

ISSN 1811-0185

# Менеджер здравоохранения

№2. 2009



## Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003

# **Ф**ЕДЕРАЛЬНАЯ **М**ЕДИЦИНСКАЯ **С**ПРАВОЧНАЯ



(495) 9214066  
[www.mcramn.ru](http://www.mcramn.ru)

## **КРУГЛОСУТОЧНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ**

- медицинские услуги и условия их получения
- тарифы на услуги
- программы и преимущества добровольного страхования

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

- запись на исследования
- запись к специалистам
- госпитализация в ведущие медицинские учреждения
- выезд врача-специалиста на дом или в офис
- «скорая помощь» на дом или в офис
- сопровождение больных при транспортировке
- УЗИ, рентген, анализы на дому, сиделки
- вакцинация в трудовых коллективах

## **ОБСЛУЖИВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

- оценка рынка медицинских услуг, маркетинговые программы для повышения «привлекательности»
- рекламная поддержка
- формирование потока пациентов
- расчет стоимости медицинских услуг
- страхование профессиональной ответственности медицинских работников

## **УНИКАЛЬНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ:**

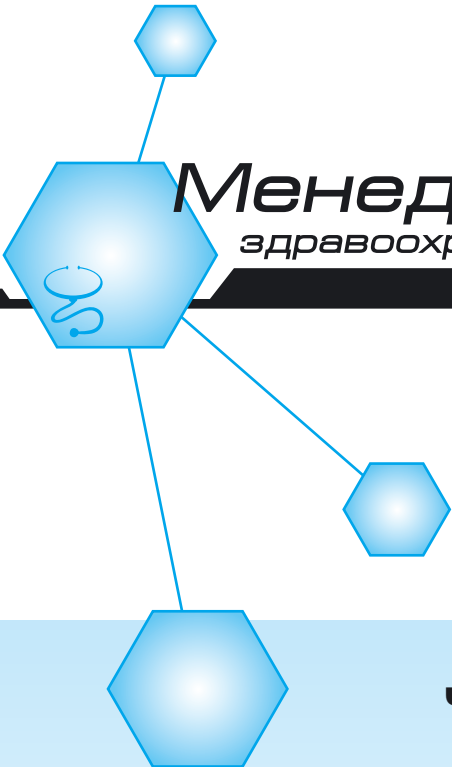
**МЕДИЦИНСКИЙ ОРГАНАЙЗЕР ВРАЧА**

[www.medorganizer.ru](http://www.medorganizer.ru)

**ЭЛЕКТРОННАЯ КАРТА ЗДОРОВЬЯ**

[www.zdravkarta.ru](http://www.zdravkarta.ru)





# Менеджер

здравоохранения

## ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Антикризисное управление в системе национального здравоохранения**
- ✓ **Организация лекарственного обеспечения многопрофильного стационара в условиях кризиса: проблемы и возможные решения**
- ✓ **Организация работы мобильного медицинского пункта экстренной медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях**
- ✓ **Законодательные аспекты подготовки и переподготовки кадров в сфере здравоохранения**
- ✓ **Создание научно-методических центров подготовки специалистов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи как пример частно-государственного партнерства в здравоохранении**

# Менеджер здравоохранения

**Главный редактор:**

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,  
академик РАМН, профессор

**Заместитель главного редактора:**

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

**Шеф-редактор:**

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

**Редакционная коллегия:**

АНУФРИЕВ Сергей Анатольевич,  
к.м.н., исполнительный директор «Ассоциации клиник Санкт-Петербурга»

ВИНОГРАДОВ Константин Анатольевич,  
д.м.н., профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и фармации  
Красноярской государственной медицинской академии

№ 2  
2009

## В номере:

### ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Подведены итоги голосования и определены победители в номинации «Наиболее актуальная консультация 2008 года» Издательского дома «Менеджер здравоохранения»

4–5

### РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реализация пилотного проекта, направленного на улучшение качества медицинских услуг в здравоохранении

Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, Н.В. Данилова

6–10

### ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Механизмы возмещения затрат и финансирования стационарной помощи на конечный результат — пролеченного больного в добровольном медицинском страховании

Часть 2. Подходы к обоснованию системы нормативной оплаты и адекватного формирования тарифов на стационарные услуги в добровольном медицинском страховании

С.А. Мартынчик, Д.Л. Тимчинский, Е.Л. Потемкин

11–20

### ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И КРИЗИС

- ФСС не боится перерасходовать бюджет по больничным из-за «кризисных пациентов»
- Целеустремленность снижает риск смерти при стрессах

21

### МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Некоторые аспекты ценовой стратегии продвижения основных и сопутствующих платных медицинских услуг

И.С. Хайруллина, Э.Ф. Кадырова, Ф.Н. Кадыров

22–27

### ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Государственно-частное партнерство в здравоохранении: что мешает взаимодействию бизнеса и государства в интересах пациента в России

28–34



**ВИШНЯКОВ Николай Иванович,**  
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения медицинского факультета Санкт-Петербургского университета

**МАРТЫНЧИК Светлана Александровна,**  
д.м.н., заведующий лабораторией проблем эффективности труда в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова

**МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,**  
д.м.н., профессор, заместитель директора ЦНИИОИЗ Росздрава

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

**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

## ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

**Инновационная модель управления здравоохранением с использованием частно-государственного партнерства на примере госпиталя в г. Торревьехе, Испания**

*Б. Вила, А. Коломе, Е. Моргунова*

**35–42**

## АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

**Российское здравоохранение сквозь призму медицинской статистики**

*Интервью с ведущим научным сотрудником ФГУ ЦНИИОИЗ РОСЗДРАВА Е.М. Секриеру*

**43–52**

## ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ

**53–56**

## ОПЫТ РЕГИОНОВ

**Основные направления совершенствования службы скорой медицинской помощи в Иркутской области на 2009–2012 гг.**

**57–66**

## ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

*На вопросы рубрики отвечают: заместитель главного редактора журнала, д.э.н. Ф.Н. Кадыров, ведущий специалист Комитета по здравоохранению О.Г. Коган, г. Санкт-Петербург*

**67–68**

## КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

**Запретят ли платные услуги в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения?**

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

**69–75**

## ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

**76–79**

## «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 № 60.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»



## ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ ГОЛОСОВАНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНЫ ПОБЕДИТЕЛИ В НОМИНАЦИИ «НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ 2008 ГОДА» ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

На основании подведения итогов голосования членов редколлегии и читателей журнала победителями в номинации **«Наиболее актуальная консультация 2008 года»** стали:

### **Ольга Георгиевна КОГАН,**

ведущий специалист Комитета  
по здравоохранению Санкт-Петербурга



#### **за консультацию**

*«Проведение клинических  
испытаний лекарственных средств»*



### **Светлана Владимировна ГУСЕВА,**

главный специалист Комитета  
по здравоохранению Санкт-Петербурга



#### **за консультацию**

*«Изменения в бюджетном  
законодательстве»*





## Ирина Сергеевна ХАЙРУЛЛИНА,

экономист Комитета  
по здравоохранению Санкт-Петербурга



### за консультацию:

- Относится ли медицинский регистратор к медицинскому персоналу?
- Об изменениях номенклатуры специальностей в учреждениях здравоохранения
- Классификация производителей медицинских услуг



## Надежда Александровна БОГДАНОВА,

главный бухгалтер Комитета  
по здравоохранению Санкт-Петербурга



### за консультацию

*«О доходах и расходах  
лечебных учреждений»*



**Редколлегия журнала поздравляет победителей номинаций,  
благодарит за актуальные консультации  
и направляет в их адрес дипломы, подписанные главным редактором  
журнала, академиком В.И. Стародубовым,  
а также годовую подписку на журнал «Менеджер здравоохранения»  
на 2009 год и книги серии «Менеджмент в здравоохранении»  
Издательского дома «МЗ»**





**Ю.В. Михайлова,  
И.М. Сон,  
Н.В. Данилова,**

ФГУ ЦНИИ информатизации и организации здравоохранения, г. Москва

# РЕАЛИЗАЦИЯ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА, НАПРАВЛЕННОГО НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**В** целях развития системы российского здравоохранения и в соответствии с выполнением приоритетных национальных проектов Правительством Российской Федерации было принято Постановление (от 19.05.2007 № 296) «Об утверждении правил финансирования в 2007 г. расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации». Финансирование проекта планировалось завершить в первом полугодии 2008 г., но Федеральным законом (5) оно было продлено до конца года.

В числе других в пилотном проекте было предусмотрено направление, заключающееся в обеспечении финансирования стационарной помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанных на основе стандартов медицинской помощи, с учетом оценки качества ее оказания. На участие в ведении направления дали согласие представители всех федеральных округов — 14 (из 19) пилотных субъектов Российской Федерации, в том числе Республики: Татарстан и Чувашия, края: Краснодарский и Хабаровский, автономный округ Ханты-Мансийский, области: Астраханская, Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калининградская, Калужская, Ленинградская, Свердловская, Томская.

Целевыми показателями (индикаторами) мониторинга второго направления явились число учреждений здравоохранения, оснащенных по табелям оснащения, рекомендованным Министерством здравоохранения и социального развития; число учреждений здравоохранения, внедривших стандарты медицинской помощи; доля реестров счетов, сформированных на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи и представленных к оплате с учетом конечного результата; число учреждений здравоохранения, привлечших внешних исполнителей к размещению услуг немедицинского характера; число медицинских организаций, не относящихся к государственной и муниципальной системам, но размещающих государственное задание. Все вышеперечисленные показатели являлись расчетными и определялись в абсолютном и процентном исчислении по соотношению пилотных



медицинских организаций с выполнением соответствующего индикатора к их общему числу. Для всех индикаторов по согласованию с каждым субъектом Российской Федерации устанавливался индивидуальный целевой количественный показатель, к которому надо было прийти за срок действия проекта.

Согласно индикатору, отражающему долю медицинских организаций, оборудованных в соответствии с федеральным табелем оснащения (стандарты материально-технического оснащения), динамика выполнения была следующей. Через год от начала ведения проекта на каждой из территорий целевой показатель по амбулаторно-поликлиническим учреждениям был достигнут или превышен. Диапазон превышения составил от 3 до 30%, то есть оснащенности по рекомендованному табелю соответствовали в том числе медицинские организации сверх пилотного перечня. Необходимое оборудование, аппаратура были приобретены с использованием средств, выделенных субъектам на выполнение проекта. Вместе с тем дать оценку и осуществить контроль оснащенности стационарных учреждений здравоохранения субъекты РФ не смогли из-за отсутствия федеральных рекомендаций и требований по эталону (образцу) оснащения.

Ведущими в данном направлении являлись второй и третий индикаторы, более других сориентированные на результат эксперимента по обеспеченности финансирования в соответствии с нормативами затрат, рассчитанных на основе федеральных стандартов медицинской помощи. Объектом расчета стали стандартизированные медицинские услуги.

В России предпосылками установления финансовых объемов оказываемых в здравоохранении услуг явились диагностически связанные (ДСГ) или клинико-статистические группы (КСГ), то есть группы, объединенные одинаковой величиной расходов на диагностику и лечение больных. С развитием системы медицинского страхования формализо-

ванные программы медицинской помощи начинают инициативно разрабатываться на отдельных территориях с помощью специалистов по направлениям медицинской деятельности (2). В конце прошлого века на государственном уровне утверждаются временные стандарты объемов стационарной помощи взрослому населению (3). Впоследствии создаются соответствующие нормативные документы: протоколы лечения, формулярная система, гармонизированная с мировыми прототипами. На сегодняшний день имеются более 600 форм стандартов, включающих одну или несколько моделей ведения лечебно-диагностического процесса. Многие из утвержденных форм стандартов (протоколов) показаны для стационара, но разработаны стандарты для лечения в амбулаторно-поликлинических, санаторных условиях, оказания высокотехнологичной помощи. Каждый созданный национальный стандарт доступен для финансового расчета стоимости законченного случая госпитализации или поликлинического наблюдения, содержит перечень диагностических и лечебных процедур на этапе установления диагноза и на лечебном этапе, кратность и частоту их предоставления, суточные и курсовые дозы лекарственных средств, конкретные сроки лечения.

Результативным итогом выполнения проекта можно считать, что половина (50,0%) из общего числа пилотных территорий осуществила попытку реализации лечебно-диагностического процесса в соответствии с видами и объемами, указанными в федеральных документах. Выбор для адаптации национального протокола лечения к региональным условиям определялся его значимостью в соответствии с частотой распространения заболеваний, уровнем смертности при актуальных для региона нозологических формах болезней.

По итогам ведения проекта установлено, что в большинстве субъектов (свыше 57%) медицинская помощь предоставляется в соответствии с достаточно объемным паке-





том созданных региональных стандартов (в Астраханской области, Татарстане, Краснодарском крае, Ханты-Мансийском округе в 2008 г. их разработка продолжалась). Нельзя не отметить, что работа по адаптации федеральных стандартов была начата с конца прошлого года впервые, их стартовое число в сравнении с региональными формами было небольшим, а пилотный состав различался по территориям. Во Владимирской области в перечень были отобраны острый инфаркт миокарда, стенокардия, субарахноидальное и внутримозговое кровоизлияние, термические и химические ожоги, врожденная пневмония недоношенных.

Известно, что федеральные стандарты не имеют поуровневой дифференциации. Поэтому не все виды услуг, показанные пациенту по стандарту, могли быть выполнены на муниципальном уровне. Условием гарантий их выполнения явилось разделение перечня стандартизированных услуг с делегированием выполнения сложных манипуляций (при их показаниях для пациента) на более высокий — субъектовый уровень. Инициативным решением явилось заключение между несколькими территориями договора на выполнение конкретного объема документов по адаптации федеральных стандартов с последующим их кооперативным обменом (Татарстан + Краснодарский край + Самарская область).

Существенным итогом выполнения второго направления можно считать клинко-экономическую интеграцию, то есть формализацию клинических протоколов с позиции «привязки» к ним финансовых ресурсов и оценки затрат системы здравоохранения на микроуровне (медицинская организация), мезоуровне (регион в целом).

Расчеты нормативов стоимости федеральных стандартов с применением технологии клинко-экономической стандартизации производились в субъектах Российской Федерации в соответствии с методикой, утвержденной Министерством здравоохранения и

социального развития (1), предназначенной для формирования единых подходов к созданию преискурантов медицинских услуг и обеспечения единой системы оценки их экономических характеристик. Ряд территориальных фондов (Калужская, Свердловская области) приобрели с этой целью программные комплексы по расчету стоимости простых, сложных и комплексных медицинских услуг и работ в здравоохранении. Результаты проведенных в разных субъектах и по разным формам болезней расчетов установили преимущественное превышение нормативных (то есть по стандарту) затрат над другими способами оплаты, применяемыми в пилотных территориях: по тарифу ОМС, клинко-статистическим группам. Стоимость федеральных стандартов была в 2 и более раз выше, по некоторым формам достигая превышения на 70%, в среднем по всем территориям — на треть больше тарифной суммы. Вместе с тем при расчете нормативных затрат в Калужской области при стационарном лечении эндокринной патологии (по 10 формам болезней) выявлено как полное соответствие норматива территориальным тарифам, так даже и более низкий, чем в региональных стандартах, тариф стоимости.

С целью отработки механизма финансирования стационарной медицинской помощи на основе рассчитанных нормативов во Владимирской области принято решение об увеличении финансирования в 2008 году Территориальной программы медицинского страхования. Возросла общая сумма взносов на страхование неработающего населения (3627,7 руб. — на 1 неработающего в 2008 г. по сравнению с 1589,2 руб. — 2007 г.). Все это позволило обеспечить оплату по выбранным территорией формам федеральных стандартов в соответствии с финансовым нормативом.

