

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№8. 2008



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003



МЕДИЦИНСКИЙ ОРГАНАЙЗЕР

- Надежное хранение сведений о здоровье
- Простое и удобное использование
- Соответствие стандартам

Телефон: +7 (495) 101 4066

E-mail: sales@mymedinfo.ru

www.mymedinfo.ru



ЭЛЕКТРОННАЯ КАРТА ЗДОРОВЬЯ

Long Life E-health history



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Оценка качества медицинской помощи в ходе реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения**
- ✓ **Финансирование и результаты выполнения государственного задания на оказание гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в 2007 году**
- ✓ **Концепция приказа Минздравсоцразвития России «О развитии клинической трансфузиологии»**
- ✓ **Терминология помощи пострадавшим, оказываемой на месте происшествия**
- ✓ **Медицинские работники — государственные служащие в Российской Федерации**
- ✓ **Реформы систем здравоохранения в Европе. Документы ВОЗ и международные проекты**

Менеджер здравоохранения

Главный редактор:
СТАРДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

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

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталья Глебовна,
д.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ Росздрава

Редакционная коллегия:
ВИНОГРАДОВ Константин Анатольевич,
профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и фармации
Красноярской государственной медицинской академии

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, директор ЦНИИОИЗ Росздрава

№ 8
2008

В номере:

Новые системы оплаты труда в здравоохранении

- Новая система оплаты труда в медучреждениях выгодна как их сотрудникам, так и пациентам
- Что получают федеральные бюджетники вместо привычной ЕТС? И как реально изменится зарплата?
- НИИ труда и социального страхования Минздравсоцразвития России начал серию семинаров по разработке и введению новых систем оплаты труда в федеральных бюджетных учреждениях

4-7

Саморегулирование в сфере здравоохранения

Материалы конференции «Реализация инвестиционных проектов в сфере здравоохранения: интеграция государства и бизнеса», Москва, 26-27 мая 2008 г.

8-15

Об уровне самостоятельности руководителей учреждений здравоохранения

В.П. Ленгузова

16-21

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Болезни системы кровообращения. Проблемы и пути решения в Кузбассе

К.В. Шипачев, Л.С. Барабаш, Г.В. Артамонова

22-27

Разработка состава аптечек, упаковок и наборов первой помощи.

Основные принципы и подходы

Л.И. Дежурный, Г.В. Неудахин, Б.Ц. Ганжурова

28-30

НОВОСТИ ОТРАСЛИ

27

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Система рейтинговой оценки качества работы операторов Call-центров и программа «Call rating» для расчета основных показателей

П.П. Кузнецов, М.А. Голиков, В.П. Рычков

31-41

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н., заместитель Главы администрации г. Ставрополя

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

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

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

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

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

МАРКЕТИНГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О некоторых подходах к обоснованию стратегии рыночного продвижения медицинских услуг

Э.Ф. Кадырова

42-46

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Болонья: здравствуй и прощай

В.В. Архипов

47-51

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы рубрики отвечает главный специалист Комитета по здравоохранению С.В. Гусева, г. Санкт-Петербург

52-54

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Концепция развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.

Консультант – заместитель главного редактора журнала, д.э.н. Ф.Н. Кадыров

55-62

ОРГАНИЗАТОР

АКТУАЛЬНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Генеральное соглашение между Общероссийскими объединениями профсоюзов, Общероссийскими объединениями работодателей и Правительством Российской Федерации на 2008-2010 годы

64-80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11, офис 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 № 953.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»



НОВЫЕ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



Новая система оплаты труда в медучреждениях выгодна как их сотрудникам, так и пациентам

Новая система оплаты труда в медицинских учреждениях — так называемое одноканальное, подушевое финансирование, которая будет вводиться в России с 1 декабря 2008 года, выгодна как самим медработникам, так и пациентам. Об этом заявила журналистам 2 июля в Калининграде министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова. Здесь под ее руководством прошло выездное совещание руководителей органов управления здравоохранением субъектов РФ и исполнительных директоров территориальных фондов ОМС по вопросам финансирования учреждений здравоохранения.

«Мы обсудили первые результаты работы регионов — участников пилотного проекта новой системы оплаты труда, в котором задействованы ряд субъектов РФ, и пришли к выводу, что в этом вопросе они существенно продвинулись по отношению к федеральным учреждениям здравоохранения. Заинтересованность работника медучреждения меняет и его отношение к пациентам», — сказала глава Минздравсоцразвития. При этом особо был отмечен позитивный опыт Калининградской области и Пермского края.

Вместе с тем, по словам Т.Голиковой, «существует беспокойство, которое высказывают, в частности, профсоюзы, что руководителями медучреждений могут быть узурпированы полномочия при установлении самостоятельной оплаты труда». Чтобы «не спровоцировать эту узурпацию, адекватно среагировать на ситуацию, заранее будут приняты соответствующие методические указания, установлены критерии оценки деятельности работников, переходящих на новые условия оплаты труда, и они станут условиями трудового договора», — подчеркнула министр.

Об эффективности новой системы оплаты труда в системе здравоохранения, считает Т.Голикова, «мы сможем говорить по истечении 2009 года, когда она полноценно заработает».

Источник: АМИ-ТАСС



Что получают федеральные бюджетники вместо привычной ЕТС? И как реально изменится зарплата?

Из интервью Министра Татьяны Голиковой «Российской газете» 17.07.08

Как вы знаете, в прошлом году Правительство Российской Федерации приняло Постановление № 605 от 22 сентября 2007 г., которое предписывало всем федеральным бюджетным учреждениям перейти до 31 декабря 2008 года на новые системы оплаты труда. Суть этого постановления заключалась в том, что новые системы оплаты труда утверждаются самими руководителями федеральных



бюджетных учреждений (это достаточно широкие полномочия для учреждений) при координирующей роли правительства, Министерства здравоохранения и социального развития, которое отвечает за нормативное регулирование в этой сфере, и соответствующих федеральных министерств, в ведении которых находятся эти учреждения.

Первоначально в законе о федеральном бюджете на 2008–2010 годы были утверждены средства на переход на новые системы оплаты труда. Их объем на тот момент оценивался в 16,9 миллиарда рублей на 2008 год, исходя из того, что переход состоится не ранее ноября 2008 года. На 2009 год закладывалось 46,1 миллиарда, а на 2010-й — 54 миллиарда.


В тот момент, когда принималось 605-е постановление, было принято решение об установлении минимального размера оплаты труда на уровне 2300 рублей. И впервые в Трудовом кодексе появилась запись о том, что минимальный размер оплаты труда — это не только ставка первого разряда Единой тарифной сетки, а это и ставка первого разряда, и все доплаты и надбавки, которые гражданин получает за фактически отработанное время.

Недавно был принят закон, в соответствии с которым минимальный размер оплаты труда с 1 января 2009 года увеличивается более чем в два раза и составит 4330 рублей. Это накладывает определенный отпечаток на переход на новые системы оплаты труда в том смысле, что при таком существенном повышении минимального размера оплаты труда необходимо обеспечить и соответствующий уровень дифференциации должностных окладов.


В этой связи было принято решение, что переход на новые системы оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений будет осуществлен с 1 декабря 2008 года. Это сопровождается дополнительным увеличением ассигнований. Поэтому правительство пересмотрело первоначальные цифры. Сейчас предполагается, что совокупно на цели перехода на новые системы оплаты труда будет направлено в 2009 году более 135 миллиардов рублей. Это достаточно серьезные объемы, более чем на 30% выше существующих сегодня фондов оплаты труда, и соответственно это ресурс для перехода.

Для того чтобы осуществить переход с 1 декабря 2008 года на новые системы оплаты труда, всем федеральным органам исполнительной власти необходимо завершить ту работу, которая находится в рамках их полномочий по 605-му постановлению. А именно: завершить формирование профессионально-квалификационных групп работников, которые трудятся в их подведомственных федеральных бюджетных учреждениях реформировать или внести предложения по реформированию системы надбавок и доплат, которая существовала к действующей системе Единой тарифной сетки. Это связано с тем, что многие годы фонды оплаты труда формировались на основе Единой тарифной сетки, состоящей из 18 разрядов, и сегодняшнее решение об установлении минимального размера оплаты труда в 4330 рублей означает, что это фактически соответствует ставке 17-го разряда ЕТС.

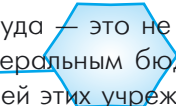





Решение о минимальном размере оплаты труда и решение о новых системах оплаты труда не могут рассматриваться в разрыве, они, конечно, должны быть связаны друг с другом. Хотя переход на новые системы оплаты труда с 1 декабря несколько превосхищает переход на новый МРОТ. Поэтому новые системы оплаты труда, которые будут вводиться с 1 декабря, должны учитывать этот высокий уровень МРОТ, который будет с 1 января 2009 года.




Новые системы оплаты труда — это не просто увеличение ассигнований на фонды оплаты труда федеральным бюджетным учреждениям, это еще и ответственность руководителей этих учреждений, и установление совместно с министерствами, в ведении которых находятся эти учреждения, критериев оценки работы персонала, и качество тех услуг, которые он предоставляет. Поэтому в преддверии этого решения до 1 декабря всем федеральным органам надлежит разработать критерии.



Работа с руководителями федеральных бюджетных учреждений начала проводиться с конца прошлого года. И к сегодняшнему моменту утверждено порядка 50 профессионально-квалификационных групп в соответствующих отраслях и в соответствующих министерствах. Также с руководителями учреждений проводятся семинары-совещания. Руководители федеральных органов исполнительной власти тоже проводили соответствующую разъяснительную работу, а теперь уже готовят нормативные документы. Именно те нормативные документы, которые будут являться основой для формирования новых систем оплаты труда. В ряде случаев сами министерства и ведомства совместно с федеральными бюджетными учреждениями делают новую сетку должностных окладов для того, чтобы это не вызвало беспокойства со стороны работников.



Конечно, существуют разные мнения по этому поводу. Некоторые считают, что предоставление широких полномочий руководителям бюджетных учреждений — благо. Некоторые выражают беспокойство по поводу того, что слишком широкие полномочия для руководителя учреждения могут обернуться нежелательными последствиями для работников. Но в современных условиях мы договорились также и о том, что буквально в ближайшее время федеральными органами исполнительной власти будут внесены предложения о необходимости уточнения отдельных пунктов 605-го постановления, потому что соответствующая наработка уже прошла и есть проблемы, которые можно решить только нормативным способом. С другой стороны, предполагается большая разъяснительная работа со стороны нашего министерства и со стороны профильных министерств, например министерства образования, министерства культуры, в отношении своих учреждений.



И третий момент: вся подготовительная работа проводится в тесном сотрудничестве с профсоюзами, поскольку все вопросы трудового законодательства и вопросы, связанные с оплатой труда, мы обязаны рассматривать в рамках трехсторонней комиссии — правительство, профсоюзы, работодатели. И на последнем заседании трехсторонней комиссии мы договорились, что в конце июля — начале августа этот вопрос будет вынесен на заседание трехсторонней комиссии.



НИИ труда и социального страхования Минздравсоцразвития России начал серию семинаров по разработке и введению новых систем оплаты труда в федеральных бюджетных учреждениях

В рамках работы по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 22.09.2007 г. № 605 в Научно-исследовательском институте труда и социального страхования Минздравсоцразвития России проводится серия семинаров по разработке и введению новых систем оплаты труда в федеральных бюджетных учреждениях.

Семинары проводятся для руководителей и заинтересованных сотрудников, в ведении которых находятся вопросы оплаты труда в организациях бюджетных отраслей — здравоохранения, образования, культуры, науки и др., заместителей руководителей по экономическим вопросам, сотрудников отделов кадров, бухгалтерии.

Ведущие семинаров подробно остановятся на отдельных методических, нормативно-правовых вопросах перехода на новые системы оплаты, будет представлен практический опыт по разработке и внедрению данных систем. На семинаре выступят эксперты Министерства здравоохранения и социального развития РФ, НИИ труда и социального страхования.

Семинары проводятся по мере комплектования групп с 31 июля по адресу: Москва, ул. Земляной Вал, д. 34 (станция метро «Курская»).

Более подробную информацию Вы можете получить по тел.: **8 (495) 917-59-80**, e-mail: seminars@niitruda.ru

→ ОТ РЕДАКЦИИ:

Перспективы внедрения новых систем оплаты труда в здравоохранении вызывают живой интерес наших читателей. Журнал «МЗ» еще в 11 номере за 2007 год обращался к этой теме. В сентябрьском номере текущего года мы вновь возвращаемся к ней, и в рубрике «Консультирует МЗ» опубликуем комментарий заместителя главного редактора журнала, д.э.н. Ф.Н. Кадырова по вопросам разработки и введению новой системы оплаты труда в федеральных бюджетных учреждениях.

Шеф-редактор журнала Н.Г. Куракова



САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Вопрос о саморегулировании в сфере здравоохранения стал одним из центральных вопросов, обсуждавшихся на конференции «Реализация инвестиционных проектов в сфере здравоохранения: интеграция государства и бизнеса», Москва, 26–27 мая 2008 г. Актуальность поднятой темы обусловлена тем, что 1 декабря 2007 года в России принят Федеральный закон «О саморегулируемых организациях» № 315-ФЗ. Первая общероссийская ассоциация врачей частной практики обратилась к Федеральной антимонопольной службе, Государственной Думе и Правительству Российской Федерации с предложением снять с рассмотрения устаревший проект Закона № 97802597-2 «О регулировании частной медицинской деятельности» и вместо него разработать и внести в Государственную Думу проект закона «О саморегулировании предпринимательской и профессиональной деятельности в частной системе здравоохранения Российской Федерации».

Под саморегулированием понимается самостоятельная и инициативная деятельность, которая осуществляется субъектами предпринимательской или профессиональной деятельности и содержанием которой являются разработка и установление стандартов и правил указанной деятельности, а также контроль за соблюдением требований указанных стандартов и правил.

В качестве основных модераторов этой темы организатор конференции, ИД «Менеджер здравоохранения», пригласил *Сергея Мигина*, эксперта, принимавшего участие в слушаниях по закону в Госдуме, заместителя генерального директора Национального института системных исследований проблем предпринимательства; *Алексея Самошкина*, ответственного секретаря Первой общероссийской ассоциации врачей частной практики и *Дмитрия Фадина*, ведущего консультанта фирмы ОМИС.

Сергей Мигин отметил, что повышение качества регулирования медицинской деятельности требует активного участия организованного профессионального сообщества в установлении стандартов деятельности и обеспечении их исполнения. Развитие саморегулирования медицинской деятельности позволит создать институт системного оппонирования государственному регулятору и обеспечить механизм реальной, прежде всего имущественной, ответственности. В перспективе квалифицированному профессиональному сообществу может быть передан ряд полномочий по отраслевому регулированию.

Саморегулирование демонстрирует гораздо большую гибкость и адаптивность по сравнению с государственным регулированием, значительно снижаются издержки мониторинга исполнения установленных стандартов и правил деятельности, повышается действенность контроля. Объединения профессионалов в целом ряде случаев справляются с этими



функциями успешнее чиновников. Указанные преимущества усиливаются, учитывая специфику медицинской деятельности. Это подтверждается как российской практикой, так и международным опытом.

Например, в Великобритании саморегулирование медицинской сферы имеет полутора-вековую историю. Ровно 150 лет назад, в 1858 году, была создана саморегулируемая организация General Medical Council, объединяющая практикующих врачей и являющаяся крупнейшей на сегодняшний день. Ей официально переданы полномочия по регулированию медицинской деятельности.

Принятие закона «О саморегулируемых организациях» дало стимул к развитию саморегулирования и послужило катализатором широкой общественной дискуссии. Вместе с тем требуется серьезная работа по принятию целого комплекса нормативных правовых актов, изменению отраслевого законодательства, разъяснению преимуществ саморегулирования.

На сегодняшний день Минздравсоцразвития России не готово к передаче отдельных полномочий по регулированию медицинской деятельности в руки профессиональных объединений. Вместе с тем необходимо уже сейчас предпринимать конкретные шаги по развитию добровольного саморегулирования в сфере здравоохранения. С тем, чтобы в перспективе, когда такие организации зарекомендуют себя и наработают правоприменительную практику, делегировать им ряд государственных функций.

Выработка комплексной программы действий по развитию саморегулирования медицинской деятельности — основной пункт сегодняшней повестки дня профессионального сообщества.

Уточняя по просьбе участников конференции понятие «саморегулирования», **Сергей Мигин** основной особенностью трансформации российской системы регулирования того переходного периода, в котором мы сейчас находимся, назвал уход от тотального регу-

лирования всех отраслей хозяйственной деятельности, сокращение государственного вмешательства в экономику и прекращение избыточного государственного регулирования. Этот процесс обозначается как дерегулирование. Однако резкий переход от регулируемого рынка к нерегулируемому может далеко не всем показаться желательным и оправданным. Причем это может быть мнение, определяемое как точкой зрения групп государственных служащих, представителей профессионального, экспертного сообщества, так и позицией общества в целом, — общество к этому может быть не готово.

Одним из механизмов плавного перехода и является возможность задействовать инструмент саморегулирования. Что представляет собой этот механизм? Участники рынка самостоятельно (это интуитивно понятно из самого термина) устанавливают правила поведения. И, что очень важно, самостоятельно следят за их исполнением. «Мы ведь понимаем, мало просто установить определенные правила, нужно обеспечить их неукоснительное выполнение, налагая санкции на нарушителей. Это, помимо прочего, предполагает создание специализированного гаранта исполнения правил.

Функционирование любого рынка, и это хорошо известно, связано с определенными провалами: тенденциями к монополизации, внешними эффектами, ограничением конкуренции, информационной неполнотой и так далее. И все эти провалы могут быть устранены только за счет дополнительной координации экономических агентов, осуществления регулирования в той или иной форме.

Как правило, этим занимается государство. Но при определенных условиях куда эффективнее провалы рынка могут быть устранены силами его участников. Это может быть сопряжено с меньшими издержками, частными и общественными. И если в итоге достигается цель регулирующего воздействия, то, с точки зрения общественного благосостояния, такое самостоятельное регулирование может быть гораздо желательнее.





Понятно, что предприниматели и представители профессий свою сферу деятельности знают лучше, чем государственные служащие, которым поручено эту деятельность регулировать. Правила, которые устанавливают квалифицированные представители профессий и отраслей, более гибки и адаптивны, их легко изменять в случае необходимости. Существенно проще осуществлять и мониторинг деятельности участников рынка, контроль за выполнением установленных правил. В общем случае снижается острота проблем, связанных с бюрократизацией и коррупцией.

Если говорить о саморегулировании в России, то основная его особенность заключается в том, что мы рассматриваем его как альтернативу государственному регулированию и соответственно как инструмент перехода от сравнительно жестких к более мягким формам регулирования. Во всем мире саморегулирование складывалось иным путем. Нигде в мире нет специального закона о саморегулировании и саморегулируемых организациях. У нас он был принят 1 декабря 2007 года — Федеральный закон «О саморегулируемых организациях» № 315-ФЗ. В развитых странах саморегулирование возникало исторически, развивалось эволюционно, а не вводилось, как у нас, директивно. В этом и заключается принципиальное отличие.

В мировой практике ситуация, как правило, складывалась так: на рынке появляется некая проблема, например, причинение ущерба потребителю, обращение некачественного товара. Эта проблема решается не немедленным введением жестких мер государственного регулирования: лицензирования, ограничения входа на рынок и так далее. Ее пытаются решить максимально мягким образом. Если есть возможность договориться на уровне отрасли о решении этой проблемы: создать саморегулирующую организацию, принять кодекс, содержащий нормы поведения...

Цеховые организации — это один из типов организаций саморегулирования. Их цель — создание закрытой корпорации представите-

лей отрасли или профессии. Цех связан прежде всего с проявлениями монополизма, ограничением входа в профессию, созданием существенных преимуществ для членов.

Примером цеховых организаций в России могут быть нотариальные палаты. Членство в нотариальной палате является обязательным для нотариусов, занимающихся частной практикой. Типичный цех — адвокаты. Если ты не член этого цеха, то не имеешь права заниматься этим видом деятельности. Если ты не состоишь в адвокатской палате, то не можешь быть адвокатом. Тогда ты просто юрист.

Вместе с тем цех — только одна из разновидностей саморегулируемых организаций. Другая разновидность, отражающая позитивный эффект развития саморегулирования, — так называемый «коллективный брэнд». Предприниматели объединяются для того, чтобы продвигать коллективную торговую марку. Это в ряде случаев эффективный сигнал, который обеспечивает повышение спроса на продукцию, производители которой известны тем, что гарантируют качество товара. А поскольку это означает не только увеличение прибыли членов саморегулируемых организаций, но и общий рост производимой в экономике стоимости, мы можем говорить об общественной эффективности такой формы саморегулирования.

Саморегулирование может относиться к любым сферам экономической активности, поэтому речь может идти о любых товарах, услугах, работах. И сравнительно небольшое их количество обладает качествами, о которых потребитель может узнать заранее. Это — так называемые исследуемые блага. Качественные характеристики таких благ поддаются измерению (исследованию) до начала потребления. Здравоохранение — типичный пример доверительного блага. Вас лечат, вы выздоравливаете, но сказать твердо, помог ли вам врач или болезнь прошла вопреки его предписаниям, вы не можете. Если на рынке есть разброс качества — те же услуги здравоохранения могут быть как низкого, так и высокого качества — потребитель не



может определить качество услуги, он заранее ожидает, что это качество будет средним. Рассчитывает, что оно будет не очень высоким, но надеется, что и не слишком низким. А в результате цена на рынке устанавливается, исходя из среднего качества. Соответственно пропадает стимул производить услуги с хорошим качеством. Поэтому качество со временем падает и в итоге сводится к минимальному уровню, за что этот процесс и получил название «ухудшающий отбор».

Обозначенную проблему традиционно приходится преодолевать государству: оно устанавливает стандарты, правила, поддерживающие качество, гарантирует и обеспечивает раскрытие необходимой информации, защищает права потребителей. А механизм негосударственного решения подобной проблемы — саморегулирование. Часть участников рынка, производящих качественные товары и услуги, самим фактом своего членства в саморегулируемой организации извещают о том, что их качество находится на должном уровне, если, конечно, коллективный брэнд узнаваем и является реальным сигналом для потребителя. При этом упрощается задача потребительского выбора, отпадает необходимость изучать рынок, проводить исследования характеристик товара — потребитель доверяет данной марке, данному коллективному брэнду. И потребитель готов за это платить, как готов платить за повышенное качество товаров и за получаемые гарантии.

Такое преодоление рыночных несовершенств, наряду с мотивом ограничения конкуренции, — основной стимул для развития саморегулирования.

В России взят официальный курс на сокращение вмешательства государства в экономику. Прекращение избыточного государственного регулирования, в частности, предполагает передачу ряда полномочий квалифицированным институтам профессионального и предпринимательского сообщества. Особенности исторического развития институтов управления экономикой в нашей стране

предопределили на сегодняшний день преимущественное развитие делегированного саморегулирования. Предполагается, что государство должно законодательно закрепить передачу бизнес-объединениям части функций — фактически это директивная форма развития саморегулирования. Делегирование полномочий, естественно, требует жестких норм членства в саморегулируемой организации. И в качестве примера можно опять же привести нотариат. Такие же требования предъявляются к арбитражным управляющим: они обязаны быть членами саморегулируемой организации. Иначе, согласно закону «О несостоятельности (банкротстве)», арбитражный управляющий не может осуществлять свою деятельность.

Аналогичным образом закон «Об оценочной деятельности» предусматривает обязанность оценщика быть членом одной из саморегулируемых организаций оценщиков. Введение саморегулирования в сфере арбитражного управления и оценочной деятельности стало основанием для отмены лицензирования этих видов деятельности.

В добровольное саморегулирование государство вмешиваться вообще не должно. Именно поэтому нигде в мире нет специального закона о саморегулируемых организациях. Логика здесь такова: саморегулируемые организации работают в общем правовом поле, никаких специальных дополнительных ограничений и требований к добровольному саморегулированию бизнеса не требуется. Если группа производителей захотела объединиться, установить повышенные стандарты качества, то это должно только приветствоваться.

У нас же законом установлены требования ко всем без исключения саморегулируемым организациям, введена процедура их регистрации.

Существует опасение, что, по крайней мере, в отдельных отраслях под вывеской саморегулирования будут реализованы схемы, в соответствии с которыми саморегулируемые организации будут выступать в качестве промежуточных звеньев, представляя интересы





отрасли в госорганах, и наоборот. Это может фактически означать создание новой бюрократизированной структуры, во многом очень напоминающей обычное ведомство, причем не функциональное, а отраслевое, в лучших традициях плановой экономики, «штаб» отрасли. Такие организации будут играть роль посредников между частным сектором и государством, оказывать посреднические услуги.

Идея развития саморегулирования на глазах приобретает все большую популярность, но отказываться от своих избыточных полномочий добровольно никто не собирается. Да, Минэкономразвития ведет работу по выявлению функций, которые можно передать саморегулируемым организациям, но мы прекрасно знаем: одно дело орган, отвечающий за общие принципы регулирования, а другое — отраслевой регулятор с его узковедомственным подходом. Существуют много примеров, когда решения по дерегулированию и сокращению административных барьеров, исходящие от федеральной исполнительной власти, саботируются на местах.

Учитывая, безусловно, новаторский характер закона, на местах в большом количестве случаев пока нет его четкого понимания. Однако интерес к саморегулированию растет, причем именно в регионах. Прежде всего у тех, кто так или иначе связан с отраслями, в которых в приоритетном порядке планируется или уже осуществлено делегирование государственных полномочий. Закон был принят только 1 декабря прошлого года. Он лежал в Думе после первого чтения с 2003 года, и столь быстрое окончательное принятие стало неожиданным для всех. Кажется, пролежав четыре года, он так и умрет.

Принимая закон о техническом регулировании, законодатели рассчитывали, что основное бремя отраслевой стандартизации перейдет на уровень организаций, в том числе и саморегулируемых. Так делается во всем мире: государство устанавливает минимальные требования, необходимые для обеспечения безопасности. Все остальное на принципах добро-

вольности делают национальные органы по стандартизации, бизнес, саморегулируемые организации. И сейчас с помощью саморегулирования открывается реальная возможность качественного продвижения реализации закона «О техническом регулировании», существенного ускорения хода реформы.

Одним из последних примеров может служить строительная отрасль: с первого июля должно быть отменено лицензирование строительной деятельности. Сроки отмены устанавливаются уже не первый раз (один из предыдущих — 1 января 2007 года), но это уже давно назревшее решение неоднократно откладывалось. Ситуация с любым административным барьером, с лицензированием в том числе, достаточно прозрачна: большинство участников данной отрасли заинтересованы в его отмене. Но они в основном представляют малый и средний бизнес, которому жизненно необходимы прозрачные правила игры и нормальная конкурентная среда. К сожалению, их голос звучит слишком тихо, в том числе потому, что, хотя их число и велико, влияние и переговорная сила малого и среднего бизнеса сравнительно незначительны. Кроме того, возникают сложности организации коллективного действия — это издержки, которые не по силам нести малому и среднему предпринимательству.

С другой стороны, в любой отрасли есть несколько лидеров, представляющих собой группу специальных интересов, для которых это же самое лицензирование барьером не является. У крупных игроков рынка имеются определенные договоренности, в том числе неформального характера, с отраслевым регулятором. Им невыгодно снятие административных барьеров, делающее рынок более конкурентным, — это сопряжено с риском сокращения принадлежащей крупному бизнесу доли рынка. И громче всего раздаются голоса именно таких компаний. Они возражают против любых новаций, облегчающих жизнь их конкурентам. Сразу оговоримся: ситуация, когда отдельные игроки на рынке



используют близость к регулятору, характерна не только для России. Это — обычная мировая практика стратегического поведения.

