широкое распространение точки зрения экспертов ВОЗ, согласно которой это влияние не превышает 10% [5, 14]. Исходя из него, важным направлением государственной политики по улучшению демографической ситуации и здоровья населения как на федеральном, так и на региональном уровнях следует считать снижение диспропорций в ресурсах региональных и муниципальных систем здравоохранения.

Вместе с тем, как отмечают многие специалисты, здравоохранение в России в настоящее время представляет собой сложную, многоуровневую, пространственно неоднородную систему, элементы которой имеют специфику целей и собственные сценарии развития [2, 6, 10], что делает остро актуальной задачей разработку новой модели управления отраслью. В частности, на встрече с медицинскими работниками Кабардино-Балкарской Республики М.Ю. Зурабов заявлял: «Здравоохранение непродуманно развалили



на муниципальное, областное и федеральное. Теперь нужно восстановить систему головных учреждений, методологическую вертикаль и работать по единым правилам и стандартам» [12].

В условиях низкой эффективности существующей модели управления отраслью федеральные власти вынуждены в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» обеспечивать за счет бюджета страны материально-техническую и финансовую поддержку регионального и муниципального здравоохранения. Это привело к тому, что доля федерального бюджета в структуре финансирования системы здравоохранения России в 2005 г. возросла до 21,7%, тогда как годом ранее она составляла лишь 9,6% [8]. Вместе с тем, как отмечает В.И.Стародубов, эти действия идут вразрез с положениями Федеральных законов № 131 и № 95 [7].

Одним из возможных вариантов преодоления диспропорций в ресурсном потенциале региональных и муниципальных систем здравоохранения и повышения эффективности управления является формирование медицинских округов. Такая организационная модель успешно применяется в ряде европейских стран [13]. На наш взгляд, она могла быть использована и в России. При этом для ее реализации на практике отсутствуют какие-либо организационные препятствия, поскольку федеральные округа уже созданы, а их администрациями накоплен значительный опыт по координации деятельности субъектов Российской Федерации в различных сферах экономики. Создание в их структуре дееспособных и располагающих необходимыми административно-финансовыми ресурсами подразделений, ответственных за проведение скоординированной в масштабе округа политики в области здравоохранения, позволило бы во многом восстановить в стране единую систему управления отраслью, не вступая при этом в противоречие с существующей законодательной базой.

Возможности использования окружной модели существуют и на региональном уровне.

Инициаторами ее внедрения выступают руководители здравоохранения Московской области [1, 4]. Согласно их данным, окружная система имеет много преимуществ по сравнению с действующей. Главное — с ее помощью могут быть решены две ключевые задачи: объединения ограниченных ресурсов здравоохранения многих мелких и экономически слабых местных сообществ и упрощения системы управления медицинской помощью в регионе, тем самым, повышения ее эффективности. Вместе с тем, несмотря на указанные преимущества, эта модель пока не реализована.

Основной причиной этого следует считать возникающий конфликт интересов между надмуниципальной системой управления здравоохранением и муниципальными органами власти. Очевидно, что преодолеть этот конфликт можно при совпадении границ сфер управления, что реально при объединении муниципальных образований в административно-управленческие структуры, по аналогии с созданными в масштабе страны федеральными округами.

Однако в настоящее время в субъектах Российской Федерации окружная схема административного управления не применяется. Исключением является Свердловская область, где уже в течение 10 лет существуют 6 управленческих округов, созданных по территориальному принципу. Главы округов назначаются губернатором и входят в состав Правительства Свердловской области. В аппарате их администраций имеются специалисты, курирующие вопросы социальной сферы, в том числе и здравоохранения, однако, в настоящее время их полномочия ограничены, что не позволяет в полной мере проводить единую политику в сфере оказания медицинской помощи в масштабе всего управленческого округа. Вместе с тем очевидно, что в рамках созданной в Свердловской области административной системы формирование медицинских округов, совпадающих в своих границах с управленческими, не является сложной проблемой и при нали-





ции политической воли может быть осуществлено в короткие сроки.

Вместе с тем, как уже отмечалось выше, существующая в этом субъекте Российской Федерации модель административно-территориального устройства является для России уникальной, поэтому реализация ее в других регионах страны потребует принятия соответствующих решений со стороны федеральных органов власти.

Таким образом, важнейшей задачей, стоящей перед отечественным здравоохранением, является создание новой, отвечающей реалиям нового государственного устройства, схемы управления отраслью. Это позволит уменьшить сформировавшиеся диспропорции в ресурсном потенциале региональных и муниципальных систем здравоохранения и тем самым улучшить медико-демографическую ситуацию в стране.



### Литература

1. *Берташ С.А., Тамазян Г.В., Вайант А.Р.* Формирование медицинских округов как способ реформирования системы предоставления медицинской помощи в Московской области // Экономика здравоохранения. — 2000. — № 5, 6/45. — С. 13–21.
2. *Васильцова Л.И.* Муниципальное здравоохранение: социально-экономические аспекты трансформации и развития — Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2004. — 269 с.
3. *Казанцев В.С.* Математические методы и новые информационные технологии в решении медицинских задач. — Екатеринбург, 2002. — 78 с.
4. *Макарова Т.Н., Берташ С.А., Тамазян Г.В.* Медицинский округ как модель реструктуризации системы организации медицинской помощи населению // Главный врач. — 1999. — № 5. — С. 24–29.
5. *Максимова Т.М.* Социальное расслоение в среде медицинских работников как проблема охраны здоровья населения // Здравоохранение РФ. — 2004. — № 3. — С. 35–38.
6. *Саркисян А.Г., Пиддэ А.Л., Злодеева Е.Б.* Приоритетный национальный проект «Здоровье» — важный шаг к реформе здравоохранения // Здравоохранение. — 2007. — № 2. — С. 15–28.
7. *Стародубов В.И.* Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 1. — С. 4–9.
8. *Стародубов В.И., Флек В.О.* Проблемы и перспективы финансирования российского здравоохранения // Экономика здравоохранения. — 2007. — № 1. — С. 5–176.
9. *Стародубов В.И., Флек В.О.* Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации. — М.: Менеджер здравоохранения, 2006. — 192 с.
10. *Стародубов В.И., Хальфин Р.А.* Обоснование необходимости повышения структурной эффективности отрасли здравоохранения // Менеджер здравоохранения. — 2004. — № 6. — С. 4–9.
11. *Хальфин Р.А., Ползик Е.В., Блохин А.Б. и др.* Информационные технологии в системе управления здоровьем населения Свердловской области. — Екатеринбург: Изд-во БОНУМ, 1998. — 88 с.
12. Хроника событий. Официальные новости // Здравоохранение. — 2007. — № 7. — С. 9.
13. *Шифф Р.В.* Национальные системы здравоохранения / В кн.: Лекции по организации здравоохранения. — Екатеринбург—Манчестер, 2000. — С. 20–44.
14. *Щепин В.О., Тишук Е.А.* Актуальные вопросы информатизации в здравоохранении и медицинской науке // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2005. — № 4. — С. 3–6.
15. *Щепин В.О., Тишук Е.А.* Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России (в 2 частях) // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2006. — № 1. — С. 3–9; № 2. — С. 3–12.



**И.П. Николаева,**

заместитель главного врача по экономическим вопросам СПб ГУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи»

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКОНОМИКИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

**О**т экономической стабильности любого предприятия (учреждения) во многом зависит успех его деятельности. Соответственно от того, насколько четко организована работа финансово-экономической службы, напрямую зависит непрерывное, сбалансированное функционирование всех подразделений учреждения в целом.

В последнее время здравоохранению как отрасли внимания стали уделять больше, соответственно увеличились и объемы финансирования. Поскольку Служба скорой медицинской помощи — структура муниципальная или государственная, финансовое обеспечение которой является расходным обязательством муниципального образования (либо субъекта РФ, при отсутствии учреждений здравоохранения муниципальных образований, как это имеет место в Санкт-Петербурге), соответственно правильность расходования выделенных бюджетных средств жестко контролируется на различных уровнях.

К сожалению, в настоящее время в 8 случаях из 10 руководителям (главным врачам) объявляют взыскания, вплоть до освобождения от должности именно за нарушение финансовой дисциплины. Одна из причин — отсутствие единой, четкой и ясной нормативной базы в этом разделе работы.

Подготовка специалистов в области экономики в настоящее время рассчитана на рыночные отношения, но в бюджетной отрасли, к какой относимся мы, также должны быть профессионалы своего дела. Специалисты старшего поколения могут использовать при этом свой опыт работы, полученный при социализме, когда все народное хозяйство страны было плановым. А что делать молодым, приходящим в отрасль?

В настоящее время нет методических рекомендаций для разработки сметы расходов медицинских учреждений в целом, станции скорой медицинской помощи (далее — ССМП), в частности. Планирование — первый и очень важный этап экономической работы. От правильности и обоснованности каждой



цифры этого документа во многом зависят от нормального функционирования ССМП.

В бюджете Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи» (далее — СПб ГУЗ ГССМП) затраты, направленные на оплату труда составляют более 90%. Для формирования данной статьи расходов необходимо знать количество бригад, штатное расписание, методику формирования тарифного и надтарифного фонда оплаты труда. Количество бригад скорой медицинской помощи (далее — СМП), необходимое для региона, должно утверждаться органом управления здравоохранением.

После чего можно переходить к следующему этапу — расчету потребности штатных единиц.

Для этого используются Приказ Минздравсоцразвития России № 179 от 01.11.2004, Приказ Минздрава РФ № 100 от 26.03.1999, для немедицинского персонала — Приказ Минздрава РФ № 230 от 09.06.2003. Штатные нормативы федерального уровня носят некий общий, рекомендательный характер для всех регионов РФ, не учитывая при этом региональные особенности и дополнительные функции, предписанные учреждениям.

Приведу пример: у нас на СПб ГУЗ ГССМП более полувека (в 1949 году) создан и успешно работает отдел госпитализации. В Санкт-Петербурге более 100 стационаров различного профиля, соответственно должна быть структура, осуществляющая контроль за потоком госпитализированных больных и наличием свободного коечного фонда. К сожалению, документы, на основании которых он создавался, давно устарели.

В связи с введением системы конкурсов для осуществления закупок для нужд учреждения необходимо предусмотреть в штатных нормативах специалистов (либо создание структурного подразделения), отвечающих за этот важный раздел работы учреждения.

Поэтому штатные нормативы целесообразно разрабатывать и утверждать на уровне субъекта Федерации, применительно к условиям и задачам, которые существуют в регионе.

Тем более все понимаем, что за каждой должностью, которая предусмотрена штатным расписанием, закреплены финансовые затраты, а следовательно, ответственность руководителя.

С 1 января 2006 года в Санкт-Петербурге введена и успешно работает новая система оплаты труда для работников бюджетной сферы. В результате отменена Единая тарифная сетка (ЕТС). В настоящее время должностной оклад сотрудников формируется на основе базовой единицы, (аналог прожиточного минимума), которая утверждается ежегодно одновременно с принятием бюджета на следующий год. Умножением базовой единицы на коэффициент образования формируется базовый оклад, к которому применяются следующие коэффициенты:

- коэффициент стажа работы;
- коэффициент специфики работы;
- коэффициент квалификации.

В результате нововведений заработная плата сотрудников ССМП увеличилась на 55%. Система сложна на уровне тарификации, но, тем не менее, важен конечный результат — персонал ССМП в финансовом плане выиграл!

Зарботная плата на ССМП — это не только должностной оклад. Помимо оклада, сотрудникам начисляются доплаты и надбавки, формирующие надтарифный фонд, который включает:

- а)** доплату за работу в ночное время,
- б)** доплату за работу в праздничные дни,
- в)** дополнительные расходы на замену лиц, уходящих в отпуск (повышение квалификации),
- г)** оплату 2-х дней временной нетрудоспособности (Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ),

**д)** премии и надбавки стимулирующего характера.

У нас на СПб ГУЗ ГССМП надтарифный фонд составляет порядка 30% от общего объема фонда оплаты труда. Поэтому необходим нормативный документ, который позволит рассчитать, а впоследствии обосновать исчис-



ленную на планируемый период сумму. Мы используем в работе «Методические рекомендации по расчету надтарифного фонда (фонда доплат и надбавок)», утвержденные Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (опубликованы в журнале «Менеджер здравоохранения», № 7 за 2006 г.).

Как правило, бюджетные ассигнования, выделяемые на текущий финансовый год, ограничиваются текущим содержанием. В структуре расходов ССМП обычно не предусматриваются или предусматриваются в крайне ограниченном размере расходы на строительство новых подстанций, на капитальный и текущий ремонт зданий, на приобретение нового медицинского оборудования, санитарных автомобилей, оснащение радио- и телефонной связью, средствами обучения для отработки практических навыков и т.п. С целью решения указанных проблем СПб ГУЗ ГССМП подготовлены предложения, которые в дальнейшем были одобрены и оформлены Постановлением Правительства Санкт-Петербурга «О плане мероприятий по совершенствованию и развитию материально-технической базы учреждений службы скорой медицинской помощи на 2007–2011 гг.». В результате принятия этого документа в 2008 году ассигнования для ССМП возросли до 30%.

В последние годы в нашей работе появились новые термины, такие как «конкурсы, тендеры, лоты, декомпозиция, аукционы». В настоящее время без оформления конкурсной процедуры что-либо приобрести для нужд учреждения практически невозможно независимо от того, приобретаются услуги или товары. К сожалению, основным критерием отбора, как правило, является наименьшая цена. Поэтому, помимо длительности процедуры закупки (порой свыше 2-х месяцев), качество товаров и услуг не всегда соответствует желаемому. Оплата через систему казначейства также проходит в течение 4–5 дней.

Вероятно, все это вводилось с целью контроля и рационального использования

бюджетных средств. Но на практике это не дает возможность руководителям оперативно решать неотложные задачи и, как следствие, усложняет работу учреждения.

В рамках национального проекта «Здоровье» с 1 июля 2006 года вступило в силу постановление Правительства РФ об осуществлении денежных выплат врачам, фельдшерам и медицинским сестрам СМП за счет субсидий из федерального бюджета. На этом основании принято постановление Санкт-Петербурга, согласно которому указанные выплаты предусмотрены медицинскому персоналу скорой медицинской помощи от главного врача до медицинской сестры.

С одной стороны, это возможность увеличить заработную плату. С другой, мы посчитали целесообразным эти выплаты увязать с качеством работы медицинского персонала.

В результате на основании постановления Правительства Санкт-Петербурга, с работником СМП заключается соглашение, в котором перечислены порядок и обязательные условия, направленные на повышение качества оказания скорой медицинской помощи. И только при их выполнении сотрудник может рассчитывать на получение суммы доплаты.

Указанные меры нами рассматриваются как дополнительный рычаг управления руководителями среднего звена (заведующих подстанциями).

В то же время в связи с реализацией национального проекта «Здоровье» почти в 2 раза увеличилась нагрузка на вспомогательные службы ССМП: начисление денежных выплат, приемка санитарных автомашин, медицинской аппаратуры, ведение дополнительной отчетности и т.п. Но средняя заработная плата у данной категории работников в настоящее время значительно ниже, чем у медицинского персонала. Соответственно необходимы меры по выравниванию уровня оплаты труда между категориями медицинских и немедицинских работников.

Лимитированный размер бюджетных обязательств и развитие рыночных отношений требуют поиска новых путей привлечения





дополнительных источников финансирования. К таким источникам можно отнести доходы, получаемые учреждением от предоставления на возмездной основе медицинских услуг, не включенных в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. С этой целью на СПб ГУЗ ГССМП создаются дополнительные хозрасчетные бригады по оказанию платных медицинских услуг.

Поскольку наша Служба является социально значимой, мы определили следующие виды платных медицинских услуг:

- медицинское обеспечение мероприятий, проводимых на коммерческой основе;
- медицинские услуги в рамках договоров по добровольному медицинскому страхованию.

В итоге средства, получаемые от предпринимательской деятельности, зачисляются на лицевой счет в Казначействе и фактически

становятся дополнительным бюджетным финансированием. В то же время, согласно действующему налоговому законодательству, учреждение обязано платить налог на прибыль.

Вероятно, новый порядок зачисления и расходования средств предусмотрен с целью пополнения бюджета, усиления контроля за их использованием. Однако из-за длительности оформления документов и платежей подобный механизм использования средств неудобен. Несмотря на то, что средства заработаны учреждением самостоятельно, расходование их осуществляется аналогично бюджетным ассигнованиям, тем самым ограничивая возможности руководителя в применении новых методов управления финансами.

Мы полагаем, что перечисленные проблемы являются актуальными для каждого региона и заслуживают внимания на федеральном уровне.

**10-й ЮБИЛЕЙНЫЙ  
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ  
ФОРУМ**

**11 – 13 февраля**  
МОСКВА, Конгресс Центр ЦМТ

**МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА**

**КАРДИОЛОГИЯ  
2008**

**ОРГАНИЗАТОРЫ:**  
Министерство здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
Всероссийское научное общество кардиологов  
Государственный научно-исследовательский центр  
профилактической медицины Росмедтехнологий  
Федеральное агентство высокотехнологичной медицин-  
ской помощи  
Московский государственный медико-стоматологический  
университет Росздрава  
ЗАО «МЕДИ Экспо»

**ЗАО МЕДИ Экспо**

Тел.: (495) 938-9211 e-mail: [expo@medexpo.ru](mailto:expo@medexpo.ru)  
Факс: (495) 938-2458 <http://www.medexpo.ru>



**И.А. Тогунов,**

д.м.н., профессор кафедры управления Владимирского филиала Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации, профессор кафедры биомедицинской инженерии Владимирского государственного университета

## О КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЕ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Целью настоящей публикации является скромная попытка автора ответить на простой, на первый взгляд, вопрос: «Представляет ли в современной России система здравоохранения как отрасль социальной специфической деятельности общества корпоративную структуру с внутрикорпоративными отношениями и корпоративной культурой?»