В Калужской, Томской областях покрытие затрат осуществлено средствами пилотного проекта, на других территориях — иными вариантами. В регионах использовалась тактика достижения «баланса» между расчетны-





ми нормативами, превысившими территориальный тариф, и нормативами, которые были ниже тарифа, позволявшая до определенной степени снижать жесткость финансовой регламентации. Нормативная стоимость при меньшем, чем указано в стандарте, количестве проведенных койко-дней соответственно уменьшалась. Подвергалась корректировке и стоимость ряда медицинских услуг при отсутствии показаний у некоторых больных к их обязательному выполнению (при стандартизированной кратности выполнения ниже 1,0). Допущения такого характера вполне приемлемы, в том числе при заключении договора между плательщиками и поставщиками услуг.

Индикатор, характеризующий долю оплаченных реестров счетов, рассчитанных по федеральным стандартам медицинской помощи, свидетельствовал, что количество представленных счетов не достигло целевого показателя (заявленного в среднем по всем субъектам в объеме 50%). Для данного индикатора были учтены реестры счетов, оплаченные по субъектовым стандартам, поскольку эта модель устойчиво утвердилась в ряде регионов (Белгородская, Свердловская и другие области), составляя в них на протяжении ряда лет до 100%. Возрастание доли счетов, оплаченных по базовым федеральным стандартам, выявлено спустя год от начала ведения проекта.

Учреждений здравоохранения, размещающих услуги немедицинского характера (привлекших внешних исполнителей), вначале было немного, но постепенно их число росло. Для оказания данных услуг (обслуживание оборудования и аппаратуры, обработка медицинского белья и пр.) медицинские организации заключали внешний договор. Целевой индикатор достиг плановой величины в 8 территориях без его превышения.

Выполнение второго направления по размещению муниципального заказа на оказание медицинских услуг прикрепленному населению в негосударственных медицинских организациях с оплатой по тарифам, утвержденным Программой государственных гарантий оказания

бесплатной медицинской помощи, осуществлялось через ведомственные и коммерческие учреждения здравоохранения, медико-санитарные части, организации МНТК «Микрохирургия глаза». Расчеты производились ежемесячно с участием страховых медицинских организаций. Можно считать, что организационная технология целенаправленного межведомственного и внутрисекторального партнерского взаимодействия в свою очередь способствовала обеспечению потребности в медицинской помощи в соответствии с нормативами.

За время выполнения проекта у его исполнителей сформировалось убеждение в том, что стандартизация медицинской помощи способствует устранению дефектов выполнения лечебно-диагностического процесса, укреплению защиты прав пациента и врача, обеспечению функции надзора и мониторинга качества медицинской помощи, определению реальной оценки стоимости оказанных услуг. Расчет финансового норматива позволил утвердиться в необходимости использования стандартов в качестве инструмента при финансовом обеспечении территориальных программ. По мнению участников, стандарты необходимы также для текущих и тактических методов управления учреждением здравоохранения. Формализация процесса оказания медицинской помощи обуславливает унификацию ресурсного оснащения, требований к кадровым ресурсам с их регулярной последипломной подготовкой и подтверждением квалификационного уровня, поскольку ни один стандарт не предотвратит от профессиональной, в том числе деонтологической, некомпетентности.

В целях получения информации, отражающей медико-социальные итоги деятельности региональных систем здравоохранения в рамках проекта, рассмотрена косвенная сопряженность индикатора внедрения в практику пилотных субъектов РФ стандартов медицинской помощи с одной из характеристик здоровья (общая смертность населения). Предложенный анализ по спектру показателей здоровья





населения в целях обеспечения качества в системе здравоохранения успешно используется при экспертной оценке медико-социального эффекта (4). Для определения существенности различий между регионами с накопленным в области стандартизации опытом и территориями, приступающими к его применению, использован непараметрический критерий Колмогорова-Смирнова ( $\lambda$ ). При сравнении за период с 2002 по 2006 гг. зависимости состояния и развитости стандартизации с динамикой коэффициента смертности на 1000 населения установлено, что снижение показателя в субъектах Российской Федерации, применяющих новые технологии, статистически значимо (односторонний критерий  $p\lambda = 0,049$ ).

Вместе с тем опыт ведения проекта выявил проблемы, ограничивающие эффект внедрения его результатов. Прежде всего они относятся к формату некоторых федеральных стандартов, а именно, установленным в них срокам лечения, не соответствующим практике и требованиям ПГГ, с избыточностью перечня процедур и манипуляций, отсутствием оценки результативности и качества. В результате итоги второго направления оценивались не по единым, а по разным в различных регионах критериям. В подготовке стандартов отсутствует систем-

ность и разработка новых форм ведется отчасти хаотично — по отдельным нозологиям, а не по медицинской специальности в целом с учетом приоритетов сложившейся «госпитальной» и «амбулаторно-поликлинической» структуры по каждому профилю. Поэтому финансовые расчеты экспертов в субъектах РФ производились избирательно — не по необходимым для региона, а лишь по утвержденным формам стандартов медицинской помощи. Следует отметить, что пока еще не проводится работа по плановой актуализации разработанных стандартов.

Тем не менее, ведение проекта убедительно показало, что в сфере внедрения системы стандартизации в практику здравоохранения произошли заметные качественные сдвиги, позволяющие в современных условиях повысить уровень и качество оказываемой медицинской помощи на основе формирования стандарта в виде модуля, предусматривающего как медицинское, так и материально-техническое, финансовое обеспечение. Возрастает потребность в программных приложениях к алгоритму ценообразования, позволяющих в реальном режиме времени учитывать изменения стоимости медикаментов, расходных материалов и других компонентов, определяющих финансовое наполнение стандарта в целом.



### Литература

1. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении (утверждена Минздравсоцразвития Российской Федерации 12.07.2004).
2. Преображенская В.С., Данилова Н.В., Тарасенко Т.Д., Гениатулина Т.Н. Стандарты медицинской помощи в современном здравоохранении//Проблемы социальной гигиены и истории здравоохранения. — 1997. — № 2. — С. 23–27.
3. Приказ Минздравмедпрома Российской Федерации от 08.04.1996 № 134 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи» (вместе с методическими рекомендациями по использованию временных отраслевых стандартов объема медицинской помощи).
4. Стародубов В.И., Флек В.О. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2006. — 190 с.
5. Федеральный закон от 27 октября 2008 г. № 184-ФЗ «О внесении изменений в статью 12 Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов».



**С.А. Мартынчик,**

зав. лабораторией проблем эффективности труда в здравоохранении

**Д.Л. Тимчинский,**

целевой аспирант

**Е.Л. Потемкин,**

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

# МЕХАНИЗМЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ ЗАТРАТ И ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НА КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ – ПРОЛЕЧЕННОГО БОЛЬНОГО В ДОБРОВОЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

## Часть 2. Подходы к обоснованию системы нормативной оплаты и адекватного формирования тарифов на стационарные услуги в добровольном медицинском страховании

### ВВЕДЕНИЕ

При переходе отрасли к бюджетированию, ориентированному на результат (БОР)<sup>1</sup>, и страховому финансированию федерального медицинского учреждения (ФМУ) совершенствуются способы оплаты стационарной помощи, следовательно, совершенствуются модели финансирования ФМУ [5, 11].

В современных условиях финансирование и методы оплаты стационарной помощи в условиях ДМС необходимо рассматривать через призму экономических отношений ФМУ с основными партнерами — страховщиками и потребителями. При этом переход на нормативные показатели расходов в расчете на единицу выполненного объема помощи за пролеченного больного имеет важный экономический смысл [12]. В этих условиях анализ и оценка эффективности использования ресурсов ФМУ все больше связываются с персонификацией расходов, их приведением к конкретной нозологической группе, пролеченному пациенту.

При данном подходе к анализу и оценке финансовых ресурсов достигается логическая связь объемных и финансовых показателей деятельности ФМУ, что представляется адекватным способом обоснования расходов.

Применительно к БОР и к способу оплаты в ФМУ ставятся задачи совершенствования подходов к учету затрат на конечный результат

<sup>1</sup> Бюджетирование — процесс регулярного планирования, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния ФМУ, нацеленный на достижение результата [12].



лечения, к анализу эффективности финансовых моделей оплаты стационарного лечения.

По мнению Габуевой Л.А. и соавт., требуется научно-методическое обоснование термина «конечный результат лечения» [3].

Очевидно, что способы расчета с ФМУ или методы оплаты стационарной помощи за пролеченного больного можно отнести к показателям непосредственного результата.

Кроме того, в терминологии БОР выделяют показатели конечного результата, которые применительно к способам оплаты можно называть показателями результата оказания медицинской помощи (доля неадекватной помощи с учетом показателей длительности госпитализации, госпитальной летальности и т.д.).

С точки зрения статистической отчетности, конечным результатом лечения является выбывший больной из стационара, что применительно к способу оплаты связано с оплатой за законченный случай стационарного лечения. Оплата законченного случая стационарного лечения имеет также различное смысловое значение: оплата лечения по клинико-статистическим группам (КСГ), оплата по медико-экономическим стандартам (МЭС), оплата по факту оказанных услуг в рамках согласованных объемов медицинской помощи.

Большое значение для результативной работы ФМУ имеет анализ структуры оказываемых медицинских услуг, анализ интенсивности и сложности лечебно-профилактических и диагностических технологий в целом и на каждого пролеченного больного. При этом в практику планирования деятельности ФМУ вводятся стоимостные оценки единицы объемов медицинской помощи, нормативы финансовых затрат и т.п. В условиях перехода к БОР актуализируются проблемы выбора путей для достижения результата в ФМУ при условии оптимизации затрат для его реализации. Важным условием становится расчет объема медицинских услуг для реализации принципа сбалансированного финансового обеспечения заказа страховых медицинских организаций (СМО) [3].

Среднегодовые объемные показатели деятельности ФМУ, используемые для расчетов удельных финансовых затрат (койко-день; число дней работы койки в году; занятость койки и ряд других), являясь экстенсивными показателями работы, продолжают оставаться оценочными показателями результативности стационарной помощи. Эти показатели рекомендуется дополнить интенсивными показателями работы ФМУ: уровень интенсивности лечения, степень сложности лечения с учетом специфики и состава случаев. Кроме того, необходимо введение финансовых показателей: денежная размерность счетов — фактур, размер поступлений и расходов в расчете на единицу медицинской услуги и т.п.

Имеется некоторый опыт определения удельных финансовых показателей деятельности ФМУ на основе расчетов затрат, исходя из выполнения стандарта лечения того или иного заболевания (МЭС), и их аналога, клинико-статистических групп (КСГ), как в части объемов предоставления медицинской помощи, так и по стоимости единицы объема [7].

При этом структура лечебных и диагностических мероприятий, их кратность и длительность в МЭС имеют нормативно-идеальный вид, а расходы при данном варианте приведения затрат на результат искусственно минимизированы. В МЭС на средний срок лечения конкретного заболевания для профильного больного стационарного отделения предусмотрены определенный набор и кратность диагностических процедур, исследований и манипуляций, выполняемых в ФМУ.

Важным моментом при разработке финансовой модели ФМУ по конечному результату является структура тарифа для оплаты единицы стационарной помощи: полная себестоимость лечения или возмещение части расходов медицинских организаций на оказание стационарной помощи. Действующим принципом оплаты является ретроспективная оплата, по факту выставленного счета-фактуры [9]. Введение предварительной системы оплаты в ФМУ рассматривается как





вариант планирования стационарной помощи. Использование в практике планирования дифференцированного набора медицинских услуг в расчете на пролеченного больного позволяет индивидуализировать натурально-вещественную и стоимостную оценку медицинских технологий лечения. При этом можно персонифицировать расходы на проведение стандартного случая диагностики, лечения для целей их учета и контроля.

Натуральная норма расхода (медицинские услуги) желательна и может быть сделана на основании персонификации учета по данным историй болезни. Стоимостное измерение предполагает оценку натуральной нормы расхода с учетом фактических расходов на конечный результат — пролеченного больного. При этом структура расходов распространяется на пролеченного больного по профилю заболевания в разрезе типичных нозологий лечения.

Показатели интенсивности обследования и лечения пациентов при выполнении некоего регламента медицинской технологии могут использоваться при функционально-стоимостном анализе и планировании результатов деятельности ФМУ.

Планирование результатов работы ФМУ в разных аспектах имеет конечной целью связать способ оплаты за оказанные медицинские услуги со структурой фактических полных расходов в единице объема стационарной помощи, а также с бюджетом по направлениям расходов [8].

В анализе деятельности ФМУ, наряду с традиционными объемными показателями: работы койки, оборота койки, средних сроков госпитализации, летальности и т.п., большое внимание уделяется выполнению финансовых нормативов и показателей эффективности использования ресурсов: трудовых, материально-технических, стоимостных, временных и т.п.

При этом показатели расхода ресурсов: трудоемкости, ресурсоемкости и затратно-ности деятельности, представляют собой разно-

видность приведенных удельных количественных показателей на единицу работ и услуг.

Большой круг оценочных характеристик деятельности раскрывает масштабы выполняемых ФМУ задач. Однако для принятия управленческих решений о достижении цели развития ФМУ требуется в зависимости от внешних управляющих воздействий и условий сформировать оптимальный набор показателей. При этом ключевыми критериями оценок эффективности деятельности ФМУ могут быть показатели качества, медицинской эффективности, адекватности затрат на результат.

При планировании размеров финансового обеспечения ФМУ в современных условиях следует иметь в виду:

- корреляцию расчетных показателей деятельности с нормативами объема помощи и финансовых затрат;
- возможность интенсификации выполнения услуг;
- возможность оптимизации структуры предоставляемой помощи; повышение эффективности использования материальных, трудовых и иных ресурсов на базе оптимизации стоимости пролеченного больного;
- расширение способов оплаты диагностических услуг.

Экономический анализ при введении БОР предполагает определение результативности деятельности путем сравнения достигнутых показателей с их общепринятыми критериями: нормативными или среднестатистическими [8].

Основными направлениями для проведения экономического анализа в ФМУ при введении БОР являются [3]:

- 1) изучение системы объемных показателей и финансовых результатов;
- 2) оценка результатов деятельности в зависимости от уровня использования технологий лечения, техники, организации труда и управления;
- 3) исследование функций учреждения, отделений и специалистов, а также затрат на их реализацию.





В первом случае объектом анализа в ФМУ являются объемы деятельности, себестоимость единицы медицинской услуги, пролеченного больного, производительность труда персонала, обеспеченность финансированием, выполнение бюджетов расходов [4]. Анализ направлен на оценку результирующих показателей финансово-экономической деятельности ФМУ и поиск путей повышения эффективности ресурсопотребления.

Во втором случае анализ позволяет оценить состояние и степень прогрессивности применяемых организационно-технических технологий производства медицинских услуг: выполнение стандартов, уровень качества лечения, уровень квалификации персонала, удовлетворенность пациентов и др.

В третьем случае основная цель анализа заключается в выявлении и предупреждении излишних затрат. В рамках планирования в ФМУ рассчитываются с определенной долей вероятности прогнозируемые значения наиболее существенных объемно-финансовых показателей деятельности по видам помощи, по отдельным услугам, по законченному случаю госпитализации.

В целом в условиях реформирования бюджетного процесса в ФМУ: подвергаются регламентации виды и объемы МП, расходование финансовых средств в рамках лимита обязательств, планирование расходов заменяется на БОР, вводятся новые подходы учета и планирования медицинских и экономических показателей работы.

Бюджетирование деятельности ФМУ позволяет:

- моделировать потоки финансовых средств в зависимости от эффективности направления расходов на оказание стационарной помощи, а не на финансирование ФМУ;
- изменять характер финансирования, делая его похожим на покупку страховщиком определенных медицинских услуг, что приводит к модификации взаимоотношений между субъектами ДМС, ставя в основу

баланс экономических интересов потребителей, покупателей и производителей медицинских услуг.

## 1. Классификационные признаки применяемых методов оплаты и формирования тарифов в ДМС

Методологические подходы к обоснованию системы оплаты и формированию тарифов в ДМС строятся на основе классификационных признаков применяемых методов оплаты [2]:

**1)** выбор принципа возмещения расходов ФМУ (принцип ретроспективной оплаты за фактические объемы медицинской помощи; принцип предварительной оплаты за плановые объемы медицинской помощи):

**2)** уровень агрегации единицы объема медицинской помощи (койко-день, законченный случай лечения в разрезе отдельных специальностей, законченный случай лечения в разрезе отдельных нозологических единиц, диагностических групп или иных группировок).