Сегодня вероятность того, что лицензирование в строительстве все же отменят, высока, как никогда. И одним из серьезных аргументов в пользу этого решения является существование такой альтернативы, как саморегулирование. Хотя отменять лицензирование, о чем уже неоднократно говорилось, необходимо в любом случае вне зависимости от готовности бизнеса взять в свои руки отдельные полномочия по регулированию отрасли. Это обусловлено неэффективностью лицензирования, избыточным административным давлением на бизнес, наличием дублирующих инструментов государственного регулирования при фактическом отсутствии реального контроля за параметрами безопасности и действенных механизмов обеспечения ответственности, прежде всего имущественной.

Главное при принятии решения — хорошо понимать, каковы издержки и риски предлагаемой модели регулирования отраслью. В частности, учитывать стремление узкой группы специальных интересов получить на откуп государственные полномочия по контролю рынка.

В целом еще раз подчеркну, развивая делегированное саморегулирование, следует опасаться ограничения конкуренции и ужесточения давления на предпринимателя. В этом смысле показательна позиция отдельных органов власти, предлагающих заменить отмененные действующим законодательством методы государственного регулирования механизмами саморегулирования, якобы направленными на восстановление управляемости отраслей. Таким образом, отрасли, в которых законодатель уже установил нецелесообразность прямого государственного вмешательства, снова могут попасть в режим ведомственного регулирования. Такая постановка вопроса ведет к возвращению экономики к ситуации избыточного регулирования и создает предпосылки для нового витка «барьеростроительства».

Закон принят, однако, это только первый, хотя и очень важный, шаг в развитии саморегулирования в России. Основная содержательная работа впереди. И конкретные решения, в том числе по делегированию государственных полномочий на уровень саморегулирования, должны стать результатом самой широкой общественной дискуссии и обеспечить реальный баланс интересов. Соответственно предметом обсуждения является программа действий по реализации закона «О саморегулируемых организациях». Минэкономразвитию поручено подготовить соответствующий доклад Правительству. Речь идет о подготовке подзаконных актов, необходимых для нормального исполнения самого закона. Часть подзаконных актов предусмотрена в самом законе, например, порядок ведения реестра саморегулируемых организаций. Необходимо также определиться с органом, ответственным за регистрацию и осуществление контроля. На наш взгляд, этими функциями может быть наделена Росрегистрация, по крайней мере, на настоящем этапе.

Но это только вершина айсберга. Куда важнее — приведение отраслевого законодательства в соответствие с новым законом. А самое главное, с чем необходимо определиться, — какие государственные полномочия в каких отраслях необходимо прямо передать на уровень саморегулирования, а от каких государству надо просто отказаться, учитывая, что в данных отраслях может развиваться либо уже существует саморегулирование. Такие функции необходимо выявить, определиться с механизмами передачи полномочий, а затем править нормативную базу. Но и это еще полдела: одно — написать в законе, что нужно передать саморегулирующим организациям, и совсем другое — организовать и настроить эффективный механизм исполнения делегированных функций. Это работа не на один год.

Так что полномасштабная работа по развитию саморегулирования только разворачивается. И здесь, учитывая, что 315-й закон во многом рамочный, открывается широкое





поле для дискуссий, неснятых вопросов пока достаточно. Тем более, что речь идет о самых разных сферах: от представителей профессий до субъектов предпринимательской деятельности. И здесь имеют право на жизнь разные подходы, разные схемы саморегулирования.

У саморегулируемых организаций есть и такая важнейшая функция, как рассмотрение жалоб потребителей и внесудебное разрешение конфликтов, возникающих между участниками саморегулирования и потребителями. Досудебное разбирательство, как правило, и быстрее, и менее затратно, чем судебное. К сожалению, у нас на сегодняшний день институт досудебного разрешения конфликтов практически не развит. А при организации саморегулирования как раз предусматривается создание третейских судов, которые будут решать возникающие споры. Для потребителя такое разбирательство вообще бесплатно.

Алексей Самошкин, развивая тему саморегулирования в сфере здравоохранения, подчеркнул, что рынок медицинских услуг представляет собой весьма социально болезненную сферу гражданских отношений, связанную с необходимостью обеспечения не только качества, но и доступности медицинских услуг для населения. Поэтому в формировании систем регулирования этого рынка следует исходить из принципа соразмерного сочетания государственного регулирования, сорегулирования и саморегулирования. Роль инструментов государственного регулирования определяется конституционными обязанностями государства в обеспечении гарантий охраны здоровья граждан, что выражается в форме законодательства, надзора и финансирования. Саморегулирование рынка медицинских услуг является высшей формой экономических институтов регулирования, которая переносит рыночные ресурсы непосредственно к конечному потребителю — системе «ВРАЧ–ПАЦИЕНТ», обеспечивая выполнение стандартов предпринимательской и профессиональной деятельности в здравоохранении.

По мнению Алексея Самушкина, в Федеральном законе «О саморегулируемых организациях» № 315-ФЗ отсутствуют переходные положения, которые необходимы для формирования стандартов профессиональной деятельности в здравоохранении. Он подчеркнул, что стандарты медицинской помощи не являются стандартами профессиональной деятельности врача и разработкой их должны заниматься саморегулируемые организации. Комментируя правоприменительную практику Федерального закона «О поддержке малого и среднего предпринимательства» от 24.07.2007 № 209-ФЗ, Самошкин отметил, что в числе основных целей и принципов государственной политики в этой области в статье 7 названы: введение специальных налоговых режимов, упрощение правил ведения налогового, бухгалтерского учета и статистической отчетности, форм налоговых деклараций по отдельным налогам и сборам, установление льготного порядка приватизации государственного и муниципального имущества, специальных форм участия в процедурах размещения заказов на поставку товаров и выполнение услуг для государственных и муниципальных нужд. Но поддержка оказывается только тем субъектам, которые включены в реестры субъектов малого и среднего предпринимательства — получателей такой поддержки (ст. 8 Закона № 209-ФЗ). Порядок его ведения устанавливается Правительством РФ: для получения поддержки государства частной медицинской организации нужно стать субъектом малого и среднего предпринимательства и быть включенной в такой реестр. «Год как принят закон, а ни одного случая включения в реестр медицинской организации мы не знаем. По данным нашего мониторинга, в девяти регионах РФ ни в одном крупном муниципалитете никакие залоговые фонды не создаются».

По прогнозу **Дмитрия Фадына**, ведущего консультанта фирмы ОМИС, на создание саморегулируемых организаций в здравоохранении уйдет еще значительное время, но неизбежная модернизация здравоохранения не смо-



жет обойтись без таких организаций, они станут неотъемлемым элементом общественно-государственно-частного партнерства в отрасли.

Саморегулируемыми организациями признаются некоммерческие организации, созданные в целях саморегулирования, основанные на членстве, объединяющие субъектов предпринимательской деятельности, исходя из единства отрасли производства товаров (работ, услуг) или рынка произведенных товаров (работ, услуг), либо объединяющие субъектов профессиональной деятельности определенного вида.

К саморегулируемым организациям предъявляются следующие требования: представительное членство, специализированная структура, наличие стандартов и правил предпринимательской или профессиональной деятельности, обеспечение дополнительной имущественной ответственности каждого ее члена перед потребителями, раскрытие информации.

Для их регистрации нужны следующие документы: копии свидетельства о государственной регистрации некоммерческой организации; копии устава некоммерческой организации; заверенные некоммерческой организацией копии документов, подтверждающие государственную регистрацию ее членов — юридических лиц и индивидуальных предпринимателей; перечень членов некоммерческой организации с указанием вида осуществляемой ими предпринимательской или профессиональной деятельности, являющейся предметом саморегулирования для саморегулируемой организации.

Источниками средств для саморегулируемой организации являются доходы от оказания образовательных услуг, связанных с предпринимательской деятельностью, коммерческими или профессиональными интересами членов саморегулируемой организации; доходы от продажи

информационных материалов, связанных с предпринимательской деятельностью, коммерческими или профессиональными интересами членов саморегулируемой организации; доходы, полученные от размещения денежных средств на банковских депозитах; регулярные и единовременные поступления от членов саморегулируемой организации (вступительные, членские и целевые взносы); добровольные имущественные взносы и пожертвования; доходы от оказания услуг по предоставлению информации, раскрытие которой может осуществляться на платной основе; другие не запрещенные законом источники.

Саморегулируемые организации вправе создавать ассоциации (союзы) в соответствии с законодательством о некоммерческих организациях по территориальному, отраслевому, межотраслевому или иным признакам. Членами ассоциации (союза) саморегулируемых организаций могут быть переданы ассоциации (союзу) функции по разработке единых стандартов и правил саморегулируемых организаций, требований к членству субъектов предпринимательской или профессиональной деятельности в саморегулируемых организациях — членах ассоциации (союза), функции по разрешению споров в третейском суде, профессиональному обучению и аттестации работников — членов саморегулируемых организаций, сертификации произведенных ими товаров (работ, услуг), а также по раскрытию информации.

Примерами успешной деятельности саморегулируемых организаций являются СРО оценщиков, СРО управляющих компаний, СРО арбитражных управляющих, СРО управляющих пенсионными фондами, СРО жилищных кооперативов, СРО специалистов по рекламе, СРО сельхозкооперативов.

В здравоохранении основными проблемами создания саморегулируемых организаций являются отсутствие подзаконных актов, сложность разработки стандартов, конкуренция на рынке медицинских услуг, противоречивость интересов профессионального сообщества.

Подготовила Н.Куракова



В.П. Ленгузова,

Городская больница № 4, г. Магнитогорск

ОБ УРОВНЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Автором проведен социологический опрос руководителей учреждений здравоохранения: главных врачей, их заместителей, заведующих отделениями и подразделениями, в отношении достаточности имеющихся у них прав, возможностей и инструментов управления для обеспечения эффективной работы ЛПУ.

Было опрошено 136 руководителей, в том числе 10 главных врачей, 24 заместителя главных врачей и 102 заведующих отделениями. Это 90% руководителей учреждений здравоохранения и их структурных подразделений в г. Магнитогорске.

Характеризуя возрастно-половой состав руководителей, необходимо отметить, что 70 % составляют женщины, средний возраст — от 40 до 50 лет (49%). При этом из 10 главных врачей — 9 женщины, средний возраст 49–50 лет. Заместители главных врачей — 83% женщины и 17% мужчины, средний возраст — от 45–46 лет (63%). Среди заведующих отделениями женщины составляют 64%, мужчины — 37%, средний возраст — 45–46 лет (таблица 1).

Таблица 1

Возрастно-половая характеристика респондентов

Должность	Возраст (лет)/пол										Всего	
	до 30		от 30 до 40		от 40 до 50		от 50 до 60		больше 60		м	ж
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж		
Главный врач					1	5		4			1	9
Заместитель главного врача				4	3	12	1	3		1	4	20
Заведующий отделением			6	19	16	30	9	13	5	4	36	66
Всего			6	23	20	47	10	20	5	5	41	95

Врачебный стаж у главных врачей в среднем составляет 27 лет, средний стаж руководящей работы — 17–18 лет. У заместителей главных врачей средний врачебный стаж составил 24–25 лет, стаж руководящей работы — 14 лет. Заведующие отделениями характеризуются в среднем



20-летним врачебным стажем и 18–19-летним стажем руководящей работы. Таким образом, и по врачебному стажу, и по стажу руководящей работы наиболее опытными являются главные врачи учреждений здравоохранения.

Управление персоналом является ведущей функцией руководителей здравоохранения как по количеству принимаемых решений в этой сфере управления, так и по требованиям к эффективности решений, которые напрямую зависят от полноты прав руководителей. Оценивались следующие права: найм на работу, увольнение работников; разработка, утверждение штатного расписания; разработка и утверждение индивидуальных норм нагрузки персонала; штатное нормирование и нормативы по труду; введение новых штатных должностей; планирование повышения квалификации персонала; самостоятельное решение кадровых вопросов в целом.

По всему набору прав было получено 56,8% ответов, подтверждающих полноту прав руководителей в этой сфере. В то же время отрицательных ответов и условно отрицательных было получено 43,2%.

Наиболее полно реализуются права руководителей в планировании повышения квалификации персонала — 88,2% положительных ответов, в вопросах найма на работу, увольнения работников — 68,4% и разра-

ботке и утверждении штатного расписания — 62,5%. Недостаток прав руководителей отмечен по таким вопросам управления персоналом, как введение новых штатных должностей — 47,1% отрицательных ответов, штатное нормирование и нормативы по труду — 36,0% (таблица 2).

Полнота прав руководителей по планированию оценивалась респондентами по вопросам текущего, оперативного и перспективного планирования, а также формирования муниципального заказа на медицинскую помощь населению в рамках программы государственных гарантий. В целом 66,9% опрошенных руководителей удовлетворены полнотой прав по планированию, не удовлетворены объемом прав 15,4% опрошенных. Наиболее высоко оценены возможности руководителей по текущему, оперативному и годовому планированию — более 85%, ниже оценены возможности перспективного планирования — 53,7% и только 42% опрошенных удовлетворены полнотой прав по формированию муниципального заказа (таблица 3).

Наиболее высокие оценки полноты прав руководителей в области оплаты труда получило право материального стимулирования (премирования) высоких результатов работы — 72,8% положительных ответов, наименее всего руководители удовлетворены полнотой

Таблица 2

Полнота прав руководителей по управлению персоналом

Право	да		нет		затрудняюсь		не знаю		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Найм, увольнение	93	68,4	26	19,1	13	9,6	4	2,9	136	100,0
Штатное расписание	77	56,6	39	28,7	18	13,2	2	1,5	136	100,0
Нормы нагрузки	85	62,5	35	25,7	14	10,3	2	1,5	136	100,0
Штатное нормирование	53	39,0	49	36,0	25	18,4	9	6,6	136	100,0
Введение должностей	37	27,2	64	47,1	29	21,3	6	4,4	136	100,0
Планирование	120	88,2	3	2,2	10	7,4	3	2,2	136	100,0
Самостоятельные решения	76	55,9	39	28,7	20	14,7	1	0,7	136	100,0
Всего	541	56,8	255	26,8	129	13,6	27	2,8	952	100,0





Таблица 3

Полнота прав руководителей по планированию

Право	да		Нет		затрудняюсь		не знаю		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Текущее, оперативное	116	85,3	4	2,95	12	8,8	4	2,95	136	100,0
Годовое	118	86,7	8	5,9	8	5,9	2	1,5	136	100,0
Перспективное (на два—три года)	73	53,7	21	15,4	34	25,0	8	5,9	136	100,0
Формирование муниципального заказа	57	41,9	51	37,5	21	15,4	7	5,2	136	100,0
Всего	364	66,9	84	15,4	75	13,8	21	3,9	544	100,0

Таблица 4

Полнота прав руководителей по оплате труда

Право	да		нет		затрудняюсь		не знаю		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Оплата труда	94	69,1	29	21,3	12	8,8	1	0,8	136	100,0
Материальное стимулирование	99	72,8	27	19,8	9	6,6	1	0,8	136	100,0
Установление надбавок	71	52,2	53	39,0	9	6,6	3	2,2	136	100,0
Всего	264	64,7	109	26,7	30	7,4	5	1,2	408	100,0

Таблица 5

Полнота прав руководителей по формированию тарифов на медицинскую помощь

Вид тарифа	да		нет		затрудняюсь		не знаю		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ОМС	10	7,35	87	64,0	29	21,3	10	7,35	136	100,0
Платные услуги и ДМС	38	27,9	59	43,4	28	20,6	11	8,1	136	100,0
Бюджетные средства	17	12,5	79	58,1	26	19,1	14	10,3	136	100,0
Всего	65	15,9	225	55,2	83	20,3	35	8,6	408	100,0

Таблица 6

Полнота прав руководителей по принятию решений о порядке и направлениях использования заработанных средств

Вид средств	да		нет		затрудняюсь		не знаю		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ОМС	36	26,4	59	43,4	31	22,8	10	7,4	136	100,0
Платные услуги и ДМС	47	34,6	49	36,0	34	25,0	6	4,4	136	100,0
Бюджетные средства	22	16,2	75	55,1	26	19,1	13	9,6	136	100,0
Всего	105	25,7	183	44,9	91	22,3	29	7,1	408	100,0



своих прав в установлении надбавок к должностным окладам. В целом только 64,7% руководителей считают свои права в области оплаты труда достаточными (таблица 4).

Полнота прав руководителей по формированию тарифов на медицинскую помощь оценивалась респондентами по обязательному медицинскому страхованию, платным услугам и добровольному медицинскому страхованию и бюджетным средствам. Руководители очень низко оценивают свои возможности по формированию тарифов — 15,5% положительных ответов. При этом только 7,4% руководителей положительно оценили свои права по формированию тарифов в системе обязательного медицинского страхования. Наиболее высокие оценки получили права руководителей по формированию тарифов на платные услуги и добровольное медицинское страхование — 27,9% положительных ответов (таблица 5).

Несколько выше, чем права по формированию тарифа, оценивают свои возможности руководители по принятию решений о порядке и направлениях использования заработанных средств — 25,7% положительных ответов. Наиболее высоко — 34,6% оценивают руководители свои возможности по использованию средств от платных услуг и добровольного медицинского страхования. Наиболее низко (16,2%) — возможности по использованию бюджетных средств (таблица 6). Это соответствует оценкам по формированию тарифа. Можно говорить об общем недостатке прав руководителей по формированию и использованию наиболее важного источника финансирования деятельности учреждения здравоохранения — бюджета.

Оценка руководителями полноты прав в общем управлении показала, что при общем уровне положительных оценок 59,7% полнота прав по использованию экономических методов управления получила только 50,0% положительных оценок. Наивысшие оценки получили возможности морального стимулирования персонала — 90% (таблица 7).

Права руководителей в материально-техническом снабжении оценивались по таким аспектам, как возможности по совершенствованию системы материально-технического снабжения учреждения; формированию заявок на получение и достижение адекватной обеспеченности ЛПУ современными оборудованием, материалами, медикаментами, транспортом и инвентарем; организации и проведению конкурсов на поставки оборудования, материалов, на проведение строительных, ремонтных, хозяйственных и прочих работ и услуг.

Практически 90% руководителей удовлетворены своими правами по формированию заявок и получению материально-технических ресурсов. Наибольшее количество отрицательных оценок получила возможность организовывать и проводить конкурсы — 51% (таблица 8).

Полнотой прав по управлению собственностью удовлетворены всего 20% руководителей, при этом правом по владению, распоряжению и пользованию собственностью в рамках существующего законодательства — 31%, а правом на приобретение новой собственности, а также ее обмен с другими организациями и учреждениями — 10% (таблица 9).

Руководители оценивали следующие меры по повышению уровня самостоятельности учреждений здравоохранения: расширение прав коллектива учреждения в области текущего, среднесрочного и перспективного планирования; предоставление руководителям более широких прав в определении форм и систем оплаты труда работников; оставление в распоряжении учреждения не использованных в течение года бюджетных средств; расширение прав руководителей в использовании трудовых, финансовых и материальных ресурсов учреждения; ограничение вмешательства вышестоящих органов управления здравоохранением в работу медицинских учреждений.

Руководители считают, что прежде всего необходимо расширить их права по оплате труда персонала и по управлению остатками бюджетных средств (самое главное — сделать





Таблица 7

Полнота прав руководителей в общем управлении

Метод и вид управления	да		нет		затрудняюсь		не знаю		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Экономические методы	68	50,0	37	27,2	27	19,9	4	2,9	136	100,0
Принятие решений без согласования	100	73,5	23	16,9	11	8,1	2	1,5	136	100,0
Обращение в арбитраж	35	25,74	60	44,12	29	21,32	12	8,82	136	100,0
Моральное стимулирование	122	89,7	5	3,7	7	5,1	2	1,5	136	100,0
Всего	325	59,7	125	23,0	74	13,6	20	3,7	544	100,0

Таблица 8

Полнота прав руководителей в материально-техническом снабжении

Метод и вид управления	да		нет		затрудняюсь		не знаю		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Совершенствование маттехснабжения	83	61,0	32	23,5	17	12,5	4	3,0	136	100,0
Формирование заявок	122	89,7	4	3,0	7	5,1	3	2,2	136	100,0
Достижение адекватной обеспеченности	68	50,0	37	27,2	25	18,4	6	4,4	136	100,0
Организация и проведение конкурсов	29	21,3	70	51,5	25	18,4	12	8,8	136	100,0
Всего	302	55,5	143	26,3	74	13,6	25	4,6	544	100,0

Таблица 9

Полнота прав руководителей в управлении собственностью

Вид управления	да		нет		затрудняюсь		не знаю		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Владение, распоряжение и пользование	42	30,9	56	41,2	21	15,4	17	12,5	136	100,0
Приобретение, обмен	13	9,6	74	54,4	34	25,0	15	11,0	136	100,0
Всего	55	20,2	130	47,8	55	20,2	32	11,8	272	100,0

Таблица 10

Оценка руководителями мер по повышению уровня самостоятельности учреждений здравоохранения

Метод и объект управления	да		нет		затрудняюсь		не знаю		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Планирование	105	77,2	18	13,2	13	9,6			136	100,0
Оплата труда	124	91,2	5	3,7	7	5,1			136	100,0
Остатки бюджетных средств	121	89,0	5	3,7	8	5,9	2	1,4	136	100,0
Ресурсы	117	86,03	4	2,94	14	10,3	1	0,73	136	100,0
Вышестоящие органы управления	85	62,5	15	11,03	35	25,74	1	0,73	136	100,0
Всего	552	81,2	47	6,9	77	11,3	4	0,6	680	100,0



Таблица 11

Полнота прав руководителей по управлению

Вид управления	да		нет		затрудняюсь		не знаю	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Персоналом	541	56,8	255	26,8	129	13,6	27	2,8
Планирование	364	66,9	84	15,4	75	13,8	21	3,9
Оплата труда	264	64,7	109	26,7	30	7,4	5	1,2
Формирование тарифов на медицинскую помощь	65	15,9	225	55,2	83	20,3	35	8,6
Использование заработанных средств	105	25,7	183	44,9	91	22,3	29	7,1
Общее управление	325	59,7	125	23,0	74	13,6	20	3,7
Материально-техническое снабжение	302	55,5	143	26,3	74	13,6	25	4,6
Управление собственностью	55	20,2	130	47,8	55	20,2	32	11,8
Всего	2021	49,5	1254	30,7	611	15,0	194	4,8

их переходящими) — 89–91%. Значительное число (77%), считают необходимым расширить права трудового коллектива по вопросам планирования деятельности медицинского учреждения. Вызывает тревогу, что 62% руководителей считают излишним вмешательство вышестоящих органов управления. Это говорит о неточном распределении полномочий между органом управления и учреждением здравоохранения (таблица 10).

Обобщенные оценки полноты прав руководителей по основным видам управления представлены в таблице 11. В целом только 50% руководителей удовлетворены своими правами. При этом четко выделяются три группы прав. Первая группа: права по планированию, оплате труда и общему управлению, где в целом ситуация удовлетворяет более 60% руководителей. Вторая группа: управление персоналом и материально-техническими ресурсами, полнотой прав удовлетворены 50–60% руководителей. И третья группа, куда вошли права по формированию тарифов на медицинскую помощь, использованию заработанных средств и управлению собственностью, в которой полнота прав оценивается руководителями ниже всего — 15–25%.

Исходя из полученных данных, представляется необходимым расширить права руководителей по таким вопросам, как введение

новых штатных должностей, штатное нормирование и установление нормативов по труду, перспективное планирование и формирование муниципального заказа, установление надбавок к должностным окладам, формирование тарифов обязательного медицинского страхования и бюджетных средств, принятие решений о порядке и направлениях использования заработанных средств, возможность организовывать и проводить конкурсы на размещение муниципального заказа, использование экономических методов управления, управление собственностью, а также расширение прав трудового коллектива по вопросам планирования деятельности медицинского учреждения.

Для реализации этих предложений целесообразно разработать административные регламенты перспективного планирования деятельности и развития территориальных систем здравоохранения с четким обозначением роли и возможностей руководителей учреждений здравоохранения. Требуется пересмотреть порядок формирования тарифов в сторону существенного расширения прав руководителей учреждений здравоохранения. Необходимо значительно усилить права руководителей по формированию и использованию доходов учреждения здравоохранения, включая средства бюджета.



К.В. Шипачев,

заместитель Губернатора Кемеровской области (по вопросам социальной политики)

Л.С. Барабаш,

академик РАМН, профессор, главный врач МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», директор ГУ «Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН»

Г.В. Артамонова,

д.м.н., профессор, руководитель отдела координации научной деятельности ГУ «Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН»

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ В КУЗБАССЕ

Одна из главных тем Ежегодного послания Президента России — улучшение тяжелой демографической ситуации в стране. Отрицательный естественный прирост (убыль) населения обусловлен низкой рождаемостью, высокой смертностью. В результате естественная убыль населения России в 2007 г. составляет 3 случая на 1000. Сложившаяся демографическая ситуация в нашей стране в значительной мере определяется сверхвысокой смертностью. Превышение уровня общей смертности в Кузбассе над показателями в России и СФО достигает 13% в 2007 году. В современных условиях из всех составляющих демографического развития наиболее быстрый эффект может дать в первую очередь снижение сверхсмертности населения.

В течение многих лет болезни органов кровообращения выступают первой причиной смертности взрослого населения России, СФО и Кемеровской области. На их долю приходится от 50 до 56%. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в ближайшие 20 лет их удельный вес в структуре смертности снизится незначительно и приоритет сохранится.

Огромный вклад в показатели смертности по классу БОК (болезней органов кровообращения) вносит ишемическая болезнь сердца, в составе которой острый инфаркт миокарда и церебральный инсульт. Ежегодная смертность от инсульта в России — одна из самых высоких в мире (в 2,5–3 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы и Америки).

По численности населения Кемеровская область в СФО занимает второе место после Красноярского края. Кузбасс — это высоко урбанизированный регион с преобладанием тяжелых отраслей промышленности, что оказывает более выраженное негативное влияние на здоровье населения по сравнению с другими регионами. В 2006 году общий уровень смертности населения Кемеровской области был выше, чем в России и СФО, на 12,1%, в том числе от болезней системы кровообращения — на 3,2 и 14,7%, соответственно. Распространенность острого инфаркта миокарда в Кемеровской области больше, чем в соседних

© К.В. Шипачев, Л.С. Барабаш, Г.В. Артамонова, 2008 г.



Новосибирской и Томской областях, соответственно, на 31,3 и 37,5%.

По данным углубленного медицинского осмотра, у основной профессиональной группы Кузбасса — шахтеров распространенность болезней сердечно-сосудистой системы превышает 50%. Доля ишемической болезни сердца у шахтеров — свыше 16%, а артериальной гипертонии — до 43%. Эти заболевания являются основной причиной внезапной смерти, что представляет серьезную угрозу для безопасности труда на предприятиях и жизни населения в целом.

Для снижения смертности от болезней органов кровообращения в последние годы в Кузбассе сделано немало.

Научные исследования по этим направлениям ведутся в ГУ «Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН» и МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер» (директор — академик РАМН Л.С. Барбараш), в ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава» (ректор — профессор В.М. Ивойлов), в ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ Росздрава» (ректор — профессор А.В. Колбаско), в ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН (директор — проф. В.В. Захаренков), в ФГУ «Научно-производственный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации» (директор — к.м.н. Л.В. Сытин), ФЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (директор — проф. В.В. Агаджанян), в Новокузнецком филиале НИИ общей реаниматологии РАМН (директор — проф. Ю.А. Чурляев).

В Кузбассе разрабатываются новые технологии, позволяющие осуществлять высокоэффективные оперативные вмешательства при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, в том числе малоинвазивные, с целью профилактики осложнений; развиваются восстановительные технологии, обеспечивающие снижение инвалидизации и улучшение качества жизни пациентов;

внедряются высокоинформативные диагностические методы. В Кемеровской области разработана и внедрена система специализированной помощи по принципу «скорая медицинская помощь — клиника», включающая комплекс лечебно-диагностических мероприятий; тактика неотложной терапии в зависимости от степени срочности необходимых вмешательств в раннем периоде острого коронарного синдрома.