Слово «корпорация» (*corporatio*) означает объединение, общество, союз. В современном значении это понятие означает оптимальную форму организации крупномасштабного производства товаров и услуг в *условиях рыночной экономики* [1].

Следуя представленному определению, признавая факт формирующихся рыночных отношений в государстве как определенной внешней среды существования организации (в самом широком смысле ее понимания), казалось бы, можно соотнести существующую систему отечественного здравоохранения и наличествующие взаимоотношения в медицине с корпоративными категориями и сущностями.

Вместе с тем преимущественный государственный характер внутриотраслевых производственных отношений в здравоохранении России начала XXI века, крайне слабое развитие действительно реального цивилизованного рынка медицинских услуг, а следовательно, и маркетинговых отношений в медицине не позволяют сегодня рассматривать отрасль здравоохранения с точки зрения классического понимания корпорации и корпоративных отношений.

В лучшем случае можно говорить о некой профессиональной (медицинской) корпоративности, не связывая это понятие с рыночными характеристиками, присущими истинной корпорации, в частности, такой сущности, как предпринимательская деятельность. Предпринимательство в медицине и здравоохранении — категории, слабо исследованные даже на уровне понятий, не говоря уже о прикладном приложении к отрасли производства и потребления медицинских услуг.

При организации внутрикорпоративных отношений в медицине и здравоохранении на рыночных принципах необходимо соблюдать целый ряд условий.



К некоторым из них могут быть отнесены:

- превращение всех подразделений корпорации в сравнительно самостоятельные хозяйствующие объекты, законодательно обретающие права свободно распоряжаться, пользоваться и владеть средствами производства, самим выбирать формы организации и оплаты труда, технологию и управление производством медицинских услуг;
- замена структур прямого директивного управления на внутрикорпоративные подразделения, такие как маркетинговые службы, инвестиционные, инновационные, расчетно-финансовые, информационные;
- организация эффективных внутрифирменных единиц предпринимательства;
- расширение и интенсификация внутрикорпоративных отношений;
- разработка внутрикорпоративного хозяйственного механизма, создание системы стратегического, ситуационного и оперативного планирования, установление контрактно-договорных отношений между различными подразделениями, введение системы внутрикорпоративных мотиваций, стимулов, санкций [1].

Признавая или нет профессиональное медицинское сообщество в рамках корпоративных или иных производственных отношений, необходимо подчеркнуть, что правила поведения, как писанные, так и неписанные, сложились и складываются в профессиональной среде независимо от той или иной формы такого сообщества. Такие отношения могут характеризоваться понятиями «организационная культура», «производственная культура», «деловая культура», «корпоративная культура».

В целом такую культуру отношений (корпоративную культуру) можно характеризовать как комплекс разделяемых членами организации мнений, эталонов поведения, настроений, символов, отношений, в совокупности определяющих индивидуальный облик организации.

В медицинском сообществе, как ни в каком другом, глубоки корни корпоративной этики и корпоративной культуры.

С именем Гиппократом связано представление о высоком моральном облике и образце этического поведения врача. В «Клятве Гиппократов», как в своеобразном кодексе корпоративных отношений, нашли отображение правила и нормы поведения, своеобразный нравственный и этический стандарт взаимоотношений между самими медицинскими работниками, а также между ними и пациентами.

Помимо прочего, в корпоративной культуре немаловажное значение имеют символы. Как известно, одним из традиционных медицинских символов является эмблема, изображающая ядовитую змею, обвивающую чашу с противоядием.

Корпоративную культуру во внутренней и внешней среде системы здравоохранения в социалистический период развития страны отчасти формировали продекларированные основные принципы советского здравоохранения, по существу, действующие и сегодня: государственность, общедоступность и бесплатность медицинской помощи населению, единство медицинской науки и практики, профилактическое направление [2].

Коллегиальность в диагностике и лечении, медицинские консилиумы, врачебно-консультативные комиссии и подобные формы корпоративного принятия решений испокон веков были и остаются в традициях медицины.

С другой стороны, при государственной системе здравоохранения с ее жесткими принципами административной вертикали управления, бюрократической структурой организации профессиональные корпоративно-коллегиальные исторически сложившиеся отношения входят в противоречие с административно-командными методами управления отраслью. Разрешение подобного противоречия в сторону управленческих структур в конечном итоге приводит к замене истинной профессиональной корпора-



тивности суррогатными формами насаждаемых сверху директив, лозунгов, принципов, якобы подразумевающих корпоративность профессионального сообщества.

Подобные директивы, спущенные сверху, а не правила, выработанные и установленные сложившимися в команде корпоративными отношениями, становятся формальными лозунгами, а не сущностью профессиональных отношений. Административными методами, как показывает практика, не всегда удастся сформировать настоящее, а не лицемерное чувство принадлежности сотрудника к единой корпорации.

Как известно, немаловажное значение для формирования истинной корпоративной культуры имеет привлечение к активному участию в делах сообщества всех без исключения работников. Одним из путей достижения этой цели являются различные формы децентрализации, такие как передача полномочий низшим звеньям управления, перераспределение полномочий в пользу исполнителей, предоставление им реальной самостоятельности, реинжиниринг, переход от пирамидальных, иерархически-административных к горизонтальным демократическим организационно-управляющим структурам, которые

могут способствовать все более тесной связи всех работников корпорации, увеличению их преданности ее духу, миссии и целям.

В действующей модели российской государственной системы здравоохранения, являющейся, по существу, функционально-структурной моделью, формы и методы корпоративной культуры не являются определяющими в обеспечении управленческих решений. И достижение целевой функции системы здравоохранения (производство и предоставление качественных медицинских услуг) сегодня зависит от иных факторов, либо волевого управленческого воздействия руководителя определенного уровня с его возможностями административного распределения материальных, финансовых и кадровых ресурсов, либо от личных профессиональных и моральных качеств самого медицинского работника.

Процессно-ролевая модель системы здравоохранения на любом уровне, включая муниципальный, по мнению ряда исследователей, является определяющим фактором формирования истинной корпоративной культуры, способной, наряду с прочими формами и методами корпоративного управления, обеспечить повышение эффективности медицинской помощи.



## Литература

1. Кукура С.П. Теория корпоративного управления. — М.: ЗАО «Издательство экономика», 2004.
2. Социальная гигиена и организация здравоохранения/Под ред. А.Ф. Серенко и В.В. Ермакова. — М.: Медицина, 1977.



Центр научно-технической информации «Прогресс» имеет 11-летний опыт работы в области дополнительного медицинского образования. Основное направление деятельности компании — организация информационно-обучающих семинаров и краткосрочных курсов повышения квалификации, которые проходят при поддержке и участии ведущих медицинских учреждений и специалистов-практиков.

Миссией ЦНТИ «Прогресс» является содействие специалистам в совершенствовании практических знаний и освоении современных методов решения профессиональных задач.

Ежегодно более 20 тысяч руководителей и специалистов со всей России и стран СНГ проходят обучение на семинарах ЦНТИ «Прогресс». У каждого слушателя есть возможность получить консультацию экспертов и познакомиться с опытом ведущих специалистов.

ЦНТИ «Прогресс» обеспечивает размещение участников семинаров в центральных гостиницах Санкт-Петербурга и питание в лучших кафе и ресторанах. Для слушателей организуются экскурсии по городу, дворцово-парковым ансамблям пригородов, посещение театров и музеев.

### **Семинары ЦНТИ «Прогресс» на февраль—март 2008 года**

| <i>Название семинара</i>                                                                                                                      | <i>Дата проведения</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Бухгалтерия современного учреждения                                                                                                           | 12–16 февраля          |
| Добровольное медицинское образование                                                                                                          | 19–22 февраля          |
| Медицинские осмотры работающих и экспертиза трудоспособности при профессиональных заболеваниях: практические вопросы. (Опыт Санкт-Петербурга) | 25–29 февраля          |
| Медсестра — менеджер медицинского учреждения                                                                                                  | 25–29 февраля          |
| Оплата труда в здравоохранении                                                                                                                | 20–24 февраля          |
| Финансовый менеджмент в здравоохранении                                                                                                       | 26–29 февраля          |
| Экономический анализ деятельности медицинского учреждения                                                                                     | 21–24 февраля          |
| Экспертиза временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи                                                                         | 25–29 февраля          |
| Амбулаторно-поликлиническое учреждение сегодня. Опыт Санкт-Петербурга                                                                         | 3–7 марта              |
| Внебюджетная деятельность современного медицинского учреждения                                                                                | 3–7 марта              |
| Юридическое обеспечение медицинского учреждения                                                                                               | 10–14 марта            |

Для участников семинаров организованы ежедневные обеды и культурная программа.

*С информацией об этих и других семинарах Вы можете ознакомиться на сайте*

*ЦНТИ «Прогресс»: [www.cntiproggress.ru](http://www.cntiproggress.ru)*

*Записаться на семинар можно по телефону: (812) 331-88-88*



От редакции:

**Основная задача нашего журнала — в инициации диалога, конструктивного обсуждения самых острых проблем отрасли с руководителями ЛПУ. Нам особенно дороги статьи и комментарии, написанные не только и не столько ради пополнения списка научных публикаций, а ради интеграции практического опыта и эволюционного развития отечественного здравоохранения.**

**Л.С. Горбоевская,**

главный врач МУ «Городская поликлиника № 1», г. Усть-Илимск, Иркутская область

## **ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМЫ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КОММЕНТАРИИ К СТАТЬЕ «ПРИОРИТЕТНЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»: ПЕРВЫЕ УРОКИ»**

Статья Д.В. Пивня («Менеджер здравоохранения», 2007, № 9) затрагивает основные проблемы оказания первичной медицинской помощи. Многие выводы автора актуальны и верны. Никогда ранее не было так много сделано для развития амбулаторно-поликлинической службы РФ. Это — и повышение заработной платы участковым врачам с целью помочь решению кадрового вопроса организаторам здравоохранения на местах, и оснащение оборудованием, причем дорогостоящим, и дополнительные финансовые ресурсы по диспансеризации и углубленным медосмотрам.

Существенна постановка вопроса о том, что имеются значительные трудности для качественного выполнения всего объема работы, возложенного на участковых терапевтов, и остро чувствуется потребность на местах в ориентации участкового врача на наиболее актуальные направления в работе. Верно, что необходимо разработать алгоритм решения тех или иных задач, поставленных перед участковым терапевтом.

При всем этом на некоторые вопросы, затронутые в статье Д.В. Пивня, у меня как у практика муниципального здравоохранения существует несколько иная точка зрения.. После окончания института я проработала 12 лет участковым терапевтом, затем 15 лет и по настоящее время работаю в должности главного врача поликлиники и поэтому проблемы амбулаторно-поликлинической службы знаю не понаслышке.

По нашей поликлинике вижу, что повышение заработной платы участковым терапевтам не дало столь существенный эффект, как планировалось. Некоторое увеличение числа участковых врачей произошло путем перераспределения врачей внутри поликлиники из некоторых организа-



ционно-методических должностей. Из стационара терапевты не пришли на работу в поликлинику — не престижно. Не пришло в участковую службу ни одного молодого специалиста.

Большое количество возложенных на участковых терапевтов обязанностей вызывает чувство постоянной нехватки времени, неудовлетворенность и хроническую стрессовую реакцию. Это не укрепляет ни здоровье врачей, ни престижность профессии. Отсутствие экономической составляющей от результатов труда и объема работы, с одной стороны, лишает стимулов в работе, с другой стороны позволяет находиться на работе специалистам с недостаточной квалификацией, без стремлений к качественному труду.

Участковый принцип формирования участков, конечно, удобен и экономически выгоден, особенно при административном стиле организации работы системы. Но много лет никто не задумывается, что участковым принципом организации работы терапевтов мы лишаем права пациента на действительный выбор врача. Хорошо, если пациенту повезло, что на территории его проживания имеется думающий, ответственный врач-терапевт, а возможно, что вообще есть врач.

Даже, если не ставить проблему квалификации терапевтов, есть еще психологический контакт пациента с лечащим врачом, от которого также во многом зависит успех в лечении пациента. Веру пациентов в благополучный исход лечения должен заложить именно его лечащий врач, и чаще всего — это участковый терапевт.

Без введения экономической составляющей эффективность развития амбулаторно-поликлинической службы не может быть достигнута. Хотя в системе ОМС на уровне учреждения и введены элементы зависимости финансирования от объема работы, но в соответствии с действующими нормативными актами заработная плата врачей все еще существенно не зависит от объема и качества работы.

Для реализации этой зависимости необходимо, чтобы пациент имел право на выбор врача. Пациент, голосуя своим полисом, сертификатом, финансами, которые идут за ними, прикрепляется на обслуживание к конкретному врачу-терапевту, семейному врачу. К хорошему врачу будут прикрепляться больше пациентов, что приведет к пропорциональному увеличению вознаграждения за труд. Стремление совершенствоваться будет стимулироваться выбором пациентов и динамичным ростом заработной платой.

И думаю, что нишу, в которой есть возможность выделиться, удовлетворить свои амбиции и иметь закономерное увеличение заработной платы в зависимости от результатов труда, займут молодые врачи. При этом врачи с квалификацией и уровнем трудоспособности, не соответствующие текущему времени, будут лишаться выбора пациентов получать низкую заработную плату и, возможно, постепенно сменят свое место работы. Это и есть естественный экономический процесс.

Конечно, пациенту трудно судить о качестве лечения, но для этого и необходимо вводить повсеместно и неуклонно систему управления качеством, когда просто невозможно даже при всем желании сделать некачественно. Построение таких рамок, за пределами которых идет отклонение от качественной работы, и является задачей управленцев здравоохранения различного ранга. Введенная же в настоящее время система контроля качества, когда при анализе документации контролируется уже свершившийся результат, является низкоэффективной, хотя реализация такого контроля связана с существенной потерей времени.

Не могу полностью согласиться с автором статьи по оценке неотложной медицинской помощи, возлагаемой на поликлинику, как искусственно разделенной со скорой медицинской помощью. Возможно, именно скорая помощь выделилась у нас в стране в огромный конгломерат с отвлечением большого



количества врачей различных специальностей и существенного пласта бюджетного финансирования. Между тем скорая помощь — это несколько четких алгоритмов лечебных мероприятий при определенных синдромах. Чтобы разложить эти синдромы или объединить для постановки диагноза и оказывать дальнейшую конкретную помощь, необходимы условия стационара с его уровнем возможности дифференциальной диагностики. Поэтому вопрос о привлечении врачей различных специальностей на работу на станциях скорой помощи остается дискуссионным. У нас в стране сравнительно больше врачей на душу населения, чем в других странах, а остро ощущается их дефицит, что, по-видимому, является показателем нерационального использования кадровых ресурсов, их «размазывания».

Неотложная помощь при поликлинике — это реальная необходимость. Пациенты с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации особенно часто нуждаются в неотложной помощи. Кто, как не врачи поликлиники, знают этих пациентов и могут оказать им качественную помощь с учетом выявленных ранее показаний и противопоказаний?

Гипертермия у взрослых при простудных заболеваниях; различного вида болевые синдромы костно-мышечной системы; невралгии, не требующие моментальной помощи — с успехом купируются в течение часа бригадой неотложной помощи поликлиники. При этом помощь будет оказана, возможно, более качественно, так как на руках у врача имеется амбулаторная карта пациента с зафиксированной ранее патологией и обследованием, с возможностью определения дальнейшего плана обследования и лечения уже в момент оказания неотложной помощи.

В нашей поликлинике около 2-х лет функционирует пункт неотложной помощи на дому прикрепленному населению. Одна бригада врача с медицинской сестрой и фельдшером по приему вызовов работает с 8-00 до 22-00 ежедневно, включая выходные и

праздничные дни. Все врачи, оказывающие неотложную медицинскую помощь, прошли специализацию по неотложным состояниям в клинике внутренних болезней.

У обслуживания неотложных вызовов бригадой пункта неотложной помощи (ПНП) при поликлинике имеются достаточно существенные положительные моменты. В отличие от простого посещения участкового врача, бригада ПНП приезжает в течение часа со всеми необходимыми медикаментами, по показаниям имеется возможность тут же ввести необходимые лекарственные средства п/к, в/м, в/в, снять ЭКГ, определить сахар крови.

В отличие от обслуживания вызова бригадой скорой помощи, бригада ПНП приезжает с амбулаторной картой, по которой врач имеет возможность ознакомиться со всеми предыдущими обследованиями, зарегистрированными заболеваниями, эффективностью предыдущего лечения, с имеющимися противопоказаниями для той или иной терапии. При этом пациенту сразу после оказания неотложной помощи выписываются направления на дополнительные обследования, при необходимости выдается лист временной нетрудоспособности. Имеется возможность выдать рекомендации по дальнейшему амбулаторному лечению, назначить активное посещение участкового врача, записать на прием к узкому специалисту, если есть в том необходимость.

Пункт неотложной помощи удачно вписался в структуру работы нашей поликлиники и повысил эффективность участковых терапевтов по оказанию первичной медицинской помощи пациентам на дому. Многие проблемы по дифференциальной диагностике со срочным дообследованием и лечением пациентов на дому решаются значительно легче и оперативнее.

Положительным моментом также является существенная разгрузка станции скорой помощи в прикрепленном к поликлинике районе, хотя это косвенно относится к эффективности работы поликлиники.





В соответствии с Положением об организации деятельности дневного стационара в ЛПУ, утвержденным Приказом МЗ РФ от 09.12.1999 № 438, организован и успешно функционирует дневной стационар на 40 коек при поликлинике, мощностью 400 посещений в смену. В связи с этим считаю возможным уточнить, что лечащий врач не только организует лечение в дневном стационаре, но и самостоятельно проводит лечение и диагностику как в поликлинике и на дому, так и в дневном стационаре.