Под законченным случаем нами понимается соответствие достигнутого результата действующим стандартам. Чаще всего это так называемые МЭС, или КСГ. Они устанавливают требования к процессу оказания помощи по каждому диагнозу (используемые технологии диагностики и лечения) и к результату лечения. Выполнение этих требований дает основание говорить о законченности случая лечения [7].

Метод оплаты законченного случая стационарного лечения (за пролеченного больного) призван максимально точно отразить реальную структуру работ и услуг в ФМУ. Для этого в качестве единицы расчетов принимается законченный случай по отдельным диагнозам или (значительно чаще) по КСГ. В отдельную группу выделяются заболевания с примерно одинаковыми затратами на лечение. Для каждой КСГ устанавливается единый тариф, который рассчитывается на основе нормативных показателей сроков и стоимости лечения [6].



Понятие «оплаты по КСГ» — это оплата на основе тарифов для диагностически связанных групп, объединяющих сходные заболевания. Хотя и в этом случае требования к законченному случаю определяются внутриучрежденческим стандартом ФМУ.

Суть метода КСГ — нормирование затрат на лечение сходных заболеваний, объединенных по принципу близкой стоимости. То есть оплата за пролеченного больного осуществляется не на основе фактических затрат, а по заранее определенной стоимости лечения законченного случая [6].

При этом вводятся дополнительные условия:

- 1) установленный тариф является тарифом по МЭС;
- 2) при сокращении длительности лечения оплата производится в полном объеме (100%);
- 3) при превышении длительности лечения оплата производится не выше, чем 100%.

Способ оплаты по КСГ несет в себе противозатратный стимул, поскольку возникает заинтересованность ФМУ в интенсификации лечения и сокращении срока госпитализации больных.

Считается, что метод КСГ, применяемый на ретроспективной основе для оплаты фактического числа законченных случаев лечения в ФМУ, стимулирует рост внутренней (или локальной) эффективности, но не ведет к повышению структурной эффективности, то есть не способствует преодолению сложившихся структурных диспропорций [7].

Помимо этого, метод КСГ может быть использован для предварительной оплаты плановых объемов помощи; в этом случае он реализуется в качестве инструмента бюджетирования ФМУ. При этом бюджет стационара — это сумма произведений пролеченных больных на тарифы по КСГ. При этом объем финансовых средств, предоставленных ФМУ СМО, не зависит от ее коечного фонда и других ресурсных показателей. ФМУ не берет на себя никаких обязательств по предоставлению мощностей стационара. Согла-

сованный объем помощи выполняется на основе ее собственного плана, с привлечением тех ресурсов, которые для этого необходимы.

При отклонениях фактических объемов от плановых устанавливаются так называемые «коридоры риска», пределы допустимых отклонений (например, в 5%), которые фиксируются в договоре ДМС. В этих пределах оплачивается согласованный объем помощи как в случае превышения плановых объемов, так и при их недовыполнении. За пределами допустимых отклонений СМО выставляет ФМУ штрафные санкции как за недовыполнение, так и за перевыполнение планового объема. При этом случай лечения оплачивается по более низкой ставке — в пределах только переменных затрат стационара [10].

Реальные схемы оплаты могут различаться по согласованию сторон. Возможен вариант более «гладкой» шкалы снижения ставки оплаты при перевыполнении вплоть до предела. Объединяет эти схемы то, что они устанавливают систему разделения рисков между страховщиком и поставщиком услуг.

Считается, что метод предварительной оплаты на основе плановых объемов помощи создает условия для сохранения в больнице экономии, возникающей от оптимизации лечения больных с учетом структуры случаев пролеченных больных.

В то же время при расчете тарифов в системе ДМС пока не используется методология выделения КСГ заболеваний, которая может нести нормоустанавливающую функцию в системе финансирования и оплаты.

В прикладном плане для перехода на метод оплаты по КСГ требуется создание нормативно-методической базы для обоснования объемов и тарифов на законченный случай пролеченного больного.

Основные методологические подходы к совершенствованию сложившейся практики оплаты стационарной помощи в ДМС сводятся к [6]:





- внедрению модели и методов нормативного подхода к организации и оплате медицинской помощи;
- переходу на преимущественно перспективный принцип оплаты на основе предварительного планирования и согласования объемов, структуры и условий предоставления медицинской помощи;
- формированию активного и экономически мотивированного взаимодействия в интересах (в том числе долговременных) системы покупателя медицинской помощи;
- развитию сквозных договорных отношений между финансирующей стороной (покупателем) и производителями медицинской помощи, напрямую соответствующих достижению новых целей системы оплаты;
- разработке и внедрению системы мониторинга и оценки за результативность способов оплаты как на уровне поставщика, так и для всей системы финансовых взаимоотношений.

## 2. Установление порядка расчета тарифа на пролеченного больного кардиологического профиля в ДМС

Одним из важных этапов нашего исследования являлся стоимостный анализ пролеченного больного в ФМУ кардиологического профиля с применением затратного, доходного и нормативного подходов.

Средняя стоимость пролеченного больного (затратный метод) в ФМУ выполнена в соответствии с существующими принципами определения «цены издержек» на медицинские услуги: расчета себестоимости койко-дня и средней длительности лечения.

В качестве «базовых» затрат принималась себестоимость койко-дня в кардиологическом отделении, рассчитанная как средневзвешенная оценка в ФМУ; она, по нашим расчетам, составила 5,4 тыс. руб.

Средняя стоимость 1 пролеченного (доходный метод) включала, помимо расчета себестоимости и длительности лечения, планируемую прибыль от производства медицин-

Процедуры экспертной оценки:

$$TC = TC_3 \times G_3 + TC_{сн} \times G_{сн} + TC_д \times G_д,$$

где: TC - средневзвешенная оценка стоимости;  
TC<sub>3</sub>, TC<sub>сн</sub>, TC<sub>д</sub> - текущие стоимости, полученные соответственно затратным, нормативным и доходным методами;

G<sub>3</sub>, G<sub>сн</sub>, G<sub>д</sub> - коэффициенты надежности каждого из методов по данным экспертной оценки

1. TC<sub>сн</sub> – ранг надежности оценки (R = 100%)

2. TC<sub>д</sub> - R = 100% - 14 = 86% (на 14% ниже нормативного метода)

3. TC<sub>3</sub> - R = 100% - 10% = 90% (на 10% ниже нормативного метода)

4. Назначенные ранги нормируются и переводятся в коэффициенты весомости по формуле:

$$Gi = Ri / \sum Ri, \text{ при этом } \sum Gi = 1,0.$$

### Рис. 1. Метод экспертных оценок для согласования стоимости на результат — пролеченного больного в ФМУ

ских услуг (планируемая норма прибыли ФМУ — 14%).

Средняя стоимость пролеченного больного (нормативный подход) выполнена на основе стандартизации процедур длительности лечения и затрат ресурсов на медицинские услуги при условии надлежащего их качества.

При этом тариф (Т) на пролеченного больного кардиологического профиля в ДМС рассчитывали по формуле:

$$T = C_{к/д} * D_c \quad (1),$$

где: C<sub>к/д</sub> — себестоимость 1 койко-дня;

D<sub>с</sub> — сроки лечения (по стандарту).

Согласование оценок текущих стоимостей (ставки тарифа) на случай пролеченного больного (единая согласованная оценка) нами обеспечивалось с применением процедур экспертного метода [1] (рис. 1).

Как представлено на рис. 1, методика оценки средневзвешенной стоимости случая пролеченного больного состоит из следующих процедур экспертной оценки: **1)** стоимостной оценки (затратный, доходный и нормативный методы); **2)** экспертной оценки (надежность метода оценки); **3)** взвешивания (согласование) оценок.

При разработке процедур экспертной оценки нами использован квалиметрический подход — количественное измерение качественных заключений в весовых коэффициен-





Таблица 1

**Пример расчета средневзвешенной оценки стоимости (тарифа) на случай пролеченного больного кардиологического профиля**

| Методы                                                          | Затратный                                      | Доходный                     | Нормативный                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Себестоимость 1 койко-дня, руб.                                 | 5453                                           | 5623                         | 6680                         |
| Средняя длительность лечения, дни                               | 11,4                                           | 11,4                         | 11,4                         |
| Средняя фактическая стоимость 1 больного, руб.                  | 62 164                                         | 58 931                       | 68 693                       |
| Ранг (%)                                                        | 90                                             | 86                           | 100                          |
| Весовые коэффициенты                                            | $V_z = 90 / (100 + 86 + 90) = 90 / 276 = 0,33$ | $V_d = 86 / 276 = 0,31$      | $V_n = 100 / 276 = 0,36$     |
| Нормированная текущая стоимость, руб.                           | $62164 \cdot 0,33 = 20\ 514$                   | $58931 \cdot 0,36 = 21\ 215$ | $68693 \cdot 0,31 = 21\ 269$ |
| Средневзвешенная оценка стоимости 1 пролеченного больного, руб. | $20514 + 21215 + 21269 = 62998$                |                              |                              |

тах. Корректность разработанной системы оценок была обеспечена сочетанием и строгой последовательностью экспертных процедур и математических расчетов. Чувствительность оценок была уточнена весовыми коэффициентами (табл. 1).

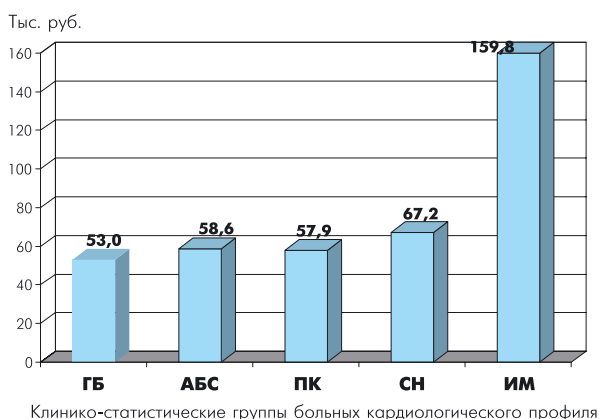
Как следует из табл. 1, по нашим расчетам, средневзвешенная оценка стоимости (тарифа) 1 случая пролеченного больного равна 63,5 тыс. руб. При этом фактическая средняя стоимость пролеченного больного, определенная затратным методом, на 10% ниже таковой с применением нормативного метода. Фактическая средняя стоимость пролеченного больного при использовании доходного метода на 14% ниже, чем таковая с применением нормативного метода КСГ, что связано с отсутствием единых регламентирующих правил и технических приемов как отнесения расходов на укрупненную единицу объема помощи (пролеченный больной), так и заполнения счетов на оплату стационарной помощи в ДМС.

Тарифы на пролеченного больного нами были скорректированы на уровень неадекватности оказания медицинской помощи. С учетом разницы, приходящейся на штрафные санкции СМО (в 4,2 тыс. руб. на пролеченного больного в связи с нарушением лимитов

госпитализации), средний тариф оплаты стационарной помощи на 1 пролеченного больного кардиологического профиля в ДМС составил 59,3 тыс. руб.

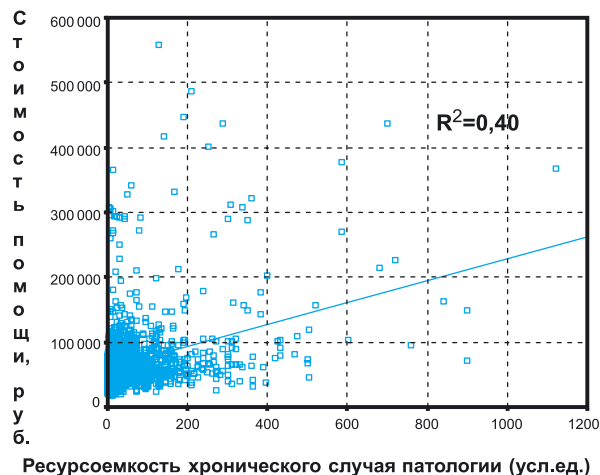
Дифференцированные тарифы на пролеченного больного по выделенным нами КСГ рассчитаны на основе текущих цен на медицинские услуги (рис. 2).

Как видно на рис. 2, тариф на пролеченного больного гипертонической болезнью (ГБ) равен 53 тыс. руб. Тариф пролеченного больного с хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС): стенокардией



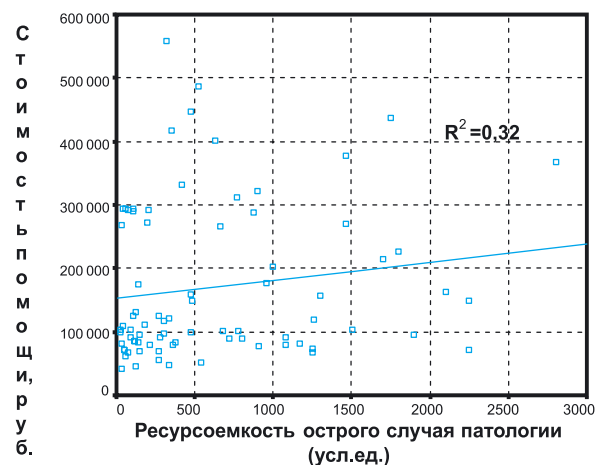
**Рис. 2. Дифференцированные тарифы оплаты стационарной помощи на пролеченного больного в ДМС**





К-т корреляции-0,63  
 Стоимость (тыс.руб.) =  
 = 57 тыс.руб. + 12 \* Ресурсоемкость (усл.ед.)

**Рис. 3. Регрессионная зависимость стоимости случая госпитализации (хроническая патология) от оценки ресурсоемкости медицинской помощи**



К-т корреляции-0,57  
 Стоимость (тыс.руб.) =  
 = 133 тыс.руб. + 12 \* Ресурсоемкость (усл.ед.)

**Рис. 4. Регрессионная зависимость стоимости пролеченного больного от ресурсоемкости медицинской помощи**

напряжения (СН), атеросклеротической болезнью сердца (АБС), постинфарктным кардиосклерозом (ПК), примерно одинаков и в среднем составляет около 61 тыс. руб.

Тариф пролеченного больного острыми формами ИБС — инфарктом миокарда (ИМ) увеличивается примерно в 2,6 раза и составляет около 159,8 тыс. руб. Повышение стоимости стационарной помощи на пролеченного больного ИМ обусловлено сложностью курации больного при наличии отягощающего фонового заболевания ГБ, что требует применения современных (высоких) дорогостоящих технологий диагностики и лечения. При этом цены на медицинские услуги ФМУ были относительно сбалансированы по основным показателям: объем, затраты и стоимость медицинской помощи.

Прогнозная оценка стоимости стационарной помощи на пролеченного больного по составу случаев пролеченных больных выполнена нами с применением корреляционно-регрессионного анализа.

При этом были сопоставлены данные зависимости оценки ресурсоемкости от стоимости пролеченного больного при хронической (ГБ, АБС, ПК, СН) (рис. 3) и острой патологии (ИМ) сердечно-сосудистой патологии (рис. 4).

По нашему мнению, оценка уровня потребления ресурсов является и должна быть рассмотрена как мера эмпирической зависимости от стоимости стационарной помощи.

Регрессионная зависимость стоимости больного от оценки ресурсоемкости медицинских услуг для хронических случаев ГБ и ИБС приведена на рис. 3.

Как видно на рис. 3, рассматриваемые переменные тесно связаны, при этом коэффициент регрессии, вычисленный методом наименьших квадратов, равен 0,40, а коэффициент корреляции равен 0,63.

При этом расчетная (прогнозная) оценка стоимости (тарифа) пролеченного больного (хроническая патология) ГБ и ИБС (СПБ<sub>х.п.</sub>) равна:

$$\text{СПБ}_{\text{х.п.}} = 57 \text{ тыс. руб.} + 12 * \text{Ресурсоемкость (усл.ед.)}$$



Регрессионная зависимость стоимости больного от ресурсоемкости медицинской помощи для острых случаев ГБ и ИБС приведена на рис. 4.