Проблемы острых форм ишемической болезни сердца и острых нарушений мозгового кровообращения остаются актуальными для Кемеровской области в связи с их лидирующими позициями среди причин смерти населения, в том числе у лиц трудоспособного возраста. Современная сердечно-сосудистая патология характеризуется сочетанностью поражений разных сосудистых бассейнов, требующих оказания специализированной помощи в профильных отделениях или специализированных центрах. Пути решения этой проблемы связаны с организацией профилактики болезней органов кровообращения, ранней диагностикой, лечением и реабилитацией пациентов. Результаты исследований патогенеза и системного анализа критических состояний позволили разработать диагностические и лечебные мероприятия при сердечно-сосудистых катастрофах.

Одним из приоритетных фундаментальных направлений кузбасской науки в разделе лечения сердечно-сосудистых заболеваний являются разработка, апробация и клиническое применение биологических протезов клапанов сердца и сосудов. Данные изделия медицинского назначения, выпускаемые серийно на базе ЗАО «Неокор», получили широкую известность в большинстве кардиохирургических клиник России и ряда стран СНГ. Разработки кузбасских ученых удостоены премии Правительства РФ (2001 г.), премии им. академика А.Н. Бакулева (2004 г.), премии «Призвание» лучшим врачам России (2007 г.).

В Кемеровской области разработана и функционирует принципиально новая модель





организации кардиологической помощи, основанная на принципе технологически замкнутого цикла, — единая кардиологическая служба. Она работает в областном центре — городе Кемерове, где развивалась в течение 15 лет. В Кемерове проживает 20% населения Кемеровской области, среди которого около 55% составляет трудоспособное население. Отечественных и зарубежных аналогов Кемеровской модели оказания медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы нет. Центральным звеном и координатором работы «замкнутого цикла» выступает муниципальное учреждение здравоохранения (МУЗ) «Кемеровский кардиологический диспансер».

Функционирование модели «замкнутого цикла» обеспечивается разработанными в Кемеровской области следующими инновационными организационными технологиями. *Многоуровневая многоэтапная система организации специализированной помощи* предполагает формирование потока кардиологических больных на основе нозологического принципа, дифференциации коечного фонда по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса (сложности лечения больного). Технологически «замкнутый цикл» оказания медицинской помощи больным с патологией сердечно-сосудистой системы включает три этапа: амбулаторно-поликлинический, стационарный (кардиологический и кардиохирургический), санаторный. Фундаментом модели является амбулаторно-поликлиническая кардиологическая служба. В отличие от традиционной схемы организации помощи, амбулаторно-поликлинический (АП) этап начинается с кардиологов первичного звена, рабочие места которых находятся в территориальной многопрофильной поликлинике. При этом кардиологи являются штатными сотрудниками МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер». Они непосредственно работают с участковыми терапевтами и проводят отбор пациентов для наблюдения на следующем уровне АП-помощи — у кардио-

лога консультативной кардиологической поликлиники кардиологического диспансера. Организационно-методическое руководство АП-этапом обеспечивается ведущими районными кардиологами МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер» и главным кардиологом муниципального учреждения «Управление здравоохранения» г. Кемерова. Специалисты АП-этапа проводят отбор пациентов для стационарного кардиологического и кардиохирургического лечения. МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер» сосредоточил 80% специализированного коечного фонда г. Кемерова, имеет в структуре кардиологический санаторий для реабилитации пациентов после инфаркта миокарда, инсульта и операций на сердце. На базе МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер» функционирует государственное учреждение «Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой Сибирского отделения РАМН».

Модель «замкнутого цикла» (поликлиника—стационар—санаторий—поликлиника) в рамках одного учреждения крупного города обеспечивает наблюдение за пациентом по единому алгоритму на основе разработанных в Кемеровской области *стандартов медицинской профилактики заболеваний, стандартов диагностики и лечения, стандартов реабилитации*. Стандарты устанавливают минимально необходимый объем профилактических, лечебных и диагностических процедур и манипуляций, который должен получить пациент в зависимости от этапа оказания медицинской помощи, а также определяют конкретные требования к состоянию пациента.

Руководство моделью «замкнутого цикла» достигается через созданную в Кемеровской области *систему управления обеспечением качества медицинской и лекарственной помощи*. Система основана на оценке деятельности организаций и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) по улучшению качества и повышению удовлетворенности



пациентов оказанной им помощью, эффективному и рациональному использованию ресурсов здравоохранения, росту уровня профессионализма медицинских работников.

Результаты социально-экономической эффективности новой модели кардиологической службы могут явиться основанием для ее использования в других регионах России и при различных видах специализированной медицинской помощи. Многолетний опыт города Кемерово в обеспечении помощи по принципу технологически «замкнутого цикла» уникален для России. Опыт Кемерово высоко оценен ведущими российскими кардиологами. Внедрение технологии «замкнутого цикла» позволило переломить ситуацию с ежегодным приростом уровня смертности от БОК в г. Кемерово, начиная с 2003 года.

Существенную роль в снижении смертности от болезней органов кровообращения, особенно при острых состояниях, играют высокотехнологические методы диагностики и лечения. Как правило, все они относятся к дорогостоящим технологиям, что ограничивает их доступность для жителей области. За 2005–2007 годы на эти цели выделено свыше 600 млн. рублей, в том числе из федерального бюджета — 403,7 млн. рублей, из областного — 98,8 млн. рублей, из муниципального — 29,1 млн. рублей. На 2008 год запланировано более 50% всех ранее выделенных средств.

В конце 2007 года Администрацией Кемеровской области проведена беспрецедентная акция «От сердца к сердцу». Цель акции — обеспечить максимальную доступность высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях сердца жителям Кузбасса. Администрацией области обеспечено финансирование 234 высокотехнологичных операций на сердце, в том числе для 35 детей. Все они были выполнены в кузбасском кардиоцентре в конце IV квартала 2007 г.

Введенный в эксплуатацию в 2005 году новый корпус кардиологического диспансера увеличил мощность стационара до 430 коек, что позволило лечить до 7000 пациентов в

год, увеличить удовлетворение потребности населения в операциях на сердце для жителей Кузбасса с 10 до 40%.

Объем высокотехнологичных хирургических вмешательств при БОК с 2003 по 2007 годы вырос почти в 10 раз и достиг в 2007 году 2200, в том числе эндоваскулярных вмешательств при остром коронарном синдроме — 500.

В Кузбассе обеспечены хорошие возможности для подготовки высококвалифицированных кадров кардиологов и кардиохирургов. В 1999 году в КемГМА открыта единственная в России кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, занимающаяся подготовкой студентов и повышением квалификации кардиологов и кардиохирургов. Клинической базой кафедры является Кемеровский кардиодиспансер. Кемеровская медицинская академия обеспечивает подготовку врачей, Новокузнецкий ГИДУВ — последипломное усовершенствование врачей-кардиологов на основе государственного образовательного стандарта.

В системе подготовки кадров важной задачей усиления кардиологической службы стало повышение профессионализма терапевтов в вопросах кардиологии и кардиохирургии. Широко распространены совместные формы обучения кардиологов, терапевтов и хирургов.

Вопросы профилактики БОК в последние пять лет являются объектом пристального внимания медицинской и научной общественности. В 2002 г. в рамках целевой программы «Здоровье кузбассовцев» принята подпрограмма «Профилактика и лечение артериальной гипертензии». В 2004 г. проблема здоровья и сохранения трудового потенциала населения Кузбасса широко обсуждалась учеными Кузбасского научного центра и членами Областного медицинского совета на первой научной сессии. В 2006 г. Медицинский совет области принял Концепцию медицинской профилактики заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения Кемеровской области, до 2015 года.





В феврале 2008 года в рамках научной сессии Кузбасского научного центра и Областного медицинского совета были определены проблемы и приоритетные направления дальнейшего развития, обозначены наиболее важные стратегические и тактические задачи по проблеме снижения смертности от болезней сердечно-сосудистой системы.

Анализ организации медицинской помощи при БОК выявил в большинстве сельских районов и малых городов Кузбасса:

- низкий уровень охвата населения целевыми медицинскими осмотрами для выявления основных заболеваний органов кровообращения (артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца);

- неоправданно высокий уровень госпитализации в связи с артериальной гипертензией;

- низкий уровень материально-технического обеспечения интенсивного этапа лечения инфаркта миокарда (БИТ, прикроватные мониторы, ТЛТ, биохимические маркеры);

- отсутствие кардиологических ставок в поликлиниках;

- невыполнение стандарта обследования с целью выявления БОК;

- низкий уровень охвата населения образовательными профилактическими программами.

В результате к 2007 году уровень смертности от БОК снизился лишь на 5% относительно 2006 г. Из 34 территорий Кемеровской области в 24 показатель выше среднего по области, а 8 районах и 4 городах превышение составляет от 15 до 27%. Среди причин высокой смертности существенную роль играют управляемые, к которым относятся:

- неравная доступность населения в получении специализированной помощи при БСК с концентрацией в городах Кемерове и Новокузнецке;

- отсутствие преемственности в оказании медицинской помощи при БСК между терапевтами территориальных поликлиник и кардиологами, между поликлиникой и стационаром в целом по области (кроме г. Кемерова);

- отсутствие целевых территориальных программ активного выявления и профилактики БСК среди населения групп риска и ведущих профессий Кузбасса;

- отсутствие территориальных планов улучшения материально-технического обеспечения и подготовки кадров;

- отсутствие мотивации к внедрению инновационных клиничко-организационных технологий.

Что необходимо сделать в ближайшие годы для устранения этих причин? Во-первых, оптимизировать областную структуру организации медицинской помощи при болезнях органов кровообращения. Кемеровская область имеет компактную территорию с компактным расселением. Поэтому оптимизация структуры медицинской помощи при болезнях органов кровообращения будет предусматривать формирование областной кардиологической службы с использованием технологии «замкнутого цикла» и по кустовому принципу (на севере и юге Кемеровской области); создание двух федеральных центров по оказанию неотложной медицинской помощи при инфаркте и инсульте; создание регионального центра высокотехнологичной кардиологической помощи на юге Кемеровской области — филиала ГУ «Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой Сибирского отделения РАМН» и организация межрайонных центров оказания помощи больным с патологией сердечно-сосудистой системы. Во-вторых, необходимо продолжать совершенствовать систему первичной профилактики и активно формировать культуру здорового образа жизни. В-третьих, продолжать разрабатывать и внедрять современные инновационные медицинские технологии при болезнях органов кровообращения. Очень важно при этом использовать в практическом здравоохранении научные разработки. Для повышения эффективности научных учреждений Кузбасса проводить комплексные научные исследования



с участием учреждений НИИ РАН, РАМН, СО РАМН, МЗ РФ и других ведомств. Считать приоритетными научными направлениями по проблеме сердечно-сосудистой системы:

- разработку научно обоснованных моделей организации специализированной кардиологической помощи в условиях Сибирского региона;
- изучение эпидемиологии, этиологических факторов и патогенеза мультифокального атеросклероза; разработку алгоритмов его диагностики, профилактики и лечения; разработку эффективных способов профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний; разработку фундаментальных и прикладных исследований по разделам генетики клеточных и нанотехнологий.

В результате проводимых мер мы должны снизить смертность от болезней сердечно-

сосудистой системы к 2010 году на 12–15%, вернуть к труду до 70% пролеченных, сократить на 30% выход на инвалидность. Сохранение трудового потенциала за счет снижения смертности и инвалидности от болезней сердечно-сосудистой системы позволит дополнительно произвести валовой региональный продукт на 1,6 млрд. руб. в год.

В своем выступлении на последнем Госсовете (февраль 2008 г.) Президент В.В. Путин поставил задачу: «снизить смертность населения России к 2020 году в 1,5 раза и увеличить среднюю продолжительность жизни до 75 лет». Учитывая, что наши показатели смертности хуже российских, мы должны добиться снижения смертности к 2020 году в 1,7 раза, то есть ежегодно снижать общую смертность на 6%.

Новости отрасли



В середине июля президент РФ Д.Медведев провел в Клину совещание по развитию здравоохранения. Уже в ходе заседания, сообщает *«Российская газета»*, президент выделил основные задачи здравоохранения. В первую очередь он отметил, что уровень и качество здравоохранения должны служить повышению здоровья граждан, и люди должны понять, зачем существует медицинская страховка. Далее необходимо создать в этой сфере здоровую конкуренцию. Глава государства призвал допускать любые медицинские учреждения, независимо от их размеров и формы собственности, к участию в конкурсах на оказание медицинских услуг.

«Новые Известия» отмечают, что на совещании присутствовали вице-премьеры И.Шувалов, А.Жуков и А.Кудрин, а также министр здравоохранения и соцразвития Т.Голикова. Д.Медведев объявил, что к 2020 году финансирование здравоохранения возрастет в несколько раз. Он потребовал уже сейчас определиться с тем, на какие цели будут расходоваться эти деньги. Вице-премьер А.Жуков сообщил, что решение о существенной коррекции финансовых потоков в рамках системы здравоохранения уже принято. Клиники, которые сегодня совмещают сметное финансирование из бюджетов, ассигнования в рамках различных региональных и федеральных программ и страховые выплаты, должны перейти на одноканальное финансирование через фонды ОМС. Переход на одноканальную систему финансирования должен быть осуществлен уже к 2010–2011 годам.



Л.И. Дежурный,

ведущий научный сотрудник Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, доктор медицинских наук

Г.В. Неудахин,

инструктор Европейского Совета по реанимации, ассистент кафедры скорой и неотложной медицинской помощи Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко

Б.Ц. Ганжурова,

аспирант Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, г. Москва

РАЗРАБОТКА СОСТАВА АПТЕЧЕК, УКЛАДОК И НАБОРОВ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ

Возрастающее количество дорожно-транспортных происшествий, техногенных катастроф, террористических актов, бытовых и микросоциальных конфликтов ведет к постоянному росту числа погибших и тяжело пострадавших. Важность оказания первой помощи пострадавшим на месте происшествия в настоящее время ни у кого не вызывает сомнения. Адекватность ее оказания зависит от трех основных положений: от нормативной базы, определяющей уровень подготовки населения и объем оказания помощи пострадавшим; от качества обучения минимально достаточному количеству навыков по оказанию первой помощи; от оснащения наборами средств и устройств для оказания первой помощи. При невыполнении даже одного из трех положений говорить об эффективности оказания первой медицинской помощи не приходится.

Рассмотрим подробнее вопрос оснащения участников оказания первой помощи необходимыми средствами. Проанализировав составы наборов средств и устройств для оказания первой помощи (далее по тексту «аптечки»), которые применяются в развитых странах, мы выяснили, что в них в течение многих лет существует четко обозначенная идеология их формирования. Аптечки разрабатываются ведущими мультидисциплинарными медицинскими организациями (например, Красным Крестом и т.п.), которые имеют возможность исследовать и анализировать эффективность оказания первой помощи в различных ситуациях и на основании проведенных исследований давать рекомендации как по оказанию помощи, так и по ее оснащению. Таким образом, формирование составов аптечек происходит на принципах доказательной медицины и при их разработке учитывается следующее:

1. Доступность квалифицированной медицинской помощи. Это достаточно важный момент, поскольку позволяет определить качество и количество компонентов аптечки. В самом деле если аптечка в основном используется в цивилизованных местах, где время прибытия мобильных формирований медицинской помощи или время доставки пострадавшего в стационар не превышает 10–30 минут, следует наполнить аптечку



средствами и устройствами, используемыми для предотвращения гибели или увеличения тяжести состояния пострадавшего непосредственно на месте происшествия. Если же аптечка рассчитана на использование в так называемых «outdoor»-условиях (то есть в лесу, горах на достаточном удалении от квалифицированной медицинской помощи), необходимо дополнить состав аптечки более широким спектром медикаментов для купирования неотложных состояний, относительно безобидных в городских условиях, но могущих представлять серьезную угрозу здоровью за пределами города. Например, банальное расстройство пищеварения, сопровождающееся диареей, без использования соответствующих препаратов за несколько часов может привести к серьезной дегидратации больного. Следует отметить, что указанные аптечки, помимо собственно «медицинских» составляющих, в обязательном порядке содержат дополнительные устройства, позволяющие оказывать помощь пострадавшим более эффективно и качественно в любых условиях. В самом деле без обычного фонарика как источника света в темное время суток оценить состояние пострадавшего, а, следовательно, и оказать помощь будет крайне затруднительно.

2. Категория лиц, оказывающих первую помощь. Существующая в развитых странах система оказания неотложной помощи пострадавшим включает в себя различные (как организованные, так и неорганизованные) группы людей, объем и характер оказания помощи у которых может значительно различаться. Например, гражданин, не имеющий специализированной подготовки, при проведении искусственной вентиляции легких может воспользоваться простейшим устройством вроде лицевой пленки (Face Shield), если таковая у него имеется. Организованные немедицинские участники догоспитального этапа помощи пострадавшим, прошедшие подготовку по программе Emergency Medical Technicians, в данной ситуации

должны будут применить более квалифицированные методы восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей, например, комбитрубку (Combitube), входящую в комплект их экипировки.

3. Характер травм и неотложных состояний, с которыми может столкнуться владелец аптечки, и необходимость определения им наиболее тяжелых с целью немедленного оказания первой помощи. Это положение напрямую проистекает из предыдущего. Если аптечка рассчитана на использование в условиях доступности квалифицированной помощи, то необходимо наполнить ее устройствами, позволяющими продлить жизнь пострадавшего до прибытия специалистов и по возможности устранить или минимизировать жизнеугрожающие состояния — например, массивное наружное кровотечение, риск обструкции верхних дыхательных путей, остановка дыхания и кровообращения, шок. Кроме этого, специализированные аптечки (например, для предприятий с высоким риском поражения теми или иными веществами) могут дополняться специфическими препаратами (антидотами и т.п.).

4. Возможное количество пострадавших. Существуют различные типы аптечек, рассчитанные на индивидуальное использование (и соответственно содержащие минимальный набор средств и устройств для оказания помощи), и групповые: автомобильные, производственные, для предприятий общественного питания, для мест массового скопления людей, семейные, офисные и т.д.

5. В составе аптечки не должно быть сильнодействующих, токсичных, наркотических или просроченных медикаментов, или прочих средств, применение которых находится под особым наблюдением контролирующих организаций. Естественно, что препараты, вводимые в состав аптечки, должны иметь минимальное количество побочных эффектов при максимально высокой их эффективности и простоте использования. При этом лекарственные средства должны





быть широко распространены и доступны при возникновении необходимости пополнить аптечку, не должно быть монополистов, производящих компоненты аптечки.

6. Исходя из предыдущего пункта, в составе каждой аптечки должна быть четкая и понятная инструкция по использованию компонентов аптечки. Учитывая, что оказывающему помощь, возможно, придется действовать в условиях дефицита времени и сильного психоэмоционального стресса, каждый пункт указанной инструкции должен содержать однозначную информацию, не допускающую двойного толкования. Данная инструкция является в определенном смысле также юридической защитой для производителя аптечки, поскольку при неправильном (не соответствующем инструкции) использовании средств и устройств ответственность лежит на оказывающем помощь. Помимо инструкции, в аптечках может находиться информация о телефонах экстренных служб.

7. Форма выпуска лекарственных препаратов, входящих в аптечку, должна быть максимально удобна для пользователя. Предпочтение отдается пакетикам с разовой дозой того или иного препарата. Исключается применение стеклянной упаковки (ампулы, флаконы) в целях лучшей сохранности содержимого аптечки и безопасности для пользователя. Применение разовых доз позволяет человеку, оказывающему помощь пострадавшему, не задумываться о дозировке того или иного препарата. Кроме того, снижается общий вес и размеры аптечки, что может быть достаточно важным, особенно для индивидуальных карманных наборов и аптечек, рассчитанных на использование в условиях удаления от города.

8. Футляр (кейс, сумка) для аптечки имеют такое же значение, как и ее состав. Характер внешней упаковки набора для оказания первой помощи определяется его назначением и условиями эксплуатации. Индивидуальные аптечки, как правило, комплектуются в компактные футляры (сумки), удобные для ноше-

ния. Для упаковки групповых наборов могут использоваться разнообразные сумки, кейсы и стационарные шкафчики, расположенные в определенных легко доступных местах предприятия. Аптечки для использования в сложных природных условиях могут находиться в герметично закрытых прочных кейсах. В любом случае футляр должен обеспечивать сохранность содержимого аптечки, а также легкий и быстрый доступ к ее содержимому. Средства и устройства должны находиться на строго определенных местах, чтобы в критической ситуации не тратить много времени на поиск необходимого.

9. Стоимость аптечки и ее компонентов не должна быть очень высокой. В связи с тем, что в большинстве стран отсутствуют законодательные акты, требующие обязательного наличия аптечки, они приобретаются широкими слоями населения в силу других причин (чувство сознательности, ответственности, гражданского долга, желания оказать адекватную помощь пострадавшим и т.п.). Слишком высокая цена может преодолеть эти чувства.

10. Разработанные составы не являются жестко фиксированными и при появлении новых данных исследований или разработке новых средств и устройств для оказания помощи пострадавшим могут расширяться. Так, например, в связи с появлением автоматических наружных дефибрилляторов (АНД) в дополнение к уже существующим наборам рекомендуется размещать в местах массового скопления людей эти устройства. Кроме этого, каждый пользователь аптечки может размещать в ней для личного использования препараты, назначенные ему врачом.

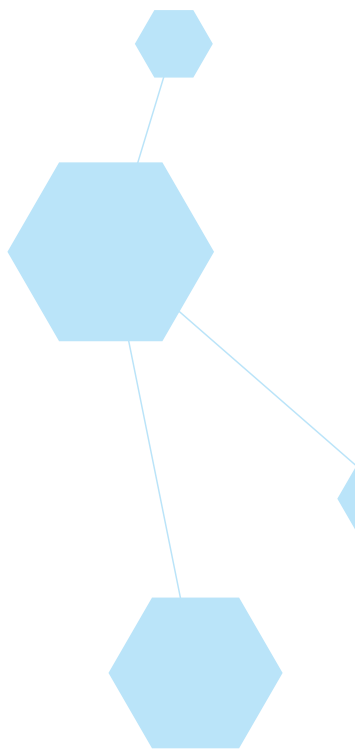
Таким образом очевидно, что разработка состава аптечек требует усилий специалистов разного профиля, включая медицинских работников, спасателей, сотрудников различных ведомств. Необходимо также наличие контролирующего органа, отслеживающего эффективность состава и применения разработанных аптечек, при необходимости вносящего изменения в уже сформированные составы.



**П.П. Кузнецов,
М.А. Голиков,
В.П. Рычков,**

Медицинский информационно-аналитический центр РАМН, г. Москва

СИСТЕМА РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ОПЕРАТОРОВ CALL-ЦЕНТРОВ И ПРОГРАММА «CALL RATING» ДЛЯ РАСЧЕТА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ



В настоящее время для любой компании, общающейся с большим количеством физических и юридических лиц, наличие Call-центра является не данью моде, а жизненной необходимостью. Значительное количество крупных банков, страховых компаний, крупные сети продаж (в том числе медицинских товаров, БАДов, медицинских услуг) активно используют Call-центры для работы с клиентами, так как Call-центр является надежным и гарантированным способом сохранения и увеличения базы клиентов компании (П. Теплов, 2007). В условиях жесткой конкуренции каждый звонок клиента ценен, так как каждый звонок — это звонок либо потенциального, либо существующего покупателя. И от того, как этот звонок будет обслужен, часто напрямую зависит, станет ли потенциальный клиент реальным и не захочет ли существующий клиент предпочесть другую компанию.

Call-центр-компания — это группа обученных и постоянно контролируемых людей, обслуживающих звонки клиентов. Необходимо контролировать то, как звонки принимаются: вежливо ли отвечают, доступно ли объясняют финансовые условия и достаточно ли подробно рассказывают о продуктах и услугах, могут ли «вытянуть» из каждого позвонившего максимальный объем информации и четко ее зафиксировать.

Опыт показывает, что у одних сотрудников это получается лучше, у других — хуже, третьих — как не учи, все равно не получается работать с максимальной отдачей для компании. Совершенно очевидно, что в рыночных условиях финансовая компенсация усилий операторов должна напрямую зависеть от того качества, с которым они работают, и от того количества клиентов (заказов), которое при этом появляется. Никакой «уравниловки» в оплате труда операторов, которая наблюдается во многих Call-центрах, здесь быть не может. Для повышения имиджа, маркетинговой привлекатель-



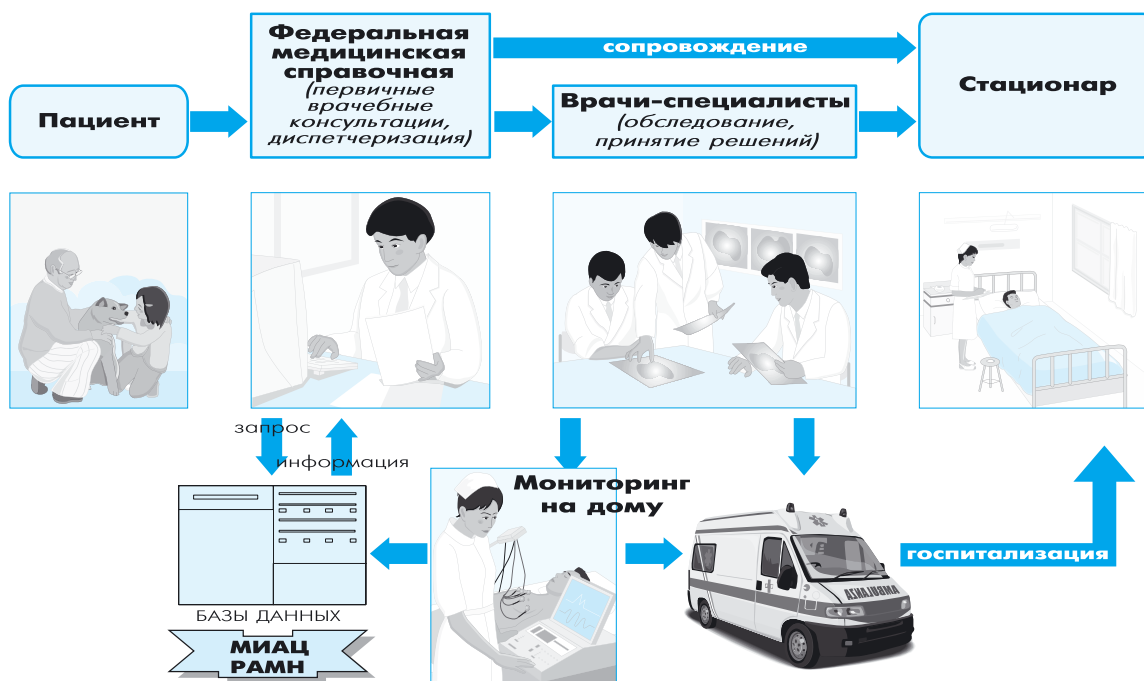


Рис. 1. Место и роль ФМС в системе оказания медицинских услуг

ности и в конечном счете доходности компании необходима система стимулирования качества работы специалиста.

Такая система рейтинговой оценки качества работы оператора (и программное сопровождение к ней) разработана нами для оценки качества работы врачей-консультантов (далее — операторов) Федеральной медицинской справочной (далее — ФМС) при Медицинском информационно-аналитическом центре РАМН, но она может быть применена практически без адаптации к условиям работы в любом современном Call-центре.

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ И ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Основной функцией ФМС является круглосуточное бесплатное оперативное обеспечение обратившихся физических и юридических лиц достоверной справочной информацией по видам, объемам, стоимости и порядке оказания медицинских услуг в федеральных медицинских учреждениях системы

Российской академии медицинских наук, Минздравсоцразвития России, других ведомств, а также по вопросам обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации (рис. 1).

Федеральная медицинская справочная координирует работу со всеми структурными подразделениями компании, являясь первичным звеном («Фронт-офисом») контакта населения и юридических лиц с МИАЦ. Именно этот факт накладывает особую ответственность на сотрудников ФМС, обязывает их постоянно чувствовать себя «лицом коллектива», хорошо знать структуру и функции всех подразделений МИАЦ, постоянно повышать свой профессиональный уровень и культуру обслуживания.