Особо хотелось бы отметить, что большой пласт профилактической работы, возложенной на участковых терапевтов (профилактика заболеваний, выявление заболеваний на ранних стадиях, санитарно-гигиеническое воспитание, вакцинация и другие), невозможно выполнить без включения заинтересованности пациентов в свое здоровье. Даже дополнительная диспансеризация с ее вкладом по раннему выявлению заболевания вызвала волну недовольства у населения из-за дополнительных хлопот пациента. Поэтому права пациента необходимо дополнить его обязанностями, возможно, с элементами

стимулирования. Это значительно облегчит работу участковых терапевтов.

Таким образом, приоритетный национальный проект «Здоровье», существенно подняв материально-техническую базу амбулаторно-поликлинической службы, не смог пропорционально повысить качество оказания первичной медицинской помощи. Серьезным недостатком продолжает оставаться отсутствие объективной экономической составляющей как в оплате труда медицинских работников, так и в финансировании лечебно-профилактических учреждений.

Для поднятия престижа участкового врача необходимо пересмотреть отношение врач—пациент как с финансово-экономической точки зрения, так и с разделением меры ответственности по раннему выявлению заболеваний и эффективности лечебных мероприятий.

В успехе лечения играет равную роль вклад как врача, так и пациента. Поэтому поощрение людей с хорошим здоровьем, следящих за своим здоровьем, имеющих нормальный вес и отсутствие вредных привычек, может являться серьезным вкладом в экономическую эффективность организации здравоохранения.

## Органайзер



РОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

### «ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

**Дата проведения:** 28.02.2008–29.02.2008

**Место проведения:** г. Новосибирск. Конференция и выставка будут проводиться в помещении Дворца культуры «Прогресс» (Красный проспект, д. 167)

**Организаторы:** Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Всероссийское научное общество кардиологов, Сибирское отделение РАМН, Управление здравоохранения НСО, НИИ терапии, НГМУ, Выставочная фирма «АПЕКС» (куратор выставки)

**Контакты:** по участию в Конференции (НИИ терапии СО РАМН):

Завьялова Лариса Георгиевна, Рагино Юлия Игоревна,

тел.: (383) 267-47-43 , 211-75-08, E-mail: office@iimed.ru <http://www.nsk.su/~apex>



## ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ ГОЛОСОВАНИЯ И ОПРЕДЕЛЕН ПОБЕДИТЕЛЬ В НОМИНАЦИИ «НАИБОЛЕЕ ОРИГИНАЛЬНАЯ ПУБЛИКАЦИЯ ИЛИ ЦИКЛ ПУБЛИКАЦИЙ 2007 ГОДА» ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

На основании подведения итогов голосования членов редколлегии и читателей журнала победителем в номинации **«Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2007 года»** признан

**Олег Анатольевич КАПЛУНОВ,**  
д.м.н., заведующий отделением ортопедии МУЗ  
«Городская клиническая больница № 3» г. Волгограда



**за цикл публикаций в рубрике «Особое мнение»:**

- Действительно ли мы хотим качественной реформы здравоохранения и каковы возможные направления и схематичные пути ее реализации? (*«Менеджер здравоохранения», 2007, № 7, с. 4–12*)
- В продолжение дискуссии о возможных путях и направлениях реформы здравоохранения: резервы далеко не исчерпаны (*«Менеджер здравоохранения», 2007, № 11, с. 13–21*)
- К вопросу о состоянии ортопедо-травматологической помощи населению и перспективах ее развития (*«Менеджер здравоохранения», 2007, № 12, с. 26–33*)



Редколлегия журнала поздравляет победителя номинации, благодарит за содержательные публикации и направляет в его адрес диплом, подписанный главным редактором журнала, заместителем Министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым, а также годовую подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2008 год и книги серии «Менеджмент в здравоохранении» Издательского дома «МЗ».



ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

## «РЕАЛИЗАЦИЯ ИНВЕСТИЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ИНТЕГРАЦИЯ ГОСУДАРСТВА И БИЗНЕСА»

**Дата проведения:** 26.02.2008–27.02.2008  
(в рамках форума «МЕДИЦИНА-2008»)

**Место проведения:** Москва, Центр международной торговли

**Организаторы:** Издательский дом «Менеджер здравоохранения»,  
МЕДИЭкспо

**Поддержка:** Министерство здравоохранения и социального развития РФ,  
Министерство экономического развития и торговли РФ.

### ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

#### Дорогие коллеги!

На заседании Госсовета, состоявшемся 11 октября 2007 года, в качестве одного из путей диверсификации российской экономики была отмечена необходимость активного распространения частно-государственного партнерства, поиска наиболее эффективных форм сопряжения возможностей государства и бизнеса.

Президент Российской Федерации Владимир Путин поручил рабочей группе Госсовета сформировать нормативно-правовую базу для заключения инвестиционных соглашений между органами исполнительной власти РФ и коммерческими организациями по реализации инвестиционных проектов в отдельных отраслях промышленности и социальной сферы, в том числе и в здравоохранении.

Сегодня место и роль в системе организации здравоохранения представителей медицинского бизнеса, решающих управленческие и организационные задачи, пока никак не определены. Между тем это — огромный пласт самых разнообразных структур и специалистов, куда относятся и многочисленные представители фармацевтических компаний, производителей и поставщиков медицинского оборудования, представители частных медицинских центров, страховых, IT- и инвестиционных компаний.

Учитывая, что количество инвестиционных проектов, реализуемых в здравоохранении Российской Федерации, пока крайне незначительно, следует тщательно анализировать особенности их организации и медико-экономичес-



## ПРОГРАММА

### Пленарное заседание: Перспективы развития и возможные формы частно-государственного партнерства в здравоохранении

- Частно-государственное партнерство как один из путей диверсификации российской экономики.
- Перспективы частно-государственного партнерства в здравоохранении.
- Нормативно-правовая база для заключения инвестиционных соглашений между органами исполнительной власти РФ и коммерческими организациями по реализации инвестиционных проектов в здравоохранении.
- Особенность организации и медико-экономическая эффективность инвестиционных проектов, реализуемых в здравоохранении Российской Федерации.

### Заседание 1. Аутсорсинг в государственном секторе здравоохранения: экономическая эффективность

- Внедрение механизмов аутсорсинга в региональной системе здравоохранения.
- Опыт размещения государственного заказа на оказание услуг по проведению лабораторных исследований, МРТ-исследований, приобретению экстремальных лекарственных средств, по техническому обслуживанию медицинской техники, по стирке белья и оказанию охранных услуг, по диетологии, оказанию транспортных услуг, по сбору, обезвреживанию, транспортировке и размещению медицинских отходов.
- Опыт использования негосударственных диализных центров при оказании медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий.

кую эффективность как с позиций общественных интересов, так и с позиций бизнеса. Целесообразна совместная работа организаторов здравоохранения всех уровней, представителей медицинского бизнеса, медицинского образования и науки по совершенствованию государственной политики в части поиска новых форм эффективного взаимодействия государственных и негосударственных организаций в сфере охраны здоровья населения.

Планируемая в рамках форума «Медицина-2008» научно-практическая конференция «Реализация инвестиционных проектов в сфере здравоохранения: интеграция государства и бизнеса» имеет целью обсудить возможные механизмы гармонизации интересов государственного и частного секторов российского здравоохранения, мотивации и форм участия бизнеса в развитии отрасли. Предполагается оценить перспективы развития частной медицины в свете реформы здравоохра-

нения, возможности ее участия в процессе реализации Программы государственных гарантий медицинской помощи, взаимодействия частной медицины с профессиональными ассоциациями и общественными движениями.

В качестве докладчиков в форуме примут участие представители государственных и общественных организаций: Минсоцразвития, Росздравнадзора, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых, инвестиционных и IT-компаний, топ-менеджеры частных медицинских центров.

Будем рады видеть Вас на конференции «Реализация инвестиционных проектов в сфере здравоохранения: интеграция государства и бизнеса».

*Председатель Оргкомитета  
форума «Медицина-2008»,  
заместитель Министра здравоохранения  
и социального развития РФ  
В.И. Стародубов*





### **Заседание 2. Взаимодействие государственного и частного секторов здравоохранения России**

- Проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения.
- Перспективы развития негосударственной медицины в современной России.
- Взаимодействие частных клиник непосредственно с органами государственной и муниципальной власти.
- Взаимодействие частных клиник с бюджетными (государственными и муниципальными) медицинскими учреждениями.
- Частичное оказание услуг по тарифам ОМС частными медицинскими организациями.
- Участие в работе государственных структур (Лицензионная палата, Тарифная комиссия и т.д.), определяющих правила присутствия медицинских организаций на рынке медицинских услуг.

### **Заседание 3. Формирование кластеров медицинских инноваций как формы частно-государственного партнёрства**

- Формы интеграции бизнеса, практического здравоохранения, медицинской науки и образования с целью повышения доступности и качества высокотехнологичной медицинской помощи в Российской Федерации.
- Использование различных механизмов коммерциализации инновационных проектов в области медицины и здравоохранения.
- Инвестиции в медицину: факторы прибыльности.
- Частная медицина и страхование в свете развития партнерских отношений.

### **Заседание 4. Взаимодействие государственного и частного секторов российского здравоохранения по вопросам кадровой политики**

### **Заседание 5. Благотворительные проекты социально ответственного бизнеса**

*Проект Конференции включен в план научно-практических мероприятий Минздравсоцразвития России на 2008 год. Тезисы, представленные на Конференцию, будут опубликованы в специальном номере журнала «Менеджер здравоохранения».*

#### **Условия публикации тезисов:**

Тезисы должны содержать (последовательно):

- название тезисов доклада (прописными буквами);
- фамилию, имя, отчество (полностью) и e-mail (в скобках) автора (-ов);
- полное наименование организации (в скобках — сокращённое), город;
- текст тезисов не более 12 000 символов, включая пробелы;
- список использованной литературы под заголовком Литература

#### **Формат тезисов:**

- документ Word for Windows или документ в формате .rtf;
- формат страницы — А4. Шрифт — Arial 12 пунктов. Ширина текста — 15,7 см;
- запрещены любые действия над текстом (переносы в словах, «красные» строки, центрирование, отступы и т.д.), кроме выделения слов полужирным, подчеркивания и использования маркированных и нумерованных (первого уровня) списков.

#### **Дата предоставления тезисов:**

до 15 апреля 2008 г.

**Условия публикации тезисов и форма заявки** — на сайте [www.idmz.ru](http://www.idmz.ru).

**Контакты:** по вопросам научной программы Конференции:

[idmz@mednet.ru](mailto:idmz@mednet.ru)

(495) 618-07-92 Куракова Наталия Глебовна



ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

# ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-2008

**Время проведения:** с 28 по 29 мая 2008 года  
(в рамках форума «МЕДИЦИНА-2008»)

**Место проведения:** Москва, Центр международной торговли

**Организаторы:** Издательский дом «Менеджер здравоохранения»,  
МЕДИЭкспо

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

## ПРОГРАММА

Проект

28 мая 2008 г.

**Пленарное заседание:** Информатизация здравоохранения России:  
реальность, проблемы и перспективы.

**Заседание 1.** Информационное пространство здравоохранения Российской  
Федерации: проблемы эффективного взаимодействия

29 мая 2008 г.

**Заседание 2.** Информатизация здравоохранением: федеральный,  
региональный, муниципальный, учрежденческий уровни.

**Заседание 3.** Информатизация медицинских специализированных служб:  
достижения и проблемы.

**Заседание 4.** Медицинские информационные системы: разработка,  
внедрение, перспективы.

**Заседание 5.** Информатизация науки и образования в медицине.

**Круглый стол:** Информационные технологии в национальном проекте  
«Здоровье».

Тезисы, представленные на Конференцию, будут опубликованы в специальном номере  
журнала «Врач и информационные технологии».

Условия публикации тезисов и форма заявки — на сайте [www.idmz.ru](http://www.idmz.ru)

Контакты по вопросам научной программы конференции: [idmz@mednet.ru](mailto:idmz@mednet.ru)  
(495) 618-07-92 Куракова Наталия Глебовна





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

# международный МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ '08

31 марта – 2 апреля  
Москва, КВЦ «Сокольники»

  
**REHATECH**  
**REHAMEDexpo**  
**MEDprojectexpo**

[www.rehaexpo.ru](http://www.rehaexpo.ru)  
[www.med-expo.ru](http://www.med-expo.ru)

- Технические средства реабилитации
- Диагностика, восстановительное лечение
- Комплексное проектирование, строительство и оснащение объектов здравоохранения

**Салон "Региональное здравоохранение"**  
**Международный конгресс "Современная клиника MEDclinic"**  
**Симпозиум Ассоциации "1000-коечная больница"**

---

**Дирекция выставки:**  
Тел./факс: (495) 982-50-65; e-mail: [knn@mvk.ru](mailto:knn@mvk.ru)

**Оргкомитет конгресса:**  
Тел.: (495) 228-79-36, e-mail: [info@rusmg.ru](mailto:info@rusmg.ru)

---

**Организатор:**  
ЗАО «Международная  
Выставочная Компания»

**При поддержке:**  
Министерства здравоохранения и  
социального развития Российской Федерации  
ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»

**Генеральный партнер:**  
Некоммерческое партнерство содействия  
развитию системы здравоохранения  
и медицины «РУСМЕДИКАЛ ГРУПП»

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА ЗАО «МВК»: МВК СЕВЕР-ЗАПАД: +7 (812) 330-15-24, МВК УРАЛ: +7 (343) 375-04-76, МВК ВОЛГА: +7 (843) 265-75-60, МВК СИБИРЬ: +7 (383) 391-13-66, МВК ЮГ: +7 (3862) 234-52-45



От редакции:

Сегодня по просьбе наших читателей мы открываем новую постоянную рубрику «Основы экономики здравоохранения». Несмотря на множество публикаций на эту тему, выпущенные учебники, многие важнейшие вопросы экономики здравоохранения остаются освещенными слабо, порой просто непрофессионально. Надеемся, восполнить эти пробелы хотя бы отчасти поможет наша новая рубрика, а также вышедшая в нашем издательстве книга Ф.Н.Кадырова «Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений».

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н.Кадыров,

д.э.н., заместитель главного редактора журнала

## КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Для обозначения стоимости потребленных медицинским учреждением ресурсов используется несколько различных терминов: затраты, издержки, расходы, себестоимость. В большинстве случаев они употребляются как синонимы. Однако у каждого из этих терминов есть и специфический смысл. Рассмотрим различия этих терминов. Но прежде заметим, что в данном случае мы говорим о стоимостных показателях. Между тем во многих случаях эти термины (за исключением «себестоимости») могут отражать и величину потребления ресурсов в натуральном или трудовом выражении (расход электроэнергии, затраты электроэнергии, затраты труда и т.д.).

**Затраты** — это выраженная в денежной форме величина потребленных ресурсов. Можно дать и более полное определение. Затраты — это выраженная в денежном измерении стоимость ресурсов (материальных, трудовых, финансовых), использованных на обеспечение процесса производства.

**Издержки** — синоним затрат. Тем не менее, в ряде случаев используется как более широкое понятие. В отличие от затрат, издержки могут отражать также оценку, которая не может быть непосредственно выражена в стоимостной, трудовой или материальной форме (например, ухудшение имиджа учреждения и т.д.).

**Расходы** — так же, как и издержки, — это синоним затрат. В ряде случаев под расходами понимаются определенные



виды затрат. В налоговом учете под расходами понимаются осуществленные затраты, вычитаемые из доходов в целях налогообложения. В соответствии с Налоговым кодексом РФ (статья 252) расходами признаются обоснованные и документально подтвержденные затраты, осуществленные (понесенные) налогоплательщиком. Кроме того, в ряде случаев (в случаях, предусмотренных статьей 265 Налогового кодекса) к расходам причисляются и убытки. Под обоснованными расходами понимаются экономически оправданные затраты, оценка которых выражена в денежной форме. Под документально подтвержденными расходами понимаются затраты, подтвержденные документами, оформленными в соответствии с законодательством Российской Федерации. Расходами признаются любые затраты при условии, что они произведены для осуществления деятельности, направленной на получение дохода.

**Себестоимость** — это денежное выражение затрат на производство и реализацию продукции (работ, услуг). В отличие от издержек, затрат или расходов, это более конкретное понятие. Различают себестоимость произведенной продукции (работ, услуг) и реализованной. Кроме того, различают общую себестоимость продукции (работ, услуг) и себестоимость единицы продукции (работ, услуг). Себестоимость медицинских услуг — это стоимостная оценка используемых в процессе оказания услуг трудовых и материальных ресурсов, которая производится при помощи калькуляции.

**Калькуляция** — исчисление себестоимости единицы продукции или услуг по видам расходов. Другими словами, калькулирование — это расчет себестоимости продукции и услуг. Себестоимость является базой для определения цены (тарифа).

**Удельные затраты** — затраты на единицу продукции, работы, услуги. Термин используется как синоним себестоимости единицы продукции, работы, услуги.

Мы привели наиболее распространенные, общепринятые формулировки. Заметим, что в экономической литературе встречаются и другие трактовки рассматриваемых терминов. Так, некоторые авторы считают, расходы — это часть затрат, понесенных организацией на изготовление продукции, оказание услуг, реализованных в данном учетном периоде. Момент перехода затрат в состояние расходов определяется моментом отгрузки продукции. Другие же, напротив, считают, что, в отличие от расходов, затраты жестко привязаны к отчетному периоду. Встречается точка зрения о том, что понятие «затраты» шире, чем понятие себестоимость, которая представляет собой затраты на простое воспроизводство, текущие расходы конкретного производителя. Не трудно заметить, что подобные трактовки направлены на то, чтобы «расписать» общепринятые термины для отражения специфических ситуаций. На наш взгляд, в этом случае логичнее было бы описать эти специфические ситуации, а не пытаться наполнять привычные термины новым содержанием.