Как видно на рис. 4, между переменными наблюдается тесная связь; коэффициент регрессии, вычисленный методом наименьших квадратов, равен 0,32, коэффициент корреляции равен 0,57.

При этом расчетная (прогнозная) оценка стоимости (тарифа) пролеченного больного (острая патология) ГБ и ИБС ( $СПБ_{о.п.}$ ) равна:

$$СПБ_{о.п.} = 133 \text{ тыс. руб.} + 12 * \text{Ресурсоемкость (усл.ед.)}$$

Таким образом, прогнозная оценка стоимости пролеченного больного с острой или хронической сердечно-сосудистой патологией (ИБС и ГБ) может быть определена по средней стоимости обращения плюс 12% за каждый дополнительный балл оценки ресурсоемкости медицинской помощи.

С применением прогнозной оценки рассчитываются дифференцированные тарифы на пролеченного больного кардиологического профиля, используемые для проспективной (предварительной) оплаты стационарной помощи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях добровольного медицинского страхования не разработан и не реализуется механизм возмещения затрат на конечный результат — законченный случай госпитализации с учетом специфики и состава случаев и организационные формы финансовых расчетов за оказанную помощь.

С нашей точки зрения, одним из эффективных инструментов страхового обеспечения является выплата возмещения расходов за госпитализацию каждого больного в ФМУ по тарифам законченного случая лечения с учетом специфики и состава случаев.

Заинтересованность поставщика при использовании оплаты за каждого пролеченного больного заключается в том, что расходы становятся предсказуемыми, учитывают профиль и структуру патологии. Появляются стимулы для поставщика к ограничению расходов согласно установленной типологии работ и услуг и повышению их экономичности.

Заинтересованность страховщика во внедрении новой системы оплаты с применением клинико-статистической группы по фиксированному тарифу, основанному на определенных характеристиках госпитализированных пациентов и ресурсных затрат, состоит в том, что позволяет заранее оценить ожидаемую оплату за каждого госпитализированного пациента.



## Литература

1. Азгальдов Г.Г. Проблема согласования оценок и ее возможное решение//Вопросы оценки. — 1999. — №4. — С. 17.
2. Веретенникова О.Б. и др. Опыт бюджетирования в многопрофильных больницах//Здравоохранение. — 2008. — № 1. — С. 47–52.
3. Габуева Л.А, Захарченко Н.Д., Мартынов В.Н. Разработка финансовой модели деятельности лечебно-профилактического учреждения при переходе к одноканальному финансированию здравоохранения. Федеральный ресурсный центр по управлению и финансовому менеджменту в здравоохранении. <http://www.frc.an-e.ru/page32.html>
4. Девишев Р.И., Смирнова Н.И. Структура себестоимости медицинских услуг и состав затрат, включаемых в их тарифы//Главврач. — 2005. — № 3. — С. 34–49.
5. Лавров А.М. Среднесрочное бюджетирование, ориентированное на результаты: международный опыт и российские перспективы. — М.: Финансы, 2003. — С. 9–14.





6. Макарова Т.Н., Габдрахимова Т.И., Зачиняева Е.Е и др. Практический опыт перевода многопрофильной больницы на новый метод оплаты с использованием современных информационных технологий. Технический отчет № 110-0004. Проект реформирования системы здравоохранения: Реформа управления и финансирования здравоохранения в странах СНГ. Департамент здравоохранения и окружающей среды Агентства по международному развитию в странах СНГ. — М., 1996. — 47 с.

7. Обухова О.В., Базарова И.Н., Гавриленко О.Ю. Проблемы внедрения медико-экономических стандартов в учреждения, оказывающие стационарную медицинскую помощь <http://vestnik.mednet.ru/content/view/73/30/>

8. Пирогов М.В. Перспективы развития планирования и финансирования в здравоохранении Российской Федерации//Советник бухгалтера в здравоохранении. — 2008. — № 2. — С. 14.

9. Садковская Т.В., Храбан В.Г. Некоторые аспекты взаимоотношений страховых медицинских организаций и медицинских учреждений//Медицинское право. — 2007. — № 3. — С. 20–23.

10. Семенов В.Ю. Способы оплаты медицинских услуг//Главврач. — 2007. — № 4. — С. 3–13.

11. Стародубов В.И., Флек В.О. Проблемы и перспективы финансирования Российского здравоохранения//Экономика здравоохранения. — 2007. — № 1. — С. 5–16.

12. Уйба В.В., Рыжков Н.А., Максимов Г.К. Бюджетирование в сети лечебно-профилактических учреждений системы специализированного государственного здравоохранения: общие и специальные элементы теории бюджетирования//Экономика здравоохранения. — 2007. — № 9. — С. 9–13.



ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ  
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

### ТЕМАТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР

**«Актуальные ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ организации  
и оказания медицинской помощи:  
российский и зарубежный опыты»  
с 17 по 25 апреля 2009 г. (9 дней), г. Прага, Чехия**

#### Профессиональная часть программы:

- Эффективное регулирование взаимодействий медицинских работников и пациентов (отечественный и зарубежный опыты)
- Новое в законодательстве об охране здоровья граждан
- Бюджетные и автономные учреждения в здравоохранении: сравнительная характеристика, новые возможности, преимущества и риски
- Тематическое посещение санаторно-курортного учреждения в г. Карловы Вары

**Занятия проводятся** ведущими специалистами в области законодательства об охране здоровья граждан, экспертами-консультантами Госдумы РФ и профессорско-преподавательским составом системы медицинского последиplomного образования.

Подробная информация в оргкомитете АНО ДО «Бизнес-Консалт» по телефону (495) 785-11-04 (многоканальный) или по e-mail: [bk2@elixir.ru](mailto:bk2@elixir.ru); [bk3@elixir.ru](mailto:bk3@elixir.ru)

Группа формируется до 27 февраля 2009 года





## ФСС не боится перерасходовать бюджет по больничным из-за «кризисных пациентов»

Как пишет газета «Время Новостей», Фонд социального страхования (ФСС), разделяющий обязанности по оплате больничных листов с работодателями, прогнозирует в ближайшее время увеличение количества мнимых больных. Однако, как заявил советник председателя ФСС Виктор Дубровский, сами работодатели в сложившихся условиях оказываются заинтересованными во временном отсутствии своих работников «по уважительной причине»: руководители многих компаний изыскивают способы сокращения расходов, а оплата больничного значительно выгоднее, чем полноценная оплата труда.

В. Дубровский предупредил, что к посетителям поликлиник, требующим оформить больничный, медики будут относиться не так либерально, как работодатели. К тому же в ФСС напомнили, что максимальный размер возмещения по временной нетрудоспособности в связи с болезнью сегодня не превышает 17,5 тыс. руб. в месяц.

В ФСС готовятся и к появлению откровенных фальшивок. Руководители столичной милиции уже сообщали о случаях задержания продавцов фальшивых справок о беременности, которые в последнее время стали необыкновенно востребованными среди офисных работников. Популярностью пользуются и менее «обязывающие», но вполне серьезные диагнозы, подразумевающие длительное отсутствие на рабочем месте.

Тем не менее, ФСС не боится перерасходовать бюджет по больничным из-за «кризисных пациентов». «Бюджет фонда сбалансирован по доходам», — уверена руководитель бюджетного департамента ФСС Валентина Соломенникова. По ее данным, бюджет в следующем году будет бездефицитным: доходная часть, по прогнозам, превысит 445 млрд. 133 млн. руб., а в 2011 году доходы достигнут 591 млрд. 387,9 млн. руб. При этом более 35% расходов приходится на выплаты по больничным, 28% — на материнские пособия, 13% — на выплаты по несчастным случаям на производстве.

С таким бюджетом, уверены чиновники, все социальные программы государства, финансирование которых идет через ФСС, будут выполнены даже в условиях кризиса.

*Источник: РБК*



## Целеустремленность снижает риск смерти при стрессах

Японские врачи утверждают, что наличие цели в жизни может снизить риск смерти от инсульта, даже если каждый день полон стрессовых ситуаций. Это заключение основано на пятнадцати годах наблюдений за жителями городка Омори на севере острова Хонсю.

«Фактор целеустремленности» исследователи вычислили, предварительно устранив другие показатели (возраст, вредные привычки и т.д.). Выяснилось, что наличие цели в жизни может снизить риск смерти на 38%, а вероятность инсульта понижается на 72%. В 1988 году примерно каждый пятый обследуемый заявил, что часто переживает стрессовые состояния, но даже в этой группе риск инсульта с летальным исходом существенно снижался при условии осмысленности бытия. Эти статистические данные, по словам ученых, неприменимы к сердечным заболеваниям и раку. Дать авторитетное объяснение обнаруженной закономерности они пока затрудняются.

*Источник: Компьюлента*



**И.С. Хайруллина,**

Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

**Э.Ф. Кадырова,**

начальник планово-экономического отдела «Ленмединформ», г. Санкт-Петербург

**Ф.Н. Кадыров,**

Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

# НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЦЕНОВОЙ СТРАТЕГИИ ПРОДВИЖЕНИЯ ОСНОВНЫХ И СОПУТСТВУЮЩИХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Одна из частых проблем, которая возникает при предоставлении медицинских услуг на платной основе, какой ценовой стратегии придерживаться в конкретных ситуациях. На что ориентироваться: на относительно низкие цены и высокий потенциальный спрос или на высокие цены и соответственно более низкий спрос на медицинские услуги.

Другой тесно связанный с этим вопрос: как повлияет изменение цены в ту или иную сторону на величину спроса и доход учреждения.

Отметим в первую очередь, что поставленные вопросы не имеют однозначных ответов. Несмотря на наличие определенных математических зависимостей, достаточно хорошо разработанных маркетинговых стратегий, ответить на эти вопросы в конкретной ситуации далеко не просто. Особенности рынка медицинских услуг на конкретной территории (связанные с территориальным расположением медицинского учреждения, платежеспособностью населения и т.д.) ведут к тому, что соответствующие зависимости, выделенные для одной территории, для одних видов услуг и т.д., могут совершенно не соответствовать реальным параметрам других территорий, услуг и т.д.

Действительно, влияние цены на спрос зависит от многих факторов. Например, ориентация на более высокие цены предполагает работу уже с другим сегментом потребителей, которые предъявляют другие

(повышенные) требования не только к качеству оказываемых услуг, но и к сервису и т.д. Не праздным в связи с этим является вопрос: а готово ли учреждение предоставить необходимый уровень качества и сервиса? Не обернется ли повышение цен простым отсечением ряда потенциальных потребителей без привлечения новых?

Другой вопрос касается критериев достижения успеха ценовой стратегии. Ведь, по сути, важен не доход сам по себе, не объем реализации, а получаемая учреждением прибыль.

Тем не менее, начнем с рассмотрения ценовой стратегии, нацеленной на получение максимального дохода. Посмотрим, как должны быть взаимосвязаны между собой цена и объем услуг для обеспечения максимального дохода или, по крайней мере, для сохранения прежнего уровня дохода.

Допустим, учреждение рассматривает возможность снижения цены с целью привлечения дополнительных потребителей своих услуг. Ограничимся пока решением задачи сохранения дохода. Тогда снижение цены должно будет сопровождаться ростом обращаемости за услугами. Пример приведен в *таблице 1*.

Как видим, выполнение данного условия предполагает, что объем оказанных услуг должен повыситься в такой степени, чтобы компенсировать уменьшение цены. Так, при снижении цены со 100 до 80 рублей (то есть на 20%) объем услуг должен вырасти со 100



Таблица 1

**Варианты цены и объема услуг для достижения цели сохранения дохода**

| Цена услуги, руб. | Снижение цены (в % от первоначального уровня) | Количество услуг | Повышение объемов услуг (в % от первоначального уровня) | Сумма дохода |
|-------------------|-----------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| 100               | –                                             | 100              | –                                                       | 10 000       |
| 80                | 20                                            | 125              | 25                                                      | 10 000       |
| 60                | 40                                            | 167              | 67                                                      | 10 000       |
| 50                | 50                                            | 200              | 100                                                     | 10 000       |

до 125 единиц (то есть на 25%). Закономерно встает вопрос: а есть ли основания надеяться на соответствующее увеличение спроса? Ведь для этого необходимо, чтобы потенциальные потребители имелись в достаточном количестве, притом, что пока их обращения в учреждение сдерживались лишь высокими ценами. К сожалению, далеко не всегда дело обстоит именно так, особенно при монополизме (хотя бы относительном) учреждения, когда пациенты обращаются за платными услугами именно в данное учреждение из-за его специализации, удаленности других учреждений и т.д. В данном случае мы вряд ли получим существенное увеличение притока пациентов. Кроме того, потенциальные потребители услуг должны быть заблаговременно ознакомлены со снижением цен, иметь доверие к учреждению и т.д. К тому же нужно иметь в виду, что низкие цены порой могут ассоциироваться у потребителей с низким качеством.

Другими словами, эта стратегия должна сопровождаться целым рядом дополнительных мер. Поэтому неслучайно идея снижения цен и привлечение за счет этого дополнительного потока потребителей воспринимаются зачастую скептически.

Вместе с тем эта стратегия может оказаться интересной в случае, когда речь идет о снижении цен только на основные услуги при сохранении цен на сопутствующие услуги. Поясним, о чем идет речь.

Специфика медицинской деятельности заключается в том, что необходимость оказа-

ния пациенту тех или иных услуг определяется не самим пациентом, а лечащим врачом, исходя из его знаний и опыта. Каждому врачу независимо от специальности необходимо проведение определенных диагностических исследований, результаты которых требуются для оценки состояния пациента и постановки диагноза. Причем ряд исследований является сугубо специфичным и показанным узкому контингенту пациентов в зависимости от характера их заболевания. Для иных исследований не присуща такая избирательность. Они необходимы для обследования пациентов как, к примеру, с патологией сердечно-сосудистой системы, так и патологией желудочно-кишечного тракта либо нефрологической патологией. Это клинические исследования крови, мочи, ряд биохимических показателей крови и пр. Если все же рассматривать с позиции узкого специалиста, то набор таких «общих» исследований для пациентов с различной патологией, но в рамках специальности будет более точно очерчен. Таким образом, маркетологи и экономисты, занимающиеся платными медицинскими услугами, могут прогнозировать взаимосвязь количества консультаций тех или иных специалистов с последующим количеством и видами назначенных исследований.

Услугу (в данном случае — консультацию врача), предоставление которой пациенту сопровождается необходимостью получения им дополнительного количества услуг (в обсуждаемой ситуации — исследований), условно назовем основной. А услуги, которые обычно оказываются по назначению





Таблица 2

### Варианты изменения цены и количества основных услуг для сохранения общей суммы дохода благодаря росту объемов вспомогательных услуг

| Посещение |            |        | Исследования |            |        | ИТОГО  |
|-----------|------------|--------|--------------|------------|--------|--------|
| Цена      | Количество | Сумма  | Цена         | Количество | Сумма  |        |
| 100       | 100        | 10 000 | 110          | 100        | 11 000 | 21 000 |
| 80        | 110,5      | 8842   | 110          | 110,5      | 12 158 | 21 000 |

врача (по итогам оказания основной услуги), — сопутствующими.

Каким же образом может повлиять на общее количество оказанных сопутствующих услуг, а, следовательно, на величину доходов от оказания услуг цена основной услуги? Именно цена основной услуги — эта сумма, с которой пациент сталкивается прежде всего и величина которой может повлиять на выбор медицинского учреждения.

Допустим стоимость консультации какого-либо врача в учреждении (выразим через  $A$ ) 100 рублей, а цена комплекса исследований (сопутствующих услуг), обычно назначаемых врачом при каждом посещении (в среднем), — 110 рублей.

Будем исходить из предположения, что уменьшение цены на посещение привело к некоторому росту спроса на услуги врача (на посещения). Одновременно в той же степени выросло и количество сопутствующих услуг.

В таблице 2 показан пример того, что учреждение, снизив цену на 20% на основную услугу и обеспечив рост спроса, почти в два раза меньший (на 10,5%), тем не менее, сохранило суммарный доход от основных и сопутствующих услуг за счет того, что выросло количество сопутствующих услуг.