Эффективность работы службы можно оценить по количеству принятых и пропущенных звонков, длительности соединений, причем если из длительности соединения вычесть длительность разговора (эти параметры включены в статистические отчеты оператора многоканальной связи), можно получить



время ожидания ответа оператора (норматив — не более 30 секунд), то есть показатель, который показывает время реакции оператора на звонок.

Количество принятых оператором звонков, накопленное время разговоров, время ожидания ответа и количество случаев отсутствия ответа по каждому оператору можно получить также по статистическим отчетам операторов многоканальной телефонной связи (в нашем случае — система Logic Line компании «Комстар»).

«Система персонифицированной оценки качества работы врача-консультанта ФМС» введена с целью повышения эффективности работы Call-центра путем стимулирования добросовестных работников, имеющих наилучшие результаты по итогам работы за месяц.

Задача оператора — накопить за отчетный период как можно больше баллов по сравнению с другими операторами по различным параметрам, определяющим качество его работы.

Баланс учета как «плюсов» (таблица 1), так и «минусов» (таблица 2) в работе оператора делает систему достаточно гибкой.

В связи с различными графиками работы операторов оцениваются в основном относительные показатели, определяемые отношением количественных показателей к количеству принятых оператором звонков.

Оценка качества работы операторов («плюсы» по итогам месяца) по пп. 1.1 и 1.2 производится путем сравнения и определения места каждого оператора в шкале рейтинга среди его коллег с расчетом набранных баллов по каждому показателю по пятибалльной системе.

Баллы присуждаются только за первые 5 мест независимо от количества операторов в Call-центре:

- 1 место — 5 баллов (наилучший результат)
- 2 место — 4 балла
- 3 место — 3 балла
- 4 место — 2 балла
- 5 место — 1 балл
- 6 (и последующие) место — 0 баллов

Расчет баллов по п. 1.5 производится аналогично пп. 1.1 и 1.2, но с коэффициентом ($\times 2$) в связи с его экономической значимостью.

Расчет баллов по пп. 2.1 и 2.2 («минусы» по итогам месяца) производится аналогично пп. 1.1 и 1.2, путем анализа расположения показателей работы за месяц данного оператора среди его коллег (0 баллов — за 6 место — за отсутствие производственного брака и нареканий, минус 5 баллов — за худший результат).

У руководителя имеется возможность контролировать и оценивать культуру обслуживания, компетентность, соблюдение трудовой дисциплины по каждому сотруднику, принимать во внимание наличие поступивших жалоб.

Общее количество накопленных оператором за месяц баллов переводится в премиальные проценты надбавки к заработной плате путем округления значения общего количества накопленных баллов (например: оператор по п. 1.1 получил 3 балла, по п. 1.2 — 4 балла, по п. 1.3 — 1 балл, по п. 1.4 — 3 балла, а по п. 1.5 — 6 баллов, итого — 17 баллов, вычитаем «минусы»: по п. 2.1 — 2 балла и по п. 2.2 — 1 балл, получается всего 14 баллов, после округления получаем надбавку к зарплате для данного оператора в данном месяце 15%).

При накоплении общего количества менее 5 баллов надбавка к зарплате не производится. При получении значений 5, 15 и 25 баллов процент надбавки к зарплате соответствует этим значениям, то есть 5, 15 и 25%.

Система устраняет «уровнировку», не предусматривает штрафов, которые, как правило, снижают производительность труда, позволяет сохранить оператору имеющуюся заработную плату при удовлетворительном качестве работы, а главное — достаточно объективно стимулирует надбавкой до 30% к зарплате наиболее отличившихся сотрудников. «Уход в минус» практически возможен лишь при некачественной работе, грубом





Таблица 1

Положительные критерии оценки качества работы операторов («плюсы» по итогам месяца) и способы их расчета

№№ п/п	Параметры работы оператора	Описание, способ расчета	Баллы	
			Min	Max
1.1.	Показатель нагрузки	Частное от деления общего количества принятых оператором звонков на количество отработанных им часов	0	5
1.2.	Показатель эффективной нагрузки (средняя продолжительность разговора)	Частное от деления накопленного оператором времени разговоров на количество принятых им звонков	0	5
1.3.	Показатель «корпоративности»	Частное от деления количества оформленных оператором заявок на платные услуги на количество принятых им звонков и умноженное на 1000	0	5
1.4.	Культура обслуживания	Оценивается руководителем	0	5
1.5.	Показатель экономической эффективности	Частное от деления количества фактически выполненных заявок на платные услуги, оформленных оператором, на количество принятых им звонков и умноженное на 1000	0	10
ИТОГО:			0	30

Таблица 2

Отрицательные критерии оценки качества работы операторов («минусы» по итогам месяца) и способы их расчета

№№ п/п	Параметры работы оператора	Описание, способ расчета	Баллы	
			Min	Max
2.1.	Превышение времени ожидания ответа оператора	Частное от деления общей длительности времени ожидания ответа оператора на количество принятых им звонков и умноженное на 10	0	-5
2.2.	Отсутствие ответа оператора	Частное от деления количества случаев отсутствия ответа оператора на количество принятых им звонков и умноженное на 100	0	-5
2.3.	Нарушение культуры обслуживания, некомпетентность	Наличие случаев нарушения культуры обслуживания оператором, предоставление недостоверной информации, некомпетентность (оценивается руководителем)	0	-5
2.4.	Поступление жалоб	Наличие поступивших на оператора обоснованных жалоб (оценивается руководителем)	0	-5
2.5.	Нарушение трудовой дисциплины	Систематическое нарушение трудовой дисциплины (оценивается руководителем)	0	-10
ИТОГО:			0	-30

нарушении трудовой дисциплины и поступлении жалоб, что позволяет руководству делать выводы о соответствии такого оператора занимаемой должности.

Однако ежемесячная оценка показателей по всем сотрудникам требует длительных расчетов, отвлекает руководителя или

супервизора Call-центра от других обязанностей. С этой целью нами была разработана программа «Call Rating» для автоматизированного персонализированного расчета приведенных выше показателей и надбавки к зарплате отличившимся операторам.



ПРОГРАММА «CALL RATING» ДЛЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ОПЕРАТОРОВ И НАДБАВКИ К ЗАРПЛАТЕ

Разработанная программа «Call Rating» является удобным и простым в использовании инструментом, позволяющим руководителю быстро и качественно решать перечисленные задачи.

В качестве операционной среды выбрана сетевая операционная система Windows, работающая по принципу «клиент—сервер». В качестве программного инструментария для разработки серверной части используется Microsoft SQL, для клиентской части используется Microsoft Visual Studio.

Алгоритм работы с автоматизированным комплексом состоит из нескольких шагов.

Шаг 1. Открытие программы, проверка полномочий пользователя



Рис. 2. Вход в программу, введение имени пользователя и пароля

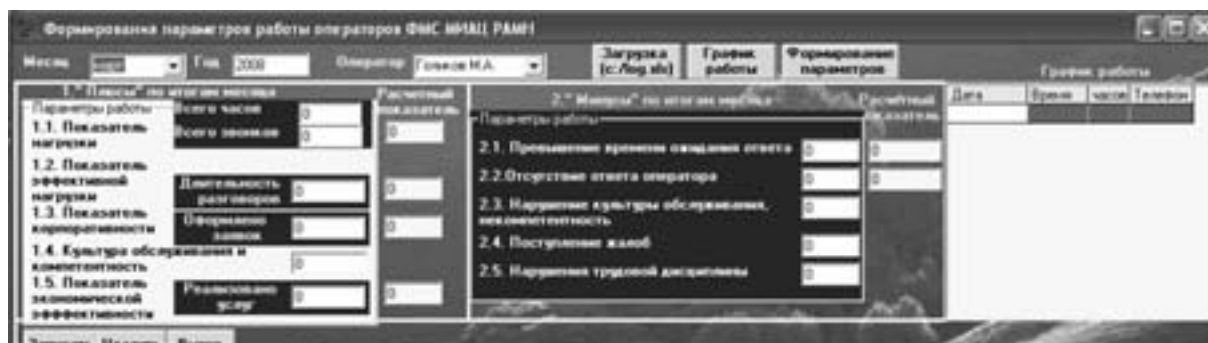


Рис. 3. Открытие программы





Шаг 2. Загрузка подробного отчета по звонкам за месяц из Logic Line



Рис. 4. Вход в систему Logic Line и формирование отчета по звонкам за месяц (фрагмент представления данных)

Шаг 3. Создание файла в Excel, перенесение в него данных из Logic Line, сохранение созданного файла на диске С (с:/log.xls)

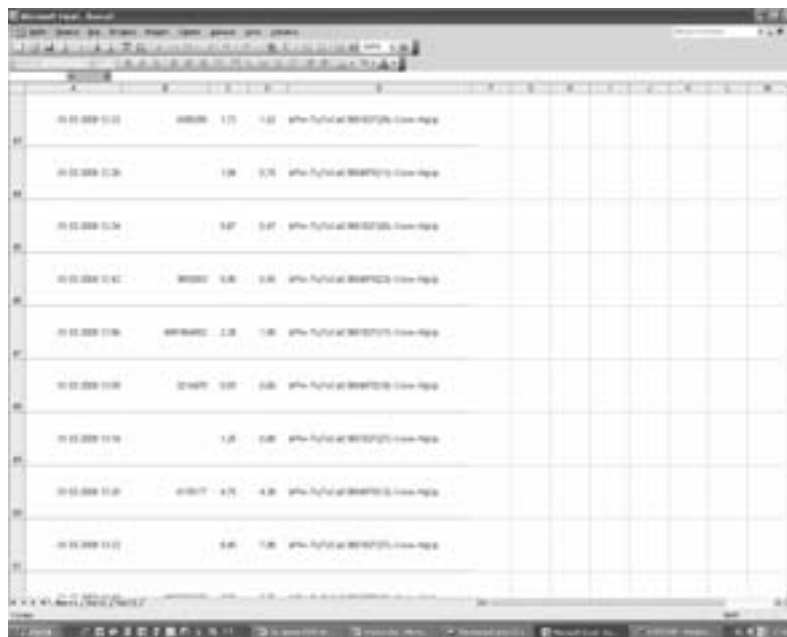


Рис. 5. Созданный в Excel файл (фрагмент представления) с перенесенными в него данными из Logic Line

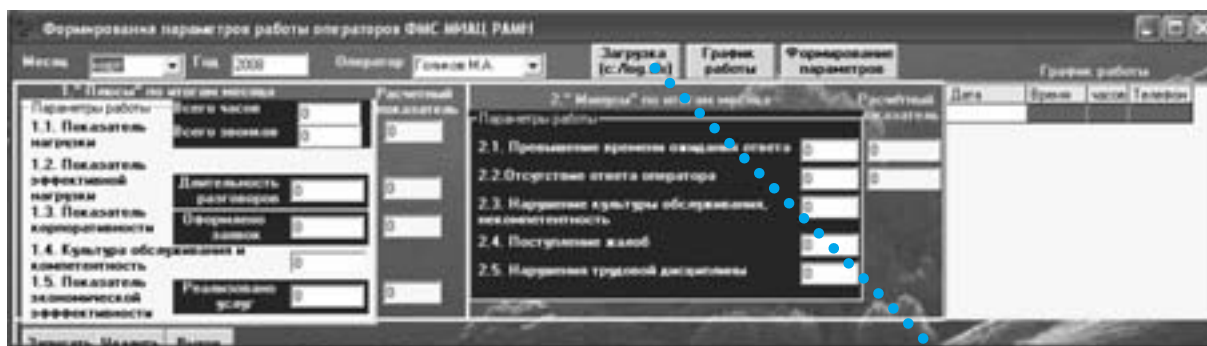


Рис. 6. Загрузка созданного файла в программу

Нажать на кнопку «Загрузка»

Шаг 4. Ввод индивидуальных данных по операторам

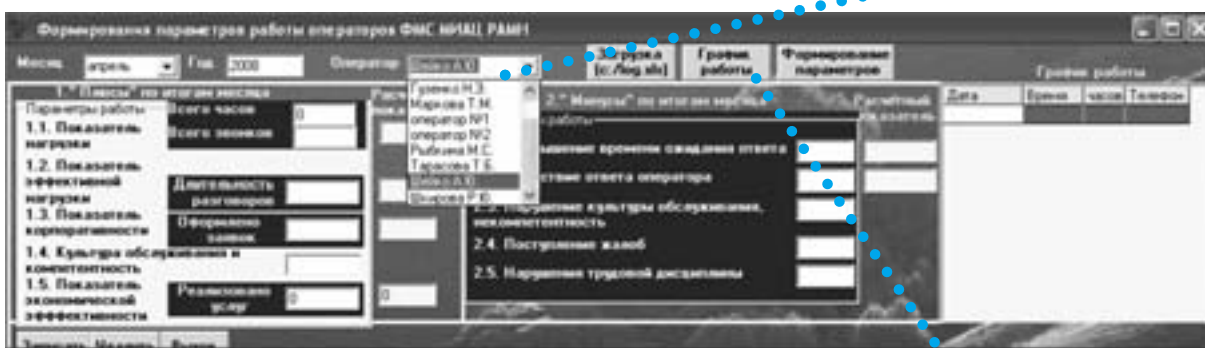


Рис. 7. Выбор оператора и графика работы

Нажать на кнопку «График работы»

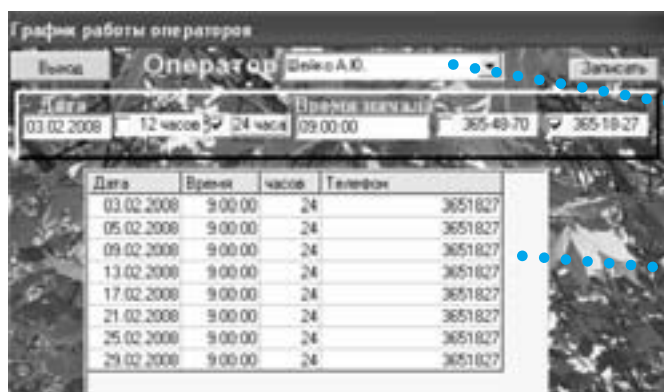


Рис. 8. Введение графика работы каждого оператора

Выбрать оператора

Ввести график работы оператора

После введения в программу графика работы необходимо ввести в соответствующие поля экранной формы (рис. 9) количество направлений (оформленных заявок), количество реализованных платных услуг и количество неотвеченных вызовов (отсутствие ответа оператора), оценить по пятибалльной шкале культуру обслуживания и компетентность оператора, нарушения культуры обслуживания и трудовой дисциплины за отчетный период, а в случае наличия обоснованных жалоб в соответствии с их количеством и значимостью в соответствующее поле вводятся отрицательные баллы (до -10 баллов).



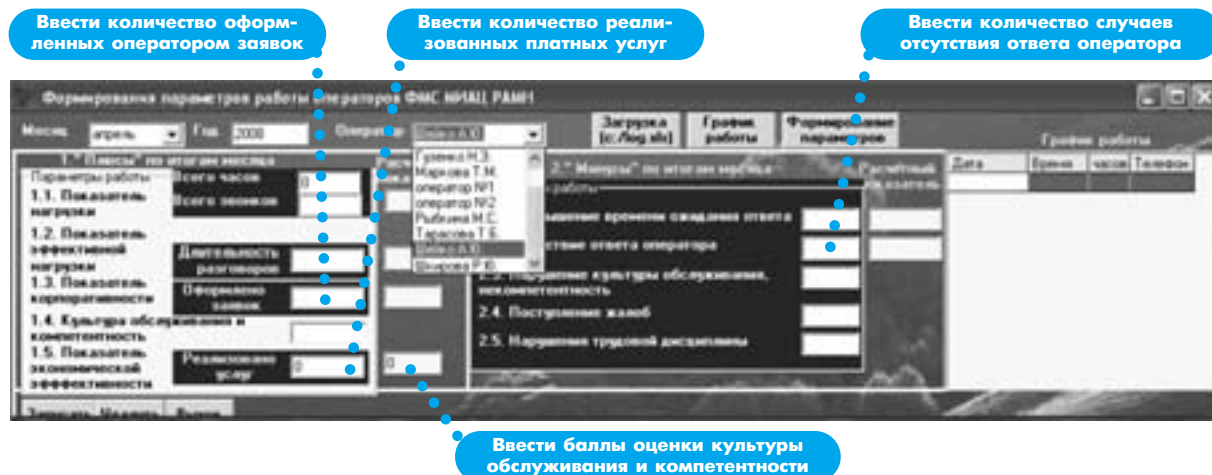


Рис. 9. Введение параметров оценки работы по каждому оператору

Шаг 5. Формирование показателей и расчет премиальной надбавки

После нажатия на кнопки «Формирование параметров» и «Записать» получаем сводную таблицу, в которой уже рассчитаны все необходимые показатели.

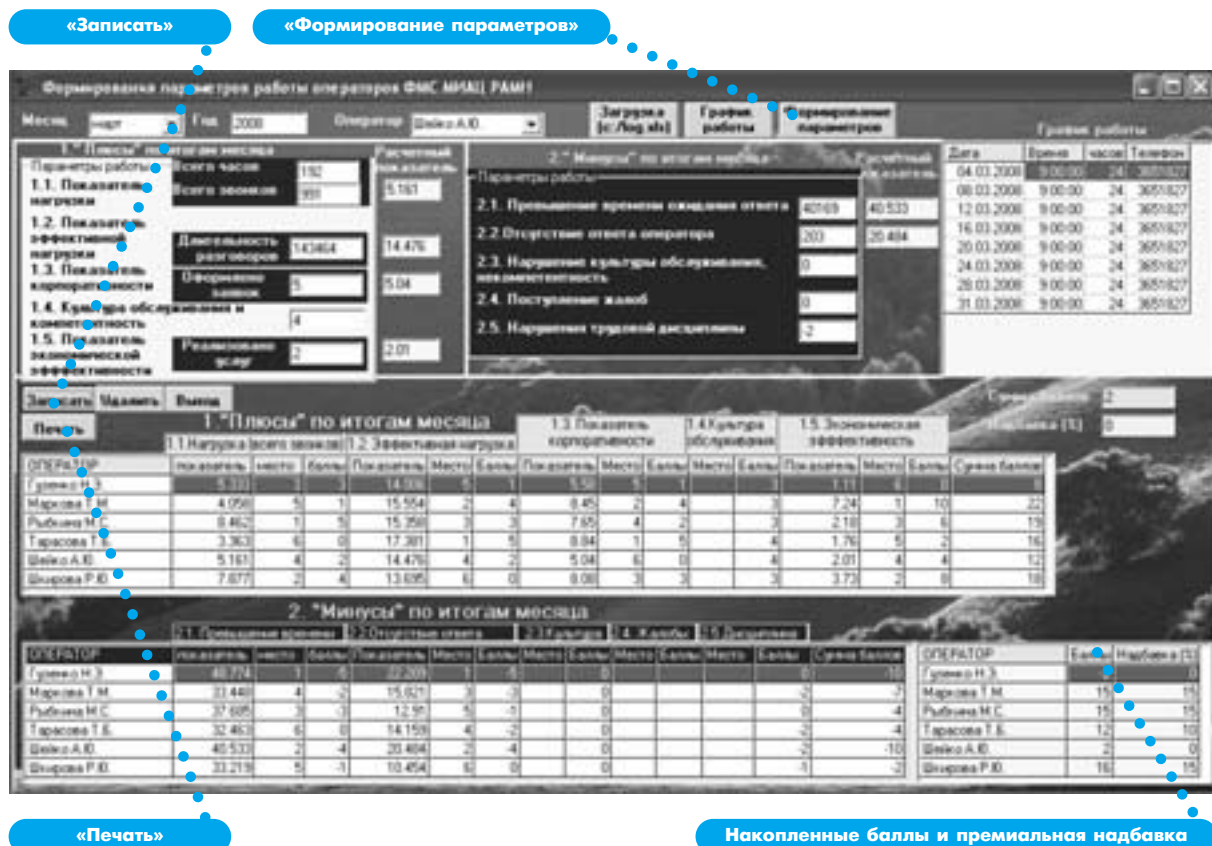


Рис. 10. Формирование сводной таблицы



При нажатии на кнопку «Печать» таблица рейтинга операторов с расчетом процентов премиальной надбавки к заработной плате отображается в виде файла Excel, ее можно распечатать в виде отчетной формы и использовать в качестве приложения к служебной записке руководству компании о поощрении сотрудников.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ «СИСТЕМЫ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ОПЕРАТОРОВ»

Как видно из графика (рис. 11), среднее количество поступающих за месяц на одну линию звонков колеблется в среднем от 3000 до 4000. Количество обслуженных звонков (количество фактических соединений с оператором), несмотря на общий рост с января месяца количества поступающих звонков, сохраняет высокий уровень, что характеризует высокое качество работы операторов.

Доля обслуженных звонков в процентном отношении ко всем поступившим звонкам с внедрением в ноябре—декабре «Системы рейтинговой оценки качества работы оператора», устойчиво повышалась. Небольшое снижение (на 1%) этого показателя в январе связано с резким увеличением нагрузки на операторов в этом месяце (рис. 12).

Количество потерянных звонков в связи с окончанием времени ожидания ответа оператора проявляет четкую тенденцию к снижению, начиная с ноября—декабря (рис. 13), что свидетельствует об ответственном отношении операторов к своей работе. Небольшое увеличение этого показателя в январе связано с резким ростом нагрузки на операторов в связи с увеличением в этом месяце эффективности рекламной кампании.

Еще одним показателем качества работы оператора является его так называемая «реакция на звонок», то есть время, в течение которого позвонивший ожидает ответа. Если врач-консультант долго не поднимает трубку, звонящий может потерять терпение и прекратить дозвон. При неоднократном повторении подобного «соединения» теряется престиж службы как системы оперативного реагирования на запросы клиентов.

На рис. 14 представлен график изменений среднего времени ожидания ответа операторов по дням с 1 сентября 2007 года по 20 февраля 2008 года. Как видно из приведенного графика, после введения в действие «Системы персонализированной оценки качества работы врачей-консультантов ФМС» операторы стали более оперативно отвечать на

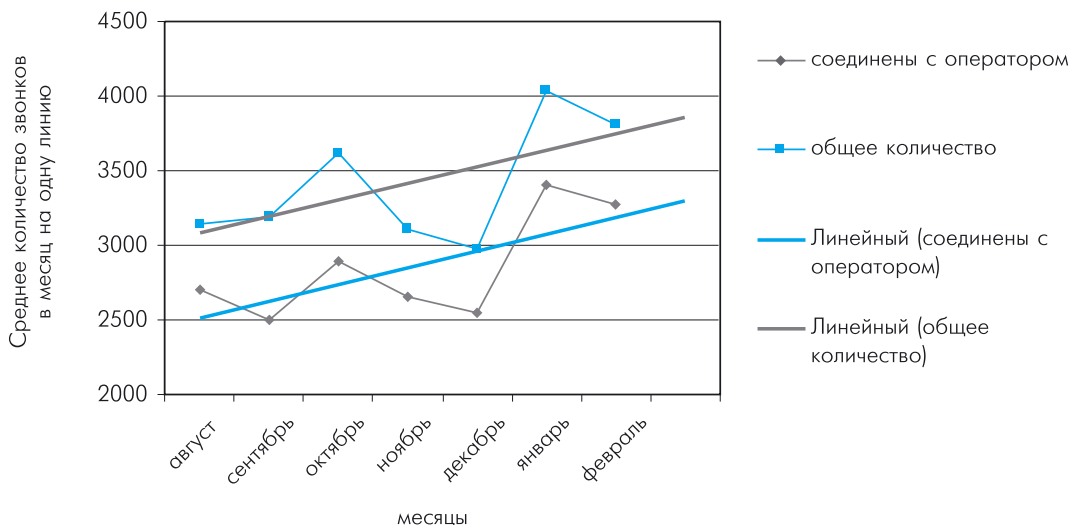


Рис. 11. Динамика изменений среднего количества поступивших и обслуженных за месяц звонков по каждой линии (телефонный номер)



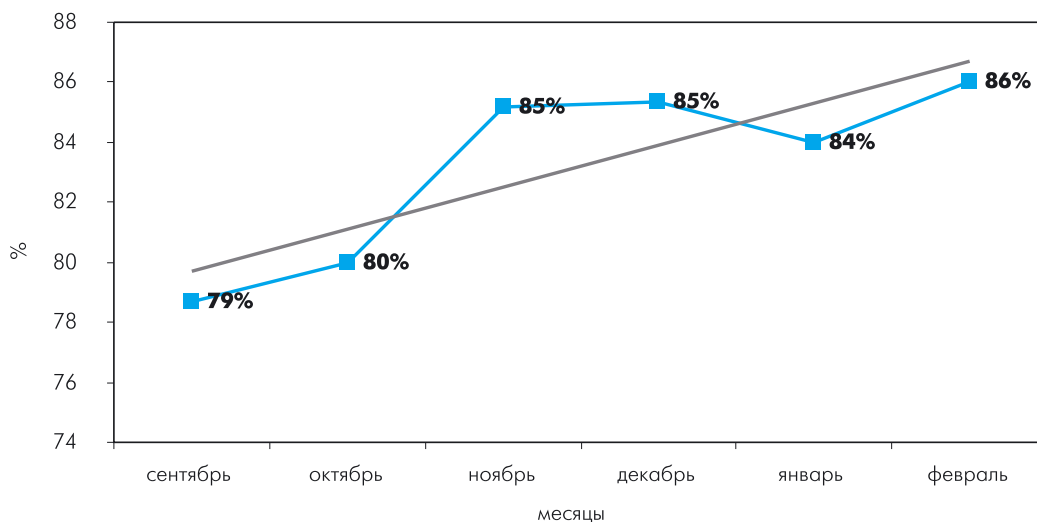


Рис. 12. Динамика изменений доли обслуженных звонков

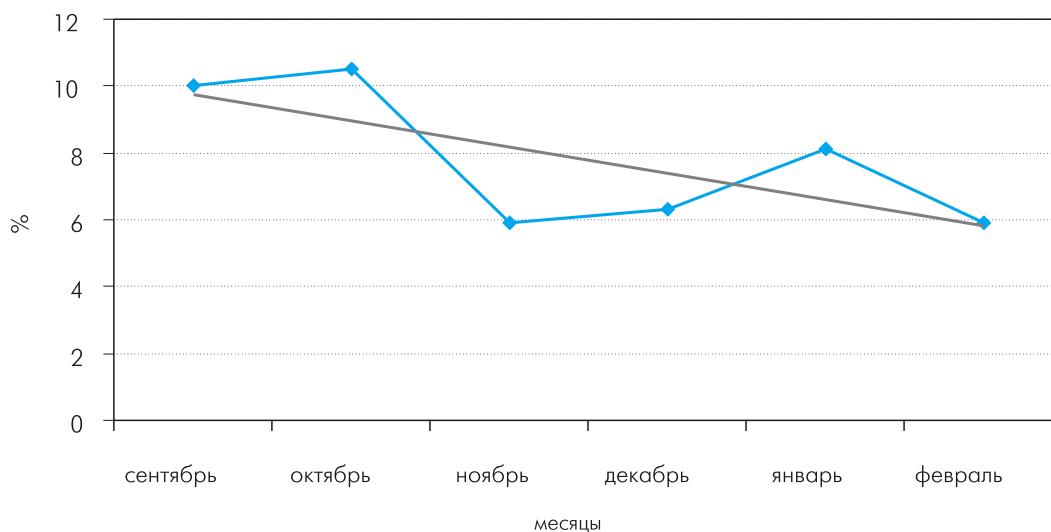


Рис. 13. Динамика изменений количества потерянных звонков из-за окончания времени ожидания ответа оператора

звонки, стараясь соблюдать установленный норматив 30 секунд (среднее время ожидания ответа оператора снизилось с 35 секунд в сентябре до 29 секунд в феврале—марте).

В результате здоровой конкуренции между врачами-консультантами ФМС выро-

сли и экономические показатели: значительно возросло количество оформленных заявок (направлений на платные медицинские услуги) и количество реализованных услуг, что в целом отразилось на повышении доходов компании.