Медицинская услуга, как и любой товар, обладает стоимостью, денежным выражением которой является цена. Цены на услуги состоят из двух основных элементов: себестоимости и прибыли.

Для расчета цен на медицинские услуги используется также понятие рентабельность, которая в общем случае определяется отношением прибыли к себестоимости (существуют и другие показатели рентабельности).

По содержанию и назначению затраты группируются по экономическим элементам, калькуляционным статьям и т.д.

Можно привести следующую классификацию затрат на оказание медицинских услуг, сгруппированных по различным признакам.

## 1. По подразделениям, участвующим в оказании услуг:

- затраты основного лечебного (клинического) отделения;



- затраты параклинических (лечебно-диагностических) служб: лаборатория, рентгенологическое отделение и т.д.;
- затраты анестезиологической службы;
- затраты операционного блока (оплата труда медсестер и санитарок оперблока, расходные материалы и т.д.);
- консультации специалистов других служб (ЛОР, офтальмологи и т.д.);
- затраты вспомогательных (обслуживающих) подразделений — стерилизационная, процедурная и т.д.;
- затраты хозяйственной службы;
- затраты административно-управленческого персонала (АУП).

Структура тарифов на медицинские услуги обычно складывается из указанных основных блоков, некоторые из которых в зависимости от принятой методики, от специфики службы, порядка расчетов могут исключаться или заменяться другими.

## 2. По затратам основных и вспомогательных подразделений

Для расчета стоимости медицинской услуги структурные подразделения медицинского учреждения делятся на:

- основные;
- вспомогательные.

Единого однозначного определения основных и вспомогательных подразделений нет. В «Инструкции по расчету стоимости медицинских услуг» даны следующие определения.

К основным подразделениям медицинского учреждения относятся профильные отделения стационаров, отделения (кабинеты) поликлиник, диагностических центров, параклинические (лечебно-диагностические) отделения и кабинеты, в которых пациенту обеспечивается оказание медицинских услуг.

К вспомогательным подразделениям относятся общеучрежденческие службы, обеспечивающие деятельность клинических и лечебно-диагностических подразделений (администрация, отдел кадров, бухгалтерия, кабинет медицинской статистики, регистрату-

ра, аптека, стерилизационная, хозяйственные службы и пр.).

Между тем используется и другая группировка — с дополнительным выделением обслуживающих подразделений. В этом случае к вспомогательным относят подразделения, помогающие оказанию медицинской помощи: аптека, стерилизационная и т.д., а к обслуживающим — подразделения, обеспечивающие функционирование учреждения: администрация, отдел кадров, бухгалтерия, хозяйственные службы и т.д.).

## 3. По участию в оказании услуг (по отношению к процессу оказания услуг) расходы (затраты) разделяются на:

- основные;
- накладные.

Основные — расходы, непосредственно связанные с оказанием услуг: зарплата, медикаменты, медицинский инструментарий и т.д. Следует обратить внимание, что затраты на отопление, электроэнергию, водоснабжение тоже относятся к основным затратам.

К накладным расходам по учреждению относятся все виды расходов, непосредственно не относящиеся к оказанию медицинских услуг (канцелярские и хозяйственные расходы, амортизация немедицинского оборудования, оплата труда административно-управленческого персонала, расходы на командировки и другие).

Другими словами, накладные расходы — это те виды затрат, которые необходимы для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги.

Заметим, что отнесение конкретных видов расходов всегда является довольно условным. Например, с точки зрения оказания медицинской помощи (конкретной услуги), затраты прачечной на моющие средства будут накладными расходами. С точки же зрения решения задач прачечной — оказания услуг другим подразделениям по стирке белья, затраты на моющие средства будут





основными затратами. Особенно явственно это обнаруживается тогда, когда прачечная медицинского учреждения оказывает услуги по стирке белья другим учреждениям.

#### **4. По порядку отнесения на услуги (по способу включения в себестоимость; по способу отнесения на себестоимость) затраты разделяются на:**

- прямые;
- косвенные.

Прямые расходы — это расходы, которые могут быть прямо (непосредственно), без каких-либо вспомогательных расчетов отнесены на те или иные виды оказываемых медицинских услуг. Другими словами, прямые затраты связаны с производством конкретных определенных видов услуг.

К прямым расходам относятся:

- заработная плата основного персонала;
- начисления на оплату труда основного персонала;
- стоимость полностью потребляемых в процессе оказания медицинской услуги материальных ресурсов (медикаменты, перевязочные средства, одноразовые принадлежности, питание и т.д.);
- стоимость частично потребляемых материальных ресурсов (износ мягкого инвентаря, амортизация медицинского оборудования, используемого при оказании данной медицинской услуги, износ малоценных и быстроизнашивающихся предметов).

Косвенные — расходы, которые не могут быть прямо отнесены на конкретные виды услуг и поэтому распределяются косвенным образом, как правило, пропорционально каким-либо показателям (установленным базам). Косвенные затраты относятся на стоимость медицинских услуг через расчетные коэффициенты. Косвенные затраты связаны с производством нескольких видов услуг или всех оказываемых услуг. Поэтому косвенные затраты обычно касаются всего учреждения или его подразделений.

К косвенным затратам относятся, например:

- оплата труда общеучрежденческого персонала;
- начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала;
- коммунальные и хозяйственные расходы (затраты на материалы и предметы для текущих хозяйственных целей, на канцелярские товары, инвентарь и оплату услуг, включая затраты на текущий ремонт и т.д.);
- затраты на командировки и служебные разъезды;
- износ мягкого инвентаря во вспомогательных подразделениях;
- амортизация (износ) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинских услуг;
- прочие затраты.

Основанием для распределения косвенных расходов могут быть прямые затраты, заработная плата основного персонала, площади и т.д. Таким образом, часть косвенных расходов распределяется пропорционально заработной плате основного персонала (например, зарплата административно-хозяйственного персонала). Другие (например, коммунальные расходы) могут распределяться пропорционально площадям и т.д.

В ряде случаев косвенные затраты могут стать прямыми, если, например, установили электросчетчики в каждом кабинете.

Следует отметить, что основные затраты могут быть и прямыми, и косвенными, а накладные, как правило, — это косвенные затраты. Например, затраты на электроэнергию и водоснабжение относятся к основным затратам и одновременно они являются косвенными затратами, относимыми на стоимость услуг косвенными методами. Необходимо отметить особенности классификации затрат лечебно-диагностических служб. Затраты, непосредственно связанные с выполнением исследований, оказанием лечебной помощи, относятся к основным расходам. Большинство из этих видов расходов может относиться к



прямым. Однако в случае, если в стоимость койко-дня, законченного случая лечения (стационарного или амбулаторного) и т.д. затраты лечебно-диагностических служб входят в усредненном размере, они будут разнесены по основным клиническим подразделениям с помощью вспомогательных методов, то есть будут относиться к косвенным затратам.

В составе накладных и косвенных расходов могут выделяться общестационарные (общеполиклинические) и общеучрежденческие затраты.

Отметим, что относительность разделения затрат на прямые и косвенные связана и с целями учета (которые могут быть различными, например, при налоговом и управленческом учете). Так, в соответствии с Налоговым кодексом РФ, если в целях налогообложения прибыли налогоплательщик определяет доходы и расходы по методу начисления, то расходы на производство и реализацию, осуществленные в течение отчетного периода, подразделяются на прямые и косвенные.

В соответствии с п. 1 ст. 318 Налогового кодекса РФ к прямым расходам, связанным с производством и реализацией, относятся:

— материальные расходы на приобретение сырья и материалов, используемых в производстве товаров (выполнении работ, оказании услуг);

— расходы на оплату труда вне зависимости от места их возникновения, которые нашли отражение в бухгалтерском учете в составе затрат основного производства, вспомогательного производства, общепроизводственных и общехозяйственных расходов, а также на других счетах затрат на производство, предусмотренных Планом счетов;

— амортизационные отчисления по основным средствам, непосредственно используемым при производстве товаров (работ, услуг).

К косвенным расходам, связанным с производством и реализацией, относятся все иные суммы расходов, осуществляемые налогоплательщиком в течение отчетного периода.

**5. По степени зависимости от объемов оказываемых услуг (по отношению к объему производства; по динамике затрат)** затраты делятся на:

- условно-постоянные (постоянные);
- условно-переменные (переменные).

Условно-постоянные (постоянные) — затраты, практически не зависящие от объема оказанных услуг (освещение помещений, отопление и т.д.). Сумма постоянных затрат остается неизменной при изменении объема производства (повременная оплата труда рабочих, зарплата и начисления на оплату труда административно-хозяйственного аппарата, аренда помещений и т.д.).

Условно-переменные (переменные) — затраты, изменяющиеся в соответствии с объемом оказанных услуг (медикаменты, расходные материалы, продукты питания и т.д.). Другими словами, общая сумма переменных расходов изменяется пропорционально объему производства продукции.

**6. Группировка затрат по калькуляционным статьям** отражает их состав в зависимости от направления расходов на оказание услуг в соответствии с экономической классификацией.

К затратам, относимым на себестоимость, в соответствии с действующей системой бухгалтерского (бюджетного) учета в бюджетных организациях относятся затраты по всем калькуляционным статьям, направленным на оказание медицинских услуг.

**7. Классификация по экономическим элементам** основана на группировке всех однородных по экономическому содержанию затрат вне зависимости от места, где они произведены (поликлиника, стационар, диагностическое подразделение, административно-хозяйственные подразделения и т.д.), а также от объекта затрат (амбулаторный больной, исследование крови и т.д.).

При определении себестоимости любого вида медицинских услуг используется следующая





щая группировка затрат по экономическим элементам:

- расходы на оплату труда;
- начисления на заработную плату;
- прямые материальные затраты (лекарства, продукты питания и т.д.);
- накладные расходы.

Под расходами на оплату труда понимаются затраты на оплату труда медицинских работников, оказывающих услуги.

Начисления на заработную плату предусматривают расходы на уплату взносов в государственные внебюджетные фонды.

К прямым материальным затратам относится стоимость потребляемых в процессе оказания медицинской услуги полностью (лекарства, перевязочные средства, одноразовые принадлежности, питание и т.д.) или частично (амортизация медицинского оборудования, используемого при оказании данной медицинской услуги, износ малоценных и быстроизнашивающихся предметов) материальных ресурсов.

К накладным расходам по учреждению относятся все виды расходов, непосредственно не относящиеся к оказанию медицинских услуг (канцелярские и хозяйственные расходы, амортизация немедицинского оборудования, оплата труда административно-управленческого персонала, расходы на командировки и другие).

**8. Расходы в зависимости от их характера, а также условий осуществления и направлений деятельности налогоплательщика** подразделяются на расходы, связанные с производством и реализацией, и внебюджетные расходы.

**9. По целевому назначению** различаются затраты на:

- оказание медицинской услуги;
- обслуживание медицинского оборудования;
- содержание помещений;
- обеспечение питания;
- транспортное обеспечение и т.д.

**10. По способу потребления в процессе оказания медицинских услуг материальные затраты делятся на:**

- полностью потребляемые в процессе оказания медицинской услуги (лекарства, перевязочные средства, одноразовые принадлежности, питание и т.д.);
- частично потребляемые материальные ресурсы (амортизация медицинского оборудования, используемого при оказании данной медицинской услуги, износ малоценных и быстроизнашивающихся предметов).

**11. По месту производства затрат:**

- затраты в основных подразделениях (отделениях, кабинетах и т.д.);
- затраты во вспомогательных подразделениях (стерилизационная и т.д.);
- общепользовательские затраты: затраты на содержание аппарата управления стационара (начмед, главной медсестры и т.д.), справочной и т.п.;
- общепользовательские затраты: затраты на содержание аппарата управления поликлиники (заведующего поликлиникой, главной медсестры, регистратуры и т.д.);

Общестационарные и общепользовательские — это затраты по обслуживанию лечебного процесса, управлению, относимые соответственно на стационар или поликлинику в целом. К этим затратам можно отнести зарплату с начислениями начмед (заведующего поликлиникой), главной (старшей) медсестры стационара или поликлиники и другого персонала стационара или поликлиники, не оказывающего непосредственно медицинскую помощь, затраты по содержанию их кабинетов и т.д.

- общеучрежденческие затраты: затраты на содержание административно-хозяйственного персонала (главный врач, бухгалтерия, хозяйственные службы и т.д.)

Общеучрежденческие затраты — это затраты по обслуживанию лечебного процесса, управлению, относимые на учреждение в целом (содержание главного врача, бухгал-



терии и других административно-хозяйственных служб медицинского учреждения).

Практика показывает, что в настоящее время одной из самых актуальных проблем ценообразования является определение затрат медицинского учреждения по подразделениям. Поскольку медицинские учреждения обычно имеют целый ряд подразделений, оказывают большое количество медицинских услуг, то возникает сложность в выделении затрат, относимых на конкретное подразделение, на конкретную услугу. Ниже мы рассмотрим ряд подходов к выделению затрат, к их разнесению по подразделениям и т.д. Принципы, используемые для правильного учета статей затрат, важны не только для формирования тарифов, но и для экономического анализа деятельности медицинских учреждений и решения других задач.

## 12. По направлениям расходов:

- на текущие расходы, направленные на обеспечение текущего содержания учреждения;
- на капитальные расходы, направленные на развитие, расширение деятельности.

## 13. По включению в себестоимость:

- инвентаризованные;
- затраты периода.

## 14. По роли в процессе производства:

- производственные;
- непроизводственные.

## 15. По степени регулируемости:

- регулируемые;
- нерегулируемые.

## 16. По факту оплаты понесенных расходов:

- фактические;
- кассовые.

Приведем определения кассовых и фактических расходов применительно к бюджетным учреждениям.

Фактическими расходами учреждения являются расходы, производимые учреждениями на мероприятия, предусмотренные по сметам доходов и расходов, финансируемым из федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, а также осуществляемым за счет средств, полученных от предпринимательской деятельности, целевых средств и безвозмездных поступлений, оформленные соответствующими документами, включая расходы по неоплаченным счетам кредиторов, обязательствам перед бюджетом, государственными внебюджетными фондами, начисленной заработной плате, стипендиям и др.

Кассовый расход — операция по списанию средств со счета органа казначейства или в кредитной организации в оплату принятых в установленном порядке получателем обязательств, подлежащих оплате за счет средств соответствующего бюджета.

Можно дать и другие, более широкие определения.

Фактические расходы — это сумма фактически потребленных учреждением ресурсов в виде медикаментов, продуктов питания, труда работников, энергоносителей и т.д.

Кассовые расходы — это оплаченная часть потребленных учреждением ресурсов.

## 17. По степени точности:

- фактические (истекшие)
- будущие (планируемые).

## 18. По отношению к проблеме:

- значимые;
- незначимые.

## 19. По способу отражения в бухгалтерском учете:

- явные, принимающие форму прямых платежей поставщикам, факторов производства (зарплата; медикаменты и продукты питания, приобретенные медицинским учреждением, и пр.);





— неявные (выполнение в форме спонсорской помощи транспортных перевозок для нужд больницы; выделение предприятием работников для выполнения хозяйственных работ для медицинского учреждения и т.д. без официального оформления взаимоотношений; использование медикаментов и продуктов питания, приобретенных пациентами на свои средства, и др.).

Отметим, что в действующих нормативных документах для специальных целей используются специальные виды классификаций. Так, в соответствии со статьей 253 Налогового кодекса РФ (НК РФ) расходы, связанные с производством (или реализацией) и признаваемые для целей налогообложения, подразделяются на:

- материальные расходы;
- расходы на оплату труда;
- суммы начисленной амортизации;
- прочие расходы.

В статье 70 Бюджетного кодекса РФ указаны направления расходов бюджетных учреждений. Это тоже специфическая классификация. Эта статья гласит:

«Расходы бюджетных учреждений.

Бюджетные учреждения расходуют бюджетные средства исключительно на:

- оплату труда в соответствии с заключенными трудовыми договорами и правовыми актами, регулирующими размер заработной платы соответствующих категорий работников;

- перечисление страховых взносов в государственные внебюджетные фонды;

- трансферты населению, выплачиваемые в соответствии с федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации и правовыми актами органов местного самоуправления;

- командировочные и иные компенсационные выплаты работникам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- оплату товаров, работ и услуг по заключенным государственным или муниципальным контрактам;

- оплату товаров, работ и услуг в соответствии с утвержденными сметами без заключения государственных или муниципальных контрактов.

Расходование бюджетных средств бюджетными учреждениями на иные цели не допускается».

Еще одна классификация — бюджетная классификация расходов изложена в Приказе Министерства финансов Российской Федерации от 8 декабря 2006 г. № 168н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

Бюджетная классификация, в частности, включает:

- функциональную классификацию расходов бюджетов Российской Федерации;
- экономическую классификацию расходов бюджетов Российской Федерации;
- ведомственную классификацию расходов федерального бюджета.



**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ  
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО  
РЕДАКТОРА ЖУРНАЛА,  
Д.Э.Н. Ф.Н. КАДЫРОВ**



**С согласия коллектива при оказании платных услуг нам установлена система оплаты труда в зависимости от полученного дохода. Но из-за поломки оборудования периодически возникают простои. Каков порядок оплаты времени простоя?**

Порядок оплаты времени простоя зависит от причины простоя и регулируется статьей 157 Трудового кодекса РФ (ТК).

Время простоя по вине работодателя (медицинского учреждения) оплачивается в размере не менее двух третей средней заработной платы работника.

Время простоя по причинам, не зависящим от работодателя и работника, оплачивается в размере не менее двух третей тарифной ставки, оклада (должностного оклада), рассчитанных пропорционально времени простоя.