Как видим, можно снизить цену основной услуги (при определенных значениях данных, конечно) на довольно значительную величину без проигрыша в суммарном доходе (в идеале — с выигрышем) за счет того, что может возрасти число как основных, так и сопутствующих услуг.

Возникает вопрос: как найти величину повышения спроса на услугу при заданном

снижении цены на основную услугу, которая обеспечивала бы сохранение суммарного дохода?

Для решения этого вопроса составим уравнение:

$$N * (C + CX) = NY * (CZ + CX),$$

где:  $N$  — изначальное количество оказываемых услуг данного вида (спрос на услугу комплексную: основную и соответственно сопутствующую) при цене  $C$ ;

$C$  — изначальная цена основной услуги;

$CX$  — цена сопутствующей услуги в долях единицы по отношению к изначальной цене основной услуги.  $X$  выражает как соотносится цена сопутствующей услуги с ценой основной услуги ( $C$ ), что позволяет в итоге оперировать только соотношением цен основной и сопутствующей услуг без привязки к их абсолютным значениям;

$CX$  — цена сопутствующей услуги, выраженная через цену основной услуги;

$Y$  — изменение количества оказываемых услуг по отношению к изначальному в долях единицы или, другими словами, новая величина спроса в долях единицы по отношению к изначальной величине спроса;

$NY$  — количество услуг данного вида, необходимое для сохранения исходного уровня дохода после изменения цены на основную услугу (спрос на услугу комплексную: основную и соответственно сопутствующую при цене  $CX$ ), выраженное через изначальное количество оказываемых услуг данного вида ( $N$ );

$CZ$  — новая цена основной услуги, выраженная через изначальную цену основной услуги ( $C$ );





$Z$  — новая цена основной услуги в долях единицы по отношению к изначальной цене основной услуги.

Дадим некоторые пояснения относительно показателей  $X$ ,  $Y$  и  $Z$ . В нашем случае мы имеем:

- изначальная цена основной услуги — 100;
- цена сопутствующей услуги — 120.

Тогда  $X = 120/100 = 1,2$ . Соответственно цена сопутствующей услуги  $(CX) = 1,2C$ . Мы выражаем цену сопутствующей услуги не через независимый аргумент  $(C1$ , например), а именно таким образом, так как в дальнейшем нас будет интересовать только соотношение — величина, на которую цена сопутствующей услуги отличается от изначальной цены основной услуги.

$Y$  вводится по аналогии с  $X$  для выражения соотношения уровней спроса до и после изменения цены основной услуги.

$Z$  вводится по аналогии с двумя предыдущими случаями для отражения соотношения. В данном случае изначальной и измененной цен основной услуги, что после решения уравнения позволит оперировать только соотношением без абсолютных значений цен.

Таким образом, **в левой части уравнения** — доход до снижения цены основной услуги, который мы хотим как минимум сохранить. Поэтому **в правой части уравнения** у нас доход (равнозначный) после изменения цены на основную услугу и соответствующего изменения спроса, позволяющего сохранить прежний уровень дохода (искомая величина). Если нам будет известно, какое изменение спроса позволяет сохранить доход на прежнем уровне, то станет понятно, что рост спроса по отношению к найденной его величине будет означать и рост дохода.

Решая это уравнение, в отношении  $Y$  получаем:

$$\begin{aligned} N * (C + CX) &= NY * (CZ + CX) \\ NC + NCX &= NYCZ + NYCX \\ NC * (1 + X) &= NCY * (Z + X) \\ Y &= \frac{NC * (1 + X)}{NC * (Z + X)} = \frac{(1 + X)}{(Z + X)} \end{aligned}$$

Итак,

$$Y = \frac{(1 + X)}{(Z + X)}$$

Как и говорилось ранее, теперь мы можем узнать, на сколько должен повыситься спрос на комплексную услугу ( $Y$ ), чтобы доход сохранился на прежнем уровне при известных нам соотношениях цен сопутствующей услуги (или суммы цен сопутствующих услуг, если их несколько) и основной услуги ( $X$ ), и также известном нам соотношении новой и изначальной цен на основную услугу ( $Z$ ).

Рассмотрим это на условном примере (таблица 3).

Для наглядности определим необходимое изменение количества оказываемых услуг (изменение спроса) при изменении цены на основную услугу (на 30%;  $Z = 0,7$ ) без учета сопутствующих:

$$Y = \frac{1 + 0}{0,7 + 0} = 1,43$$

— величина, на которую должен измениться спрос ( $N$ ).

Иными словами, он должен возрасти на 43%.

Соответственно  $NY = 100 * 1,43 = 143$  — новая величина спроса, при которой сохранится уровень дохода.

Конечно, при данном уровне вычислений можно и не использовать формулу, так как достаточно величину дохода разделить на новую цену ( $10000/70=143$ ) и получить величину спроса, сохраняющего уровень дохода. Однако наша задача — показать «работу» полученной формулы для понимания последующих вычислений, что отражено в таблице 4 (исследования в нашем случае стоят 60 руб.).

$$Y = \frac{1 + 0,6}{0,7 + 0,6} = 1,23$$

Таким образом мы узнали, что для сохранения суммарного дохода нам необходимо, чтобы спрос повысился в 1,23 раза (либо на 23%).

Проверяем:

$$NY = 100 * 1,23 = 123$$

Получаем таблицу 5.





Таблица 3

**Нахождение необходимого изменения количества оказываемых услуг  
(изменение спроса) при изменении цены на основную услугу**

| Посещение |            |         |
|-----------|------------|---------|
| Цена      | Количество | Доход   |
| $C$       | $N$        | $N * C$ |
| 100       | 100        | 10000   |
| 70        | ?          | 10000   |

Таблица 4

**Нахождение необходимого изменения количества оказываемых услуг  
(изменение спроса) при изменении цены на основную услугу с учетом  
сопутствующих услуг (формулы)**

| Посещение                    |            |           | Исследования   |            |           | ИТОГО  |
|------------------------------|------------|-----------|----------------|------------|-----------|--------|
| Цена                         | Количество | Доход     | Цена           | Количество | Доход     |        |
| $C$<br>первоначальная        | $N$        | $N * C$   | $CX (X = 0,6)$ | $N$        | $N * CX$  |        |
| 100                          | 100        | 10 000    | 60             | 100        | 6000      | 16 000 |
| $CZ (Z = 0,7)$<br>измененная | $NY$       | $CZ * NY$ | $CX (X = 0,6)$ | $NY$       | $CX * NY$ |        |
| 70                           | ?          |           | 60             | ?          |           | 16 000 |

Таблица 5

**Нахождение необходимого изменения количества оказываемых услуг  
(изменение спроса) при изменении цены на основную услугу с учетом  
сопутствующих услуг (расчет)**

| Посещение                    |            |           | Исследования   |            |           | ИТОГО  |
|------------------------------|------------|-----------|----------------|------------|-----------|--------|
| Цена                         | Количество | Доход     | Цена           | Количество | Доход     |        |
| $C$<br>первоначальная        | $N$        | $N * C$   | $CX (X = 0,6)$ | $N$        | $N * CX$  |        |
| 100                          | 100        | 10 000    | 60             | 100        | 6000      | 16 000 |
| $CZ (Z = 0,7)$<br>измененная | $NY$       | $CZ * NY$ | $CX (X = 0,6)$ | $NY$       | $CX * NY$ |        |
| 70                           | 123        | 8610      | 60             | 123        | 7380      | 15 990 |

\* Разница в 10 рублей возникла за счет округления значения  $Y$  до сотых долей единицы и не рассматривается в качестве существенной.

Из таблицы мы видим, что увеличение величины спроса в соответствии с найденной величиной приводит к сохранению уровня дохода.

Также показательно, что при учете в расчетах сопутствующих услуг необходимое (достаточное) количество посещений на 14%

(123/143) ниже, чем при анализе только основных услуг — использование предложенного анализа позволяет осуществлять более точные прогнозы и применять гибкую ценовую политику, учитывающую специфику оказания медицинских услуг.



В отношении  $Z$  мы сами принимаем решение. Подставляя в уравнение разные варианты  $Z$  (решая, каким образом менять цену на основную услугу) и получая разные значения необходимого изменения спроса, мы можем выбрать именно такое значение  $Z$ , чтобы уровень изменения спроса был возможным для данной основной услуги, оказываемой в нашем учреждении, исходя из ситуации на рынке данного вида услуг, особенностей и преимуществ самого учреждения и прочих оценок маркетологов. Конечно, надо не забывать, что для получения увеличения дохода по сравнению с изначальным (до изменения цены основной услуги) реальный уровень спроса должен быть выше, чем получаемый в уравнении. Хотя можно не ограничиваться абстрактными формулировками, и, используя логику представленных выше вычислений, определить конкретные соотношения изменения уровня спроса и уровня дохода. Для этого достаточно в левую часть нашего изначального равенства подставить величину, отражающую во сколько раз доход в правой части уравнения (после изменения цены) должен быть больше первоначального дохода.

Допустим, мы хотим увеличение дохода на 20%. Это будет означать, что доход после увеличения цены будет в 1,2 раза больше первоначального, и наше соотношение примет следующий вид:

$$1,2 N * (C + CX) = NY * (CZ + CX),$$

а если дополнить левую часть уравнения еще одним неизвестным аргументом (а не абсолютным значением 1,2), отражающим изменение дохода ( $D$ ), то, решив это уравнение в отношении  $Y$ , мы получим:

$$Y = D \frac{1 + X}{Z + X}$$

Теперь мы можем в поисках величины изменения спроса задавать, помимо соотношения цен сопутствующей и основной услуг и соотношения новой и первоначальной цен основной услуги, также и желаемую величину изменения дохода.

В рассмотренном выше примере мы определили величину изменения спроса для сохра-

нения уровня дохода. Допустим, мы ставим цель увеличить доход от оказания данного вида услуг на 30%. Он составит 1,3 единицы от изначального уровня дохода. Вычисляем величину необходимого повышения спроса:

$$Y = 1,3 \frac{1 + 0,6}{0,7 + 0,6} = 1,6$$

Для достижения поставленной цели спрос должен возрасти на 60%.

В зависимости от имеющихся исходных данных, точности, надежности и возможности получения информации о тех или иных позициях, представленных в предлагаемых Вам вниманию вычислениях, поставленных целей, можно использовать, кроме формулы нахождения  $Y$  (изменения спроса), формулу нахождения  $Z$  (величины изменения цены основной услуги при известных соотношениях цен сопутствующей и основной услуг, точном прогнозе изменения спроса, например, для достижения определенного уровня дохода:

$$Z = \frac{D(1 + X) - YX}{Y},$$

а также формулу нахождения  $X$  (соотношения цен сопутствующей и основной услуг при заданной величине изменения цены на основную услугу, точном прогнозе изменения спроса на услуги, оказываемые учреждением, заданном уровне изменения дохода для определения, например, тех комплексных услуг, с которыми рационально производить вышеописанные эксперименты (то есть где соотношение цены основной и сопутствующей услуг будет соответствовать найденной величине):

$$X = \frac{YZ - D}{D - Y}$$

Таким образом мы определили математические зависимости между изменением уровня дохода, изменением цены на основную услугу при определенном соотношении цен сопутствующей и основной услуг, изменением уровня спроса, которые можно широко использовать для анализа, служащего целям принятия решения в области ценовой политики учреждения здравоохранения, с учетом специфики оказания медицинских услуг.



## ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЧТО МЕШАЕТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ БИЗНЕСА И ГОСУДАРСТВА В ИНТЕРЕСАХ ПАЦИЕНТА В РОССИИ



В Послании Президента России Дмитрия Медведева Федеральному Собранию Российской Федерации подчеркнуто, что для полноценного развития здравоохранения необходима свободная конкуренция, а также частные инвестиции. Однако вопрос, как привлечь в эту сферу инвесторов, остается пока открытым. Бюджетных средств, которые готовы выделить на это регионы, явно недостаточно. Так, например, в рамках Программы социально-экономического развития России из заявленных регионами 13 трлн. руб. инвестиций в различные проекты на период до 2020 года на здравоохранение придется всего 1% против 24% заявленных средств на нефтедобычу.

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года также предусмотрено развитие сектора социальных услуг на принципах государственно-частного партнерства. Однако в отечественном здравоохранении все еще «не сложилось единого понятия государственно-частного партнерства». С констатации этого факта председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Ольга Борзова открыла работу «круглого стола» «Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения. Законодательные аспекты» (Москва, 11 декабря 2008 года).

При подготовке информационных материалов к «круглому столу» Парламентская библиотека широко использовала материалы журнала «Менеджер здравоохранения» (№6 и №7 за 2008 год) и организованной журналом конференции «Реализация инвестиционных проектов в сфере здравоохранения: интеграция государства и бизнеса». «МЗ» продолжает исследования вопроса принципиальной достижимости синергии интересов всех участников системы: государства, бизнеса, пациента, и предлагает анализ текущего статуса решаемой проблемы.

Известно, что при кризисе на финансовых рынках возрастает рискованность всех форм инвестирования и снижается толерантность к риску у инвесторов. С учетом этого привлекательность инвестиций в сферу здравоохранения сегодня должна только возрастать. О том же свидетельствуют и такие важные для принятия решения об инвестициях показатели:

- рост цен на медицинские услуги в последние десять лет значительно (в 4,3 раза) опережает рост цен на потребительские услуги;
- по экспертным оценкам, рентабельность частных медицинских услуг сегодня составляет 14–25% — это выше, чем на рынке торговли бытовой техникой или продуктами;
- по оценке РБК, на конец 2007 года объем медицинских услуг в коммерческом секторе превысил 8 млрд. долларов против 39 млрд. в государственном здравоохранении.





Спрос на врачебную помощь устойчив, и фактор влияния цены на уровень потребления оказывается низким. Средний россиянин все еще тратит на покупку медицинских услуг в среднем намного меньше, чем средний европеец. Так, на примере рынка лабораторной диагностики можно отметить, что москвич в среднем потребляет в пять раз меньше диагностических услуг, чем средний европеец.

**П**о мнению **исполнительного директора «Ассоциации клиник Санкт-Петербурга» Сергея АНУФРИЕВА**, «время бурного расцвета небольших узкопрофильных клиник закончилось. Происходит постепенное разорение клиник, созданных врачами-энтузиастами. Отсутствие денег на обновление медтехники, возрастающие требования пациентов к сервису и качеству и главное — отсутствие знаний по медицинскому менеджменту — все это на фоне отсутствия реальных финансовых средств у мелких клиник в итоге ведет к уходу с рынка. Если еще 10 лет назад чтобы создать небольшой амбулаторный центр, было достаточно вложить \$50–100 тыс., «сегодня ситуация изменилась: «входной билет» в медицинский бизнес начинается с \$500–\$900 тыс., а может достигать и \$25 млн.».

**Р**оссийский союз промышленников и предпринимателей направил первому заместителю председателя Правительства РФ И. Шувалову письмо со своими предложениями о передаче государственных клиник в концессию бизнесу, а федеральных целевых программ в области здравоохранения — частным управляющим компаниям. РСПП также предлагает возродить в России систему больничных касс. Один из авторов проекта, **президент ЗАО «ГК «Медси» Владимир ГУРДУС**, прокомментировал инициативу РСПП\*.

По его мнению, «привлечение частного инвестора делает процесс инвестиций в здравоохранение не административно-бюрократическим, а предпринимательским, экономически оправданным. Второй аспект: частный инвестор гораздо более гибок, чем государственная машина, с точки зрения привлечения партнеров, зарубежных специалистов, опыта, технологий. Другими словами, привлечение частного капитала оправдано с точки зрения использования передового мирового опыта. Третий — восприятие потребителем, он в данном случае может почувствовать для себя расширение возможностей.

Если же частный инвестор не обеспечивает повышения качества медицинских услуг, его можно из этой системы убрать. Фактически в данной ситуации появляется структура, которая финансово отвечает за качество медицинской помощи.