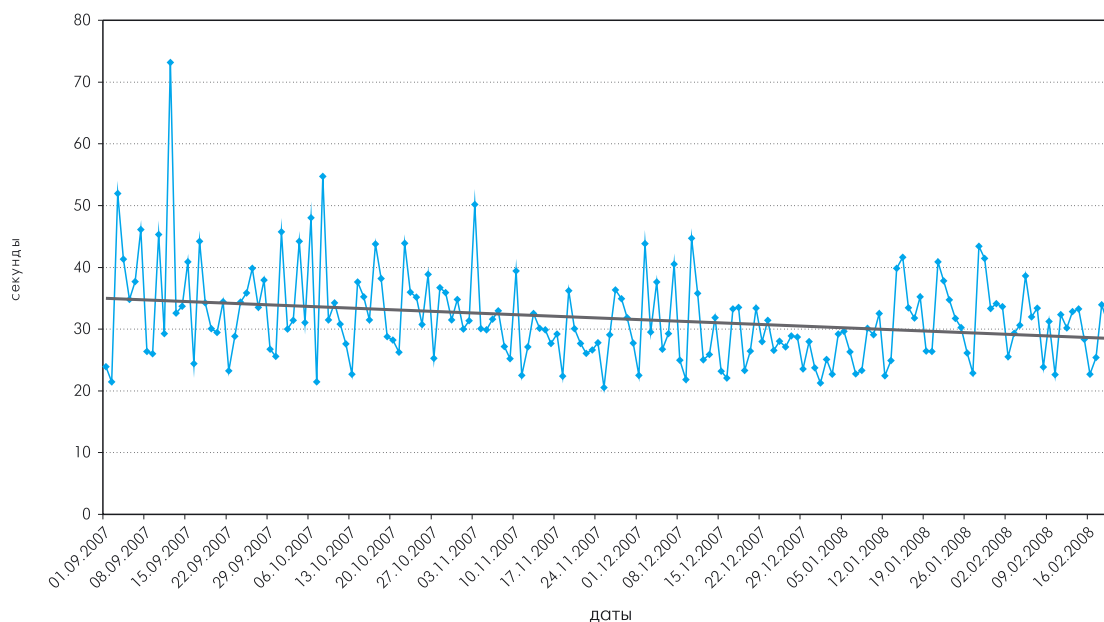


Рис. 14. Динамика изменений среднего времени ожидания ответа оператора (сек.)

ВЫВОДЫ

1. Разработанная нами «Система рейтинговой оценки качества работы операторов Call-центра» является эффективным инструментом стимулирования роста качественных показателей работы специалистов и повышения эффективности функционирования службы с целью увеличения доходов компании.

2. Разработанная нами программа «Call Rating» позволяет руководителю Call-центра быстро рассчитывать необходимые показатели работы оператора, его место в рейтинге среди коллег по установленным расчетным параметрам и соответствующую стимулирующую премиальную надбавку к зарплате.

3. Разработанные нами «Система рейтинговой оценки качества работы операторов Call-центра» и «программа «Call Rating» являются универсальными и могут быть рекомендованы Call-центрам и Контакт-центрам самых различных направлений.



Э.Ф. Кадырова,

начальник планово-экономического отдела СПб ГУЗ «Городская больница № 32»,
г. Санкт-Петербург

О НЕКОТОРЫХ ПОДХОДАХ К ОБОСНОВАНИЮ СТРАТЕГИИ РЫНОЧНОГО ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Эффективное функционирование медицинской организации в рыночных условиях напрямую зависит от успешности продвижения производимого ею продукта. В качестве продукта могут выступать товары, услуги, работы и т.д. Основные исследования стратегии продвижения продукта ориентированы на товар. Сфера услуг в подобных исследованиях представлена гораздо меньше. Но главное заключается в том, что огромное многообразие услуг не позволяет применять научные и практические наработки по продвижению одной услуги в случаях, когда речь идет о других услугах. В частности, стратегия продвижения даже медицинских услуг в рамках одной организации будет существенно различаться в зависимости от того, идет ли речь о такой услуге, как диагностическое исследование на компьютерном томографе, или о лабораторном исследовании.

Как известно, под продвижением медицинских услуг понимается совокупность различных видов деятельности по доведению информации о свойствах (достоинствах, полезности и т.д.) услуги до потенциальных потребителей и стимулированию желания приобретения услуги. Здравоохранение имеет существенные особенности как в сфере маркетинга в целом, так и в вопросах продвижения медицинских услуг.

Ключевой особенностью медицинской услуги с этой точки зрения, на наш взгляд, является тесное переплетение совокупности ее потребительских качеств с неоднозначной поведенческой реакцией потенциальных потребителей медицинских услуг. Речь идет о

том, что в силу различных причин, которые будут рассмотрены ниже, пациенты не спешат воспользоваться очевидными благами, которые предоставляет им здравоохранение.

Это положение требует пояснения. Реализация классической цепочки «нужда — потребность — удовлетворение потребности» основана на том, что нужда порождает негативную реакцию организма, личности человека, под воздействием которой он стремится удовлетворить ее (трансформированную в потребность). При этом процесс удовлетворения нужды (потребности) сопровождается ощущением удовлетворения, принимающим различные формы. Именно на факте получения удовлетворения строится вся классическая маркетинговая стратегия. Потребителям предлагается вкусить (увидеть, испробовать, ощутить и т.д.) нечто и получить удовольствие. Действительно, такая стратегия очень эффективна и может заставить потребителя стремиться получать удовлетворение в количестве, ограниченном лишь его покупательной способностью.

Однако в ряде случаев эта стратегия не срабатывает. Здравоохранение как раз относится к одной из этих немногих сфер. Оказание медицинских услуг, за редчайшим исключением, не сопровождается получением удовольствия. Поэтому классические приемы привлечения потребителей и продвижения продукта (берущие начало еще с уличных зазывал) оказываются неэффективными. За медицинскими услугами никто не будет обращаться ради удовольствия. Другими словами, реклама, основанная на обещании удоволь-

© Э.Ф. Кадырова, 2008 г.



ствия, не будет работать. Потребность в медицинских услугах (в классическом случае) является объективно обусловленной (наличием проблем со здоровьем) и не может быть искусственно ему навязана или вызвана субъективным желанием пациента получить медицинскую услуги, полечиться и т.д.

Одной из основных особенностей медицинской услуги является ее неосязаемость: ее нельзя увидеть, осмотреть до начала оказания. Поэтому невозможно в рекламных целях, в рекламных акциях (на выставках и т.д.) показать, продемонстрировать медицинскую услугу. Соответственно нельзя раздать «пробники». Следовательно, необходимо в доступной для неспециалиста форме рассказать про технологию оказания, преимущества этой технологии и результат оказания услуги. Воздействие же рекламных акций должно быть направлено не на демонстрацию услуги, а на ценовые и иные преимущества, на создание положительного имиджа поставщика услуг. Можно, в частности, предлагать дисконтные карты и сувенирную продукцию.

Другая специфическая особенность медицинской услуги — ее неотделимость от источника услуги: конкретного врача, медсестры и т.д. Медицинская услуга не существует отдельно от лица, ее оказывающего. Это также влияет на механизмы ее рыночного продвижения. Поэтому можно сфокусировать рекламное обращение не на самой услуге, а на ее источнике, продемонстрировать его преимущества (квалификация и опыт врача и т.д.).

Отсюда вытекает еще одно существенное положение: представить услугу, правильно рассказать о ней может только медицинский работник. Но он должен владеть не только профессиональными качествами врача, но и уметь правильно подать информацию. А значит, помимо медицинского образования, рекламный представитель организации (на выставке и т.д.) должен владеть основами маркетинга и психологии.

В этом случае идеальным вариантом продвижения услуги будет бесплатное предостав-

ление определенного объема услуг в рамках рекламных акций (консультации, диагностические исследования в рамках выставки медицинских услуг и т.д.).

Следует учитывать эту особенность и при планировании действенности рекламных акций, так как ограниченное количество сотрудников соответственно ограничивает количество услуг, которое возможно оказать за отведенный для проведения акции период.

Указанная особенность медицинской услуги оказывает влияние и на ценообразование. Цена на услугу будет зависеть от характеристик источника этой услуги, то есть квалификации и опыта медицинского персонала, уровня технической оснащенности клиники и ее имиджа. Это еще раз убеждает нас в важности имиджевой составляющей в продвижении медицинских услуг.

В связи с тем, что услуга неотделима от источника, сам источник медицинской услуги, его имидж в глазах потенциальных пациентов приобретают огромное значение. Необходимо донести до каждого сотрудника, что он является в определенной степени лицом фирмы и его поведение ассоциируется с организацией в целом. Необходимо разработать кодекс поведения сотрудников организации или аналогичный документ и добиться его выполнения на всех уровнях организации.

Несохраняемость медицинской услуги не позволяет производить, хранить или продавать ее впрок, про запас, на будущее. Тем самым объемы возможной реализации услуги каждому конкретному потребителю ограничены. Поскольку сама услуга — понятие нестабильное, то создать ощущение стабильности призван именно имидж организации.

Еще одна важная особенность медицинской услуги заключается в том, что оказание медицинской услуги практически всегда сопровождается либо потенциальной опасностью, либо реальным нанесением ущерба организму (оперативное вмешательство, инъекция, сверление зуба, прием медикаментов, имеющих побочные явления, и т.д.). Неслу-





чайно введено такое понятие, как «нанесение вреда при надлежащем оказании медицинской помощи». Даже такие безобидные с виду медицинские услуги, как прием врача и т.д., сопровождаются стрессом, психологическим дискомфортом. Поэтому так широко распространена практика самолечения, обращения к целителям, колдунам, экстрасенсам и т.д. как альтернативе (чаще всего обманчивой) травматичным хирургическим методам лечения.

Данный момент заслуживает особого внимания. Понимание того, что любое обращение в медицинское учреждение — это стресс, дает нам понимание и методов решения проблемы нежелания (боязни) людей обращаться за медицинской помощью. В конкурентной борьбе за продвижение своих медицинских услуг наибольшие шансы на успех будут у тех производителей, которые смогут найти способы максимального уменьшения стрессовых ситуаций для пациентов, среди которых важнейшую роль играет сервис.

Отложенность результата оказания услуги во времени — еще одна характерная черта медицинской услуги. В связи с этим необходимо информирование потребителя о возможных вариантах развития событий и сроках наступления результата.

Следует указать еще одну важнейшую особенность медицинской услуги — непостоянство качества и непрогнозируемость результата (можно сделать 10 одинаковых операций, но получить разный результат). Результат оказания медицинской помощи неоднозначен и является трудно прогнозируемым. Отсюда вытекают два важных положения. Во-первых, трудно гарантировать результат медицинской помощи. Гарантированность результата далеко не всегда может быть использована в маркетинговой стратегии. Во-вторых, существенно ограничены возможности вариаций маркетинговой стратегии на основании различных соотношений качества и цены. Именно потому, что трудно однозначно оценить качество медицинской услуги (тем более с учетом отложенности результатов во времени и т.д.).

Невозможность точной оценки качества медицинской помощи приводит к тому, что в маркетинговой стратегии критериями качества часто выступают другие показатели, такие как уровень комфортности и сервиса (условия пребывания пациента, приветливость персонала и т.д.). Это означает, что при выборе клиники, в которой потребитель хотел бы получить услугу, возрастает значение немедицинских факторов. Другими словами, огромную роль начинает играть оформление услуги, ее сопровождение, «упаковка» (обстановка палаты, уровень сервиса и т.д.). При этом значение этого «сопровождения» услуги может быть даже выше, чем ценность и стоимость самой медицинской услуги.

В силу непредсказуемости результата медицинской услуги необходимо акцентирование внимания на опыте сотрудников медицинской организации, непрерывном совершенствовании их знаний и навыков и т.п., жестком отборе персонала, постоянном контроле качества и т.д. Опять же имидж клиники должен создавать у потенциального пациента ощущение профессионализма и опыта для того, чтобы в определенной степени перекрыть эту особенность услуги. Компенсировать непредсказуемость результата оказания медицинской помощи отчасти может предоставление потребителям услуг всевозможных скидок и бонусов.

Необходимо помнить, что оказание медицинской помощи — это удовлетворение витальной (жизненной) потребности человека. Учитывая, что совершенно здоровых людей практически нет, это могло бы означать высокий спрос на медицинские услуги. Однако в силу различных причин, в том числе и психологических, люди зачастую стремятся оттянуть визит к врачу, занимают «страусиную позицию». Поэтому следует убрать из рекламного обращения все запугивающие, агрессивные элементы. Лучше рассказать о преимуществах получения медицинской услуги именно в данной медицинской организации (опыт персонала, сервис, скорость, техническое осна-



щение и т.п.). Вокруг медицинской организации должен создаваться имидж надежности, доверия и заботы о пациенте. Все используемые образы и цвета должны нести положительный, доброжелательный заряд.

С этим же связана и зависимость эластичности спроса на медицинскую услугу от степени угрозы заболевания. Возможно определение сезонности спроса на те или иные

медицинские услуги и соответствующее планирование их рекламы. Для сокращения влияния сезонности на уровень получаемого дохода можно приурочить рекламную акцию к периоду снижения спроса на медицинские услуги или отдельный их вид.

Влияние особенностей медицинской услуги на различные способы ее рыночного продвижения отражено в *таблице 1*.

Таблица 1

Влияние особенностей медицинской услуги на комплекс продвижения

Особенности медицинской услуги	Комплекс продвижения				
	Реклама в СМИ	Участие в выставках	Организация рекламных акций	Ценовая политика	Фирменный стиль (миссия, слоган, логотип и т.п.)
Неосязаемость	Зачастую невозможно показать услугу, поэтому необходимо в доступной для неспециалиста форме рассказать про технологию оказания, преимущества этой технологии и результат оказания услуги.		Нельзя раздать «пробники», но можно предложить дисконтные карты и сувенирную продукцию.	Трудно придерживаться жесткой ценовой стратегии, продавая неосязаемое.	Должны ассоциироваться с чем-то осязаемым, конкретным, реальным (бодрый вид здорового человека и т.д.).
Неотделимость от источника услуги	Можно сфокусировать рекламное обращение не на самой услуге, а на ее источнике (продемонстрировать его преимущества).	Представить услугу, правильно рассказать о ней может только медик. А значит, помимо медицинского образования, представитель организации на выставке должен владеть основами маркетинга и психологии.	К проведению рекламных акций следует привлекать самих специалистов, тиражировать их портреты и достижения.	Цена на услугу будет зависеть от характеристик источника этой услуги, то есть квалификации и опыта медицинского персонала, уровня технической оснащенности клиники и ее имиджа.	Поскольку услуга неотделима от источника, то сам источник, его имидж в глазах потенциальных пациентов приобретает огромное значение. Необходимо донести до каждого сотрудника, что он является в определенной степени лицом фирмы и его поведение ассоциируется с организацией в целом.
Несохраняемость	Реклама должна быть постоянной.	Нельзя раздать «пробники», но можно предложить дисконтные карты и сувенирную продукцию.	Необходимо ориентироваться на регулярное доведение информации.	Неэффективность разовых акций со скидками, за исключением профилактических и диагностических.	Поскольку сама услуга — понятие нестабильное, то создать ощущение стабильности призван именно имидж организации.





Особенности медицинской услуги	Комплекс продвижения				
	Реклама в СМИ	Участие в выставках	Организация рекламных акций	Ценовая политика	Фирменный стиль (миссия, слоган, логотип и т.п.)
Непредсказуемость результата	Акцентирование внимания на опыте сотрудников медицинской организации, их знаниях и навыках, применяемых в организации метод контроля качества и т.д.	Акцент на отдельных элементах комплексной услуги, имеющих более предсказуемый характер (точность аппаратуры и т.д.).	Акцент на других важных аспектах медицинской услуги или организации.	Предложение всевозможных скидок и бонусов.	Имидж клиники должен создавать у потенциального пациента ощущение профессионализма и опыта для того, чтобы в определенной степени перекрыть эту особенность услуги.
Удовлетворение витальной (жизненной) потребности человека	Следует убраться из рекламного обращения все запугивающие, агрессивные элементы. Лучше рассказать о преимуществах получения медицинской услуги именно в данной медицинской организации.	Акцент на личностные потребности потребителей услуг, на психологические аспекты восприятия медицинской услуги.	Всяческое подчеркивание жизненной важности медицинских услуг.	Учет степени жизненной важности конкретной услуги при определении ценовой стратегии.	Вокруг медицинской организации должен создаваться имидж надежности, доверия и заботы о пациенте. Все используемые образы и цвета должны нести положительный, доброжелательный заряд.
Отложенность результата оказания услуги во времени	Оповещение потребителя о возможных вариантах развития событий и сроках наступления результата.	Демонстрация услуг, дающих быстрый результат (экспресс-анализы и т.д.).	Оповещение потребителя о возможных вариантах развития событий и сроках наступления результата.	Широкое использование систем поэтапной, поэлементной оплаты.	Акцент на опыте работы фирмы, ее возрасте и т.д.
Зависимость эластичности спроса на медицинскую услугу от степени угрозы заболевания	Возможны определения сезонности спроса на те или иные медицинские услуги и соответствующее планирование их рекламы.	Демонстрация более низкой стоимости лечения и лучших результатов при своевременной диагностике, при своевременном начале лечения.	Для сокращения влияния сезонности на уровень получаемого дохода можно приурочить рекламную акцию к периоду снижения спроса на медицинские услуги или отдельный их вид.		Демонстрация готовности индивидуального подхода к клиентам (пациентам).

Литература

1. Котлер Ф. Основы маркетинга. — М.: Прогресс, 1996.
2. Лебедев А.А. Рыночная экономика: маркетинговые основы управления, организации и финансирования национальной системы охраны здоровья — Самара: Самарский Дом печати, 1996.
3. Макарова В.Д. Маркетинг услуг. — М.: Финансы и статистика, 1996.
4. Малахова Н.Г. Маркетинг медицинских услуг. — М.: Книжный мир, 1998.
5. Чубаков Г.Н. Стратегия ценообразования в маркетинговой практике предприятия. — М.: ИНФА-М, 1996.
6. Экономика сферы платных услуг/Под ред. Е.Н. Жильцова — Казань, 1996.





В.В. Архипов,

президент Ассоциации частных стоматологических клиник, председатель Секции частной стоматологии СтАР, г. Москва

БОЛОНЯ: ЗДРАВСТВУЙ И ПРОЩАЙ

Прошедший 17–19 октября 2007 г. в Москве Российский медицинский форум уделил значительное внимание вопросам медицинского образования. Одной из главных задач Форума было нарисовать портрет идеального российского врача начала XXI века, а также дать возможность медицинскому сообществу обсудить опыт внедрения наиболее значимых достижений науки и инноваций в процесс подготовки специалистов и организаторов здравоохранения.

Накануне события Президент МГМСУ, академик РАМН, профессор Н.Д. Ющук охарактеризовал ситуацию в области реформирования системы подготовки медицинских кадров следующими словами: «Сейчас стало более или менее понятно, в чем именно состоит суть грядущих новаций. Но как видят это руководители медучреждений, *никто не знает*».

Отечественное здравоохранение претерпевает модернизацию. Концепция нынешних и грядущих изменений обстоятельно изложена в Докладе Президиума Госсовета РФ «О повышении доступности и качества медицинской помощи» (Пенза, 2005 г.). Существенным элементом перестройки явится создание в здравоохранении *конкурентной среды*, что позволит адресно размещать в более успешных ЛПУ средства страховой медицины и инвестиции. В упомянутом документе также изложены новые требования к кадрам здравоохранения и пути их подготовки.

Однако в этих самых условиях «конкурентной среды» уже два десятилетия работают тысячи врачей-стоматологов и сотни частных стоматологических клиник и кабинетов. Приобретенный ими опыт (в том числе в вопросах подготовки кадров) весьма ценен и для тех, кто уже трудится в стоматологическом комплексе, и для тех, кто готовится прийти им на смену.

В крупных мегаполисах объемы медицинской помощи, оказываемой населению государственными и негосударственными стоматологическими учреждениями, уже сопоставимы. А в целом по стране, по мнению академика РАМН В.К. Леонтьева, частные стоматологи оказывают не менее четверти объема стоматологических услуг. *Из этого следует важный вывод — сектор частной стоматологии способен формировать и оплачивать соразмерный с государственным свой корпоративный заказ на врачей-стоматологов и специалистов, работающих в этом бизнесе.* Но он не спешит расстаться со своими деньгами по ряду причин.

Как и в большинстве экономических отраслей, в кадровой сфере у нас еще не сформировался рынок потребителя, а продолжает главенствовать рынок производителя. Стоматологические факультеты предлагают клиникам свою продукцию — подготовленных ими выпускников.



Поскольку факультеты работают по так называемым ГОСам (Государственным образовательным стандартам), а создаются они учебно-методическими объединениями, весьма условно связанными с работодателями, постольку ГОСы остаются, как говорит ректор Института проблем образовательной политики Александр Адамский, «плодом воображения методистов».

Говорить о прочно сложившемся альянсе стоматологического образования, науки и практики пока не приходится. Утверждая это, я далек от намерения бросать камень в чью-либо сторону, этим можно лишь расколоть хрупкую стеклянную крышу, под которой мы все вместе находимся. У нас есть общий дом — Стоматологическая Ассоциация России, в стенах которой мы и должны договариваться и эволюционным путем стремиться улучшить ситуацию.

По моему мнению, большинство объединений стоматологов сами явно недостаточно трудятся на укрепление связей работодателей и высшей школы. Создается устойчивое впечатление, что венцом работы в этом направлении считается региональная конференция с громким названием «Новейшие технологии в стоматологии», с президиумом из профессоров и практикующими врачами-стоматологами в зале.

Еще хуже обстоит дело в среде частных стоматологов. В России какие-либо реально работающие их объединения практически отсутствуют. Сомневающимся отправляю к объемному труду Агентства «Росбизнесконсалтинг», исследовавшего в 2006 г. ситуацию с общественными и некоммерческими врачебными объединениями на пространстве нашей страны.

Даже многие члены Секции частной стоматологии СтАР, поучаствовав в ее деятельности, обогатившись знаниями, связями, употребляют это лишь на развитие собственного бизнеса, ни йоты времени не тратят в своем регионе ни на передачу накопленного опыта, ни на создание работоспособного сообщества.

Почему я, размышляя о подготовке врачей, в который раз заостряю внимание на вопросе создания эффективных региональных объединений стоматологов? Прежде всего потому, что об огромной роли профессиональных врачебных ассоциаций в разработке и реализации кадровой политики говорит опыт западных коллег и на сегодня никаких эффективных альтернатив никем не предложено. Ради исторической правды следует сказать, что в эпоху развитого социализма для нас было обычной нормой тесное взаимодействие школы, в том числе высшей, с реальной трудовой деятельностью.

Первый съезд частных стоматологов России, прошедший осенью 2006 г. в Москве по инициативе Секции частной стоматологии СтАР, со всей убедительностью показал, что период индивидуального успешного бизнеса в стоматологии завершился. Перед нами все более остро встают глобальные вопросы подготовки кадров, комплексной компьютеризации, внедрения современных дорогостоящих технологий, эффективного управления. Масштаб их осмысления и решения под силу лишь широко образованным людям, соединенным в творческие коллективы.

Не навязывая читателям ни своей точки зрения, ни используемые нами подходы в работе по усилению кадрового потенциала клиник Ассоциации, расскажем о некоторых скромных результатах нашей 10-летней деятельности.

Наш опыт — это опыт внедрения рекомендаций специалистов в области подготовки высококвалифицированных кадров, это опыт выбора оптимального пути при минимуме стартового капитала.

Руководствуясь главным предназначением ассоциаций, определенным в федеральном законодательстве, — защищать права и интересы участников и памятуя о том, что знание—сила, мы прежде всего направили усилия на то, чтобы вооружить наших руководителей недостающими знаниями, которые нужны в плавании под



названием бизнес и которых явно не хватало выпускникам стоматологических факультетов: право, экономика, управление персоналом и т.д.

Нашим первым учителем и партнером в постижении юридических премудростей врачевания стал яркий педагог и ученый, создатель первой в России Кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова, член-корреспондент РАМН, проф. Ю.Д. Сергеев. На ее базе проходили первые семинары. Затем при участии Ассоциации была создана Национальная Ассоциация медицинского права и родилась программа второго высшего юридического образования со специализацией «Медицинское право», а в ноябре 2001 г. состоялся первый выпуск — 8 представителей стоматологического бизнеса получили диплом юриста.

Наличие в рядах Ассоциации врачей-стоматологов с юридическим образованием позволило нам создать пока еще редкий в условиях России Третейский суд, наладить внутри нашего объединения проведение юридических консультаций. В сентябре—ноябре 2007 года перед директорами и главными врачами клиник Ассоциации с авторским курсом «Медицинское право в стоматологической практике» выступил ее вице-президент, врач-стоматолог и юрист Б.В. Кашко.

Высокий потенциал юридических знаний, накопленных в Ассоциации, позволил нам несколько лет назад совместно с ФПКС МГМСУ (декан — проф. Э.М. Кузьмина) при активном участии проф. А.Ю. Малого одними из первых в России создать и провести несколько циклов «Основы деятельности врачей-стоматологов в области вневедомственного контроля качества (экспертизы) медицинской помощи населению РФ», заложив таким образом основу подготовки экспертов.

В багаже стоматологов, создающих собственный бизнес или руководящих ЛПУ, должны находиться добротные знания вопросов управления, экономики, финансов.

Было весьма сложно найти на этом направлении квалифицированного партнера, способного к тому же глубоко разбираться в стоматологии как в сфере производственно-хозяйственной деятельности.

Конечно, наши первые взоры были обращены на кафедры общественного здоровья и здравоохранения. Но в своем нынешнем виде они существенно отстали от реалий времени. Я думаю прежде всего потому, что продолжали вариться в собственном соку, не изучали запросы работодателей нового поколения. Одно из доказательств этого — отсутствие в последние годы и кандидатских, и докторских диссертаций по вопросам организации современной стоматологической практики, получивших сколь-нибудь широкую известность и признание в среде частного стоматологического бизнеса. Однако я уверен, что эти кафедры обладают большим нереализованным потенциалом и при тесном взаимодействии с работодателями могут стать в регионах центрами деловой подготовки современных руководителей стоматологических учреждений.

Как известно, природа не терпит пустоты. Если конструктивный диалог между упомянутыми выше сторонами будет откладываться, то пространство будет заполняться так называемыми консалтинговыми фирмами, паразитирующими на жажде руководителей клиник к знаниям и ловко использующими их неосведомленность о существовании вопроса.

Давайте вспомним, как по стоматологической России разъезжала фирма «Старлинг», исповедующая идеи школы Хаббарда. Или сегодняшний Центр практической психологии и менеджмента «Новое движение», в визитной карточке которого, опубликованной в журнале «Экономика и менеджмент в стоматологии» (№ 1 за 2005 г.), говорится, что он обучает «быстро просчитывать оппонента и умело мотивировать его, успешно используя манипуляционные технологии». Оставляю без комментария.





Важным событием в жизни Ассоциации стало установление связей с открытым в 2004 году Экономическим факультетом МГМСУ (декан — проф. И.В. Подпорина). Модель сотрудничества Ассоциации и Факультета (в рамках Соглашения между Университетом и Ассоциацией) является для нас на сегодня добротным опытом взаимодействия кузницы кадров и работодателя.

Представители Факультета и Ассоциации регулярно в формате «круглого стола» обмениваются мнениями по содержанию учебных программ. Ассоциация рекомендовала Факультету в качестве преподавателей опытных директоров частных клиник, сотрудников наших организаций-партнеров.

Мы участвуем в проведении студенческих олимпиад, готовимся принять студентов в клиниках для подготовки ими курсовых работ. Состоялся весьма удачный опыт проведения первой совместной научно-практической конференции «Конкурентоспособность стоматологических услуг». Мы являемся площадкой для подготовки и апробации диссертаций. Руководители и главные врачи клиник обрели возможность получить второе высшее образование в области экономики и управления в здравоохранении.