Конкретные размеры гарантийных выплат за период простоя могут устанавливаться в коллективном договоре, локальном нормативном акте, трудовом договоре, но не ниже, чем это предусмотрено ст. 157 ТК.

Время простоя по вине работника не оплачивается.

О начале простоя, вызванного поломкой оборудования и другими причинами, которые делают невозможным продолжение выполнения работником его трудовой функции, работник обязан сообщить своему непосредственному руководителю, иному представителю работодателя.

Является ли простой при поломке оборудования и т.д. виной работника, работодателя или причиной, не зависящей от работодателя и работника, в каждом случае должно определяться с учетом всех конкретных обстоятельств.





## Какие требования предъявляются к установлению графика сменности?

Согласно ст.103 ТК, сменная работа — работа в две, три или четыре смены — вводится в тех случаях, когда длительность производственного процесса превышает допустимую продолжительность ежедневной работы, а также в целях более эффективного использования оборудования, увеличения объема оказываемых услуг и т.д.

При сменной работе каждая группа работников должна производить работу в течение установленной продолжительности рабочего времени в соответствии с графиком сменности.

При составлении графиков сменности работодатель учитывает мнение представительного органа работников в порядке, установленном статьей 372 ТК, для принятия локальных нормативных актов. Графики сменности, как правило, являются приложением к коллективному договору.

Графики сменности доводятся до сведения работников не позднее, чем за один месяц до введения их в действие.

Работа в течение двух смен подряд запрещается.

При составлении графика сменности должны учитываться гарантии, установленные для работников трудовым законодательством: предоставление еженедельного отдыха, соблюдение правил о междусменном перерыве, ограничения сверхурочной работы и т.п.

Если изменение графика связано с изменением режима рабочего времени, определенного трудовым договором, должны соблюдаться требования ст. 74 ТК.

Утвержденный график сменности должен соблюдаться как работником, так и работодателем.



## Что собой представляет работа в режиме гибкого рабочего времени? Любая ли может воспользоваться возможностью работать в гибком графике?

Режим гибкого рабочего времени применяется тогда, когда по каким-либо причинам нецелесообразно использовать обычный (нормальный) режим работы в связи с его неэффективностью или по другим причинам, в частности, вследствие особого характера труда.

Согласно ст. 102 ТК, при работе в режиме гибкого рабочего времени начало, окончание или общая продолжительность рабочего дня (смены) определяется по соглашению сторон.

Работодатель должен обеспечивать отработку работником суммарного количества рабочих часов в течение соответствующих учетных периодов (рабочего дня, недели, месяца и других).

Этому вопросу посвящены Рекомендации по применению режимов гибкого рабочего времени на предприятиях, в учреждениях и организациях отраслей народного хозяйства, утвержденные Постановлением Госкомтруда СССР № 162, ВЦСПС № 12-55 от 30.05.1985.

Указанные Рекомендации определяют режим гибкого рабочего времени как форму организации труда, при которой для отдельных работников или коллективов структурных подразделений организации допускается (в определенных пределах) саморегулирование начала, окончания и общей продолжительности рабочего дня. При этом требуется полная отработка установленного учетного периода — рабочего дня, недели, месяца и др.

Режим гибкого рабочего времени может устанавливаться при приеме на работу и впоследствии, на определенный срок и без ограничения сроком. График работы

устанавливается либо по соглашению сторон трудового договора, либо (если такой режим вводится для определенного коллектива работников) — локальным нормативным актом.

Формально ограничений для использования такого режима не установлено, он может вводиться для любых категорий работников, на любых производствах, при любой организации труда. Критериями являются лишь удобство и целесообразность его использования. Однако без согласия работодателя данный режим не может применяться, в свою очередь работодатель не обязан (за исключением отдельных случаев, предусмотренных нормативными актами) предоставлять режим гибкого рабочего времени.

Установление гибкого графика не влечет изменения оплаты и других условий труда. Работодатель обязан обеспечить учет времени, отработанного каждым работником, занятым в режиме гибкого рабочего времени. Однако сложность точного учета времени как раз и является одной из причин относительно слабой распространенности работы в режиме гибкого рабочего времени.

Вопросу, касающемуся порядка и условий применения скользящего (гибкого) графика работы для женщин, имеющих детей, посвящено Постановление Госкомтруда СССР, ВЦСПС от 06.06.1984 № 170/10-101.



**26 – 29 мая**

МОСКВА, Конгресс-центр ЦМТ

# МЕДИЦИНА 2008

**4-я Международная специализированная выставка**

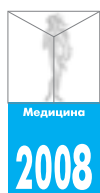
медицинского оборудования, техники и товаров для диагностики и лечения заболеваний человека и услуг в сфере здравоохранения

## В РАМКАХ ПРОЕКТА:

9-я специализированная выставка **«Радиология-2008»**

Салон **«МедКомТех-2008»**

Салон **«ЛаборДиагностика-2008»**



Всероссийская конференция **«Реализация инвестиционных проектов в сфере здравоохранения: интеграция государства и бизнеса»**

2-ой Российский Национальный конгресс лучевых диагностов и терапевтов **«Радиология-2008»**

Всероссийский Конгресс специалистов клинической лабораторной диагностики **«Фундаментальные основы, клинические аспекты и новейшие технологии современной лабораторной медицины»**

Всероссийская конференция **«Информатизация здравоохранения - 2008»**



## ОРГАНИЗАТОРЫ ПРОЕКТА МЕДИЦИНА:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию  
Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи  
ЗАО «МЕДИ Экспо»

**МЕДИ Экспо**



Тел.: (495) 661-3513  
Факс: (495) 938-2458

e-mail: [expo@mediexpo.ru](mailto:expo@mediexpo.ru)  
<http://www.mediexpo.ru>



**От редакции:**

В первом номере нашего журнала за 2004 г. мы касались терминологии, связанной с различными формами собственности и организационно-правовыми формами производителей медицинских услуг («Терминология, связанная с различными формами собственности и организационно-правовыми формами производителей медицинских услуг», с. 38–39). Изменения законодательства, произошедшие с момента публикации статьи, вновь возвращают нас к этой теме, требуя уточнения понятий, правомерности использования тех или иных терминов применительно к сегодняшнему дню.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

## КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

**КОНСУЛЬТАНТЫ:**



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



**ЭКОНОМИСТ КОМИТЕТА  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
И.С. ХАЙРУЛЛИНА**



Напомним читателю, речь шла об употреблении таких пар терминов, как **«частный»** и **«негосударственный»**; **«бюджетные учреждения»** и **«государственные (муниципальные) учреждения»**, и соотношении деления медицинских учреждений на *бюджетные* (государственные и муниципальные) и *частные* (негосударственные) с разделением на **коммерческие** и **некоммерческие** организации.

Развитие частного сектора здравоохранения вызвало необходимость более четкого определения терминологии, характеризующей различные формы собственности, организационно-правовой формы производителей медицинских услуг, а также самого частного (негосударственного) сектора здравоохранения. В связи с этим нередко возникают целые дискуссии по поводу правомерности применения тех или иных терминов.

Учитывая это, отметим, что, во-первых, это проблема не только здравоохранения — она касается абсолютно всех отраслей. Поэтому не стоит пытаться решить ее в рамках самого здравоохранения. Во-вторых, существует целый ряд нормативных документов, четко классифицирующих терминологию, связанную с многообразием форм собственности и организационно-правовых форм. В частности, это Постановление Государственного Комитета Российской Федерации по стандартизации и метрологии от 30 марта 1999 г. № 97 «О принятии и введении в действие общероссийских классификаторов». Речь идет об «Общероссийском классификаторе форм собственности» и «Общероссийском классификаторе организационно-правовых форм». Эти классификаторы многое ставят на свои места и с ними полезно ознакомиться. Ниже мы укажем и другие нормативные документы.

Тем не менее, вышеуказанный документ оставляет открытым целый ряд вопросов. Например, это касается соотношения терминов **«частный»** и **«негосударственный»**. Неслучайно часто идут споры по поводу правомерности использования терминов «част-

ный» и «негосударственный» применительно к медицинским учреждениям или сектору здравоохранения в целом. Ряд авторов справедливо отмечает, что, кроме государственных (муниципальных) и частных, могут существовать и организации, в которых присутствует как государственная (муниципальная) собственность, так и частная. Это организации с так называемой смешанной собственностью, которая юридически определяется как общая (долевая или совместная) собственность. Поэтому этими авторами предлагается использовать термин «негосударственный сектор» как более корректный. С этими доводами можно было бы согласиться. Однако формально к негосударственному сектору относятся и муниципальные медицинские учреждения. Так, п. 2 статьи 8 Конституции РФ гласит: «В Российской Федерации признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности». Разделение на государственную, муниципальную, частную и другие формы собственности мы находим и в упомянутом нами «Общероссийском классификаторе форм собственности». Неслучайно в некоторых нормативно-правовых актах этот момент специально оговаривается. К примеру, в ст. 6 Закона РФ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» указано, что благотворительной организацией является негосударственная и *немуниципальная* организация. Как видим, и термин «негосударственный» с рассматриваемых позиций не является идеальным. Учитывая, что в настоящее время сложилось общепринятое употребление терминов «частный» и «негосударственный» как синонимов, нет необходимости их противопоставлять. Поэтому, за исключением особых ситуаций, требующих специального уточнения содержания терминов, использование их в качестве синонимов вполне допустимо.

Вопрос правомерности использования касается и соотношения другой пары терминов: **«бюджетные учреждения»** и **«государ-**



**ственные (муниципальные) учреждения**. В соответствии со статьей 161 Бюджетного кодекса РФ бюджетное учреждение — это организация, созданная органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических или иных функций некоммерческого характера, деятельность которой финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов (в редакции Бюджетного кодекса РФ, вступившей в силу с 01.01.2008, бюджетное учреждение — государственное (муниципальное) учреждение, финансовое обеспечение выполнения функций которого, в том числе по оказанию государственных (муниципальных) услуг физическим и юридическим лицам в соответствии с государственным (муниципальным) заданием, осуществляется за счет средств соответствующего бюджета на основе бюджетной сметы).

Из представленного определения следует вывод, что бюджетные учреждения, несомненно, являются государственными (либо муниципальными) учреждениями. Но синонимичны ли эти понятия?

Если раньше можно было с уверенностью заявлять, что «бюджетные учреждения» и «государственные (муниципальные) учреждения» равноправны в употреблении, то после принятия в конце прошлого года Федерального закона «Об автономных учреждениях» (№ 174-ФЗ от 03.11.2006) понятие **«государственные (муниципальные) учреждения»** расширилось, включив в себя новый вид учреждений, создаваемых государством, но не являющихся получателями бюджетных средств, в установленном для бюджетных учреждений порядке. Поэтому, употребляя термин **«государственные (муниципальные)»**, надо четко понимать, что здесь речь идет о характеристике организации с точки зрения ее учредителя, которым в данном случае являются либо орга-

ны государственной власти Российской Федерации, либо органы государственной власти субъектов Российской Федерации, либо органы местного самоуправления. Данный термин не отражает никаких иных характеристик организации, в том числе и особенностей ее финансирования. Автономные учреждения, являясь государственными (и только государственными — юридические и физические лица в качестве учредителей законом не предполагаются), не попадают в категорию финансируемых собственником по смете доходов и расходов бюджетных учреждений.

Таким образом, упомянутые изменения законодательства прежде всего коснулись соотношения понятий **«бюджетные учреждения»** и **«государственные (муниципальные) учреждения»**.

Наряду с автономными, появилось понятие частных учреждений, на примере которого мы сталкиваемся с иллюстрацией того, что деление производителей медицинских услуг на государственные и частные не совпадает с разделением их на коммерческие и некоммерческие организации. Государственные не значит некоммерческие, частные не значит коммерческие. Создавать частные учреждения могут физические либо юридические лица, но эти организации по своей сути некоммерческие. И, напротив, существует множество государственных организаций коммерческого характера, например, унитарных предприятий, в том числе и в здравоохранении (в частности, это имеет место в Санкт-Петербурге).

Как известно, в соответствии с действующим законодательством (Гражданский кодекс Российской Федерации, Федеральный закон «О некоммерческих организациях» и др.) **коммерческие** организации могут создаваться в следующих формах:

- хозяйственные товарищества:
  - полное товарищество;
  - товарищество на вере (коммандитное товарищество).
- хозяйственные общества:
  - акционерное общество: открытое акцио-



нерное общество (ОАО), закрытое акционерное общество (ЗАО);

— общества с ограниченной ответственностью (ООО) или с дополнительной ответственностью (ОДО);

- производственный кооператив;
- государственные и муниципальные унитарные предприятия.

**Некоммерческие организации** могут создаваться в форме:

- потребительских кооперативов;
- общественных и религиозных организаций (объединений);
- учреждений (государственных/муниципальных (бюджетных или автономных) и частных);
- автономных некоммерческих организаций (АНО);
- фондов;
- ассоциаций и союзов;
- некоммерческих партнерств.

Мы указали лишь основные формы юридических лиц, являющихся коммерческими и некоммерческими организациями. Более полный перечень приведен в вышеуказанном «Общероссийском классификаторе организационно-правовых форм».

Отсюда следует еще одно важное положение: **в большинстве случаев так называемые частные медицинские учреждения не являются по своей организационно-правовой форме учреждениями**, а относятся либо к коммерческим организациям (ООО и т.д.), либо к другим (в отличие от учреждения) формам некоммерческих организаций (АНО и т.д.). Поэтому термин «частное медицинское учреждение» чаще всего является юридически некорректным выражением (за исключением случаев, когда частная организация, оказывающая медицинские услуги, действительно создана в форме учреждения). Правильнее было бы называть их «медицинскими организациями» или «организациями, предоставляющими медицинскую помощь». Тем не менее, вряд ли стоит воевать с устоявшимся общепотребительным сочетанием «частное медицинское учреждение», если

оно используется не для характеристики организационно-правовой формы, а является обобщающим выражением негосударственного (частного) производителя медицинских услуг.

Подводя итоги, во избежание новых дискуссий хотелось бы вкратце определить следующее: понятия «частный» и «государственный (муниципальный)» характеризуют учредителя организации (физические, юридические лица либо Российская Федерация, субъект Российской Федерации, муниципальное образование), «коммерческая» и «некоммерческая» — исключительно цели деятельности (в первом случае — организация ставит целью получение прибыли и распределение ее между участниками, во втором — нет), «бюджетное» — исключительно порядок финансирования (и можно сказать, поглощается понятием «государственное (муниципальное)», так как бюджетное учреждение — всегда государственное (муниципальное), а вот государственное (муниципальное) — не значит бюджетное). Поскольку дискуссионное соотношение терминов, по сути — соотношение совершенно самостоятельных характеристик организационно-правовых форм, возможно и независимое сочетание этих характеристик (частные, но некоммерческие организации, коммерческие государственные организации). Для иллюстрации данного утверждения ниже приводим *таблицу 1*, отражающую возможных учредителей и цели деятельности основных организационно-правовых форм, возможных для производителей медицинских услуг.

В рубрике публикуется «Общероссийский классификатор форм собственности» и «Общероссийский классификатор организационно-правовых форм», принятые Постановлением Государственного Комитета Российской Федерации по стандартизации и метрологии от 30 марта 1999 г. № 97 «О принятии и введении в действие общероссийских классификаторов» с внесенными на настоящий момент изменениями.



Таблица 1

### Учредители и цели деятельности основных организационно-правовых форм производителей медицинских услуг

| Организационно-правовые формы (классификатор)                                                     | Возможные в соответствии с законом учредители: государственные (муниципальные)/частные организации                                                                                                                                      | Цели деятельности (коммерческие/некоммерческие организации) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Хозяйственные общества:                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| — акционерное общество: открытое акционерное общество (ОАО), закрытое акционерное общество (ЗАО); | <b>частные, государственные/муниципальные</b> ФЛ, ЮЛ, ОБПЮЛ, РФ, субъект РФ, МО — любые субъекты гражданского оборота, за исключением тех, кому это прямо запрещено (например, государственные органы и органы местного самоуправления) | коммерческие                                                |
| — общества с ограниченной ответственностью (ООО) или с дополнительной ответственностью.           |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| Хозяйственные товарищества:                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| — полное товарищество;                                                                            | <b>частные</b> ОБПЮЛ (только индивидуальные предприниматели) ЮЛ (только коммерческие организации)                                                                                                                                       | коммерческие                                                |
| — товарищество на вере (коммандитное товарищество).                                               | <b>частные</b> ОБПЮЛ (только индивидуальные предприниматели) ЮЛ (только коммерческие организации) ФЛ (только в качестве вкладчиков)                                                                                                     | коммерческие                                                |
| Государственные и муниципальные унитарные предприятия                                             | <b>государственные/муниципальные</b> РФ, субъект РФ, МО                                                                                                                                                                                 | коммерческие                                                |
| Фонды                                                                                             | <b>частные государственные/муниципальные</b> ФЛ, ЮЛ, РФ, субъект РФ, МО                                                                                                                                                                 | некоммерческие                                              |
| Учреждения:                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |
| — частные учреждения;                                                                             | <b>частные</b> ФЛ, ЮЛ                                                                                                                                                                                                                   | некоммерческие                                              |
| — бюджетные учреждения;                                                                           | <b>государственные/муниципальные</b> РФ, субъект РФ, МО                                                                                                                                                                                 | некоммерческие                                              |
| — автономные учреждения                                                                           | <b>государственные/муниципальные</b> РФ, субъект РФ, МО                                                                                                                                                                                 | некоммерческие                                              |
| Автономные некоммерческие организации                                                             | <b>частные государственные/муниципальные</b> ФЛ, ЮЛ, РФ, субъект РФ, МО                                                                                                                                                                 | некоммерческие                                              |

Используемые в таблице сокращения:

РФ — Российская Федерация  
 субъект РФ — субъект Российской Федерации  
 МО — муниципальное образование

ФЛ — физические лица  
 ЮЛ — юридические лица  
 ОБПЮЛ — организации без прав юридического лица



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ И МЕТРОЛОГИИ  
**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

№ 97

от 30 марта 1999 г.