Сегодня крайне необходимо выравнивание условий для государственной и негосударственной медицины. Если плохо работает частная клиника, туда перестанут ходить пациенты, и она обанкротится. Если плохо работает государственная клиника, то главного врача надо попросить с работы. Еще очень важно было бы предоставление реальной, а не декларированной свободы выбора клиентом лечебного учреждения. При этом государство должно обеспечить движение денег за пациентом через систему ОМС.

По закону в системе ОМС могут участвовать все лечебные учреждения, на самом же деле существуют серьезные административные барьеры для участия ведомственных и частных учреждений в выполнении Программы госгарантий. Желательно эти барьеры снять. Для этого, кроме соблюдения законодательных норм, необходимо сделать тарифы на медицинские услуги в системе ОМС экономически оправданными. Никакой частный медицинский центр не будет работать по демпин-

\* Медицинский вестник. — № 35 (462). — 14.11.2008.



говым тарифам, он разорится. Поэтому переход на одноканальную систему финансирования, о чем сейчас говорят, представляется очень важным. Все, кто согласны работать в рамках референтных цен, должны эту возможность иметь. Здесь необходимо предусмотреть существование системы соплатежей населения. Примерно такая система работает в большинстве развитых стран. То есть все, кто желают участвовать в программе реализации госгарантий, такую возможность имеют. Задача же государства — обеспечить максимальную доступность и качество медицинской помощи. А кроме того, лимитировать количество участников на рынке медицинских услуг, иначе затраты на здравоохранение чрезмерно возрастут.

В Германии крупные госпитали передают в концессию. Концессионер должен подписать обязательство о сохранении профиля лечебного учреждения и работы в рамках госзаказа — это первое требование. Государство соответственно должно зафиксировать, чтобы из медицинского центра не сделали казино. Далее концессионер инвестирует деньги в реконструкцию учреждения, оптимизирует расходы, где это возможно, и обеспечивает в дальнейшем качество медицинской помощи. Государство контролирует со своей стороны, чтобы доступность и качество не снижались, а оплата из государственных источников шла по единым тарифам.

В России в качестве площадки для реализации пилотного проекта могут быть выбраны два—три учреждения или даже субъекта. Такого рода договоренности обязаны носить двусторонний характер. Государство должно сформулировать, что именно оно передает концессионеру (не только сами ЛПУ, но и, условно говоря, население, которое будет там обслуживаться), каких результатов от передачи учреждения в концессию оно ожидает (качество оказания медицинской помощи, уровень здоровья населения, демографические показатели, уровень операционной активности стационара). Перечисления условий договора можно продолжить, но главное — четко описать показатели, которых управляющая компания должна достичь в своей деятельности. Далее государство передает концессионеру текущий объем финансирования и предоставляет право проводить оптимизационные мероприятия. Мы как управляющая компания со своей стороны хотим получить обязательства от государства оплачивать ту медицинскую помощь, которая входит в Программу госгарантий.

В проекте предлагается передать в управление частным компаниям некоторые целевые федеральные программы в области здравоохранения. Их выбор зависит от того, насколько государство сегодня удовлетворено их реализацией. Взять строительство перинатальных центров или больниц скорой помощи вдоль федеральных трасс. Если государство довольно сроками и темпами их строительства, если все идет по плану, то от добра добра не ищут. В принципе, государство все, что угодно, может делать само. Вопрос в том, хочет ли оно сегодня включить рыночные механизмы. Отмечу, что речь не идет о том, чтобы раздать всю систему здравоохранения частникам и лишить население возможности получать бесплатную медицинскую помощь. Частная клиника, как и государственная, может оказывать медицинскую помощь бесплатно для клиента, если государство оплачивает эту помощь в рамках Программы государственных гарантий.

В реализации любого проекта очень важный момент — мотивация. И в случае с частной управляющей компанией она достаточно внятная. Выделяется государственное финансирование. Если можно сэкономить какие-то деньги, то часть сэкономленной суммы достается в качестве бонуса компании. А если в сроки не укладываются, компания отвечает своими деньгами.



В Германии одна крупная частная управляющая компания ведет до 90 крупных госпиталей и клиник, она работает в системе обязательного медицинского страхования, получает те же деньги, что и любая государственная клиника, но управляет более эффективно, потому что имеет достаточную мотивацию.

Я предлагаю провести для начала пилотный проект, чтобы это было безболезненно для всех участников. Если он будет успешным, можно расширить его формат, а если нет — продолжать реформирование здравоохранения путем простого увеличения финансирования.

В программе содержится предложение создать «больничные кассы». Больничная касса — это некое объединение трех функций (финансовых, страховых и медицинских) в одной структуре, то есть это некоторое сращивание финансовых и медицинских механизмов. Сегодня у нас работает система ОМС, где страховые компании несут ответственность (по крайней мере, должны нести) за то, чтобы денег, выделенных на данного пациента, хватило. На практике пока это не действует, но обсуждается. По закону они не имеют право ни учреждать, ни быть владельцами медицинских учреждений. «Больничная касса» объединяет определенные лечебные учреждения, получает в соответствии с числом застрахованных (или обслуживаемых пациентов) финансирование и в рамках организационно-хозяйственной деятельности распределяет эти средства между различными учреждениями в соответствии с установленными правилами. Так, можно направить большую часть средств на укрепление работы первичного звена, а можно — на поддержание стационара. Думаю, что у нас эту систему также можно было бы попробовать применить».

**Евгений Гонтмахер, член Правления Института современного развития\***, в связи с инициативами РСПП ставит крайне важный вопрос: где должно заканчиваться бесплатное здравоохранение, включая обязательное медицинское страхование (ОМС), а где начинаться платное. Ответ, на его взгляд, здесь может быть только один: платное здравоохранение — это дополнение к бюджетному кодексу и системе обязательного медицинского страхования. И ни в коем случае не их замена! На этом фоне, по его мнению, и надо рассматривать инициативы РСПП.

→ «Поставим себя на место бизнесмена, который хочет взять в концессию, допустим, городскую поликлинику. Первая проблема — оснащение наших типовых клиник пока оставляет желать лучшего и не позволяет оказывать услуги современного уровня. Вторая проблема — заработная плата в здравоохранении, несмотря на ее рост в последние годы, все равно остается крайне низкой. А Вам нужны квалифицированные кадры. Чтобы решить все эти вопросы, придется вложить деньги и немалые. Сразу возникает третья проблема — как окупить эти затраты. С пациентов ничего не возьмешь, ведь идея как раз в том, чтобы обслуживать население на более высоком уровне, но без введения платы за медицинские услуги в дополнение к тому, что сейчас входит в «пакет» ОМС. В таком случае «счет» придется выставять либо заказчику — региональной или муниципальной власти, либо территориальному Фонду обязательного медицинского страхования. Сейчас стоимость первичного приема у врача, которая предъявляется поликлиникой этому фонду, составляет 30 рублей. Но концессионер после того, как вложит в поликлинику приличные деньги, вынужден будет поднять цену, может быть, даже до 300 рублей. Иначе он будет работать себе в убыток.

\* «Российская газета» — Центральный выпуск № 4710 от 21 июля 2008 г.





А у бюджетов и фондов ОМС таких денег, как правило, нет. Что делать? Волей-неволей придется вводить платные услуги. И мы получим обратный эффект. Население еще больше разделится на тех, кто может пользоваться платными услугами, и на тех, кто будет безнадежно отрезан от медицинской помощи.

На мой взгляд, вопрос надо ставить иначе. И говорить не о концессии, а о том, чтобы создать для бизнеса стимулы строить новые платные медицинские учреждения — поликлиники, больницы. Чтобы под это на льготных основаниях выделялась земля, как для массового жилищного строительства. Чтобы по облегченной схеме можно было подсоединиться к инфраструктуре: электроэнергии, газо- и водопроводу. Чтобы частный бизнес, пока не заработает в полную силу, мог не платить какие-то налоги. То есть новые поликлиники должны быть в дополнение к тем, которые уже работают.

А вот два других предложения РСПП, на мой взгляд, вполне вписываются в «курс лечения» отрасли. Одно из них — передача федеральных целевых программ под управление частным компаниям — уже, по сути, реализуется, пока не в здравоохранении. Не так давно было принято решение — в виде эксперимента две федеральные целевые программы — развития Сибири и Дальнего Востока и юга России — передать под управление частному бизнесу. Если эксперимент удастся, то его вполне можно повторить и в здравоохранении.

Создание больничных касс — тоже позитивное предложение. Это, по сути, замена нынешней системы ОМС, которое, как отметил Президент Дмитрий Медведев, себя не оправдало. Фактически оно превратилось в еще один источник дополнительного бюджетного финансирования с целевым налогом в виде ЕСН. И с ОМС, действительно, надо что-то делать. Есть несколько вариантов. Один из них — трансформация системы ОМС в больничные кассы.

Напомню, чем отличается больничная касса от обычной страховой компании. Фактически это модифицированная касса взаимопомощи — весьма распространенное явление в советское время. Больничная касса создает страховой фонд за счет взносов страхователей. Она привязана к конкретному региону, профессиональной группе населения, отрасли или предприятию. Касса заключает прямые договоры с объединениями врачей, гарантирующие оказание врачебных услуг в случае болезни застрахованных. Эта форма работает во многих странах. Она позволяет избежать посредников и множества бюрократических процедур. Сейчас же за нас платит Фонд ОМС, но мы даже страховую компанию выбрать не можем.

Но в предложении о создании больничных касс остается неясным вопрос, который тоже надо, видимо, обсуждать — участие в них должно быть обязательным или добровольным. Думаю, что в ближайшие годы приемлем только второй вариант.

Государство планирует в несколько раз увеличить расходы на здравоохранение. И это правильно. Именно государство должно стать для отрасли, для населения той «скорой помощью», которая остановит развитие кризиса с состоянием общественного здоровья. Это как раз входит в его функции. А когда будут достигнуты определенные успехи, тогда, видимо, роль государства может измениться. Тогда оно будет поддерживать только определенные стандарты медицинских услуг. А сверх этого начнут развиваться и система больничных касс, и более активно платное здравоохранение. Безусловно, об этом надо думать уже сейчас, реализовывать пилотные проекты. Но время для широкого внедрения таких новаций наступит не раньше, чем через 10–15 лет».



Среди факторов, сдерживающих развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении, *председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Ольга Борзова\** выделяет административные барьеры для участия частных организаций в выполнении государственного заказа. По словам депутата, существующая нормативно-правовая база недостаточна для развития государственно-частного партнерства, например, в федеральном законодательстве отсутствует понятие «государственно-частное партнерство». (Законодательную базу по общим вопросам взаимодействия (кроме сферы здравоохранения) между государством и частным сектором сегодня составляют федеральные законы «О концессионных соглашениях», «Об инвестиционных фондах», «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», «Об автономных учреждениях», «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации» и другие, а также в сфере здравоохранения Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»).

Нет механизмов оптимального взаимодействия между участниками партнерства, отсутствуют налоговое стимулирование и законодательно установленные гарантии для инвесторов. По мнению О. Борзовой, необходимо активнее использовать возможности бизнеса в области целевой подготовки кадров, в проведении стажировок в ведущих мировых клиниках, в создании обучающих центров с привлечением зарубежных специалистов для чтения лекций. Государственно-частное партнерство целесообразно развивать в сфере информационных технологий обеспечения лечебно-диагностического процесса. Очень важной и пока трудно решаемой проблемой является создание предприятий, обеспечивающих сбор, переработку и утилизацию медицинских отходов. По словам О. Борзовой, подобный опыт имеется пока только в отдельных регионах.

Комментируя предложения о проведении пилотных проектов по государственно-частному партнерству в нескольких регионах России по передаче в концессию государственных клиник, по созданию больничных касс, по передаче федеральных целевых программ в области здравоохранения в управление частным управляющим, О. Борзова заявила, что они требуют дальнейшего изучения.

В Рекомендациях «круглого стола» Госдумы отмечается, что ключевым моментом формирования государственно-частного партнерства в здравоохранении является определение его форм и перспективных направлений. Учитывая многообразие и специфику взаимных интересов государства и бизнес-структур в вопросах охраны здоровья населения, целесообразно сегментировать государственную политику по вопросам развития государственно-частного партнерства по направлениям: практическое здравоохранение; развитие медицинских инноваций; медицинское образование; развитие медицинской и фармацевтической промышленности.

Требуют обсуждения следующие вопросы:

- Характер взаимоотношений бизнеса с государственными органами и организациями, учреждениями здравоохранения в вопросах дополнительного финансирования, инвестирования средств, инноваций.
- Развитие современной инфраструктуры оказания медицинской помощи с привлечением частного сектора к строительству новых медицинских мощностей и повышению технологической оснащенности существующих.
- Переход к инновационным информационным технологиям обеспечения лечебно-диагностического процесса с привлечением частного сектора. Сферой взаимодействия могут являться

\* Стенограмма «круглого стола» на тему «Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения. Законодательные аспекты»







программа комплексной информатизации медицинских учреждений, поставка медицинского и информационного оборудования, сопровождение и техническая поддержка информационной инфраструктуры медицинских учреждений.

- Повышение квалификации медицинского персонала с привлечением частного сектора к организации и финансированию непрерывного процесса усовершенствования, в том числе на базе зарубежных клиник. Сферой взаимодействия могут явиться организация учебного процесса на базе высокотехнологических медицинских центров, организация обмена специалистами, организация зарубежных стажировок молодых специалистов.
- Возможность привлечения частного сектора к проведению экспертных исследований и совершенствованию нормативно-правовой базы.
- Формирование конкурентной среды в здравоохранении, создание равных условий для организаций здравоохранения с различными формами собственности, развитие добровольного медицинского страхования.
- Создание привлекательного инвестиционного климата для частных инвестиций в здравоохранение.

Заслушав доклады и выступления депутатов Государственной Думы, представителей министерств и ведомств, органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, бизнеса, медицинских и страховых организаций, средств массовой информации, общественных, религиозных и других некоммерческих организаций, участники «круглого стола» **рекомендуют Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:**

1. Привлекать частных инвесторов к софинансированию проектов в области здравоохранения.
2. Ускорить разработку проектов федеральных законов, направленных на законодательное закрепление государственных гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания бесплатной медицинской помощи; переход к одноканальной модели финансирования и оплате медицинской помощи на основе обоснованных тарифов, рассчитанных с учетом требований медико-экономических стандартов и включающих все статьи затрат на оказание медицинской помощи; регламентацию деятельности частнопрактикующих врачей и негосударственных медицинских организаций; обеспечение защиты прав пациентов и страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

**Министерству финансов Российской Федерации:**

Совместно с бизнес-сообществом разработать предложения по реформе налогового законодательства, стимулирующие приток инвестиций в социальную сферу.

**Комитету Государственной Думы по охране здоровья:**

1. Изучить вопросы совершенствования действующего законодательства в целях развития государственно-частного партнерства в здравоохранении.
2. Создать рабочую группу (экспертный совет) по проблемам государственно-частного партнерства в здравоохранении.
3. Провести в 2009 году парламентские слушания, посвященные законодательному обеспечению развития государственно-частного партнерства в здравоохранении.

**Органам законодательной (представительной) и исполнительной власти субъектов РФ:**

1. Обсудить возможности развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения с учетом региональных особенностей и потребностей и представить свои предложения в Комитет Государственной Думы по охране здоровья.
2. Проанализировать возможности урегулирования вопросов государственно-частного партнерства в региональном законодательстве и нормативных актах.

*Продолжение читайте в «МЗ», 2009, № 3. Подготовила Н.Куракова*



*От редакции:*

В мае 2008 года ИД «МЗ» провел конференцию «Здравоохранение как инвестиционно привлекательная сфера», центральным вопросом которой стало обсуждение возможных форм частно-государственного партнерства в отрасли. В декабре 2008 года Государственная Дума организовала круглый стол «Частно-государственное партнерство в сфере здравоохранения. Законодательные аспекты» (см. стр. 28–34 настоящего номера). Оба мероприятия имели целью обнаружить убедительные примеры обоюдовыгодного сотрудничества государства и бизнеса, результатом которого являются удовлетворенность пациента высоким качеством и уровнем доступности медицинской помощи, очевидная выгодность для государственной системы здравоохранения и высокая доходность, достигнутая инвестором. Журнал «МЗ» продолжил поиски таких примеров в зарубежной практике здравоохранения, их результатом стала настоящая статья.