Данное сотрудничество создает для нас, как работодателей, весьма хорошую перспективу комплектования выпускниками Факультета служб менеджмента в клиниках Ассоциации. Сегодня мы рассматриваем возможность создания в перспективе совместного учебно-консультационного центра для нужд всех стоматологов России.

ИМЕЕМ ЖЕЛАНИЕ, НЕ ИМЕЕМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

На мой взгляд, ближайшее развитие отношений высшей школы и работодателей в здравоохранении будет находиться под влиянием двух важных процессов.

Первый — это формирование в России так называемого гражданского общества,

деятельными участниками которого призваны быть профессиональные объединения.

Второй — все большее участие России в глобальных проектах, таких как вступление в ВТО, присоединение к Болонскому процессу.

Следует признать, что на обоих направлениях наше сообщество стоматологов здорово отстало от своих западных коллег.

Принятые в 1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» делегировали медицинским ассоциациям колоссальные полномочия. За ними было закреплено участие в лицензировании, сертификации, контроле качества оказания медицинской помощи и т.д. Однако ассоциации стоматологов все прошедшие годы, к сожалению, не спешили воспользоваться столь благодатными дарами законодателей, не наработали опыт лоббистской деятельности, не научились эффективно отстаивать интересы работодателей.

Взять хотя бы сертификацию. Закон уполномочивал этим заниматься ассоциации. А что получилось в жизни? Работодатель в лице ассоциаций вообще отошел от этой деятельности, отдав инициативу факультетам повышения квалификации врачей. Во что это превратилось для врачей? В платную услугу «Сертификат почтой». По мнению Руководителя Росздрава, академика РАМН Ю.Н. Беленкова, «подготовка раз в пять лет — у нас до сих пор самая архаичная».

При отсутствии на рынке трудовых ресурсов стоматологических ассоциаций как крупных потенциальных заказчиков на выпускников стоматфакультетов последние обучают их по своему разумению да к тому же в условиях скудного финансирования. Результат печален. По оценкам аналитического агентства «Левада-Центр», 38% бывших студентов нуждаются в переучивании при поступлении на работу.

Как пишет профессор Е.В. Боровский, «Ныне существующая практика, что качество подготовки кадров доступно только институтам, ошибочна. Только независимые



представители, организаторы стоматологической службы, практически являющиеся заказчиками специалистов, должны давать объективную оценку качества подготовки врачей-стоматологов. В настоящее время этого нет!».

Следует отметить, что и качество подготовки врачей-стоматологов, и практическое отсутствие налаженных связей учебных центров с работодателями ставят под сомнение скорое вхождение многих стоматфакультетов в Болонский процесс.

Сложившаяся в Европе система аккредитации и рейтингов ВУЗов, факультетов предполагает серьезный мониторинг как содержания, так и организации учебного процесса, качества подготовки и карьерного роста выпускников. Во всем мире основой рейтингов ВУЗов является оценка работодателей. Их представители входят в состав попечительских, наблюдательных и диссертационных советов, экзаменационных комиссий, участвуют в преподавании и т.д. Следует со всей очевидностью признать, что на создание подобных традиций в наших условиях кому-то потребуются годы, а кому-то и десятилетия.

НЕ ХЛЕБОМ ЕДИНЫМ...

На конференции «Проблемы образования и специализации в стоматологии» звучало весьма много нового, что в ближайшие годы появится в учебных планах. Это и доказательная медицина, и компьютерные технологии и многое-многое другое.

Однако было одно «но». Из поля зрения Форума выпали вопросы духовно-нравственного воспитания будущих врачей. К великому сожалению, становится уже какой-то нормой со знаком «минус» обходить эту тему. Например, напрочь забыли о вопросах воспитания врачей составители упомянутого в начале статьи Доклада Президиума Госсовета РФ. Подобная забывчивость не сулит нашему здравоохранению ничего доб-

рого. Без этого компонента мы получим всего лишь биоробота, предрасположенного более заниматься не *лечением* болезни, а *извлечением* прибыли из ремесла под названием врачевание.

На прошедшем в июле 2007 г. заседании «круглого стола» «Православие и бизнес», организованном Объединением «Опора России», Госдумой РФ и Русской Православной Церковью, член Общественного Совета при Минобрнауке РФ, директор Института всеобщей истории РАН, академик РАН А.О. Чубарьян с грустью говорил: «Нравственное образование и воспитание вообще ушло из нашей школы — и средней, и высшей».

По данным Г.А. Пашиняна, в половине случаев причинами профессиональных ошибок являлись нарушения врачами-стоматологами морально-этических и деонтологических принципов.

Сомневаюсь, что действующий корпус стоматологов в большинстве своем что-либо слышал о содержании Этического кодекса специалистов стоматологического профиля, а тем более о Международном кодексе медицинской этики. А ведь эти документы принимались СтАР, Всемирной медицинской ассоциацией не для того, чтобы пылиться на полках, но своим содержанием наполнять врачевание добром и любовью к пациентам, коллегам по профессии.

Размышляя об особой миссии врача, которая именуется не иначе, как служение, служение людям, невольно вспоминаешь Евангельскую притчу о сеятеле (Мф. 13, 3–8) и семенах, одно из которых упало на дорогу, другое — на каменистую почву, третье — в тернии и лишь четвертое — в добрую землю. Оно-то, последнее, и порадовало урожай.

Семена всевозможных образовательных инноваций ничего доброго не родят без благодатно возделанной души тех, из кого мы собираемся подготовить Врача.



**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ
ГЛАВНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ
КОМИТЕТА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
С.В. ГУСЕВА, г. Санкт-Петербург**



На какой код экономической классификации расходов следует относить расходы, связанные с доставкой работников учреждения к месту работы и обратно (затраты на ГСМ, возмещение расходов при предоставлении проездных билетов)?

Отнесение расходов на соответствующие коды статей бюджетной классификации осуществляется в соответствии с приказом Министерства финансов Российской Федерации от 24.07.2007 № 74н, утвердившим указания о порядке применения бюджетной классификации. В приложении к приказу приводится классификация расходов бюджета по кодам операций сектора государственного управления (КОСГУ), которая определяет, что расходы на осуществление компенсационных денежных выплат за использование личного транспорта следует относить на подстатью 212 «Прочие выплаты».

Бюджетные ассигнования на компенсационные денежные выплаты работникам по оплате проездных билетов также учитываются по данной подстатье.



На какой код экономической классификации относится компенсация расходов на питание сотрудников в рабочей столовой?

Отвечая на этот вопрос, следует рассматривать две возможных ситуации. Первая — питание сотрудников бюджетного учреждения организовано в рабочей столовой на основании договора, заключенного столовой с бюджетным учреждением. В этом случае речь идет об оплате услуг организации общественного питания. Бюджетные ассигнования на эти цели учитываются по подстатье 226 «Прочие услуги».

Другой возможный вариант — это денежная компенсация сотрудникам бюджетного учреждения расходов на питание. Ассигнования на осуществление этих выплат учитываются по подстатье 212 «Прочие выплаты».

Необходимо обратить внимание, что при проверке целевого использования бюджетных средств может быть поставлен вопрос о правомерности осуществления таких расходов за счет средств соответствующего бюджета. Речь идет о том, каким нормативно-правовым актом предусмотрены такие компенсации, и, соответственно, за счет средств какого уровня бюджетной системы должны осуществляться указанные расходы. В том случае, когда учреждение обеспе-



чивает такие расходы за счет средств предпринимательской деятельности, права и обязанности работодателя по компенсации расходов на питание или по обеспечению бесплатным питанием сотрудников целесообразно отразить в локальных нормативных актах — коллективных договорах, соглашениях и т.п.



На какой код экономической классификации следует относить расходы на приобретение костюмов для художественной самодеятельности в санаториях?

Инструкция по бюджетному учету, определяя, что является учетной единицей основных средств, к сожалению, не позволяет в данном случае сразу определить, на какой подстатье следует учитывать расходы на эти цели: 310 «Увеличение стоимости основных средств» или 340 «Увеличение стоимости материальных запасов». Как правило, костюмы служат более года и именно это обстоятельство, указанное в Инструкции, ставит вопрос о необходимости отнесения данных расходов на подстатью 310 «Увеличение стоимости основных средств».

В Общероссийском классификаторе основных фондов (ОКОФ), утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1, к основным средствам отнесены театральные декорации, реквизит, сценическое оборудование, ковры и т.д.

При этом не включены в перечень основных средств и не присвоены коды классификации основных средств для костюмов для художественной самодеятельности. Учитывая данное обстоятельство, расходы на приобретение костюмов следует относить на подстатью 340 «Увеличение стоимости основных средств».



Каковы в настоящее время особенности правового положения бюджетных учреждений, осуществляющих предпринимательскую деятельность?

Доходы от использования имущества, от платных услуг, оказываемых бюджетными учреждениями относятся к доходам соответствующих бюджетов, что следует из положений бюджетного законодательства.

Особенности правового положения бюджетных учреждений отражены в соответствующей статье Бюджетного кодекса РФ (ст. 161). Для учреждений, осуществляющих предпринимательскую деятельность, наиболее заметным стало исключение с начала 2008 года из указанной статьи положений о самостоятельности бюджетных учреждений в расходовании средств, полученных из внебюджетных источников. Следует отметить, что на протяжении многих лет существовала двойственная ситуация, поскольку отсутствовало общепринятое определение «внебюджетных источников». В настоящее время сформулирован предельно конкретный перечень прав и обязанностей бюджетного учреждения. Порядок использования средств предпринимательской деятельности, а также связанные с этим полномочия бюджетных учреждений, Бюджетным кодексом не определены.

Таким образом, в настоящее время продолжается действие переходных положений Федерального закона № 63-ФЗ от 26.04.2007, где сказано, что особенности использования бюджетными учреждениями здравоохранения, науки, образования, архивными учреждениями средств от оказания платных услуг, безвозмездных поступлений и добровольных пожертвований будут определены федеральным законодательством отдельно.





Необходимо напомнить, что основные ориентиры изменений бюджетного законодательства были связаны с реализацией концепции бюджетирования, ориентированного на результат. Выделение средств бюджета обусловлено четкой увязкой с целями и задачами, которые должны быть решены. Общий анализ законодательства позволяет говорить об установлении жесткой связи: государственное задание — государственная услуга — бюджетное ассигнование. Предпринимательская деятельность государственных и муниципальных бюджетных учреждений оказывается вне предложенного контекста.

Это может означать, что дальнейшие шаги законодателей будут либо направлены в пользу безвозвратного зачисления в доходы соответствующего бюджета всех доходов от предпринимательской деятельности, без их последующего использования бюджетным учреждением в качестве источников дополнительного финансирования. Либо дополнительные преференции в использовании средств от предпринимательской деятельности будут связаны с изменением статуса бюджетного учреждения, поскольку нормативная база для таких преобразований существует. Завершая этот короткий комментарий, отметим, что, по мнению ряда исследователей, преобразование бюджетных учреждений в автономные некоммерческие организации целесообразно в том случае, когда объем доходов от предпринимательской деятельности составляет 50 и более процентов. Таких учреждений в здравоохранении не так много, но они есть. Предполагая разумный и взвешенный подход к преобразованиям в сфере финансирования здравоохранения, будем надеяться на то, что предстоящие изменения будут позитивны.

7 - 9 октября УФА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ФОРУМ



Медицина

**ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИБОРЫ, ИНСТРУМЕНТЫ, МАТЕРИАЛЫ,
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ**

Научно-практические конференции:

- Развитие службы крови РБ
- Актуальные вопросы хирургии
- Актуальные вопросы функциональной диагностики
- Актуальные вопросы лабораторной диагностики
- Актуальные вопросы кардиологии
- Актуальные проблемы ревматологии и интенсивной терапии
- Вопросы диагностики и лечения неврологических заболеваний
- Актуальные проблемы педиатрии
- Актуальные вопросы болезней органов дыхания
- Новые технологии восстановительной медицины, курортологии, физиотерапии. Актуальные вопросы кумысолечения
- Соматические заболевания у беременных
- Внебольничный аборт. Влияние на репродуктивную функцию и перинатальные потери

Организатор: Выставочный центр "БашЭКСПО"
Гендиректор:
Министерства здравоохранения Республики Башкортостан
ГУП «Медтехника РБ»
Под патронажем Торгово-промышленной палаты РБ



Оргкомитет выставки:
тел. (347) 256-51-80; 256-51-86
факс (347) 290-87-07
e-mail: medicine@bashexpo.ru
http://www.bashexpo.ru

**ОТ РЕДАКЦИИ:**

24 июля 2008 г. на расширенном заседании Комиссии по вопросам здравоохранения Общественной палаты Российской Федерации прошли слушания по обсуждению рабочих материалов Комиссии по разработке Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года.

Редакция журнала будет знакомить читателей с основными положениями Концепции и ходом ее подготовки. В ближайших номерах мы опубликуем аналитические справки, содержащиеся в представленных для обсуждения материалах. Приглашаем наших читателей к обсуждению Концепции, текст которой вывешен на сайте нашего издательского дома (www.idmz.ru). В данном номере мы публикуем комментарии Кадырова Ф.Н., принимавшего участие в этих слушаниях, по основным положениям Концепции.

Шеф-редактор журнала Куракова Н.Г.



КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 2020 г.

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

Общая тональность обсуждения была положительной. Отмечалась насущная необходимость скорейшего принятия Концепции, отражающей реалии сегодняшнего дня, особенно на фоне истечения сроков действия предыдущей, которая, по сути дела, не была реализована.

К позитивным моментам можно отнести и то, что отсутствовала присущая при разработке предыдущей Концепции ярко выраженная конфронтация между представителями различных кругов медицинской общественности, законодательными и исполнительными органами власти различных уровней, представителями медицин-

ской науки и практики. Широкое представительство участников и близость позиций по многим вопросам свидетельствовали об этом.

Вместе с тем, большинство выступающих подчеркивало, что Концепция нуждается в серьезной доработке. Впрочем, это логично, ведь обсуждалась еще только первая версия проекта Концепции.

Среди основных достоинств Концепции отмечались следующие:

- попытки вычленить интересы различных субъектов здравоохранения;
- имеются предложения по использованию движущих мотивов субъектов здравоохранения;

— широко представлен аналитический материал;

— представляет большой интерес обзор опыта зарубежных стран.

В числе недостатков Концепции отмечались:

— недостаточное внимание к реструктуризации отрасли;

— слабый акцент на этапность оказания медицинской помощи;

— недостаточная проработка проблемы разделения полномочий на различных уровнях;

— отсутствие достаточного внимания к детству и родовспоможению;

— наличие терминологических ошибок и неточностей.

Концепция состоит из 4 частей и приложений.

ЧАСТЬ I. Анализ состояния демографии, здоровья населения, системы здравоохранения и цели Концепции.

ЧАСТЬ II. Ключевые направления развития здравоохранения.

ЧАСТЬ III. Ключевые направления охраны здоровья населения.

ЧАСТЬ IV. Законодательное и нормативно-правовое обеспечение реализации Концепции.

Мы коснемся обзора лишь разделов второй части Концепции, определяющих стратегию развития здравоохранения на будущее, уделив особое внимание наиболее интересным положениям.

Общая структура основных разделов этой части выглядит следующим образом:

— задачи;

— целевые показатели для оценки реализации задач;

— основные мероприятия;

— этапы реализации.

Раздел 2.1. Увеличение финансирования и повышение эффективности программы государственных гарантий

Основная задача: Увеличить финансирование Программы государственных гарантий (ПГГ) до уровня, обеспечивающего выполнение современных стандартов медицинской помощи, единых для всего населения РФ.

Основные целевые показатели:

— Объем финансирования ПГГ должен составлять к 2012 г. не менее 5–6% ВВП.

— К 2012 г. выполнение ПГГ в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи должно быть обеспечено во всех субъектах РФ.

Раздел 2.2. Повышение эффективности организации и управления системой здравоохранения в РФ

Среди декларируемых задач необходимо выделить следующую: «Сконцентрировать средства на оплату медицинской помощи по ПГГ преимущественно в одном канале (системе ОМС) и установить единую тарифную политику».

Вместе с тем, следует отметить, что Концепция не дает четкого понимания того, что собой должна представлять система ОМС, постоянно подвергаемая серьезной критике. Очевидно, следовало бы сначала определиться с тем, какой мы хотим видеть систему ОМС. Кроме того, в настоящее время нет четкой и однозначной оценки эксперимента по введению одноканального финансирования, проводимого в ряде регионов РФ.

Предлагаемые в Концепции источники государственного финансирования здравоохранения:

— страховой платеж работодателя — 5% от ФОТ (вместо 3,2% в доле ЕСН) вне зависимости от размера заработной платы или прогрессивная шкала отчислений;

— подоходный налог с работника — дополнительные 3% (то есть всего 16%);

— фиксированные отчисления в федеральный бюджет по НДС, налогу на прибыль и 100% отчисления с акцизов на табачные изделия, алкоголь, налоги и штрафы с предприятий, загрязняющих окружающую среду.

Для создания прозрачной и управляемой системы финансирования признается необходимым установить в системе ОМС единые для РФ тарифы на медицинскую помощь. Тарифы будет необходимо дифференцировать по уров-



ню учреждений, то есть возможности исполнять установленные стандарты медицинской помощи, и по географическому расположению ЛПУ.

Предлагается установить единые современные способы оплаты за медицинские услуги лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ). При этом тариф на медицинские услуги должен быть полным, то есть включать как собственно оказание медицинской помощи, так и расходы на текущее содержание ЛПУ, повышение квалификации кадров и страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

Необходимость наличия или устранения частных страховых медицинских организаций (СМО) в цепочке доведения государственных средств до ЛПУ в Концепции определяется набором тех функций, которые будут возложены на эти организации. Обоснованность их присутствия в этой цепочке, по мнению разработчиков Концепции, может быть оправдана при условии принятия ими финансовых рисков по превышению объемов оказания медицинской помощи застрахованному населению, жесткого государственного регулирования их деятельности и некоммерческого характера этой деятельности, недопущения смешения средств ОМС и ДМС, наличия продуманной системы стимулов для заинтересованности СМО в повышении качества медицинской помощи застрахованным. Признается необходимость устранить дублирование функций СМО с территориальными фондами ОМС.

Раздел 2.2.4. посвящен структуре и основные функции органов управления и финансирования здравоохранения

Раздел 2.2.5. Централизация управления

В Концепции признается целесообразным частично восстановить централизацию управления системой здравоохранения на уровне Минздравсоцразвития РФ и органов управления здравоохранением субъектов РФ, а именно:

— обеспечить единообразие управления системой здравоохранения в субъектах РФ

путем создания единых отраслевых федеральных, региональных и муниципальных стратегических программ развития с доведением их до уровня ЛПУ, а также разработки административных регламентов для всех структур системы здравоохранения. Разработать систему индикаторов для всех уровней управления, включая ЛПУ, в соответствии с лучшими по России и зарубежными значениями этих индикаторов;

— предусмотреть по предоставлению Министром здравоохранения и социального развития РФ назначение и снятие руководителем исполнительной власти субъекта РФ руководителя регионального органа управления здравоохранением по итогам выполнения стратегических программ развития;

— централизовать управление на уровне субъектов РФ с передачей от муниципалитетов полномочий и ресурсов на региональный уровень управления;

— разрешить региональным органам управления здравоохранения по представлению регионального отделения Росздравнадзора сменить руководителя ЛПУ в случае неисполнения им запланированных индикаторов.

Безусловная логика в подобных предложениях имеется: реализация единой стратегии управления здравоохранением невозможна в условиях существующей разобщенности. Однако реализация этих предложений противоречит многим действующим нормативным актам, без внесения изменения в которые они не будут реализованы. Кроме того, наверняка региональные власти будут противиться этим предложениям, ограничивающим их самостоятельность.

Рыночные механизмы управления государственным здравоохранением, предлагаемые в разделе 2.2.6,

предусматривают, в частности, расширение прав и полномочий руководителей ЛПУ в сфере управления ЛПУ, поэтапное изменение организационно-правовых форм государственных и муниципальных ЛПУ (при определении перечня учреждений, которые будут находиться только на бюджетном финансировании).



Раздел 2.2.7. «Планирование развития здравоохранения» включает предложения:

- осуществить поэтапный переход в течение 2–3 лет от системы планирования медицинской помощи по объемам ее оказания на планирование по объемным и качественным нормативам;
- разработать новые нормативы труда врачей различных специальностей;
- сформировать систему долгосрочного планирования подготовки кадров по числу и структуре с учетом потребностей практического здравоохранения, в том числе и механизмов распределения кадров в сельской местности;
- разработать и внедрить новые стандарты, основанные на доказательной медицине и соответствующие международным.

Раздел 2.2.8. посвящен регулированию государственной системы здравоохранения.

Раздел 2.2.9. посвящен контролю и надзору в сфере здравоохранения.

Раздел 2.2.10. Изменение организационно-правовых форм государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Предполагается создать условия для конкуренции за исполнение государственного заказа по ППГ в рамках установленных государственных тарифов, что потребует от ЛПУ повышения качества медицинской помощи (чтобы привлечь дополнительных пациентов), а также снижения издержек на ее оказание. По мнению разработчиков Концепции, это позволит увеличить фонд оплаты труда квалифицированным специалистам и даст возможность приобрести лекарственные средства и расходные материалы в достаточном количестве, обновить оборудование и др. При этом для руководителей ЛПУ важно иметь возможность свободно управлять финансовыми, кадровыми и материально-техническими ресурсами как в целях оперативного управления, так и планирования развития

учреждения. Отмечается, что сегодня для бюджетных ЛПУ, находящихся в государственной и муниципальной собственности, это невозможно, так как они финансируются путем распределения средств по смете (причем медицинская помощь и содержание ЛПУ оплачиваются из различных источников — соответственно, из ОМС и из бюджета собственника). Более того, введение № 94-ФЗ также существенно ограничивает возможности оперативного управления ресурсами бюджетных ЛПУ. Это касается, в частности, срочного приобретения медикаментов и расходных материалов. В этих условиях наиболее приемлемой организационно-правовой формой для государственных и муниципальных ЛПУ признается автономное учреждение (АУ). При этом переход бюджетных учреждений в АУ должен происходить поэтапно, после отработки его работы в «пилотных» субъектах РФ. Необходимо также определить перечень учреждений, которые будут по-прежнему финансироваться по смете (например, инфекционные больницы, туберкулезные диспансеры, стационары для психоневротиков и др.).

Вместе с тем, отмечается, что при переходе бюджетных учреждений в АУ возникают определенные риски, связанные с тем, что ответственность собственника (то есть муниципалитета и государства) при невыполнении АУ своих обязательств не предусмотрена, также при неэффективном управлении АУ есть риски его банкротства, а значит снижения территориальной доступности медицинской помощи населению в отсутствие других ЛПУ. Нивелирование этих рисков может быть снято усилением контроля со стороны органа управления здравоохранением над эффективностью деятельности главных врачей, а также проанализировано на примере «пилотных» регионов.

Обращаем внимание читателей на то, что в соответствии с действующим законодательством (о чем журнал «Менеджер здравоохранения» писал уже не раз) изменение типов существующих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в настоящее время недопустимо.



Раздел 2.2.11. посвящен оказанию платных услуг пациентам (с оплатой в момент оказания медицинской помощи) и по ДМС (по договорам со СМО) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

В Концепции отмечается, что сегодня платные услуги в ЛПУ являются источником дополнительного дохода для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, а также повышают доступность медицинской помощи для тех категорий граждан, у которых есть средства на оплату таких услуг. Вместе с тем отсутствие прозрачной регламентации этих услуг в ЛПУ, в том числе порядка формирования тарифов, приводит к неконтролируемому использованию государственного имущества, снижению доступности бесплатной медицинской помощи для основной массы пациентов, обслуживаемых по ПГГ, и существенным различиям в качестве и доступности медицинской помощи различным слоям населения.

Учитывая, что тарифы на медицинские услуги и объемы помощи для населения по ПГГ будут повышаться, и, принимая во внимание, что сегодня интенсивно развивается инфраструктура частных ЛПУ, особенно в крупных городах, потребность населения в платных услугах в государственных и муниципальных ЛПУ будет уменьшаться. Вместе с тем в целях эффективного использования государственной собственности и ресурсов необходимо уже в 2008 г. разработать регламент оказания этих услуг по принципу хозрасчетных отделений и установить через отделения Росздравнадзора контроль над их исполнением. При этом тарифы по оказанию медицинской помощи, по которым будут оказываться платные услуги, не должны превышать тарифы, установленные по ПГГ. Это, по мнению авторов Концепции, будет стимулировать ЛПУ выполнять большие объемы оказания медицинской помощи по ПГГ. Отметим, что это далеко не однозначное предложение: любые попытки искусственного сдерживания рыночных цен чреваты либо сокращением объемов этих услуг и дефицитом, либо теневой оплатой услуг.

В концепции также отмечается, что в целом и государственные, и муниципальные, и частные ЛПУ, находясь в равных условиях по отношению к возможности оказывать медицинскую помощь по ПГГ, должны иметь равную возможность и по оказанию платных услуг напрямую пациентам, и по ДМС (особенно при переходе в АУ). В дальнейшем было бы целесообразно максимально увеличить долю услуг по ДМС и значительно сократить или устранить возможность оплаты услуг самим пациентом в ЛПУ и по прямым договорам с работодателями.

Раздел 2.2.12. Устранение нелегитимных платежей в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Этому, как предполагается в Концепции, будут способствовать следующие меры:

- принятие закона о государственных гарантиях, в котором будут определены государственные гарантии по перечням услуг и перечням лекарственных средств (то есть четко определен «пакет» ПГГ);
- повышение тарифов на медицинскую помощь до уровня, обеспечивающего достойную оплату труда врачей, достаточное обеспечение медикаментами и расходными материалами и позволяющего выполнить современные стандарты медицинской помощи;
- проведение контрольных и надзорных мероприятий со стороны руководства ЛПУ территориальных отделений Росздравнадзора и органов управления здравоохранением субъекта РФ по устранению нелегитимных платежей в ЛПУ;
- установление санкций, вплоть до увольнения главных врачей, в случае факта взимания нелегитимных платежей в ЛПУ;
- проведение общей разъяснительной работы среди пациентов о недопустимости нелегитимных платежей в адрес медицинских работников.

Раздел 2.2.13. Порядок принятия управленческих решений в здравоохранении



и информационное освещение деятельности Минздравоохранения РФ.

Повысить качество управленческих решений в здравоохранении предлагается путем разработки Положения Минздравоохранения РФ о порядке принятия управленческих решений и создания системы научно-методических, экспертных и общественных Советов при Минздравоохранении РФ.

Предполагается привлечь отдельную организацию (НИИ, консалтинговую компанию) для оценки эффективности медицинских технологий, как это принято сегодня в развитых странах.

Необходимо будет разработать программу освещения в СМИ основных направлений и целей «Концепции развития здравоохранения», а также стратегических решений, принимаемых в здравоохранении.

Предложено предусмотреть ежегодный доклад Министра здравоохранения и социального развития о ходе реализации Концепции и стратегических программ развития субъектов РФ, а также публичное обсуждение этого доклада с выработкой решений на предстоящий период.

Раздел 2.2.14. Взаимоотношения государства и частного капитала в здравоохранении, развитие частно-государственного партнерства.

Обращаем внимание на то, что корректнее говорить не о частно-государственном, а о государственно-частном партнерстве.

Предлагается различать уровни участия частного капитала в здравоохранении.

Участие в финансировании здравоохранения в форме платежей на ДМС (работника и/или работодателя) и оплаты (соплатежей) населением медицинской помощи в момент ее оказания (в том числе приобретение лекарственных средств и оплата санаторно-курортного лечения). В Концепции отмечается, что по этому вопросу в странах с развитой рыночной экономикой имеется однозначная позиция — снижение объемов государственного финансирования здравоохранения в пользу ДМС и

соплатежей снижает доступность медицинской помощи для широких слоев населения, ухудшает показатели здоровья населения и усиливает неравенство между различными группами населения. Особенно это актуально для РФ, в которой, с одной стороны, государственная система здравоохранения недофинансирована, с другой — стоят масштабные задачи по улучшению демографических показателей. Поэтому увеличение финансирования здравоохранения за счет частных источников может рассматриваться только как дополнение к объемам государственного финансирования здравоохранения, а не взамен этого финансирования.