**О ПРИНЯТИИ И ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ  
ОБЩЕРОССИЙСКИХ КЛАССИФИКАТОРОВ**

(в ред. Изменений № 1/99 ОКОПФ, № 1/99 ОКФС, № 2/2001 ОКОПФ,  
утв. Госстандартом РФ, № 3/2007 ОКОПФ, утв. Приказом Ростехрегулирования  
от 27.03.2007 № 45-ст)

Государственный комитет Российской Федерации по стандартизации и метрологии постановляет:

**1.** Принять Общероссийский классификатор форм собственности ОК 027-99 с датой введения в действие с 1 января 2000 года.

**2.** Принять Общероссийский классификатор организационно-правовых форм ОК 028-99 с датой введения в действие с 1 января 2000 года.

Председатель Госстандарта России Г.П. ВОРОНИН

ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КЛАССИФИКАТОР ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ  
RUSSIAN CLASSIFICATION OF CONFIGURATIONS PROPERTY

**ОК 027-99**

Дата введения 1 января 2000 г.

(в ред. Изменения N 1/99 ОКФС, утв. Госстандартом РФ)

*Разработан Управлением статистического планирования Госкомстата России, Главным межрегиональным центром обработки и распространения статистической информации Госкомстата России.*

*Представлен Государственным комитетом Российской Федерации по статистике.*

*Внесен научно-техническим управлением Госстандарта России.*

*Принят и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 30 марта 1999 г. № 97.*

**Введение**

Общероссийский классификатор форм собственности (далее — ОКФС) входит в состав Единой системы классификации и кодирования технико-экономической и социальной информации (далее — ЕСКК) Российской Федерации.

ОКФС разработан в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и федеральными законами, с учетом практического использования Классификатора форм собственности (КФС), утвержденного Постановлением Госкомстата России от 20 апреля 1993 г. № 47.



ОКФС предназначен для:

— формирования информационных ресурсов, регистров, реестров и кадастров, содержащих сведения о субъектах гражданского права;

— решения аналитических задач в области статистики, в системе налогообложения и других сферах экономики, связанных с управлением и распоряжением имуществом;

— обеспечения совместимости информационных систем, проведения автоматизированной обработки технико-экономической и социальной информации;

— анализа и прогнозирования социально-экономических процессов, разработки рекомендаций по регулированию экономики.

Объектами классификации ОКФС являются формы собственности, установленные Конституцией Российской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, а также следующими Федеральными законами:

«Об иностранных инвестициях в РСФСР» от 4 июля 1991 г.;

*Примечание.* Закон РСФСР от 04.07.1991 № 1545-1 утратил силу в связи с изданием Федерального закона от 09.07.1999 № 160-ФЗ.

«О потребительской кооперации в Российской Федерации» от 19 июня 1992 г.;

«Об общественных объединениях» от 19 мая 1995 г. № 82-ФЗ;

«О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 11 августа 1995 г. № 135-ФЗ;

«О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности» от 12 января 1996 г. № 10-ФЗ;

«О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О потребительской кооперации в Российской Федерации» от 11 июля 1997 г. № 97-ФЗ;

«О свободе совести и о религиозных объединениях» от 26 сентября 1997 г. № 125-ФЗ;

«О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19 июля 1998 г. № 112-ФЗ.

Под формой собственности понимаются законодательно урегулированные имущественные отношения, характеризующие закрепление имущества за определенным собственником на праве собственности.

Собственниками имущества могут быть граждане и юридические лица, а также Российская Федерация, субъекты Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономная область, автономные округа, городские и сельские поселения и другие муниципальные образования.

В Российской Федерации признаются частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности.

С учетом изложенного в ОКФС формы собственности классифицируются в зависимости от типа собственника.

Например, имущество, принадлежащее на праве собственности Российской Федерации, является федеральной собственностью; имущество, принадлежащее на праве собственности муниципальному образованию, является муниципальной собственностью и т.п.

В классификаторе принята следующая форма записи позиций:

| Код | Наименование | Алгоритм сбора |
|-----|--------------|----------------|
|     |              |                |

Каждая позиция в классификаторе содержит:

- двухразрядный цифровой код;
- наименование формы собственности;
- алгоритм сбора.

В целях сохранения преемственности с кодами широко внедренного в сфере экономики КФС, отменяемого с введением в действие настоящего классификатора, в ОКФС сохранены кодовые обозначения форм собственности, ранее использованные в КФС.

Для раскрытия содержания понятий некоторых форм собственности (группировочных



позиций) в классификаторе приведены алгоритмы сбора, каждый из которых представляет собой сумму кодов позиций, входящих в данную форму собственности.

*Пример построения позиции ОКФС:*

### 11 Государственная собственность 12+13,

где 11 — код государственной собственности;  
Государственная собственность — наименование классификационной группировки;  
12 + 13 — алгоритм сбора государственной собственности, состоящей из федеральной собственности (код 12) и собственности субъектов Российской Федерации (код 13).

В ОКФС введены позиции форм собственности «Смешанная российская собственность», «Смешанная иностранная собственность», «Собственность с совместным российским и иностранным участием», не установленные законодательством, но необходимые для обработки статистической информации.

К позициям ОКФС в *Приложении А* даны соответствующие пояснения.

Для удобства использования данного классификатора в практических целях позиции ОКФС приведены в алфавитном порядке в *Приложении Б* и в порядке возрастания кодов — в *Приложении В*.

Ведение ОКФС осуществляет ГМЦ Госкомстата России во взаимодействии с ВНИИКИ Госстандарта России.

## ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ

| Код | Наименование                                                                        | Алгоритм сбора                   |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 10  | РОССИЙСКАЯ СОБСТВЕННОСТЬ                                                            | 11 + 14 + 15 + 16 + 17 + 18 + 19 |
| 11  | Государственная собственность                                                       | 12 + 13                          |
| 12  | Федеральная собственность                                                           |                                  |
| 13  | Собственность субъектов Российской Федерации                                        |                                  |
| 14  | Муниципальная собственность                                                         |                                  |
| 16  | Частная собственность                                                               |                                  |
| 18  | Собственность российских граждан, постоянно проживающих за границей                 |                                  |
| 19  | Собственность потребительской кооперации                                            |                                  |
| 15  | Собственность общественных и религиозных организаций (объединений)                  | 50 + 51 + 52 + 53 + 54           |
| 50  | Собственность благотворительных организаций                                         |                                  |
| 51  | Собственность политических общественных объединений                                 |                                  |
| 52  | Собственность профессиональных союзов                                               |                                  |
| 53  | Собственность общественных объединений                                              |                                  |
| 54  | Собственность религиозных объединений                                               |                                  |
| 17  | Смешанная российская собственность (в ред. Изменения № 1/99, утв. Госстандартом РФ) | 40 + 49                          |
| 20  | ИНОСТРАННАЯ СОБСТВЕННОСТЬ                                                           | 21 + 22 + 23 + 24 + 27           |
| 21  | Собственность международных организаций                                             |                                  |
| 22  | Собственность иностранных государств                                                |                                  |
| 23  | Собственность иностранных юридических лиц                                           |                                  |
| 24  | Собственность иностранных граждан и лиц без гражданства                             |                                  |
| 27  | Смешанная иностранная собственность                                                 |                                  |



| Код | Наименование                                                                                                                                                            | Алгоритм сбора         |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 30  | СОВМЕСТНАЯ РОССИЙСКАЯ И ИНОСТРАННАЯ СОБСТВЕННОСТЬ                                                                                                                       | 31 + 32 + 33 + 34 + 35 |
| 31  | Совместная федеральная и иностранная собственность                                                                                                                      |                        |
| 32  | Совместная собственность субъектов Российской Федерации и иностранная собственность                                                                                     |                        |
| 33  | Совместная муниципальная и иностранная собственность                                                                                                                    |                        |
| 34  | Совместная частная и иностранная собственность                                                                                                                          |                        |
| 35  | Совместная собственность общественных и религиозных организаций (объединений) и иностранная собственность                                                               |                        |
| 40  | СМЕШАННАЯ РОССИЙСКАЯ СОБСТВЕННОСТЬ С ДОЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОБСТВЕННОСТИ (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                             | 41 + 42 + 43           |
| 41  | Смешанная российская собственность с долей федеральной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                 |                        |
| 42  | Смешанная российская собственность с долей собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                              |                        |
| 43  | Смешанная российская собственность с долями федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ) |                        |
| 49  | Иная смешанная российская собственность (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                                              |                        |

Приложение А (справочное)

## ПОЯСНЕНИЯ К ПОЗИЦИЯМ КЛАССИФИКАТОРА

(в ред. Изменения № 1/99 ОКФС, утв. Госстандартом РФ)

Российской собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности гражданам и юридическим лицам России, Российской Федерации, субъектам Российской Федерации (республикам, краям, областям, городам федерального значения, автономной области, автономным округам), городским и сельским поселениям, другим муниципальным образованиям и находящееся на территории Российской Федерации и за ее пределами.

Государственной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности Российской Федерации, и имущество, принадлежащее на праве собственности субъектам Российской Федерации: республикам, краям, областям, городам федерального значения, автономной области, автономным округам (ГК РФ, ст. 214).

Федеральной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности Российской Федерации (ГК РФ, ст. 214).

Собственностью субъектов Российской Федерации является имущество, принадлежащее на праве собственности субъектам Российской Федерации: республикам, краям, областям, городам федерального значения, автономной области, автономным округам (ГК РФ, ст. 214).

Муниципальной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности городским и сельским поселениям, а также другим муниципальным образованиям (ГК РФ, ст. 215).

Частной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности гражданам или юридическим лицам, за исключением отдельных видов имущества, которое в



соответствии с законом не может принадлежать гражданам или юридическим лицам.

Собственностью российских граждан, имеющих постоянное местожительство за границей, является имущество, принадлежащее на праве собственности гражданам Российской Федерации, имеющим постоянное местожительство за границей, за исключением отдельных видов имущества, которое в соответствии с законом не может принадлежать гражданам.

Собственностью потребительской кооперации, представляющей собой систему потребительских обществ и их союзов, является имущество, принадлежащее на праве собственности потребительским обществам, их союзам и образуемое за счет взносов пайщиков, дохода, получаемого в результате хозяйственной деятельности, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации (ФЗ «О потребительской кооперации в Российской Федерации», ст. 5; ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О потребительской кооперации в Российской Федерации», ст. 1).

Собственностью общественных и религиозных организаций (объединений) является имущество, принадлежащее на праве собственности общественным и религиозным организациям (объединениям).

Собственностью благотворительных организаций является имущество, принадлежащее на праве собственности благотворительным организациям (ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях», ст. 16).

Собственностью политических общественных объединений является имущество, принадлежащее на праве собственности политическим общественным объединениям (политическим организациям, в том числе политическим партиям, а также политическим движениям) (ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общественных объединениях», ст. 1).

Собственностью профессиональных союзов является имущество, в том числе денежные средства, принадлежащие на праве собственности союзам, их объединениям (ассоциациям), первичным профсоюзным организациям и необходимые для выполнения своих уставных целей и задач (ФЗ «О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности», ст. 24).

Собственностью общественных объединений является имущество, принадлежащее на праве собственности общественным объединениям и необходимое для материального обеспечения их деятельности (ФЗ «Об общественных объединениях», ст. 30).

Собственностью религиозных объединений является имущество, принадлежащее религиозным организациям на праве собственности и необходимое для обеспечения их деятельности (ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях», ст. 21).

Смешанной российской собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности.

Смешанной российской собственностью с долей государственной собственности является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности с наличием доли государственной собственности (*абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ*).

Смешанной российской собственностью с долей федеральной собственности является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности с наличием доли федеральной собственности и отсутствием доли собственности субъектов Российской Федерации (*абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ*).

Смешанной российской собственностью с долей собственности субъектов Российской





Федерации является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности с наличием доли собственности субъектов Российской Федерации и отсутствием доли федеральной собственности (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Смешанной российской собственностью с долями федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности с наличием долей федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Иной смешанной российской собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности и отсутствии доли государственной собственности (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Иностранной собственностью на территории Российской Федерации является имущество, принадлежащее на праве собственности международным организациям, иностранным государствам, иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам, а также российским гражданам, имеющим постоянное местожительство за границей.

Собственностью международных организаций является имущество, принадлежащее на праве собственности международным организациям.

Собственностью иностранных государств является имущество, принадлежащее на праве собственности иностранным государствам.

Собственностью иностранных юридических лиц является имущество, принадлежащее на праве собственности иностранным юридическим лицам.

Собственностью иностранных граждан, лиц без гражданства является имущество, принадлежащее на праве собственности иностранным гражданам, лицам без гражданства.

Смешанной иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества иностранных собственников различных форм собственности.

Совместной российской и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества российских и иностранных собственников.

Совместной федеральной и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве общей собственности Российской Федерации и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.

Совместной собственностью субъектов Российской Федерации и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве общей собственности субъектам Российской Федерации и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.

Совместной муниципальной и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве общей собственности муниципальным образованиям и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.

Совместной частной и иностранной собственностью является имущество частной формы собственности, принадлежащее на праве общей собственности российским гражданам, российским юридическим лицам и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.

Совместной собственностью общественных и религиозных организаций (объединений) и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве общей собственности российским общественным или религиозным организациям (объединениям) и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.



Приложение Б (справочное)

**АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ**

(в ред. Изменения № 1/99 ОКФС, утв. Госстандартом РФ)

| Наименование                                                                                                                                                            | Код |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Государственная собственность                                                                                                                                           | 11  |
| Иная смешанная российская собственность (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                                              | 49  |
| Иностранная собственность                                                                                                                                               | 20  |
| Муниципальная собственность                                                                                                                                             | 14  |
| Российская собственность                                                                                                                                                | 10  |
| Смешанная иностранная собственность                                                                                                                                     | 27  |
| Смешанная российская собственность                                                                                                                                      | 17  |
| Смешанная российская собственность с долей государственной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                             | 40  |
| Смешанная российская собственность с долей собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                              | 42  |
| Смешанная российская собственность с долей федеральной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                 | 41  |
| Смешанная российская собственность с долями федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ) | 43  |
| Собственность благотворительных организаций                                                                                                                             | 50  |
| Собственность иностранных государств                                                                                                                                    | 22  |
| Собственность иностранных граждан и лиц без гражданства                                                                                                                 | 24  |
| Собственность иностранных юридических лиц                                                                                                                               | 23  |
| Собственность международных организаций                                                                                                                                 | 21  |
| Собственность общественных и религиозных организаций (объединений)                                                                                                      | 15  |
| Собственность общественных объединений                                                                                                                                  | 53  |
| Собственность политических общественных объединений                                                                                                                     | 51  |
| Собственность потребительской кооперации                                                                                                                                | 19  |
| Собственность профессиональных союзов                                                                                                                                   | 52  |
| Собственность религиозных объединений                                                                                                                                   | 54  |
| Собственность российских граждан, постоянно проживающих за границей                                                                                                     | 18  |
| Собственность субъектов Российской Федерации                                                                                                                            | 13  |
| Совместная муниципальная и иностранная собственность                                                                                                                    | 33  |
| Совместная российская и иностранная собственность                                                                                                                       | 30  |
| Совместная собственность общественных и религиозных организаций (объединений) и иностранная собственность                                                               | 35  |
| Совместная собственность субъектов Российской Федерации и иностранная собственность                                                                                     | 32  |
| Совместная федеральная и иностранная собственность                                                                                                                      | 31  |
| Совместная частная и иностранная собственность                                                                                                                          | 34  |
| Федеральная собственность                                                                                                                                               | 12  |
| Частная собственность                                                                                                                                                   | 16  |



**ПЕРЕЧЕНЬ ПОЗИЦИЙ КЛАССИФИКАТОРА ПО ВОЗРАСТАНИЮ КОДОВ**

(в ред. Изменения № 1/99 ОКФС, утв. Госстандартом РФ)

| Код | Наименование                                                                                                                                                            |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10  | Российская собственность                                                                                                                                                |
| 11  | Государственная собственность                                                                                                                                           |
| 12  | Федеральная собственность                                                                                                                                               |
| 13  | Собственность субъектов Российской Федерации                                                                                                                            |
| 14  | Муниципальная собственность                                                                                                                                             |
| 15  | Собственность общественных и религиозных организаций (объединений)                                                                                                      |
| 16  | Частная собственность                                                                                                                                                   |
| 17  | Смешанная российская собственность                                                                                                                                      |
| 18  | Собственность российских граждан, постоянно проживающих за границей                                                                                                     |
| 19  | Собственность потребительской кооперации                                                                                                                                |
| 20  | Иностранная собственность                                                                                                                                               |
| 21  | Собственность международных организаций                                                                                                                                 |
| 22  | Собственность иностранных государств                                                                                                                                    |
| 23  | Собственность иностранных юридических лиц                                                                                                                               |
| 24  | Собственность иностранных граждан и лиц без гражданства                                                                                                                 |
| 27  | Смешанная иностранная собственность                                                                                                                                     |
| 30  | Совместная российская и иностранная собственность                                                                                                                       |
| 31  | Совместная федеральная и иностранная собственность                                                                                                                      |
| 32  | Совместная собственность субъектов Российской Федерации и иностранная собственность                                                                                     |
| 33  | Совместная муниципальная и иностранная собственность                                                                                                                    |
| 34  | Совместная частная и иностранная собственность                                                                                                                          |
| 35  | Совместная собственность общественных и религиозных организаций (объединений) и иностранная собственность                                                               |
| 40  | Смешанная российская собственность с долей государственной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                             |
| 41  | Смешанная российская собственность с долей федеральной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                 |
| 42  | Смешанная российская собственность с долей собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                              |
| 43  | Смешанная российская собственность с долями федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ) |
| 49  | Иная смешанная российская собственность (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                                              |
| 50  | Собственность благотворительных организаций                                                                                                                             |
| 51  | Собственность политических общественных объединений                                                                                                                     |
| 52  | Собственность профессиональных союзов                                                                                                                                   |
| 53  | Собственность общественных объединений                                                                                                                                  |
| 54  | Собственность религиозных объединений                                                                                                                                   |

ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КЛАССИФИКАТОР ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫХ ФОРМ  
RUSSIAN CLASSIFICATION OF ORGANISATIONAL AND LEGAL FORMS

## ОК 028-99

Дата введения 1 января 2000 г.