**Бернардо Вила,**

менеджер по планированию и развитию,

**Альфонсо Коломе,**

**Евгения Моргунова,**

члены отдела международных проектов компании Torrevieja-Salud UTE,  
Госпиталь Торревьехи, Испания

## ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА НА ПРИМЕРЕ ГОСПИТАЛЯ В г. ТОРРЕВЬЕХЕ, ИСПАНИЯ

По итогам 2007 года госпиталь Торревьехи, расположенный на восточном побережье Испании, в провинции Валенсия, признан лучшим госпиталем в Испании. Это единственный на сегодняшний день пример, когда госпиталь занимает первую позицию в национальном рейтинге медицинских центров уже в первый год своего существования. Госпиталь Торревьехи создан в результате реализации инвестиционного проекта в формате частно-государственного партнерства.

Несколько слов о масштабе госпиталя. Госпиталь Торревьехи имеет следующую структуру:

- 250 2-местных палат в отделении госпитализации (руководство управляющей компа-

нии (УК) полагает, что такие палаты рентабельнее, чем палаты на несколько пациентов);

- 11 операционных;
- 2 родовые палаты;
- 6 предродовых палат
- отделение неотложной помощи (53 койки для наблюдения и 36 реанимационных боксов);
- 60 кабинетов в отделении приёмов;
- 14 коек в отделении интенсивной терапии;
- 17 коек для диализа.

В госпитале работают 700 врачей и медсестер. В организационно-финансовую структуру госпиталя включены 22 поликлиники, расположенные в провинции.



Показатели клинко-экономической эффективности госпиталя на сегодняшний день являются лучшими в Испании (рис. 1):

- среднее время госпитализации — 4,3 дня;
- среднее время обслуживания в отделении неотложной помощи — 3,93 часа;
- доля амбулаторных (от общего количества) хирургических вмешательств — 54,12%.

Управляющая компания (УК) Torrevieja-Salud UTE выиграла конкурс на строительство госпиталя, его эксплуатацию и управление в течение 15 лет (с возможностью пролонгации до 20 лет). По условиям договора, заключенного между Министерством здравоохранения Валенсии и Torrevieja-Salud UTE, УК должна была проинвестировать в проект минимум 80 млн. евро. На момент открытия госпиталя было инвестировано около 68 млн. евро. Согласно финансовому плану проекта, предполагается, что за период до передачи госпиталя в управление государством объем инвестиций составит 120 млн. евро. По условиям соглашения между государством и УК величина чистой прибыли ограничена 7%. Полученная сверх 7% прибыль должна быть инвестирована в ремонт помещений, развитие МИС, модернизацию оборудования (отсюда увеличение объема инвестиций до 120 млн. евро).

Все инвестиции в строительство здания, медоборудование и необходимую инфраструктуру были получены от частных компаний, заинтересованных в долгосрочном получении прибыли от низкорискованных вложений.

Таким образом, на примере госпиталя в Торревьехе была апробирована иннова-



Рис. 1. Показатели клинко-экономической эффективности госпиталя Торревьехи

ционная модель управления объектом национального здравоохранения, которая позволяет частной компании управлять процессом предоставления государственных медицинских услуг, обеспечивая при этом их более высокое качество при меньших затратах.





Попробуем разобраться с экономикой этой модели подробнее.

В муниципальном районе Торревьехи зарегистрировано 165 000 человек, но постоянно проживают 213 000 человек. Так как Торревьеха располагается на побережье и, по сути, является курортным местом, то летом население района обычно достигает 600 000 человек. Из демографических особенностей выделим следующие: 30% составляют люди старше 65 лет, 60% — иностранцы. Это накладывает свои особенности на порядок медицинского обслуживания.

Правительство Валенсии ежегодно выплачивает госпиталю по 570 евро в год за каждого зарегистрированного жителя, имеющего полис обязательного медицинского страхования (ОМС) района Торревьехи, что образует сумму около 94 млн. евро, и эти средства составляют основную часть годового бюджета госпиталя. Если пациенты не зарегистрированы в Торревьехе, то для получения обслуживания в госпитале им необходимо либо иметь полис ОМС другого района/региона Испании, либо приобрести полис ДМС, либо напрямую оплатить госпиталю полученные медицинские услуги.

Уже в первый год функционирования госпиталя (2007 г.) годовая выручка составила 103.40 млн. евро, а прибыль до выплаты процентов по кредитам, уплаты налогов и амортизационных отчислений (EBITDA) — 11.7 млн. евро.

Госпиталю Торревьехи необходимо достигать высокой экономической эффективности, поскольку большая часть доходов (более 80%) приходится на сумму, получаемую от государства, — это те самые 570 евро в год за каждого зарегистрированного. За эту сумму госпиталь должен оказать бесплатные (гарантировано законодательством Испании) высококачественные медицинские услуги любому гражданину из этих 165 тысяч зарегистрированных. Кроме того, работа госпиталя ограничена следующими двумя условиями: во-первых, госпиталь Торревьехи должен оплатить 100% стоимости лечения пациентов,

прописанных в районе Торревьехи, но изъявивших желание лечиться в госпиталях других районов страны. Во-вторых, госпиталь Торревьехи получает лишь 85% стоимости лечения пациентов, прибывших из других районов Испании. Таким образом, с одной стороны, госпиталь Торревьехи должен предоставлять обслуживание, полностью удовлетворяющее своих пациентов, чтобы они не уезжали в другие больницы. С другой стороны, работа госпиталя должна быть настолько эффективно организована, чтобы в нем всегда были вакантные места для пациентов из других районов, поскольку в случае обслуживания таких пациентов из других районов госпиталь Торревьехи получает 85% от стоимости их лечения, которая не ограничена 570 евро, а является реальной рыночной стоимостью лечения, которая может достигать сотен тысяч евро. Поэтому госпиталь заинтересован в таких пациентах из других районов.

За два года деятельности госпиталя Торревьехи были проведены четыре опроса с целью оценки степени удовлетворенности пациентов. Для проведения опросов была привлечена внешняя консалтинговая компания. Респонденты опрашивались в отделениях госпитализации, приёмов и неотложной помощи. Им предлагалось ответить на несколько вопросов, касающихся качества оказания медицинских услуг и обслуживания в госпитале, оценивая каждый параметр по 10-балльной системе (рис. 2). Это стандартное социологическое исследование, в ходе которого респонденты дают оценку качества обслуживания и вероятности рекомендации госпиталя другим. Средняя оценка, которую получил госпиталь Торревьехи по всем вопросам, — 9 из 10 возможных, что говорит не просто о высокой, а о высочайшей лояльности пациентов. Одновременно с этим социологическим исследованием Правительство Валенсии провело самостоятельную оценку госпиталей всего региона по аналогичной методике, опрашивая граждан по телефону и в самом госпитале. В результате в составленном рейтинге госпи-







таль Торревьехи занял первое место.

В чем же секрет успеха? Как госпиталь обеспечивает лучший в Испании уровень лечения за всего 570 евро на 1 прописанного человека в год? (Для сравнения во многих европейских странах этот показатель уже зашкаливает за 2000 евро, а уровень оказываемых медицинских услуг все еще оставляет желать лучшего).

Главным инструментом достижения экономической результативности данного инвестиционного проекта, по мнению топ-менеджеров УК, является использование информационных технологий. Руководство госпиталя считает, что достичь высокого качества услуг при относительно низких затратах удалось благодаря медицинской информационной системе (МИС) Florence, которая используется в госпитале. Компания Torrevieja-Salud UTE вложила более 4 млн. евро в информационные технологии, включая разработку собственной МИС Florence, которая полностью основана на технологиях Майкрософт.

Госпитальная система гарантирует защиту медицинских данных в соответствии с европейскими законами о защите личной информации.

Клинический модуль системы включает в себя такие блоки, как «Диагностические

методы», «Отдел неотложной помощи», «Обслуживание в поликлиниках», «Аптека», «Клиническая история», «Приёмы у врачей», «Госпитализация», «Хирургическое отделение», «Менеджмент пациентов», «Реабилитация», «Дневной стационар» (рис. 3).

### Наши результаты

Source: (EMER-GFK consulting)

| Общие данные Госпиталя |              |          |              |
|------------------------|--------------|----------|--------------|
|                        | Декабрь 2006 | Май 2007 | Декабрь 2007 |
| Госпитализация         | 8,71         | 9,17     | 9,00         |
| Приёмы                 | 8,39         | 8,63     | 8,37         |
| Неотложная помощь      | 8,15         | 8,51     | 8,17         |

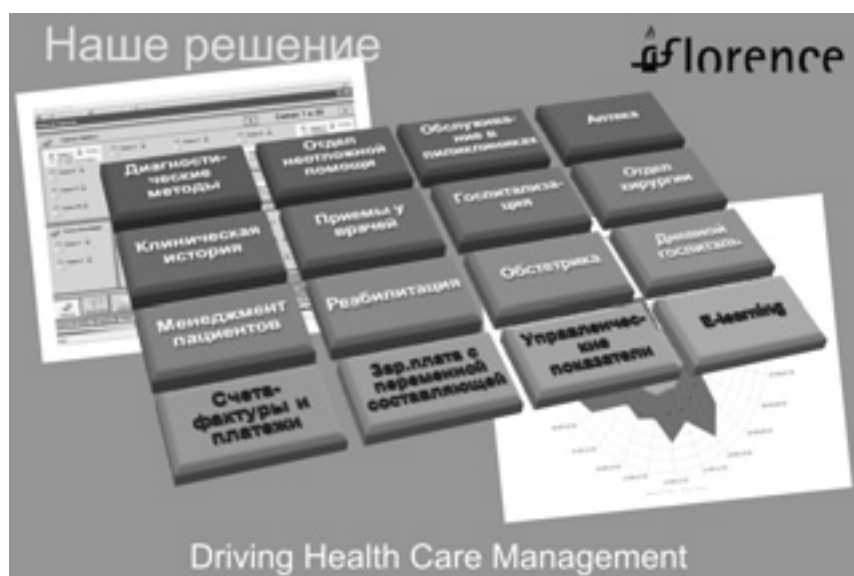
| Госпиталь рекомендован другим |              |          |              |
|-------------------------------|--------------|----------|--------------|
|                               | Декабрь 2006 | Май 2007 | Декабрь 2007 |
| Госпитализация                | 8,93         | 9,36     | 9,24         |
| Приёмы                        | 9,10         | 9,01     | 8,82         |
| Неотложная помощь             | 8,00         | 8,45     | 8,13         |

| Верность госпиталю |              |          |              |
|--------------------|--------------|----------|--------------|
|                    | Декабрь 2006 | Май 2007 | Декабрь 2007 |
| Госпитализация     | 9,13         | 9,51     | 9,32         |
| Приёмы             | 8,25         | 9,37     | 9,18         |
| Неотложная помощь  | 8,53         | 8,57     | 8,30         |

**Driving Health Care Management**

**Рис. 2. Оценки респондентов качества оказания медицинских услуг и обслуживания в госпитале Торревьехи (по 10-балльной системе)**



**Рис. 3. Модули клинической системы Florence**





Модуль управленческих показателей, включающий в себя блоки «Счета фактуры и платежи», «Заработная плата с переменной составляющей», «Управленческие показатели», был создан для менеджеров госпиталя на базе Microsoft Dynamics Navision и интегрирован с модулями, в которых отражается собственно медицинская деятельность. Всего за несколько секунд можно рассчитать более 400 ключевых показателей деятельности больницы, таких как среднее время госпитализации, процент свободных палат, среднее время ожидания в отделении неотложной помощи. Каждый менеджер может сформировать свой собственный набор показателей, мониторинг которых он осуществляет. Также есть возможность выбрать показатели, данные по которым будут отправляться ежедневно менеджеру или врачу на его мобильный телефон. Таким образом, менеджерам госпиталя необязательно находиться физически на своём рабочем месте, чтобы осуществлять мониторинг деятельности госпиталя.

Другая интересная функция управленческого модуля — возможность сравнить пока-

затели деятельности врачей. Например, можно сравнить работу хирургов по времени, затраченному на одно и то же хирургическое вмешательство, стоимость затраченного материала и т.д. С помощью этой оценки можно выявить докторов, которым необходим дополнительный тренинг, чтобы быть более эффективными.

Модуль «Обучение» (E-learning) разработан на основе Microsoft SharePoint Portal для обучения персонала. Этот модуль был создан ещё до открытия госпиталя, чтобы помочь врачам ознакомиться с системой до начала работы в госпитале. С помощью этого модуля можно организовать любые обучающие курсы как для медицинских специалистов, так и для управляющего персонала.

Наличие современной коммуникационной инфраструктуры позволило эффективно интегрировать в единое информационное пространство 22 локальные поликлиники, обеспечив безбумажный обмен данными между всеми медицинскими учреждениями. В рамках этого информационного пространства используется единая электронная история болезни для каждого пациента, производится автоматизированная выдача анализов и рецептов, в электронную историю болезни попадают все выполненные пациенту исследования, включая кардиограммы, томограммы, рентгеновские снимки и пр. С использованием средств телемедицины врачи госпиталя, находящиеся в любой точке земного шара, подключившись к Интернету, могут получить всю информацию о пациентах госпиталя.

Информационная система госпиталя интегрирована и с технологиями мобильной связи. Всего лишь отправив одно СМС-сообщение, пациент может узнать время ожидания в отделениях неотложной помощи различных поликлиник и самого госпиталя. Менеджеры госпиталя Торревьехи считают, что очень важно обслуживать пациентов с менее серьезными жалобами в поликлиниках, чтобы в госпитале всегда было место и ресурсы для обслуживания тяжелых случаев.





С помощью сообщений СМС удалось снизить обслуживание менее серьезных жалоб в госпитале с 20 до всего 2%. Пациенты, обратившиеся в отделение неотложной помощи в госпиталь, при выписке получают СМС, например, такого содержания: «Время Вашего ожидания составило 2 часа 34 минуты. Если бы Вы обратились в ближайшую поликлинику, оно бы составило 20 минут». После этого, как показывает практика, такие пациенты обращаются в госпиталь только в серьезных случаях. По СМС пациенты также могут получать напоминания о назначенных приемах, анализах, прививках.

В отделении неотложной помощи пациенты классифицируются по сложности и тяжести их заболевания, каждый уровень имеет свое максимальное время ожидания и, чем тяжелее случай, тем, естественно, оно меньше. Когда время ожидания пациента превышает назначенное для такого уровня максимальное, информационная система автоматически отправляет электронное письмо и СМС заведующему врачу отделения, если ещё через некоторое время пациент не обслужен, коммуникация отправляется менеджеру более высокого уровня и т.д., пока уведомление не дойдет до генерального директора госпиталя. Также с помощью СМС врачи могут узнавать о важных изменениях в истории болезни прикрепленных к ним пациентов (о новых результатах анализов, сделанных исследованиях, рентгеновских снимках и т.д.), что позволяет ускорить процесс лечения.

Госпиталь оснащен мобильными вебкамерами, которые могут быть быстро перемещены в необходимую палату (или место осмотра пациента). Это позволяет врачу соответствующего профиля, который отсутствует в данный момент в госпитале, провести осмотр из любого места, где есть компьютер, подключенный к Интернету (например, домашний компьютер врача).

При создании МИС Florence пожелания медперсонала госпиталя не просто учитывались, но и специально инициировались. В



настоящее время врачи играют ключевую роль в разработке новых версий информационной системы. Вероятно, именно благодаря такому подходу МИС Florence получилась очень легкой в использовании и освоении: любой врач обучается работе на своём участке менее чем за день.

Еще несколько слов о применяемых информационных технологиях.

В Florence встроена система распознавания речи, которая была настроена под особенности голоса каждого из использующих ее специалистов. Врачи могут диктовать свои заключения — например, рентгенологи диктуют отчеты о снимках, используя стандартные диагностические термины, и соответствующий текст появляется в истории болезни. Это значительно экономит время на рутинную работу.