Вместе с тем возможность получения медицинской помощи обеспеченными гражданами и организациями сверх ПГГ (например, лучшие сервисные условия, возможность обслуживания вне очереди и др.) или взамен ПГГ вполне оправдана (если есть спрос, то должно быть и предложение). Какие-либо дополнительные льготы участникам этой системы предоставлять нецелесообразно, так как имеют место рыночные взаимоотношения. Но при этом государство должно обеспечить выполнение как минимум трех условий. Первое — объем оказания медицинской помощи (стандарты) по ПГГ и по программам ДМС должен быть одинаковым (иначе будет усугубляться неравенство между различными слоями населения); второе — установленный минимальный взнос на ОМС, оплаченный гражданами, которые хотят полностью обслуживаться по системе ДМС, должен остаться в системе ОМС (так как система ОМС может оказаться без достаточных ресурсов на оказание медицинской помощи широким слоям населения); третье средства ОМС и ДМС не должны смешиваться (так ОМС носит характер некоммерческого страхования, а ДМС — коммерческого).

Участие частного капитала в доведении государственных средств до поставщиков медицинской помощи (ЛПУ). Этот вопрос касается наличия частных страховых посредников в доведении средств до ЛПУ. Как отмечает-



ся в Концепции, во всех странах с развитой рыночной экономикой система ОМС носит некоммерческий характер (так как в основе государственного страхования лежит принцип солидарности, а не получения прибыли). Поэтому ОМС реализуется в этих странах через некоммерческие, чаще всего саморегулируемые организации; а система ДМС носит коммерческий характер и всегда реализуется через отдельные частные страховые компании. Поэтому участие СМО в доведении государственных средств на финансирование медицинской помощи по ПГГ должно происходить или через государственную систему ОМС, или через некоммерческие страховые компании, работающие под жестким контролем государства и специально аккредитованные на федеральном.

Участие частного капитала в финансировании частной инфраструктуры здравоохранения — строительство многопрофильных ЛПУ, поликлиник, центров профилактики и др. Развитие этих учреждений является полностью зоной ответственности бизнеса и определяется возможностью граждан оплачивать услуги этих учреждений как самостоятельно, так и по ДМС. Государство будет регулировать качество оказания услуг в этих учреждениях через систему лицензирования и аккредитации ЛПУ, а также через систему обязательной сертификации специалистов. Участие учреждений частной формы собственности в исполнении ПГГ является перспективным, так как, заказывая услуги по ПГГ в частных учреждениях здравоохранения, государство получает возможность, с одной стороны, разгрузить очередность на оказание этих услуг по ПГГ, не вкладывая при этом средства в строительство и расширение собственных учреждений, с другой — усилить конкуренцию между учреждениями различной формы собственности, а значит, способствовать повышению эффективности управления.

Совместное финансирование государством и частным капиталом строительства инфраструктуры учреждений здравоохранения. Это направление также признается перспективным, так как происходит экономия

государственных средств на капитальное строительство и инвестиции. При этом сэкономленные средства могут пойти на оказание собственно медицинской помощи и повышение ее доступности. При заключении подобных договоров государственно-частного партнерства необходимо разработать механизм предоставления налоговых льгот, льгот на кредитование и прозрачные механизмы возврата инвестированных государством средств в государственную систему здравоохранения (в форме медицинских услуг) и порядок регулирования государством цен на услуги этих учреждений.

Участие частного капитала в организации офисов частных практикующих врачей. В Концепции отмечается, что в большинстве развитых стран, имеющих страховую модель финансирования здравоохранения, врачи первичного звена здравоохранения являются частно практикующими и с успехом работают по государственным тарифам как в системе государственного обязательного страхования, так и в системе ДМС. Чаще всего эти врачи объединены в саморегулируемые врачебные организации, которые участвуют в переговорах с государством о тарифах, разрабатывают стандарты деятельности и профессиональной квалификации. Это направление в РФ может быть поддержано государством как направление развития малого бизнеса и особенно в случаях недостатка инфраструктуры государственных учреждений, например в сельских районах и географически отдаленных субъектах РФ. Процедуры лицензирования и аккредитации таких организаций должны быть приведены к международным требованиям.

Интенсифицировать развитие офисов частных практикующих врачей взамен существующих государственных поликлиник, зарекомендовавших себя как эффективный инструмент оказания медицинской помощи населению, на данном этапе развития здравоохранения, по мнению разработчиков Концепции, нецелесообразно. При этом участие частных практикующих врачей в программе государственных гарантий может происходить на общих осно-



ваниях, по государственным тарифам и при условии соблюдения заданного уровня качества медицинской помощи этими врачами.

Раздел 2.3. Повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду.

К числу основных задач относится:

— повышение средней заработной платы медицинских работников (к 2012 г. средняя заработная плата по отрасли должна возрасти в 2,5–3 раза;

— улучшение социальной защищенности медицинских работников;

— увязка уровня заработной платы с качеством и объемом медицинской помощи;

— повышение качества высшего и среднего медицинского и фармацевтического образования путем приведения в соответствие с европейскими требованиями системы высшего и среднего медицинского и фармацевтического образования.

Ставится задача привести соотношение врачей и сестринского персонала в соответствие к соотношению 1:3.

В этом разделе также уделено внимание также системе создания непрерывного послевузовского медицинского образования, информированности медицинских работников о современных методах диагностики и лечения заболеваний, качеству преподавания в медицинских вузах и управление медицинскими и фармацевтическими вузами, их материально-техническому обеспечению и т.д.

Раздел 2.4. посвящен национальной лекарственной политике, развитию фармацевтического производства и отечественной медицинской промышленности.

Раздел 2.5. Развитие долгосрочных целевых программ, направленных на снижение смертности и заболеваемости населения РФ, выравнивание качества и доступности медицинской

помощи в различных субъектах РФ и улучшение медицинской помощи сельскому населению.

Основные задачи определены следующим образом:

1. Повысить качество и доступность медицинской помощи больным, страдающим заболеваниями системы кровообращения.

2. Повысить качество и доступность медицинской помощи онкологическим больным.

3. Улучшить систему обеспечения учреждений здравоохранения препаратами крови.

4. Повысить качество и доступность медицинской помощи больным, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

5. Улучшить материально-техническое обеспечение государственных и муниципальных ЛПУ, участвующих в реализации ПГГ, до уровня, соответствующего установленному стандарту оснащения.

6. Повысить качество и доступность реабилитационной помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями, и доступность медико-социальной помощи нуждающимся в долговременном уходе.

7. Повысить качество и доступность медицинской помощи сельскому населению.

Определены общие требования и содержание целевых долгосрочных программ, направленных на снижение смертности от управляемых причин,

Раздел 2.6. посвящен развитию медицинской науки и инноваций в здравоохранении.

Раздел 2.7. посвящен разработке и внедрению единой информационной системы в здравоохранении.

В заключение отметим, что мы дали лишь краткий комментарий по Концепции. Некоторые из разделов остались нераскрытыми. Интересующимся этими разделами рекомендуем ознакомиться с полным текстом Концепции на сайте издательского дома «Менеджер здравоохранения» www.idmz.ru.



ЦНТИ ЦЕНТР НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРОГРЕСС

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.

Семинары ЦНТИ «Прогресс» на сентябрь 2008 года

Название семинара	Дата проведения
Роль начмеда в работе ЛПУ и выработке политики медицинского учреждения	15–19 сентября 2008 г.
Организация первичной медико-санитарной помощи	16–19 сентября 2008 г.
Экспертиза временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи	16–20 сентября 2008 г.
Медицинские осмотры и экспертиза профпригодности работающих: практические вопросы. Опыт Санкт-Петербурга	22–26 сентября 2008 г.
Медсестра — менеджер медицинского учреждения	22–26 сентября 2008 г.
Сестринское дело — практика обучения и подготовки специалистов. Опыт Санкт-Петербурга	22–26 сентября 2008 г.
Строительство и реконструкция объектов здравоохранения	22–26 сентября 2008 г.
Юридическое обеспечение медицинского учреждения	22–26 сентября 2008 г.
Управление медицинским учреждением. Поездка в Испанию	22–29 сентября 2008 г.
Оплата труда в здравоохранении	24–27 сентября 2008 г.
Организационно-методологическая работа в медицинском учреждении	29 сентября — 2 октября 2008 г.
Организация эффективного взаимодействия медицинской сестры с пациентом	29 сентября — 3 октября 2008 г.
Маркетинг как функция управления и развития медицинского учреждения	30 сентября — 3 октября 2008 г.
Медицинские услуги. Опыт Южной Кореи	5–13 ноября 2008 г.

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

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



ГЕНЕРАЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ МЕЖДУ ОБЩЕРОССИЙСКИМИ ОБЪЕДИНЕНИЯМИ ПРОФСОЮЗОВ, ОБЩЕРОССИЙСКИМИ ОБЪЕДИНЕНИЯМИ РАБОТОДАТЕЛЕЙ И ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2008–2010 ГОДЫ

Мы, нижеподписавшиеся, полномочные представители общероссийских объединений профсоюзов, общероссийских объединений работодателей и Правительства Российской Федерации, именуемые в дальнейшем Сторонами, заключили на основании Трудового кодекса Российской Федерации настоящее Генеральное соглашение (далее — Соглашение), устанавливающее общие принципы регулирования социально-трудовых и связанных с ними экономических отношений на федеральном уровне в 2008–2010 годах и совместные действия Сторон по их реализации.

Стороны ставят в числе приоритетных целей Соглашения проведение в предстоящий период социально-экономической политики, обеспечивающей право граждан на достойный труд, повышение качества жизни работников и их семей, сокращение масштабов бедности на основе устойчивого развития экономики, повышения ее конкурентоспособности и увеличения доходов организаций, роста производительности труда, стабильной занятости и гибкости рынка труда, безопасности рабочих мест, расширения возможностей профессионального и карьерного роста работников.

Соглашение является составной частью коллективно-договорного процесса в системе социального партнерства и служит основой для разработки и заключения отраслевых соглашений на федеральном уровне и региональных соглашений.

Стороны принимают на себя обязательства развивать взаимоотношения на основе принципов социального партнерства, коллективно-договорного регулирования социально-трудовых отношений, соблюдать определенные Соглашением обязательства и договоренности.

I. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

Стороны считают, что в предстоящий период экономическая политика государства должна быть ориентирована на реализацию мер, обеспечивающих динамичное развитие и повышение конкурентоспособности национальной экономики на основе учета долгосрочных стратегических интересов экономического развития, инвестиций в человеческий капитал, создания условий для самореализации граждан, повышения благосостояния населения, утверждения принципов открытой рыночной экономики, развития конкуренции на рынках товаров и услуг, обеспечения эффективной защиты прав собственности, повышения эффективности государственного управления. Стороны принимают на себя следующие обязательства:

1.1. Содействовать экономическому росту и повышению конкурентоспособности экономики, в том числе путем:

— создания условий и стимулов для модернизации и диверсификации производства товаров и услуг;

— внедрения эффективных механизмов стимулирования инвестиций и инноваций;

— стимулирования энергосбережения, рационального использования природных ресурсов, способствующих технологической модернизации, повышению инвестиционного спроса, расширению емкости внутреннего рынка;

— проведения структурных реформ и содействия модернизации отраслей экономики, в том числе оказывающих социальные услуги;

— совершенствования нормативного правового регулирования, направленного на повышение эффективности функционирова-



ния особых экономических зон, развитие информационных технологий, формирование и функционирование государственных институтов развития (банков развития, Инвестиционного фонда, венчурных фондов с государственным участием);

— реализации комплекса мер по поддержке приоритетных отраслей экономики, одновременно исключая негативные последствия реализации этих мер для других отраслей;

— учета интересов Сторон Соглашения при выработке позиции Российской Федерации на многосторонних торговых переговорах в рамках Всемирной торговой организации;

— повышения эффективности государственного управления с целью устранения административных барьеров, поддержки устойчивого долгосрочного развития.

1.2. Обеспечить в предстоящий период:

— переход на долгосрочное (5–20 лет) прогнозирование социально-экономического развития, включая прогноз развития трудовых ресурсов, существенное повышение качества прогнозирования;

— подготовку законопроекта по вопросам государственного прогнозирования социально-экономического развития Российской Федерации;

— проведение консультаций Сторон по основным параметрам концепции социально-экономического развития Российской Федерации на долгосрочную перспективу и программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу;

— обсуждение в рамках Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений (далее — Комиссия) хода реализации приоритетных национальных проектов и осуществление контроля за эффективным использованием средств, выделяемых из федерального бюджета на их реализацию.

1.3. Определить и реализовать меры, направленные на повышение уровня защиты

конкуренции и прав собственности, в том числе подготовить предложения по внесению изменений в Федеральный закон «О защите конкуренции», учитывающие правоприменительную практику, необходимость обеспечения эффективного баланса между экономически целесообразной концентрацией бизнеса и созданием среды для равной и справедливой конкуренции.

1.4. Реализовать меры в сфере проведения налоговой политики, обеспечивающие снижение налогового бремени на экономику, повышение стимулирующей функции налоговой системы в целях расширения экономической деятельности, диверсификации экономики и ее перехода на инновационный путь развития, в том числе меры, направленные на:

— повышение качества администрирования налога на добавленную стоимость (НДС) и упорядочение ситуации с его возмещением из бюджета при применении нулевой налоговой ставки, оптимизацию перечня операций, подлежащих освобождению от налогообложения НДС;

— введение института консолидированной налоговой отчетности при исчислении налога на прибыль организаций, применение нулевой ставки налога на прибыль организаций при получении дивидендов российскими лицами, применение повышающих коэффициентов в отношении основных фондов, используемых для осуществления научно-технической деятельности в целях стимулирования инновационной деятельности в экономике.

Провести в Комиссии консультации о внесении изменений в налоговое законодательство по вопросам снижения ставки НДС с возможностью ее унификации, введения отсрочки по уплате НДС для вновь вводимых производств, решения проблемы налогообложения НДС авансов.

Рассмотреть в Комиссии предложения по внесению изменений в налоговое законодательство, направленных на создание благоприятного налогового климата для создаваемых производств, в том числе по





предоставлению «налоговых каникул» по налогам на прибыль и на имущество организаций.

Стороны признают, что налогообложение фонда оплаты труда должно увязываться с реформой системы социального, медицинского и пенсионного страхования.

Стороны считают необходимым продолжить повышение размеров установленных законодательством Российской Федерации социальных налоговых вычетов при исчислении налога на доходы физических лиц, а также разработать предложения по введению дополнительных социальных налоговых вычетов, направленных на улучшение демографической ситуации в стране.

Стороны обязуются предварительно и в приоритетном порядке рассматривать в Комиссии подготавливаемые Правительством Российской Федерации законопроекты и иные нормативные правовые акты, регулирующие вопросы налогообложения юридических и физических лиц.

1.5. Реализовать меры, содействующие преодолению технологического отставания и ускоренному обновлению основных фондов, в том числе меры, направленные на:

- разработку концепции совершенствования амортизационной политики и законопроекта по вопросам формирования и проведения амортизационной политики в Российской Федерации, рассмотрев при этом возможность переоценки основных фондов для целей налогообложения;

- пересмотр сроков полезного использования основных фондов и состава амортизационных групп, а также размера амортизационной премии для отдельных амортизационных групп с учетом приоритетов экономического развития.

1.6. Осуществить меры, направленные на укрепление финансовой системы, развитие финансовых институтов, в том числе меры, обеспечивающие:

- создание условий для аккумулирования и трансформации имеющихся в экономике сбережений в инвестиции, прежде всего в

долго срочные, привлечения крупных средств из зарубежных источников, повышения уровня капитализации банковской системы;

- внедрение новых инструментов рефинансирования, развитие систем поручительства и гарантий, безналичных платежных систем;

- совершенствование банковского надзора, защиты прав кредиторов; соблюдение равенства условий конкуренции между кредитными институтами различных форм собственности;

- ускорение перехода на международные стандарты финансового учета, расчета капитала, оценки рисков.

1.7. При формировании и проведении государственной тарифной политики в сфере естественных монополий разработать и реализовать меры, направленные на:

- поэтапное сокращение перекрестного субсидирования в рамках формирования тарифов на электрическую и тепловую энергию, а также на соответствующие услуги с учетом развития рыночных отношений в естественных монополиях и предупреждение возможных негативных последствий ликвидации перекрестного субсидирования;

- содействие расширению сектора рыночной торговли в регулируемых государством видах экономической деятельности и зоны рыночного ценообразования, определение долгосрочной ценовой политики естественных монополий, в первую очередь в отношении цен на газ.

Стороны принимают на себя обязательства:

- проводить в Комиссии консультации по вопросам установления предельных уровней цен (тарифов) на продукцию (услуги) отраслей естественных монополий и жилищно-коммунального хозяйства; по вопросам, связанным с социальными последствиями проведения реформ в сфере естественных монополий и в жилищно-коммунальном хозяйстве, а также с осуществлением мер по адресной социальной поддержке низкодоходных групп населения;

- рассматривать в Комиссии вопросы о государственном контроле соблюдения установ-



ленных цен (тарифов) на продукцию (услуги) субъектов естественных монополий, предельных индексах изменения размера платы граждан за жилое помещение и коммунальные услуги, а также о реализации комплекса мер по повышению эффективности рыночных механизмов регулирования цен на нефтепродукты на внутреннем рынке.

1.8. Совершенствовать нормативную правовую базу и осуществлять мероприятия, направленные на рациональное использование и охрану природных ресурсов, предотвращение расхищения и бесконтрольной торговли природными ресурсами, в том числе лесосырьевыми, рыбными и другими ресурсами, минимизацию негативного воздействия хозяйственной деятельности на окружающую среду и сокращение выбросов парниковых газов.

1.9. Реализовать дополнительные меры, направленные на формирование отечественной системы технического регулирования. В этих целях Стороны обязуются:

- подготовить предложения о внесении изменений в Федеральный закон «О техническом регулировании» в целях его гармонизации с международными нормами;

- осуществить меры по активизации работы в сфере национальной и международной стандартизации путем привлечения представителей организаций к работе в технических комитетах, а также меры по созданию национальной системы аккредитации, интегрированной в международную систему аккредитации;

- организовать в установленном порядке проведение публичных обсуждений проектов технических регламентов, предусмотренных Программой разработки технических регламентов.

1.10. Содействовать дальнейшему развитию малого предпринимательства, в том числе путем совершенствования законодательной базы по вопросам налогообложения малых предприятий, улучшения налогового администрирования, обеспечения доступа к

нежилым помещениям, а также расширения государственной поддержки малого предпринимательства, включая развитие финансово-кредитной поддержки конкурентоспособности малых предприятий.

1.11. В области бюджетной политики:

- проводить в Комиссии консультации по основным социальным параметрам прогноза социально-экономического развития Российской Федерации и проекта федерального бюджета (в соответствии с согласованным Сторонами перечнем показателей согласно приложению № 1);

- учитывать при подготовке проекта федерального закона о федеральном бюджете обязательства, предусмотренные Соглашением, и предложения Комиссии, требующие финансирования из федерального бюджета;

- разработать механизм выделения из федерального бюджета на основании коллективных договоров средств для проведения культурно-массовой и физкультурно-оздоровительной работы среди федеральных государственных служащих и работников федеральных государственных учреждений, федеральных органов исполнительной власти, иных исполнительных органов.

1.12. Провести мониторинг финансового состояния стратегических организаций и их платежеспособности, в случае необходимости разработать и реализовать предложения по социальной поддержке работников указанных организаций.

II. ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА, ДОХОДЫ И УРОВЕНЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Стороны считают необходимым в предстоящий период разработать и реализовать комплекс мер, обеспечивающих право работника на достойный труд, повышение уровня реальной заработной платы работников в соответствии с ростом эффективности и производительности труда, совершенствование политики доходов и повышение уровня жизни населения.





Стороны способствуют совершенствованию организации труда и заработной платы, обеспечивающих повышение квалификации работников, рост производительности труда и устойчивое развитие экономики.

Стороны принимают на себя следующие обязательства:

2.1. Осуществить анализ социально-экономических последствий повышения с 1 сентября 2007 г. минимального размера оплаты труда до 2300 рублей в месяц и практики установления минимальной заработной платы в субъектах Российской Федерации в целях повышения минимального размера оплаты труда до величины прожиточного минимума трудоспособного населения с 1 декабря 2008 г. и провести в апреле 2008 г. консультации сторон Соглашения.

При этом повышение минимального размера оплаты труда должно быть произведено таким образом, чтобы оно не оказало негативного влияния на экономику Российской Федерации и экономическое положение субъектов Российской Федерации.

2.2. Ориентироваться при определении минимальной тарифной ставки (оклада) работников организаций, применяющих тарифные системы оплаты труда, на оптимизацию удельного веса тарифа в заработной плате для такой организации.

2.3. Обеспечивать своевременную разработку Комиссией единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников организаций, финансируемых из соответствующих бюджетов.

2.4. Обеспечить переход к новым системам оплаты труда в бюджетной сфере и рекомендовать гарантированный уровень оплаты труда для каждой профессиональной квалификационной группы в отраслевых соглашениях.

2.5. Разработать меры по защите материальных прав работников в случае неплатежеспособности работодателя.

2.6. В целях совершенствования организации заработной платы работников бюджетных

организаций, обеспечения более тесной увязки уровня оплаты труда с его качеством и результатами, сокращения дифференциации в оплате труда работников в бюджетном и внебюджетном секторах экономики разработать в рамках межведомственной рабочей группы Комиссии предложения по нормативному правовому обеспечению введения в 2008 году новых условий оплаты труда работников федеральных государственных учреждений на основе:

— установления Правительством Российской Федерации базовых окладов (базовых должностных окладов), базовых ставок заработной платы по профессиональным квалификационным группам;

— определения обоснованного соотношения величин базовых окладов по профессиональным квалификационным группам с целью обеспечения объективной дифференциации гарантированных размеров оплаты труда специалистов разного уровня квалификации;

— установления Правительством Российской Федерации перечня обязательных выплат компенсационного характера и перечня выплат стимулирующего характера.

2.7. Содействовать законодательному оформлению минимальных государственных социальных стандартов.

2.8. Подготовить предложения по совершенствованию методологии определения величины прожиточного минимума в целом по Российской Федерации и в субъектах Российской Федерации, в том числе с учетом зонирования (районирования) территории страны по условиям проживания населения.

III. РАЗВИТИЕ РЫНКА ТРУДА И СОДЕЙСТВИЕ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Стороны считают проведение государственной политики в области занятости населения, развития трудовых ресурсов, профессионального образования и подготовки кадров одним из национальных приоритетов и рассматривают повышение ее эффективности в неразрывной связи с решением задач социально-экономического развития, обеспе-



чения гарантий и учета интересов работников и работодателей.

3.1. Стороны обязуются способствовать:

— выводу из хозяйственного оборота неквалифицированных рабочих мест с низкой оплатой и неудовлетворительными условиями труда;

— созданию эффективных рабочих мест с достойной заработной платой и безопасными условиями труда, ежегодно проводить их мониторинг и учет;

— созданию современной и эффективной системы мониторинга учета рабочих мест, состояния условий и охраны труда на рабочих местах;

— созданию экономических условий для развития предпринимательства и самозанятости;

— сокращению нелегальной и теневой занятости населения, стимулированию легализации заработной платы.

3.2. Стороны считают необходимым:

— подготовить предложения по разработке национальной стратегии развития трудовых ресурсов и подготовки кадров с учетом Рекомендации Международной организации труда № 195 «О развитии людских ресурсов и подготовке кадров»;

— разработать прогнозы потребности экономики России в трудовых ресурсах в отраслевом, профессионально-квалификационном и региональном разрезе с учетом отраслевых и региональных стратегий развития;

— подготовить предложения по развитию национальной системы квалификаций, в том числе предложения, направленные на совершенствование национального классификатора профессий (занятий), модернизацию единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих (ЕТКС) и единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих (ЕКС), формирование системы признания и оценки результатов образования и обучения.

3.3. В целях улучшения функционирования рынка труда Стороны определяют и реализуют меры, направленные на:

— развитие государственной (национальной) системы профессиональной ориентации молодежи и взрослого населения;

— совершенствование услуг государственной службы занятости, предоставляемых гражданам и работодателям, формирование регистра получателей государственных услуг в сфере занятости населения, включающего сведения о гражданах и работодателях, обратившихся в органы службы занятости населения;

— развитие общенациональной системы информации о рынках труда, отвечающей реальным потребностям работников, работодателей и государства в качественной и доступной информации о состоянии и динамике развития рынков труда, подготовку информационно-аналитического сборника «Атлас профессий»;

— осуществление регулярной оценки (мониторинга) качества государственных услуг, предоставляемых работникам и работодателям по поиску подходящей работы и подходящих работников на основе данных регистра получателей государственных услуг в сфере занятости населения.

3.4. Стороны осуществляют меры, обеспечивающие реализацию мероприятий Концепции действий на рынке труда на 2007–2010 годы с учетом прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на этот период.

3.5. Стороны рекомендуют предусматривать в региональных и отраслевых соглашениях обязательства Сторон по вопросам расширения перечня услуг в области занятости населения, разработки и реализации региональных программ содействия занятости населения по приоритетным направлениям развития рынка труда, отраслевых программ развития занятости, программ содействия занятости граждан, находящихся под риском увольнения.

3.6. Правительство Российской Федерации обеспечит в полном объеме бюджетное финансирование (в виде субвенций из феде-





рального бюджета) осуществления переданных субъектам Российской Федерации полномочий в сфере занятости населения.

3.7. Стороны ежегодно при формировании федерального бюджета обязуются проводить в рамках Комиссии консультации по вопросу ежегодной индексации минимального и максимального размеров пособия по безработице.

3.8. В целях повышения эффективности внешней трудовой миграции Стороны обязуются:

- ежегодно рассматривать в Комиссии вопросы, связанные с проведением миграционной политики;

- проводить оценку эффективности использования иностранной рабочей силы;

- проводить консультации по вопросам установления квот на привлечение и использование иностранной рабочей силы на основе потребности регионов и секторов экономики в трудовых ресурсах в профессионально-квалификационном разрезе;

- проводить в Комиссии консультации по проектам законодательных и иных нормативных правовых актов, регулирующих вопросы трудовой иммиграции.

3.9. Стороны разработают и реализуют меры, направленные на повышение уровня территориальной мобильности трудовых ресурсов (внутренней трудовой миграции).

3.10. Стороны считают необходимым разработать меры по повышению престижа рабочих профессий и поддерживают проведение ежегодного всероссийского конкурса профессионального мастерства «Профессионал года».

3.11. Стороны разработают и реализуют меры, направленные на повышение качества рабочей силы, адаптацию системы профессионального образования к потребностям экономики, в том числе по вопросам:

- перспектив развития начального и среднего профессионального образования;

- экономического стимулирования участия работодателей в развитии профессио-

нального образования, в организации внутрипроизводственного профессионального обучения;

- развития механизмов образовательного кредитования, его государственной поддержке, экономического стимулирования профессиональных учебных заведений в трудоустройстве выпускников по полученной профессии (специальности);

- определения прав работодателей, их объединений на участие в формировании политики в области профессионального образования и обучения, национальной системы квалификаций, независимой оценке качества (результатов) образования, в формировании профессиональных и образовательных стандартов.

3.12. Стороны считают, что уровень общей безработицы не должен превышать в 2008 году 7,2%, в 2009 году — 7% и в 2010 году — 6,8% от численности экономически активного населения.