(в ред. Изменений № 1/99 ОКОПФ, № 2/2001 ОКОПФ, утв. Госстандартом РФ, № 3/2007 ОКОПФ, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)

*Разработан Управлением статистического планирования Госкомстата России, Главным межрегиональным центром обработки и распространения статистической информации Госкомстата России.*

*Представлен Государственным комитетом Российской Федерации по статистике.*

*Внесен Научно-техническим управлением Госстандарта России.*

*Принят и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 30 марта 1999 г. № 97.*

**Введение**

Общероссийский классификатор организационно-правовых форм (ОКОПФ) входит в состав национальной системы стандартизации Российской Федерации (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст).

ОКОПФ разработан в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и федеральными законами с учетом практического использования Классификатора организационно-правовых форм (далее — КОПФ), утвержденного Постановлением Госкомстата России от 20 апреля 1993 г. № 47.

ОКОПФ предназначен для:

- формирования информационных ресурсов регистров, реестров и кадастров, содержащих сведения о хозяйствующих субъектах;
- решения аналитических задач в области статистики, в системе налогообложения и других сферах экономики, связанных с управлением и распоряжением имуществом;
- обеспечения совместимости информационных систем, проведения автоматизиро-

ванной обработки технико-экономической и социальной информации;

— анализа и прогнозирования социально-экономических процессов, разработки рекомендаций по регулированию экономики.

Объектами классификации ОКОПФ являются организационно-правовые формы хозяйствующих субъектов, установленные Гражданским кодексом Российской Федерации, а также другими законодательными и нормативными актами Российской Федерации, указанными в *Приложении А (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

К хозяйствующим субъектам в ОКОПФ относятся любые юридические лица, а также организации, осуществляющие свою деятельность без образования юридического лица, и индивидуальные предприниматели.

Под организационно-правовой формой понимается способ закрепления и использования имущества хозяйствующим субъектом и вытекающие из этого его правовое положение и цели предпринимательской деятельности.

Исходя из целей предпринимательской деятельности, хозяйствующие субъекты, являющиеся юридическими лицами, разделяются на организации, преследующие извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности (коммерческие организации) либо не имеющие извлечение прибыли в качестве такой цели и не распределяющие полученную прибыль между участниками (некоммерческие организации).

Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями, могут создаваться в форме хозяйственных товариществ и обществ,



производственных кооперативов, государственных и муниципальных унитарных предприятий.

Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями, могут создаваться в форме потребительских кооперативов, общественных или религиозных организаций (объединений), учреждений, благотворительных и иных фондов, а также в других формах, предусмотренных законом (некоммерческих партнерств, автономных некоммерческих организаций, отделений иностранных некоммерческих неправительственных организаций и т.д.) (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст).

К хозяйствующим субъектам, не являющимся юридическими лицами, но имеющими право осуществлять свою деятельность без образования юридического лица, относятся финансово-промышленные группы Российской Федерации, паевые инвестиционные фонды, представительства, филиалы и другие обособленные подразделения юридических лиц, а также простые товарищества (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ).

К индивидуальным предпринимателям относятся граждане, осуществляющие свою деятельность без образования юридического лица (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ).

С учетом изложенного в ОКОПФ выделены следующие основные классификационные группировки: юридические лица, являющиеся коммерческими организациями; юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями; организации без прав юридического лица; индивидуальные предприниматели, и определен состав относящихся к ним позиций (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ).

В классификаторе принята следующая форма записи позиций:

| Код | Наименование | Алгоритм сбора |
|-----|--------------|----------------|
|     |              |                |

Каждая позиция в классификаторе содержит:

- двухразрядный цифровой код;
- наименование организационно-правовой формы;
- алгоритм сбора.

В целях сохранения преемственности с кодами широко внедренного в сфере экономики КОПФ, отменяемого после введения в действие настоящего классификатора, в ОКОПФ сохранены кодовые обозначения организационно-правовых форм, ранее использованные в КОПФ.

Для раскрытия содержания понятий отдельных организационно-правовых форм (группировочных позиций) в классификаторе приведены алгоритмы сбора, каждый из которых представляет собой сумму кодов позиций, входящих в данную организационно-правовую форму.

**Пример построения позиции ОКОПФ:**

**60 Акционерные общества 47 + 67,** где 60 — код акционерных обществ (акционерные общества — наименование организационно-правовой формы); 47 + 67 — алгоритм сбора акционерных обществ, состоящих из открытых акционерных обществ (код 47) и закрытых акционерных обществ (код 67).

В ОКОПФ введена позиция «иные неюридические лица», не установленная законодательством, но необходимая для обработки статистической информации.

К позициям ОКОПФ в *Приложении А* даны соответствующие пояснения.

Для удобства использования данного классификатора в практических целях позиции ОКОПФ приведены в алфавитном порядке в *Приложении Б* и в порядке возрастания кодов в *Приложении В*.

Разработка изменений к ОКОПФ и его ведение осуществляются в соответствии с Правилами стандартизации ПР 50.1.024-2005 «Основные положения и порядок проведения работ по разработке, ведению и применению общероссийских классификаторов» (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст).



## ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ФОРМЫ

| Код | Наименование                                                                                                                                                                                          | Алгоритм сбора                                                           |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 39  | ЮРИДИЧЕСКИЕ ЛИЦА, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ КОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ                                                                                                                                              | 40 + 48 + 52 + 53                                                        |
| 48  | Хозяйственные товарищества и общества                                                                                                                                                                 | 51 + 60 + 64 + 65 + 66                                                   |
| 51  | Полные товарищества                                                                                                                                                                                   |                                                                          |
| 64  | Товарищества на вере                                                                                                                                                                                  |                                                                          |
| 65  | Общества с ограниченной ответственностью                                                                                                                                                              |                                                                          |
| 66  | Общества с дополнительной ответственностью                                                                                                                                                            |                                                                          |
| 60  | Акционерные общества                                                                                                                                                                                  | 47 + 67                                                                  |
| 47  | Открытые акционерные общества                                                                                                                                                                         |                                                                          |
| 67  | Закрытые акционерные общества                                                                                                                                                                         |                                                                          |
| 52  | Производственные кооперативы                                                                                                                                                                          |                                                                          |
| 53  | Крестьянские (фермерские) хозяйства. Пояснение: сохраняют статус юридического лица на период до 1 января 2010 г. (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст) |                                                                          |
| 40  | Унитарные предприятия (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                                            | 41 + 42                                                                  |
| 42  | Унитарные предприятия, основанные на праве хозяйственного ведения                                                                                                                                     |                                                                          |
| 41  | Унитарные предприятия, основанные на праве оперативного управления                                                                                                                                    |                                                                          |
| 68  | Исключено с 1 июля 2007 года. — Изменение № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст                                                                                           |                                                                          |
| 70  | ЮРИДИЧЕСКИЕ ЛИЦА, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (в ред. Изменения № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                                                           | 76 + 77 + 78 + 80 + 81 + 82 + 83 + 84 + 85 + 88 + 89 + 93 + 94 + 96 + 97 |
| 85  | Потребительские кооперативы                                                                                                                                                                           |                                                                          |
| 83  | Общественные и религиозные организации (объединения)                                                                                                                                                  |                                                                          |
| 84  | Общественные движения                                                                                                                                                                                 |                                                                          |
| 88  | Фонды                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |
| 81  | Учреждения (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                                                       | 71 + 72 + 73                                                             |
| 71  | Частные учреждения (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                                             |                                                                          |
| 72  | Бюджетные учреждения (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                                           |                                                                          |
| 73  | Автономные учреждения (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                                          |                                                                          |
| 82  | Государственные корпорации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                                                                                         |                                                                          |
| 78  | Органы общественной самодеятельности                                                                                                                                                                  |                                                                          |
| 96  | Некоммерческие партнерства                                                                                                                                                                            |                                                                          |
| 97  | Автономные некоммерческие организации                                                                                                                                                                 |                                                                          |
| 93  | Объединения юридических лиц (ассоциации и союзы)                                                                                                                                                      |                                                                          |
| 77  | Объединения крестьянских (фермерских) хозяйств (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                   |                                                                          |
| 80  | Территориальные общественные самоуправления                                                                                                                                                           |                                                                          |
| 94  | Товарищества собственников жилья                                                                                                                                                                      |                                                                          |



| Код | Наименование                                                                                                                | Алгоритм сбора              |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 76  | Садоводческие, огороднические или дачные некоммерческие товарищества                                                        |                             |
| 89  | Прочие некоммерческие организации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                        |                             |
| 99  | ОРГАНИЗАЦИИ БЕЗ ПРАВ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст) | 79 + 87 + 90 + 92 + 95 + 98 |
| 79  | Финансово-промышленные группы                                                                                               |                             |
| 92  | Паевые инвестиционные фонды                                                                                                 |                             |
| 87  | Простые товарищества                                                                                                        |                             |
| 90  | Представительства и филиалы                                                                                                 |                             |
| 91  | Индивидуальные предприниматели (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)                                           | 91                          |
| 95  | Крестьянские (фермерские) хозяйства (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)  |                             |
| 98  | Иные неюридические лица                                                                                                     |                             |

Приложение А (справочное)

## ПОЯСНЕНИЯ К ПОЗИЦИЯМ КЛАССИФИКАТОРА

(в ред. Изменений № 1/99 ОКОПФ, № 2/2001 ОКОПФ, утв. Госстандартом РФ, № 3/2007 ОКОПФ, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)

Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями, — это юридические лица, преследующие извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности (ГК РФ, ст. 50).

Хозяйственными товариществами и обществами признаются коммерческие организации с разделенным на доли (вклады) учредителей (участников) уставным (складочным) капиталом.

Хозяйственные товарищества могут создаваться в форме полного товарищества и товарищества на вере (коммандитного товарищества).

Хозяйственные общества могут создавать в форме акционерного общества, общества с ограниченной или дополнительной ответственностью (ГК РФ, ст. 66).

Полными признаются товарищества, участники которых (полные товарищи) в соответствии с заключенным между ними догово-

ром занимаются предпринимательской деятельностью от имени товарищества и несут ответственность по его обязательствам принадлежащим им имуществом (ГК РФ, ст. 69).

Товариществами на вере (коммандитными товариществами) признаются товарищества, в которых, наряду с участниками, осуществляющими от имени товарищества предпринимательскую деятельность и отвечающими по обязательствам товарищества своим имуществом (полными товарищами), имеется один или несколько участников-вкладчиков (коммандитистов), которые несут риск убытков, связанных с деятельностью товарищества, в пределах сумм внесенных ими вкладов и не принимают участия в осуществлении товариществом предпринимательской деятельности (ГК РФ, ст. 82).

Обществами с ограниченной ответственностью признаются учрежденные одним или несколькими лицами общества, уставный



капитал которых разделен на доли определенных учредительными документами размеров; участники общества с ограниченной ответственностью не отвечают по его обязательствам и несут риск убытков, связанных с деятельностью общества, в пределах стоимости внесенных ими вкладов (ГК РФ, ст. 87).

Обществами с дополнительной ответственностью признаются учрежденные одним или несколькими лицами общества, уставный капитал которых разделен на доли определенных учредительными документами размеров; участники такого общества солидарно несут субсидиарную ответственность по его обязательствам своим имуществом в одинаковом для всех кратном размере к стоимости их вкладов, определяемом учредительными документами общества (ГК РФ, ст. 95).

Акционерными обществами признаются общества, уставный капитал которых разделен на определенное число акций; участники акционерного общества (акционеры) не отвечают по его обязательствам и несут риск убытков, связанных с деятельностью общества, в пределах стоимости принадлежащих им акций (ГК РФ, ст. 96).

Открытыми акционерными обществами признаются акционерные общества, участники которых могут отчуждать принадлежащие им акции без согласия других акционеров (ГК РФ, ст. 97).

Закрытыми акционерными обществами признаются акционерные общества, акции которых распределяются только среди учредителей или иного заранее определенного круга лиц (ГК РФ, ст. 97).

Производственными кооперативами (артелями) признаются добровольные объединения граждан на основе членства для совместной производственной или иной хозяйственной деятельности (производство, переработка, сбыт промышленной, сельскохозяйственной и иной продукции, выполнение работ, торговля, бытовое обслуживание, оказание других услуг), основанной на их личном трудовом и ином участие-

нии их членами (участниками) имущественных паевых взносов (ГК РФ, ст. 107).

Крестьянскими (фермерскими) хозяйствами, относящимися к позиции ОКОПФ с кодом 95, признаются объединения граждан, связанных родством и (или) свойством, имеющих в общей собственности имущество и совместно осуществляющих производственную и иную хозяйственную деятельность (производство, переработку, хранение, транспортировку и реализацию сельскохозяйственной продукции), основанную на их личном участии *(в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст.)*.

Крестьянское (фермерское) хозяйство осуществляет предпринимательскую деятельность без образования юридического лица (ФЗ «О крестьянском (фермерском) хозяйстве», ст. 1) *(в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст.)*.

В позицию ОКОПФ с кодом 53 включаются крестьянские (фермерские) хозяйства, которые созданы как юридические лица в соответствии с Законом РСФСР от 22 ноября 1990 г. № 348-1 «О крестьянском (фермерском) хозяйстве» и вправе сохранить статус юридического лица на период до 1 января 2010 г. (ФЗ «О крестьянском (фермерском) хозяйстве», ст. 23) *(в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст.)*.

Унитарными предприятиями признаются коммерческие организации, не наделенные правом собственности на имущество, закрепленное за ними собственником. В форме унитарных предприятий могут быть созданы только государственные и муниципальные предприятия. Имущество унитарного предприятия принадлежит на праве собственности Российской Федерации, субъекту Российской Федерации или муниципальному образованию *(в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст.)*.





От имени Российской Федерации или субъекта Российской Федерации права собственника имущества унитарного предприятия осуществляют органы государственной власти Российской Федерации или органы государственной власти субъекта Российской Федерации в рамках их компетенции, установленной актами, определяющими статус этих органов. От имени муниципального образования права собственника имущества унитарного предприятия осуществляют органы местного самоуправления в рамках их компетенции, установленной актами, определяющими статус этих органов (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст).

Имущество унитарного предприятия принадлежит ему на праве хозяйственного ведения или на праве оперативного управления, является неделимым и не может быть распределено по вкладам (долям, паям), в том числе между работниками унитарного предприятия (ФЗ «О государственных и муниципальных унитарных предприятиях», ст. 2) (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст).

В форме унитарных предприятий могут быть созданы только государственные и муниципальные предприятия.

Имущество государственных или муниципальных унитарных предприятий находится соответственно в государственной или муниципальной собственности и принадлежит таким предприятиям на праве хозяйственного ведения или оперативного управления (ГК РФ, ст. 113).

Унитарными предприятиями, основанными на праве хозяйственного ведения, признаются федеральное государственное предприятие и государственное предприятие субъекта Российской Федерации, муниципальное предприятие (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст).

Унитарными предприятиями, основанными на праве оперативного управления, призна-

ются федеральное казенное предприятие, казенное предприятие субъекта Российской Федерации, муниципальное казенное предприятие (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст).

Абзац исключен с 1 июля 2007 года. — Изменение № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст.

Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями, — это юридические лица, не имеющие извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и не распределяющие полученную прибыль между участниками (ГК РФ, ст. 50).

Потребительскими кооперативами признаются добровольные объединения граждан и юридических лиц на основе членства с целью удовлетворения материальных и иных потребностей участников, осуществляемые путем объединения его членами имущественных паевых взносов (ГК РФ, ст. 116).

К данной позиции ОКОПФ относятся также потребительские общества.

Общественными и религиозными организациями (объединениями) признаются добровольные объединения граждан, в установленном законом порядке объединившихся на основе общности их интересов для удовлетворения духовных или иных нематериальных потребностей (ГК РФ, ст. 117).

Общественными движениями являются состоящие из участников и не имеющие членства массовые общественные объединения, преследующие социальные, политические и иные общественно полезные цели, поддерживаемые участниками общественно-го движения (ФЗ «Об общественных объединениях», ст. 9).

Фондами признаются не имеющие членства некоммерческие организации, учрежденные гражданами и (или) юридическими лицами на основе добровольных имущественных взносов, преследующие социальные, благотворительные, культурные, образовательные или иные общественно полезные цели (ГК РФ, ст. 118).