IV. СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ, СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, ОТРАСЛИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

В целях формирования современной и эффективной системы обязательного социального страхования работающих граждан на основе страховых принципов, создания условий для развития добровольного страхования Стороны принимают на себя следующие обязательства:

4.1. Продолжить совместную работу по реформированию системы обязательного социального страхования, определить приоритеты и инициировать разработку законодательных и иных нормативных правовых актов по ее развитию, устанавливающих:

- дальнейшее законодательное развитие страховых принципов социальной защиты работающих, разграничение обязательств и источников финансирования системы обязательного социального страхования работников и системы государственного социального обеспечения граждан;



— перевод обязательств нестрахового характера государственных внебюджетных фондов на бюджетное финансирование;

— введение в практику формирования средств государственных внебюджетных фондов экономического обоснования на основе актуарных расчетов, предусматривающих соответствие размеров страховых взносов объему страховых обязательств, обеспечивающих согласованный социальными партнерами уровень замещения заработка работника;

— более тесную взаимосвязь между тарифами страховых взносов на обязательное социальное страхование и размерами страховых выплат;

— реальные механизмы участия субъектов страхования в формировании и управлении страховыми средствами, контроле за их целевым расходованием, в том числе на региональном уровне;

— благоприятный и эффективный налоговый режим для расширения доступа к негосударственному корпоративному и добровольному страхованию;

— расширение возможностей участия негосударственных страховых компаний в обязательном социальном страховании.

4.2. Рассмотреть при реформировании обязательного социального страхования возможность повышения уровня возмещения утраченного заработка при обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам.

4.3. Рассматривать в Комиссии до внесения в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации проекты федеральных законов о бюджетах Пенсионного фонда Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования Российской Федерации, а также предложения по страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Ежегодно заслушивать информацию государственных внебюджетных фондов о поступ-

лении и расходовании страховых средств за предыдущий год.

4.4. Определить и реализовать меры по развитию пенсионной системы в Российской Федерации, обеспечению ее финансовой устойчивости на основе реальных механизмов социального страхования, направленные на:

— совершенствование тарифной политики обязательного пенсионного страхования;

— выведение базовой части пенсии в систему государственного пенсионного обеспечения и обеспечение ее финансирования за счет бюджетных средств;

— развитие накопительных принципов формирования пенсий и стимулирование добровольных платежей на пенсионное обеспечение;

— усиление роли негосударственных институтов в пенсионной системе;

— совершенствование налогообложения субъектов отношений по негосударственному пенсионному обеспечению, установление для работодателей и работников благоприятного налогового режима в целях расширения доступа граждан к добровольному негосударственному пенсионному обеспечению и страхованию;

— совершенствование механизмов и расширение инструментов инвестирования средств пенсионных резервов и пенсионных накоплений;

— устранение неравенства прав застрахованных лиц по отношению к накопительным пенсиям.

4.5. Рассматривать возможность повышения уровня замещения трудовой пенсией утраченного заработка работника и его доведения до норм, рекомендуемых Международной организацией труда.

4.6. Рассмотреть целесообразность и возможность создания в рамках системы обязательного пенсионного страхования обособленных систем для работников отдельных отраслей и форм занятости.

4.7. Содействовать принятию решений по финансированию досрочного пенсионного обеспечения в связи с особыми условиями





труда через профессиональные пенсионные системы при соблюдении условий их обязательности, государственных гарантий сохранности средств в них.

4.8. Определить и реализовать меры, направленные на обеспечение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, включая:

- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения;

- повышение доступности медицинских услуг за счет расширения возможностей участия негосударственных медицинских организаций в программах обязательного медицинского страхования.

Способствовать разработке и принятию новой редакции Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании», предусматривающей страхование лекарственного обеспечения застрахованных лиц.

4.9. Определить и реализовать меры, направленные на дальнейшее развитие системы добровольного медицинского страхования, в том числе за счет исключения из налогооблагаемой базы сумм взносов работодателей по договорам добровольного медицинского страхования.

4.10. Содействовать распространению опыта реализации корпоративных социальных программ, направленных на поддержание здоровья на рабочем месте, включая профилактику социально значимых заболеваний, в том числе заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), проведение вакцинации работников от вирусных инфекционных заболеваний.

4.11. Ежегодно заслушивать информацию Федерального фонда обязательного медицинского страхования о результатах дополнительной диспансеризации работающих граждан и информацию Фонда социального страхования Российской Федерации по проведению углубленных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными или опасными производственными факторами.

4.12. Содействовать формированию законодательной базы в сфере здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта.

4.13. Разработать и реализовать комплекс мер, направленных на обеспечение охраны материнства и детства, социальную поддержку женщин и лиц с семейными обязанностями, а также работающих инвалидов и ветеранов труда.

4.14. Рассмотреть предложения о механизмах обеспечения санаторно-курортного лечения и оздоровления работников и членов их семей, отдыха и оздоровления детей и подростков.

4.15. Рассмотреть предложения о мерах по поддержке деятельности стационарных детских оздоровительных учреждений, включая вопросы землепользования и налогообложения.

4.16. Обеспечивать согласование уровня и объемов базовых социальных услуг и социальных гарантий, в том числе льгот, гарантий и компенсаций, установленных для работников бюджетной сферы, при подготовке соответствующих нормативных правовых актов.

4.17. Считая главной задачей государственной жилищной политики создание условий для осуществления гражданами их конституционных прав на жилище, а основной целью современных преобразований в жилищной сфере — обеспечение доступности жилья и создание безопасных и комфортных условий проживания в нем, Стороны договариваются о следующем:

4.17.1. Подготовить предложения по нормативному и экономическому обоснованию новых подходов к принципам создания (строительство, модернизация, реконструкция) и предоставления жилищных фондов социального использования, предоставляемых в наем различным категориям граждан, нуждающихся в улучшении жилищных условий, и развитию организационно-правовых форм по его содержанию.

4.17.2. Подготовить предложения по внесению изменений в систему организации



управления жилищным фондом в целях диверсификации задач, форм и методов управления и обеспечения в случае необходимости публичного контроля видов, стоимости и качества предоставляемых услуг.

4.17.3. Добиваться, начиная с 2008 года, поэтапного снижения федерального норматива максимально допустимой доли расходов на оплату жилья и коммунальных услуг в совокупном доходе семьи.

V. УСЛОВИЯ И ОХРАНА ТРУДА, ПРОМЫШЛЕННАЯ И ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Рассматривая вопросы условий и охраны труда, промышленной и экологической безопасности в качестве приоритетных направлений сотрудничества и условий обеспечения достойного труда, Стороны обязуются:

5.1. Определить меры по совершенствованию норм Трудового кодекса Российской Федерации в части обеспечения безопасных условий и охраны труда, а также механизм их реализации.

5.2. Разработать предложения по внесению изменений в законодательство Российской Федерации, в том числе в законодательство о страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и налоговое законодательство, направленные на повышение экономической заинтересованности работодателей в проведении мероприятий по охране труда и здоровья работников, усиление ответственности работодателей за создание безопасных условий труда и работников — за соблюдение правил безопасности труда, применение средств индивидуальной и коллективной защиты.

5.3. Подготовить и обеспечить реализацию программы действий по улучшению условий и охраны труда, направленных на снижение смертности от производственного травматизма и предотвращение возникновения профессиональных заболеваний, включая совершенствование:

- порядка проведения аттестации рабочих мест, а также обязательных профилактических медицинских осмотров работников;
- порядка установления страховых тарифов (использование индивидуального страхового тарифа в зависимости от состояния условий и охраны труда в организации);
- системы государственного учета и отчетности производственного травматизма и профессиональной заболеваемости и состояния условий труда.

5.4. Совершенствовать систему бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, выполняемых в особых температурных условиях или связанных с загрязнением, сертифицированных спецодежды, спецобуви, а также смывающих, обезвреживающих и других средств индивидуальной защиты в соответствии с типовыми нормами.

5.5. Развивать и совершенствовать систему обучения по охране труда отдельных категорий застрахованных работников за счет внедрения новых прогрессивных форм обучения, с учетом отраслевой специфики.

5.6. Сформировать систему аккредитации организаций, оказывающих услуги в области охраны труда, разработать обязательные требования к организациям в зависимости от вида оказываемых услуг и видов экономической деятельности работодателя.

5.7. Определить и реализовать меры, направленные на уменьшение негативного воздействия на окружающую среду, обеспечивающие:

- устранение избыточных административных барьеров при осуществлении нормирования негативного воздействия на окружающую среду при осуществлении хозяйственной деятельности, взимании платы за указанное воздействие и обеспечение государственного мониторинга окружающей среды;
- совершенствование нормативных правовых актов в области обращения с отходами производства и потребления, разработку





Концепции обращения с отходами производства и потребления в Российской Федерации;

— дальнейшее упорядочение и повышение эффективности природоресурсной и природо-охранной деятельности, ускорение принятия законодательных и иных нормативных правовых актов, направленных на экономическое стимулирование экологической деятельности хозяйствующих субъектов Российской Федерации;

— упрощение системы отчетности для субъектов малого и среднего предпринимательства при осуществлении платы за негативное воздействие на окружающую среду.

5.8. Рассмотреть возможность устранения ущерба окружающей среде, нанесенного в результате деятельности государственных предприятий до 1993 года, за счет бюджетного финансирования целевых экологических программ.

VI. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СЕВЕРНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ

Стороны договорились о необходимости осуществления мер, направленных на сохранение производственного потенциала, развитие производительных сил северных регионов Российской Федерации и обеспечение социальных гарантий гражданам, работающим и проживающим в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях. В этих целях:

6.1. Подготовить предложения по разработке концепции районирования территории Российской Федерации по условиям хозяйствования, включая установление границ арктической зоны, и принятие федерального закона об Арктике.

6.2. Подготовить предложения по вопросам совершенствования государственной политики в области социально-экономического развития северных регионов Российской Федерации, ориентации ее на решение проблем модернизации и диверсификации структуры экономики северных территорий, разви-

тие инвестиционной и инновационной активности, дальнейшее развитие инфраструктуры территорий, в том числе на основе частно-государственного партнерства.

6.3. Разработать предложения по совершенствованию государственной политики в сфере регулирования миграционных процессов с целью преодоления негативных демографических тенденций в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, включая создание эффективной системы привлечения и закрепления работников в организациях, испытывающих дефицит рабочей силы.

6.4. Подготовить предложения по развитию программ содействия занятости работников, высвобождаемых в связи с реструктуризацией градообразующих организаций, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях.

6.5. Рассмотреть в Комиссии вопросы и подготовить предложения, связанные с установлением размеров районных коэффициентов к заработной плате работников организаций, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, и порядком их применения с учетом новых границ субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

6.6. В целях закрепления проживания и работы молодежи в северных регионах Российской Федерации разработать предложения по установлению лицам в возрасте до 30 лет процентной надбавки к заработной плате в полном размере с первого дня их работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях при условии, если они прожили в указанных районах не менее 5 лет.

6.7. Определить и реализовать меры по обеспечению гражданам, работающим и проживающим в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, широкого доступа к качественным образовательным, транспортным, культурным, медицинским и другим социальным услугам.

6.8. В рамках проведения пенсионной реформы продолжить работу по внесению



изменений в Федеральные законы «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и «Об увеличении базовой части трудовой пенсии лицам, проживающим в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях», в том числе изменений, направленных на:

- обеспечение трудовой пенсии в размере, адекватном трудовому вкладу работника и величине уплачиваемых налогов (страховых взносов) с заработной платы работников северных регионов Российской Федерации;

- сохранение жителям северных регионов Российской Федерации повышенной базовой части трудовой пенсии с учетом районных коэффициентов при выезде их за пределы районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей.

6.9. Разработать предложения по усилению социальной защиты детей, проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, включая обеспечение доступности летнего отдыха в регионах с благоприятными природно-климатическими условиями, имея в виду увеличение продолжительности отдыха, возмещение за счет средств различных источников расходов на его оплату и проезд к месту отдыха и обратно.

VII. СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО И КООРДИНАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ СТОРОН СОГЛАШЕНИЯ

Стороны считают необходимым обеспечить в предстоящий период дальнейшее развитие системы социального партнерства и повышение его эффективности.

7.1. Стороны обязуются реализовать следующие меры, направленные на повышение роли Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений в согласовании интересов Сторон:

- проводить в рамках Комиссии консультации по вопросам формирования и проведения социально-экономической политики;

- обеспечить безусловное выполнение норм Трудового кодекса Российской Федерации, касающихся участия Комиссии в под-

готовке и обсуждении проектов законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам социально-трудовых и связанных с ними экономических отношений, разрабатываемых федеральными органами государственной власти, учета по ним мнения Комиссии:

- проекты законодательных, нормативных правовых и иных актов федеральных органов исполнительной власти в сфере труда, а также документы и материалы, необходимые для их обсуждения, направляются Правительством Российской Федерации, федеральными органами государственной власти на рассмотрение в Комиссию до их внесения в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации или до принятия по ним решения Правительством Российской Федерации;

- решения Комиссии, а при наличии неурегулированных разногласий — мнения ее Сторон в отношении направленных в Комиссию проектов законодательных, нормативных правовых и иных актов федеральных органов исполнительной власти в сфере труда, в обязательном порядке доводятся до сведения Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации и подлежат обязательному рассмотрению Правительством Российской Федерации, федеральными органами государственной власти.

Содействовать созданию при федеральных органах исполнительной власти постоянных и временных рабочих групп, комиссий и общественных советов, а также участию в них представителей общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов.

7.2. В целях дальнейшего развития системы социального партнерства Стороны обязуются продолжить совместную работу по:

- совершенствованию трудового законодательства, разработке нормативных правовых актов, связанных с реализацией положений Трудового кодекса Российской Федерации, обеспечению активного участия





представителей Сторон Комиссии в работе постоянно действующей рабочей группы Комитета Государственной Думы по труду и социальной политике по обобщению правоприменительной практики и подготовке предложений по дальнейшему совершенствованию трудового законодательства;

- подготовке к ратификации Европейской социальной хартии (пересмотренной).

7.3. Стороны обязуются:

- рассмотреть разработанную общероссийскими объединениями профсоюзов систему «Единая переговорная кампания»;

- проводить мониторинг и анализ опыта заключения соглашений на отраслевом, региональном, межрегиональном и территориальном уровнях, а также работы органов социального партнерства;

- подготовить предложения по разработке механизмов дальнейшего совершенствования социального партнерства в бюджетной сфере;

- содействовать развитию связей Комиссии с трехсторонними комиссиями по регулированию социально-трудовых отношений субъектов Российской Федерации.

7.4. В целях распространения принципов социального партнерства Стороны принимают на себя следующие обязательства:

- содействовать созданию объединений работодателей, в том числе инициировать внесение изменений в нормативные правовые акты, предусматривающие упрощение финансовой отчетности для объединений работодателей, отнесение для целей налогообложения в состав прочих расходов, связанных с производством и реализацией, затрат работодателей в виде сумм добровольных членских взносов в объединения работодателей, созданные в соответствии с Федеральным законом «Об объединениях работодателей»;

- содействовать развитию практики коллективно-договорного регулирования трудовых отношений в организациях малого бизнеса;

- содействовать развитию механизмов досудебного и внесудебного разрешения трудовых споров, в том числе созданию спе-

циализированных учреждений по разрешению коллективных трудовых споров;

- включить в государственный стандарт высшего профессионального образования дисциплины: «Регулирование социально-трудовых отношений на принципах социального партнерства» и «Основы социального государства»;

- частично финансировать за счет средств федерального бюджета Академию труда и социальных отношений и Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов — базовые научные и учебно-методические профсоюзные центры в сфере социально-трудовых отношений.

7.5. Стороны принимают все зависящие от них меры по урегулированию коллективных трудовых споров, возникающих в области социально-трудовых отношений.

7.6. Правительство Российской Федерации и общероссийские объединения работодателей гарантируют невмешательство в деятельность профсоюзов, соблюдение прав профсоюзов в соответствии с Федеральным законом «О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности» и Трудовым кодексом Российской Федерации, не препятствуют созданию и функционированию профсоюзов в организациях.

7.7. Стороны, признавая солидарную социальную ответственность Правительства Российской Федерации, общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов как одно из условий экономического и социального развития, считают необходимым реализовать меры, направленные на более четкое разграничение социальной роли и ответственности участников социального партнерства.

Стороны при этом исходят из того, что:

- участие работодателей в решении социальных задач не может быть заменой государственных обязательств;

- социальные инициативы работодателей, предпринимаемые сверх законодательно установленных обязательств, основываются исключительно на принципах добровольности.



Стороны считают необходимым поддержать инициативы общероссийских объединений работодателей в области корпоративной социальной ответственности, а также развивающуюся практику подготовки организациями социальных (нефинансовых) отчетов.

7.8. Стороны содействуют развитию отношений с Международной организацией труда, обеспечивают реализацию Программы сотрудничества между Российской Федерацией и Международной организацией труда на 2006–2009 годы, а также содействуют участию в разработке и обсуждении документов этой организации.

Стороны обязуются провести анализ правоприменительной практики реализации ратифицированных конвенций Международной организации труда.

7.9. Стороны принимают на себя обязательства рассмотреть в Комиссии вопросы, связанные с ратификацией Российской Федерацией конвенций Международной организации труда и других международных актов согласно Приложению № 2.

7.10. Правительство Российской Федерации регулярно проводит мониторинг качества и уровня жизни населения по согласованному Сторонами перечню показателей и один раз в полугодие информирует Комиссию о динамике основных социально-экономических показателей мониторинга качества и уровня жизни населения согласно Приложению № 3.

7.11. Федеральная служба государственной статистики и ее территориальные органы представляют профсоюзным объединениям и объединениям работодателей статистическую информацию, необходимую для проведения переговоров, на бесплатной основе в объемах и в сроки, которые предусмотрены федеральным планом статистических работ на очередной год.

7.12. В целях освещения деятельности Комиссии и хода реализации Соглашения Стороны обеспечивают регулярную публи-

кацию в средствах массовой информации материалов, посвященных развитию социального партнерства и проблемам социально-трудовых отношений в Российской Федерации.

7.13. Каждая из Сторон в 3-месячный срок после подписания Соглашения разрабатывает и представляет в Комиссию план мероприятий, необходимых для реализации принятых обязательств, с указанием конкретных сроков и ответственных за исполнение членов Комиссии.

Стороны принимают на себя обязательства ежегодно разрабатывать план совместных действий по реализации Соглашения.

7.14. Рабочие группы Комиссии один раз в полугодие готовят на основе представляемых Сторонами сведений и анализа реализации Соглашения информацию о ходе выполнения Соглашения, вносят предложения о ее рассмотрении на заседаниях Комиссии.

Комиссия ежегодно рассматривает ход выполнения положений Соглашения.

7.15. Стороны договорились, что изменения вносятся в Соглашение в следующем порядке:

— Сторона, проявившая инициативу по внесению изменений, направляет в Комиссию в письменной форме предложение о начале переговоров с перечнем конкретных изменений;

— после получения соответствующего предложения одной из Сторон переговоры Сторон должны быть проведены в течение одного месяца;

— изменения вносятся в Соглашение по решению Комиссии.

7.16. В случае, если Стороны не заключили соглашение на последующий период, они принимают решение о продлении настоящего Соглашения.

7.17. Текст Соглашения публикуется в «Российской газете» в 2-недельный срок после его подписания.



ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОГНОЗА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ПРОЕКТА ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА, ПО КОТОРЫМ ПРОВОДЯТСЯ КОНСУЛЬТАЦИИ СТОРОН

В качестве основных показателей, характеризующих социальную направленность и результативность бюджетной политики и подлежащих обсуждению в рамках проведения Сторонами консультаций по основным социальным параметрам прогноза социально-экономического развития Российской Федерации и проекта федерального бюджета, предлагаются следующие.

Показатели прогноза социально-экономического развития Российской Федерации:

- фонд заработной платы;
- доля заработной платы в валовом внутреннем продукте;
- индексация оплаты труда работников федеральных государственных учреждений;
- номинальная и реальная начисленная среднемесячная заработная плата на одного работника в целом по экономике;
- реальные располагаемые денежные доходы населения;
- прожиточный минимум в среднем на душу населения и в разрезе социально-демографических групп населения (трудоспособные, пенсионеры, дети);
- уровень жизни населения (численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума);
- общая численность безработных;
- уровень безработицы в процентах к экономически активному населению;
- уровень регистрируемой безработицы.

Показатели проекта федерального бюджета:

- расходы федерального (консолидированного) бюджета на социальную сферу;
- увеличение расходов федерального (консолидированного) бюджета на социально-культурную сферу в сравнении с прогнозируемыми темпами инфляции;
- финансовая помощь другим бюджетам бюджетной системы и доля получаемых субъектами Российской Федерации дотаций из федерального бюджета в консолидированном бюджете субъекта;
- доля социальных затрат в общей структуре расходов федерального (консолидированного) бюджета (включая ее дифференциацию — на образование, здравоохранение и физическую культуру, культуру и искусство, социальное обеспечение, науку), в том числе в процентах к валовому внутреннему продукту;
- минимальный размер оплаты труда (МРОТ) и его соотношение с прожиточным минимумом трудоспособного населения;
- сведения об оплате труда работников федеральных государственных учреждений;
- объем средств федерального (консолидированного) бюджета, направляемых на реализацию мероприятий по содействию занятости;
- социальная классификация расходов федерального (консолидированного) бюджета по социальным адресам получателей государственных средств (социальная экспертиза расходов федерального бюджета, направляемых на решение конкретных социальных задач, — сокращение бедности, повышение рождаемости и снижение смертности, поддержку материнства и детства, инвалидов и др.).



ПЕРЕЧЕНЬ КОНВЕНЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА И ДРУГИХ МЕЖДУНАРОДНЫХ АКТОВ

1. Конвенция № 42 «О возмещении в случаях профессиональных заболеваний» (1934 год).
2. Конвенция № 97 «О трудящихся-мигрантах» (1949 год).
3. Конвенция № 102 «О минимальных нормах социального обеспечения» (1952 год).
4. Конвенция № 117 «Об основных целях и нормах социальной политики» (1962 год).
5. Конвенция № 128 «О пособиях по инвалидности, по старости и по случаю потери кормильца» (1967 год).
6. Конвенция № 130 «О медицинской помощи и пособиях по болезни» (1969 год).
7. Конвенция № 131 «Об установлении минимальной заработной платы с особым учетом развивающихся стран» (1970 год).
8. Конвенция № 140 «Об оплачиваемых учебных отпусках» (1974 год).
9. Конвенция № 143 «О злоупотреблениях в области миграции и об обеспечении трудящимся-мигрантам равенства возможностей и обращения» (1975 год).
10. Конвенция № 144 «О трехсторонних консультациях для содействия применению международных трудовых норм» (1976 год).
11. Конвенция № 154 «О содействии коллективным переговорам» (1981 год).
12. Конвенция № 157 «Об установлении международной системы сохранения прав в области социального обеспечения» (1982 год).
13. Конвенция № 158 «О прекращении трудовых отношений по инициативе предпринимателя» (1982 год).
14. Конвенция № 161 «О службах гигиены труда» (1985 год).
15. Конвенция № 168 «О содействии занятости и защите от безработицы» (1988 год).
16. Конвенция № 173 «О защите требований трудящихся в случае неплатежеспособности предпринимателя» (1992 год).
17. Конвенция № 174 «О предотвращении крупных промышленных аварий» (1993 год).
18. Конвенция № 175 «О работе на условиях неполного рабочего времени» (1994 год).
19. Конвенция № 183 «Об охране материнства» (2000 год).
20. Конвенция № 184 «О безопасности и гигиене труда в сельском хозяйстве» (2001 год).
21. Конвенция № 187 «Об основах, содействующих безопасности и гигиене труда» (2006 год).
22. Конвенция о труде в морском судоходстве (2006 год).
23. Протокол 2003 года «Уведомление о несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваний и их регистрации» к Конвенции № 155 «О безопасности и гигиене труда в промышленной среде» (1981 год).
24. Роттердамская конвенция о процедуре предварительного обоснованного согласования в отношении отдельных опасных химических веществ и пестицидов в международной торговле (ООН, г. Роттердам, 10 сентября 1998 года).
25. Стокгольмская конвенция о стойких органических загрязнителях.



ОСНОВНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА И УРОВНЯ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

1. Валовой внутренний продукт
2. Инвестиции в основной капитал
3. Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на социально-культурные мероприятия*
4. Численность постоянного населения*
5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении*
6. Общий коэффициент рождаемости
7. Общий коэффициент смертности
8. Естественный прирост (убыль) населения
9. Денежные доходы в среднем на душу населения
10. Реальные располагаемые денежные доходы
11. Начисленная среднемесячная заработная плата (номинальная, в целом по экономике, по видам экономической деятельности, реальная)
12. Просроченная задолженность по заработной плате
13. Доля оплаты труда наемных работников в валовом внутреннем продукте
14. Среднемесячный размер назначенных пенсий (номинальный, реальный)
15. Прожиточный минимум в среднем на душу населения, в том числе по социально-демографическим группам населения (трудоспособное население, пенсионеры, дети)
16. Отношение к прожиточному минимуму среднедушевых доходов, среднемесячной заработной платы, среднего размера назначенных месячных пенсий
17. Численность населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума
18. Соотношение доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения
19. Индекс потребительских цен
20. Доля расходов на питание в потребительских расходах домашних хозяйств
21. Численность экономически активного населения (на конец периода)
22. Численность занятых в экономике
23. Распределение занятого населения по статусу, по видам экономической деятельности
24. Общая численность безработных
25. Численность зарегистрированных безработных
26. Число зарегистрированных безработных на одну вакансию, заявленную организациями в органы государственной службы занятости (на конец периода)
27. Численность граждан, трудоустроенных при содействии органов государственной службы занятости (за период с начала года)
28. Направлено на профессиональное обучение органами государственной службы занятости
29. Число регионов с напряженной ситуацией на рынке труда*
30. Численность официальных трудовых мигрантов, в том числе из стран СНГ
31. Удельный вес работников, занятых во вредных и опасных условиях труда, в том числе женщин*
32. Производственный травматизм, в том числе со смертельным исходом*
33. Основные виды профессиональных заболеваний*
34. Объем отгруженных товаров собственного производства, выполненных работ и услуг собственными силами в разрезе видов экономической деятельности: «добыча полезных ископаемых», «обрабатывающие производства», «производство и распределение электроэнергии, газа и воды»
35. Минимальный размер оплаты труда
36. Базовые оклады (базовые должностные оклады), базовые ставки заработной платы работников федеральных государственных учреждений

* Ежегодно

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ УПРАВЛЕНИЯ
ИННОВАЦИОННО - ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ КОМПАНИЯ RMA
объявляют набор на специализацию

Менеджмент в медицинском бизнесе и индустрии красоты

ЦЕЛЬ

Подготовка нового поколения руководителей коммерческих медицинских, эстетических, оздоровительных центров и собственников бизнеса в этой области, способных эффективно использовать в своей профессиональной деятельности новейшие бизнес-технологии.


ОБУЧЕНИЕ

- вечерняя форма, 1 год
- начало – октябрь 2008 г.
- государственный диплом



☎ (495) 786-88-95

WWW.RMA.RU



Innovations by InterSystems

Лучшие больницы мира используют программное обеспечение от InterSystems

INTERSYSTEMS

InterSystems – признанный мировой лидер в разработке программного обеспечения для здравоохранения. Наши продукты надежны и экономичны, именно поэтому они поддерживают работу критически важных приложений в крупнейших лечебных учреждениях 87 стран мира, включая Россию и США.

Наши продукты:

- **Caché®** Высокопроизводительная объектная СУБД, технология #1 на рынке систем управления базами данных для здравоохранения. В России на базе Caché создано несколько десятков тиражируемых программных продуктов для медицины.
- **Ensemble®** Платформа для интеграции приложений. По отчетам ведущего независимого аналитического агентства KLAS, специализирующегося на рынке организаций здравоохранения, Ensemble второй год становится лучшим средством интеграции.
- **HealthShare™** Платформа для построения региональных и национальных электронных историй болезни, HealthShare была выбрана для инновационных проектов по созданию единых медицинских информационных пространств в таких странах как Нидерланды, Финляндия, Бразилия, США и другими.
- **TrakCare™** Медицинская информационная система нового поколения, воплотившая в себе многолетний опыт эксплуатации информационных систем в лечебных учреждениях 25 стран мира.

InterSystems.ru