Учреждениями признаются некоммерческие организации, созданные собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера (ГК РФ, ст. 120, в ред. ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об автономных учреждениях», а также в целях уточнения правоспособности государственных и муниципальных учреждений», ст. 3) *(в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

Частными учреждениями признаются некоммерческие организации, созданные собственником (гражданином или юридическим лицом) для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера (ФЗ «О некоммерческих организациях», ст. 9, в ред. ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об автономных учреждениях», а также в целях уточнения правоспособности государственных и муниципальных учреждений», ст. 4) *(абзац введен Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

Частные учреждения полностью или частично финансируются собственником их имущества и отвечают по своим обязательствам находящимися в их распоряжении денежными средствами. При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам такого учреждения несет собственник его имущества (ФЗ «О некоммерческих организациях», ст. 9, в ред. ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об автономных учреждениях», а также в целях уточнения правоспособности государственных и муниципальных учреждений», ст. 3) *(абзац введен Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

Бюджетными учреждениями признаются учреждения, созданные соответственно Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации (государственные учреждения) или муниципальными образованиями (муниципальные учреждения) *(абзац введен Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

Бюджетные учреждения полностью или частично финансируются собственником их имущества. Порядок финансового обеспечения деятельности государственных и муниципальных учреждений определяется законом. Бюджетные учреждения отвечают по своим обязательствам находящимися в их распоряжении денежными средствами. При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам такого учреждения несет собственник имущества (ГК РФ, ст. 120, в ред. ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об автономных учреждениях», а также в целях уточнения правоспособности государственных и муниципальных учреждений», ст. 3) *(абзац введен Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

Автономными учреждениями признаются некоммерческие организации, созданные Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации или муниципальными образованиями для выполнения работ, оказания услуг в целях осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти, полномочий органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физкультуры и спорта *(абзац введен Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

Автономные учреждения отвечают по своим обязательствам закрепленным за ним имуществом, за исключением недвижимого





имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за ним учредителем или приобретенных автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества. Собственник имущества автономного учреждения не несет ответственность по обязательствам автономного учреждения (абзац введен Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст).

Собственник имущества автономного учреждения не имеет права на получение доходов от осуществления автономным учреждением деятельности и использования закрепленного за автономным учреждением имущества (ФЗ «Об автономных учреждениях», ст. 2) (абзац введен Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)

Государственными корпорациями признаются не имеющие членства некоммерческие организации, учрежденные Российской Федерацией на основе имущественного вноса и созданные для осуществления социальных, управленческих или иных общественно полезных функций (ФЗ «О внесении дополнения в Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 8 июля 1999 г. № 140-ФЗ, ст. 1) (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Органами общественной самодеятельности являются не имеющие членства общественные объединения, целью которых является совместное решение различных социальных проблем, возникающих у граждан по месту жительства, работы или учебы, направленное на удовлетворение потребностей неограниченного круга лиц, чьи интересы связаны с достижением уставных целей и реализацией программ органа общественной самодеятельности по месту его создания (ФЗ «Об общественных объединениях», ст. 12).

Некоммерческими партнерствами признаются основанные на членстве некоммерческие организации, учрежденные гражданами и (или) юридическими лицами для содействия

их членам в осуществлении деятельности, направленной на достижение социальных, благотворительных, культурных, образовательных, научных и управленческих целей, для охраны здоровья граждан, развития физической культуры и спорта, удовлетворения духовных и иных нематериальных потребностей граждан, защиты прав, законных интересов граждан и организаций, разрешения споров и конфликтов, оказания юридической помощи, а также в иных целях, направленных на достижение общественных благ (ФЗ «О некоммерческих организациях», ст. 2, ст. 8).

Автономными некоммерческими организациями признаются не имеющие членства некоммерческие организации, учрежденные гражданами и (или) юридическими лицами на основе добровольных имущественных взносов в целях предоставления услуг в области образования, здравоохранения, культуры, науки, права, физической культуры и спорта и иных услуг (ФЗ «О некоммерческих организациях», ст. 10).

Объединениями юридических лиц (ассоциациями и союзами) являются некоммерческие организации, создаваемые путем объединения по договору между собой коммерческих организаций в целях координации их предпринимательской деятельности, а также представления и защиты общих имущественных интересов. К объединениям юридических лиц (ассоциациям и союзам) относятся также добровольные объединения общественных и иных некоммерческих организаций, в том числе учреждений.

Объединениями крестьянских (фермерских) хозяйств признаются объединения крестьянских (фермерских) хозяйств в форме ассоциаций или союзов по территориальному и отраслевому признакам, созданные в целях координации своей предпринимательской деятельности, представления и защиты общих имущественных интересов (ФЗ «О крестьянском (фермерском) хозяйстве», ст. 20) (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст).



Под территориальными общественными самоуправлениями понимаются самоорганизации граждан по месту их жительства на части территории муниципального образования (территориях поселений, не являющихся муниципальными образованиями, микрорайонов, кварталов, улиц, дворов и других территориях) для самостоятельного и под свою ответственность осуществления собственных инициатив в вопросах местного значения непосредственно населением (ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», ст. 27).

Товариществами собственников жилья признаются некоммерческие организации, объединения собственников помещений в многоквартирном доме для совместного управления комплексом недвижимого имущества в многоквартирном доме, обеспечения эксплуатации этого комплекса, владения, пользования и в установленных законодательством пределах распоряжения общим имуществом в многоквартирном доме (ЖК РФ, ст. 135) *(в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

Садоводческими, огородническими или дачными некоммерческими товариществами являются некоммерческие организации, учрежденные гражданами на добровольных началах для содействия ее членам в решении общих социально-хозяйственных задач ведения садоводства, огородничества и дачного хозяйства (ФЗ «О садоводческих, огороднических и дачных некоммерческих объединениях граждан», ст. 1).

Прочими некоммерческими организациями признаются юридические лица, созданные в других формах, предусмотренных законом *(в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

К данной позиции ОКОПФ относятся также отделения иностранных некоммерческих неправительственных организаций (ФЗ «О некоммерческих организациях», ст. 2, в ред. Федерального закона от 10 января

2006 г. № 18-ФЗ «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации», ст. 3) *(в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)*.

Организациями без прав юридического лица являются хозяйствующие субъекты, осуществляющие свою деятельность без образования юридического лица *(в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)*.

Финансово-промышленными группами признаются совокупности юридических лиц, действующих как основные и дочерние общества, либо полностью или частично объединивших свои материальные и нематериальные активы (система участия) на основе договоров о создании финансово-промышленных групп в целях технологической или экономической интеграции для реализации инвестиционных и иных проектов и программ, направленных на повышение конкурентоспособности и расширение рынков сбыта товаров и услуг, повышение эффективности производства, создание новых рабочих мест (ФЗ «О финансово-промышленных группах», ст. 2).

Паевыми инвестиционными фондами признаются имущественные комплексы без создания юридического лица, доверительное управление имуществом которых осуществляют управляющие компании паевых инвестиционных фондов в целях прироста имущества соответствующих паевых инвестиционных фондов (Указ Президента РФ «О дополнительных мерах по повышению эффективности инвестиционной политики Российской Федерации», п. 1).

Примечание. Указ Президента РФ от 26.07.1995 № 765 «О дополнительных мерах по повышению эффективности инвестиционной политики Российской Федерации» утратил силу в связи с изданием Указа Президента РФ от 06.06.2002 № 562.

Под простыми товариществами понимаются хозяйствующие субъекты без образования юридического лица, созданные на основе заключаемых по договору о совместной



деятельности соглашений двух или нескольких лиц (товарищей), обязующихся соединить свои вклады и совместно действовать без образования юридического лица для извлечения прибыли или достижения иной не противоречащей закону цели.

Сторонами договора простого товарищества, заключаемого для осуществления предпринимательской деятельности, могут быть только индивидуальные предприниматели и (или) коммерческие организации (ГК РФ, ст. 1041).

Представительства и филиалы не являются юридическими лицами. Они наделяются имуществом создавшим их юридическим лицом и действуют на основании утвержденных им положений.

Представительством является обособленное подразделение юридического лица, расположенное вне места его нахождения, которое представляет интересы юридического лица и осуществляет их защиту.

Филиалом является обособленное подразделение юридического лица, расположенное вне места его нахождения и осуществляющее все его функции или их часть, в том числе функции представительства (ГК РФ, ст. 55).

К данной позиции ОКОПФ относятся

также иные обособленные подразделения юридических лиц.

Абзац исключен. — Изменение № 2/2001, утв. Госстандартом РФ.

Абзац исключен. — Изменение № 2/2001, утв. Госстандартом РФ.

Иными неюридическими лицами признаются прочие хозяйствующие субъекты, созданные в соответствии с действующим законодательством и осуществляющие свою деятельность без образования юридического лица.

Индивидуальными предпринимателями являются граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица и прошедшие государственную регистрацию в этом качестве (ГК РФ, ст. 23), а также частные нотариусы, частные охранники, частные детективы (НК РФ, ст. 11, п. 2) *(абзац введен Изменением № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)*.

К данной позиции ОКОПФ относятся также доверенные лица иностранных юридических лиц, представляющие их интересы на территории Российской Федерации и не занимающиеся предпринимательской деятельностью *(абзац введен Изменением № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)*.

Приложение Б (справочное)

### АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

(в ред. Изменений № 1/99 ОКОПФ, № 2/2001 ОКОПФ, утв. Госстандартом РФ, № 3/2007 ОКОПФ, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)

| Наименование                                                                                                 | Код |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Автономные некоммерческие организации                                                                        | 97  |
| Автономные учреждения (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст) | 73  |
| Акционерные общества                                                                                         | 60  |
| Бюджетные учреждения (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)  | 72  |
| Исключено с 1 июля 2007 года. — Изменение № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст  | 77  |
| Государственные корпорации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                | 82  |



| Наименование                                                                                                                                                                                          | Код |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Исключено с 1 июля 2007 года. — Изменение № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст                                                                                           | 68  |
| Закрытые акционерные общества                                                                                                                                                                         | 67  |
| Индивидуальные предприниматели                                                                                                                                                                        | 91  |
| Иные неюридические лица                                                                                                                                                                               | 98  |
| Крестьянские (фермерские) хозяйства (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                            | 95  |
| Крестьянские (фермерские) хозяйства. Пояснение: сохраняют статус юридического лица на период до 1 января 2010 г. (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст) | 53  |
| Некоммерческие партнерства                                                                                                                                                                            | 96  |
| Общества с дополнительной ответственностью                                                                                                                                                            | 66  |
| Общества с ограниченной ответственностью                                                                                                                                                              | 65  |
| Общественные движения                                                                                                                                                                                 | 84  |
| Общественные и религиозные организации (объединения)                                                                                                                                                  | 83  |
| Объединения крестьянских (фермерских) хозяйств (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                 | 77  |
| Объединения юридических лиц (ассоциации и союзы)                                                                                                                                                      | 93  |
| Организации без прав юридического лица (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)                                                                                                             | 99  |
| Органы общественной самодеятельности                                                                                                                                                                  | 78  |
| Открытые акционерные общества                                                                                                                                                                         | 47  |
| Паевые инвестиционные фонды                                                                                                                                                                           | 92  |
| Полные товарищества                                                                                                                                                                                   | 51  |
| Потребительские кооперативы                                                                                                                                                                           | 85  |
| Представительства и филиалы                                                                                                                                                                           | 90  |
| Производственные кооперативы                                                                                                                                                                          | 52  |
| Простые товарищества                                                                                                                                                                                  | 87  |
| Прочие некоммерческие организации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                                                                                  | 89  |
| Садоводческие, огороднические или дачные некоммерческие товарищества                                                                                                                                  | 76  |
| Территориальные общественные самоуправления                                                                                                                                                           | 80  |
| Товарищества на вере                                                                                                                                                                                  | 64  |
| Товарищества собственников жилья                                                                                                                                                                      | 94  |
| Унитарные предприятия                                                                                                                                                                                 | 40  |
| Унитарные предприятия, основанные на праве оперативного управления                                                                                                                                    | 41  |
| Унитарные предприятия, основанные на праве хозяйственного ведения                                                                                                                                     | 42  |
| Учреждения                                                                                                                                                                                            | 81  |
| Финансово-промышленные группы                                                                                                                                                                         | 79  |
| Фонды                                                                                                                                                                                                 | 88  |
| Хозяйственные товарищества и общества                                                                                                                                                                 | 48  |
| Частные учреждения (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                                             | 71  |
| Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями                                                                                                                                              | 39  |
| Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями                                                                                                                                            | 70  |



**ПЕРЕЧЕНЬ ПОЗИЦИЙ КЛАССИФИКАТОРА ПО ВОЗРАСТАНИЮ КОДОВ**

(в ред. Изменений № 1/99 ОКОПФ, № 2/2001 ОКОПФ, утв. Госстандартом РФ,  
№ 3/2007 ОКОПФ, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)

| Код | Наименование                                                                                                                                                                                          |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 39  | Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями                                                                                                                                              |
| 40  | Унитарные предприятия                                                                                                                                                                                 |
| 41  | Унитарные предприятия, основанные на праве оперативного управления                                                                                                                                    |
| 42  | Унитарные предприятия, основанные на праве хозяйственного ведения                                                                                                                                     |
| 47  | Открытые акционерные общества                                                                                                                                                                         |
| 48  | Хозяйственные товарищества и общества                                                                                                                                                                 |
| 51  | Полные товарищества                                                                                                                                                                                   |
| 52  | Производственные кооперативы                                                                                                                                                                          |
| 53  | Крестьянские (фермерские) хозяйства. Пояснение: сохраняют статус юридического лица на период до 1 января 2010 г. (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст) |
| 60  | Акционерные общества                                                                                                                                                                                  |
| 64  | Товарищества на вере                                                                                                                                                                                  |
| 65  | Общества с ограниченной ответственностью                                                                                                                                                              |
| 66  | Общества с дополнительной ответственностью                                                                                                                                                            |
| 67  | Закрытые акционерные общества                                                                                                                                                                         |
| 68  | Исключено с 1 июля 2007 года. — Изменение № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст                                                                                           |
| 70  | Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями                                                                                                                                            |
| 71  | Частные учреждения (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                                             |
| 72  | Бюджетные учреждения (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                                           |
| 73  | Автономные учреждения (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                                          |
| 76  | Садоводческие, огороднические или дачные некоммерческие товарищества                                                                                                                                  |
| 77  | Объединения крестьянских (фермерских) хозяйств (в ред. Изменения № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                   |
| 78  | Органы общественной самодеятельности                                                                                                                                                                  |
| 79  | Финансово-промышленные группы                                                                                                                                                                         |
| 80  | Территориальные общественные самоуправления                                                                                                                                                           |
| 81  | Учреждения                                                                                                                                                                                            |
| 82  | Государственные корпорации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                                                                                         |
| 83  | Общественные и религиозные организации (объединения)                                                                                                                                                  |
| 84  | Общественные движения                                                                                                                                                                                 |
| 85  | Потребительские кооперативы                                                                                                                                                                           |
| 87  | Простые товарищества                                                                                                                                                                                  |
| 88  | Фонды                                                                                                                                                                                                 |
| 89  | Прочие некоммерческие организации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)                                                                                                                  |
| 90  | Представительства и филиалы                                                                                                                                                                           |
| 91  | Индивидуальные предприниматели                                                                                                                                                                        |
| 92  | Паевые инвестиционные фонды                                                                                                                                                                           |
| 93  | Объединения юридических лиц (ассоциации и союзы)                                                                                                                                                      |
| 94  | Товарищества собственников жилья                                                                                                                                                                      |
| 95  | Крестьянские (фермерские) хозяйства (введено Изменением № 3/2007, утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.03.2007 № 45-ст)                                                                            |
| 96  | Некоммерческие партнерства                                                                                                                                                                            |
| 97  | Автономные некоммерческие организации                                                                                                                                                                 |
| 98  | Иные неюридические лица                                                                                                                                                                               |
| 99  | Организации без прав юридического лица (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)                                                                                                             |



Издательский дом

**Менеджер**  
здравоохранения

представляет книги серии  
**«МЕНЕДЖМЕНТ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**



**Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений.**

Кадыров Ф.Н. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007.  
— 457 с. ISBN 978-5-9900-493-7-6

Книга посвящена вопросам экономического анализа деятельности учреждений здравоохранения при различных источниках финансирования, а также организаций, занимающихся медицинской деятельностью с различными организационно-правовыми формами.

Большой опыт работы непосредственно в медицинском учреждении позволил автору разработать целый ряд подходов к выделению затрат, к их разнесению по подразделениям и т.д. Принципы, используемые для правильного учета статей затрат, важны не только для формирования тарифов, но и для экономического анализа деятельности медицинских учреждений.

В работе приводится целый ряд аналитических форм (показателей, формул, таблиц). Многие из них являются новыми, ранее не опубликованными в литературе. Одно из главных достоинств книги — ее практическая направленность и возможность использования в деятельности финансовой службы любого учреждения.

**Оглавление**

**Введение**

**Глава 1.** Основы экономического анализа в здравоохранении

**Глава 2.** Экономическая эффективность здравоохранения

**Глава 3.** Место экономического анализа в системе финансовых и учетных дисциплин

**Глава 4.** Доходы медицинского учреждения

**Глава 5.** Расходы медицинского учреждения

**Глава 6.** Методы распределения затрат

**Глава 7.** Основные понятия о финансовом анализе

**Глава 8.** Анализ финансового состояния

**Глава 9.** Анализ финансовых результатов

**Глава 10.** Анализ финансовой деятельности различных подразделений медицинских учреждений

**Глава 11.** Оценка эффективности при различных источниках финансирования

**Глава 12.** Виды анализа, основанные на разделении затрат на постоянные и переменные

**Глава 13.** Фармакоэкономический анализ

**Приложения**

По вопросам приобретения книг обращайтесь по тел. (495) 618-07-92 или электронной почте:  
[idmz@mednet.ru](mailto:idmz@mednet.ru), [idmz@yandex.ru](mailto:idmz@yandex.ru) Дополнительная информация опубликована на сайте [www.idmz.ru](http://www.idmz.ru)

**Менеджер**  
здравоохранения



**INTERSYSTEMS – 28 ЛЕТ  
В АВТОМАТИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**[www.InterSystems.ru](http://www.InterSystems.ru)**

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

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

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

# INTERSYSTEMS

**InterSystems Corporation**

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