Все медицинские данные хранятся во Florence без бумажного дублирования. Весь архив госпиталя размещается в помещении площадью 15 кв. метров. Здесь же хранятся документы о согласии пациентов на хирургические вмешательства, которые подписыва-

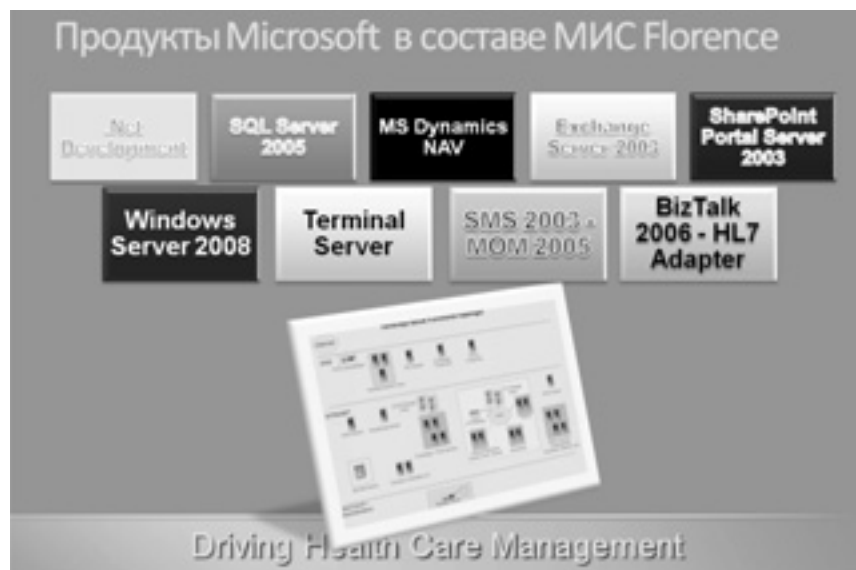


Рис. 4. Продукты компании Майкрософт, используемые в госпитальной МИС Florence



Рис. 5. Общая схема взаимодействия блоков информационной системы Florence

ются пациентами от руки. В будущем даже для этой процедуры планируется использование электронной подписи. Эпикриз готовится по желанию пациентов, его можно распечатать или же пациент может получить эти данные на электронном носителе (USB, CD).

Родственники пациентов, обслуживаемых в отделении неотложной помощи, хирургичес-

ком или родовом отделении, могут ознакомиться с состоянием пациентов в любой момент. Получить доступ к этой информации можно с помощью введения кода на экранах информатов, доступных в госпитале. Этот код позволяет увидеть адаптированную версию электронной истории болезни.

При регистрации нового пациента, поступающего в госпиталь, ему дается карта с девятизначным кодом, которую пациент может использовать как для доступа к своей истории болезни, так и передать третьему лицу по своему желанию и выбору. То есть пациенты сами решают для себя вопрос, кто может иметь доступ к их истории болезни.

Это позволяет родственникам и друзьям следить за ходом лечения, новыми записями в истории болезни практически в режиме реального времени по мере их внесения лечащими врачами.

Преимущество МИС для докторов состоит в первую очередь в том, что система позволяет им

полностью сконцентрироваться на лечении больного и обслужить большее число больных, что улучшает качество медицинской помощи и увеличивает поток пациентов, сокращая время ожидания. Однако следует отметить, что в сложных ситуациях врачи подолгу персонально общаются с каждым пациентом, с каждой семьей.





Если говорить о сервисе для пациентов, то информационная система дает им возможность ознакомиться с расписанием врачей, рассчитать ориентировочное время ожидания приема, получать напоминания о приеме по СМС.

Как уже говорилось, на создание и внедрение госпитальной системы было затрачено более 4 млн. евро (включая серверное оборудование, коммуникации, компьютеры для врачей и программное обеспечение), из которых 600 000 евро ушло собственно на разработку МИС Florence. Система была разработана за 20 месяцев силами 18 человек (очень быстро и малыми силами) благодаря использованию новых технологий программирования Microsoft.NET. В день открытия госпиталя начали функционировать сразу все его отделы, и с первого момента работа ведется без использования бумажных носителей. Средние затраты, предусмотренные на развитие Florence, — 400 000 евро в год. В настоящий момент в отделе информационных технологий госпиталя работают около 30 человек.

Одно из главных преимуществ МИС Florence состоит в том, что она интегрирована с другими блоками информационной системы, такими как Dynamic Navision, система хранения исследований PACS, лабораторная ИС, АИС отделения неотложной помощи.

Архитектура МИС Florence представлена на рис. 4, 5.

Доказанная эффективность этого проекта в формате частно-государственного партнерства в Испании создала предпосылки для возможности тиражирования подобной модели управления госпиталем. Руководство управляющей компании Torre Vieja-Salud UTE охотно делится своим опытом с другими больницами как в Испании, так и в других странах. В настоящий момент подобные информационные системы внедряются ещё в двух госпиталях Испании, ведется работа над проектами в Южной Америке и странах Восточной Европы (Словении) и в Казахстане.



Партнером УК Torre Vieja-Salud UTE на российском рынке (как и в других странах бывшего СССР) является компания GRUPOTEC. Помимо дистрибуции и внедрения МИС Florence, GRUPOTEC оказывает полный спектр услуг в секторе здравоохранения, необходимый для создания и полноценной работы госпиталей: архитектурный проект, менеджмент для постройки здания и внедрения электронной истории болезни Florence и ERM, а также последующую помощь в управлении госпиталем.





# РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СКВОЗЬ ПРИЗМУ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

*От редакции:*



**В январском номере нашего журнала рассматривались вопросы, касающиеся новой методологии и новых принципов организации сбора статистических медицинских данных в 2009 году.**

**Какие последствия для оперативного управления здравоохранением может иметь использование недостоверной статистической информации, что приводит к нарушению правил организации статистического учета в госпитальной практике? Сегодня ответы на эти и другие вопросы мы ищем вместе с ведущим научным сотрудником ФГУ ЦНИИОИЗ РОСЗДРАВА, внештатным экспертом ВОЗ по подготовке трех пересмотров Международной классификации болезней и по внедрению МКБ-10 в странах СНГ и Прибалтики Емилем Михайловичем Секриеру.**

**Корр.: Что побудило Вас, активно практикующего хирурга-онколога, серьезно заняться методологией отечественной медицинской статистики?**

**К**линическая дисциплина до определенной поры полностью удовлетворяла моим профессиональным амбициям, тем более, что в своей практической деятельности я совмещал многие врачебные специальности. Однако неистребимая потребность в обновлении своих знаний и самообразовании заставляла постоянно искать свободное время для посещения библиотек. И в какой-то момент мне стало понятно, что чем больше познаешь, тем дальше отодвигается горизонт твоих знаний. Удовлетворения от своих личных успехов в онкологии с каждым годом становилось все меньше и меньше, а поиски знаний и необходимой информации для плодотворной работы стали целью моей жизни.

Случайная встреча с крупным специалистом по статистике (проф. Г.С. Жуковский) решила дальнейшую мою научную судьбу в здравоохранении.

Медицинская статистика как наука на первых порах показалась скучным предметом для познания практической деятельности врачей, а абсолютные величины стали молчаливыми свидетелями непонятных колебаний в здравоохранении. Заговорить молчаливые цифры заставила Международная классификация болезней (МКБ), участию в подготовке и внедрению которой посвящено более 35 лет. Этот универсальный статистический инструментарий определил такую область нового познания, как статистика заболеваемости и смертности.







Через статистическую информацию, базирующуюся на МКБ, я увидел все проблемы здравоохранения, касающиеся диагностики, лечения и профилактики болезней, медико-социальной помощи пациентам, профессиональной подготовки практикующих врачей и врачей-статистиков, ответственных за качество статистического учета деятельности медицинских организаций.

Программы изучения заболеваемости и смертности, строго базирующиеся на МКБ, доступны объективному анализу и сопоставимы как на региональном, так международном уровнях. Однако не все российские программы соответствуют этим требованиям, и тем более нельзя быть уверенными до конца в достоверности такой статистической информации о заболеваемости и смертности. В такой ситуации действует закон больших величин, и вся информация приобретает исключительно стратегический характер, и только экспертная оценка позволяет определить степень достоверности этой информации.

Для статистики заболеваемости и смертности вся клиническая информация должна быть формализована в учетных и отчетных документах в соответствии с МКБ (под статистическую единицу учета).

МКБ предусматривает различные иерархические ступени ранжирования статистической информации: класс, блок, рубрика и подрубрика. В соответствии с этими ступенями и должны строиться программы сбора информации.

ВОЗ предусмотрены и адаптированные классификации для специализированных служб здравоохранения, что позволяет более глубоко анализировать клиническую работу врачей без излишней формализации изучаемых явлений. Использование всех возможностей МКБ для сбора статистической информации зависит от целей и задач, стоящих перед здравоохранением.

Очевидно только одно — не вся информация, формирующаяся в государственном здравоохранении, должна идти наверх. Распределение функций принятия управленческих решений должно быть ранжировано, согласно иерархическим ступеням (федеральный уровень, уровень субъекта РФ, муниципальный уровень).

**Корр.: Каждый раз, когда речь заходит о статистике, вспоминаются слова Марка Твена о том, что существует ложь, наглая ложь и статистика... Уверена, что для человека, посвятившего несколько десятилетий профессиональной деятельности в здравоохранении, официальная медицинская статистика является пусть хоть не совершенным, но наилучшим из существующих инструментов исследования состояния отечественного здравоохранения. И все же, что, с Вашей точки зрения, сегодня искажает нашу статистику?**



Безусловно, что принятие правильных управленческих решений без статистической информации в любой отрасли невозможно. Очень важно, чтобы информация отражала реальные процессы.

Академик А.И. Берг говорил: «Информация — есть отражение в сознании людей объективных причинно-следственных связей в окружающем нас реальном мире». Основные свойства качественной информации можно сформулировать следующим образом:

- должна иметь целевое назначение;
- должна быть надежной и достоверной;



- не должна быть избыточной;
- должна обладать качеством быстроедействия в отношении ситуаций, требующих оперативного решения;
- должна характеризоваться определенной периодичностью;
- должна обладать способностью сжатия при передаче ее на высший уровень.

Этот баланс свойств информации в здравоохранении не всегда соблюдается. Особенно опасна в здравоохранении недостоверность статистической информации. Она влечет за собой неправильное принятие управленческих решений, которые могут стоить жизни пациентам медицинских организаций.

В погоне за снижением показателей заболеваемости и смертности мы деформируем развитие необходимых видов медицинской помощи, создаем атмосферу благополучия. Отчасти это происходит от давления на процесс формирования статистической информации со стороны руководителей органов управления здравоохранением. С другой стороны, — от принципов финансирования медицинской деятельности со стороны страховых компаний.

Агgravация диагнозов стала главным оружием искажения статистики заболеваемости в медицинских организациях для выяснения финансовых взаимоотношений со страховыми компаниями. Необъективно утяжеляя клиническое течение заболевания, меняется правильное кодирование диагноза, но достигается финансовый успех.

По этому же принципу в госпитальной практике нарушаются правила организации статистического учета. Около 15% больных, которые должны переводиться из отделения в отделение этого же стационара, попадают в статистику вновь госпитализированных, хотя они должны быть учтены только один раз. Механизм нарушения очевиден. Выписка из одного отделения стационара и новое поступление в другое отделение этого же стационара. Опять это связано с оплатой одного или нескольких диагнозов больного.

Более 65% причин госпитализаций в РФ составляют болезни 6 классов МКБ-10 (см. таблицу 1).

В стационар госпитализируются больные в основном по экстренным показаниям или которые нуждаются в углубленной диагностической и лечебной помощи. Принято считать, что качество диагностики и лечения в стационаре полностью обеспечено. Однако анализ некоторых случаев госпитализации опровергает этот постулат. Примером могут служить цереброваскулярные болезни, среди которых 2,5% составляют неуточненные диагнозы — инсульты. Мало того, даже после летальных исходов инсульты составляют 7,6% неуточненных диагнозов.

Эта информация не искажает госпитальную статистику, но она отрицательно характеризует качество диагностики и лечения больных в стационаре.

В статистике заболеваемости и смертности существует ряд договорных моментов на время действия текущего пересмотра Международной классификации болезней, таких как:

- возрастная группировка пациентов;
- сроки течения некоторых заболеваний;
- некоторые особенности кодирования нозологических форм;
- определения и терминология;



Таблица 1

**Распределение выписанных из стационара по классам болезней.  
Российская Федерация. 2007 г.**

| Наименование болезни                                                         | Выписано больных |          |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|
|                                                                              | Всего            | Доля в % |
| Всего                                                                        | 30 741 013       | 100      |
| в том числе:                                                                 |                  |          |
| болезни системы кровообращения                                               | 4 867 881        | 15,7     |
| болезни органов дыхания                                                      | 3 778 696        | 12,3     |
| болезни органов пищеварения                                                  | 2 780 571        | 9,0      |
| болезни мочеполовой системы                                                  | 2 533 458        | 8,2      |
| беременность, роды и послеродовой период                                     | 4 153 707        | 13,5     |
| травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин | 2 441 182        | 7,0      |

- перинатальный период;
- группировка новорожденных по весу;
- расчет статистических показателей;
- табуляция статистических данных для сопоставления и т.д.

Эти договорные моменты определены специальными правилами и инструкциями самой классификации болезней. Отход от этих правил и инструкций в первую очередь искажает статистику заболеваемости и смертности, делает ее несопоставимой на международном уровне.

**Корр.: Очевидно, что эффективное управление возможно лишь на основе надежной, оперативной и часто актуализирующейся информации, поступающей к лицам, принимающим решения. Согласно Вашим оценкам, информация, удовлетворяющая всем этим требованиям, сегодня в Минздравсоцразвития России поступает. А как Вы оцениваете эффективность ее использования? Всегда ли федеральные и региональные управленческие решения принимаются на основе такой информации, а не в результате действия «человеческого фактора»?**

Минздравсоцразвития России не должно работать в оперативном режиме. Его задача — разрабатывать долгосрочные программы развития отрасли и обеспечивать их выполнение. Оперативной информации, требующей принятия управленческих решений, в его арсенале должно быть минимум.

Актуализация информации является непрерывным процессом, требующим рассмотрения ее под разными углами зрения в связи с ситуационными переменах, происходящими в обществе.

О требованиях, предъявляемых к информации, сказано выше. На наш взгляд, в Минздравсоцразвития поступает достаточная информация, наряду с излишней информацией, на которую уже невозможно реагировать. Для решения стратегических задач достаточно ограничиться сжатой информацией, а остальную часть информации перенести как нагрузку для принятия управленческих решений на региональный и муниципальный уровни.



Эффективность использования статистической информации очевидна. Примером могут служить многочисленные национальные проекты здравоохранения, принятые в результате сформировавшейся негативной информации о здоровье населения, структуре медицинских организаций и кадровом составе.

Нельзя исключить и «человеческий фактор». В такой отрасли, как здравоохранение, без него обойтись невозможно. Иногда приходится принимать решения и действовать по отклонениям. Большинство этих решений носит организационный характер.

**Корр.: Сегодня много говорится о необходимости международных сопоставлений медицинских статистических данных. Последний пример: за рубежом травматизм на дорогах учитывают через 30 дней после ДТП, а в РФ — через 7 дней. Поэтому с 2009 года в России будут использовать оба показателя. В национальной системе медицинской статистики есть что-то уникальное?**



Без международного сопоставления статистических данных о заболеваемости и смертности невозможно развитие медицинской науки и практики. Являясь страной-членом ВОЗ, мы обязаны быть в одной связке со всеми странами, чтобы передавать и брать накопленный опыт современного медицинского развития для использования его в интересах здоровья всего человечества.

Уникальность нашей национальной статистики заключается в том, что наши показатели при исчислении по зарубежной методике могут оказаться хуже, а, следовательно, нужно сделать их несопоставимыми.

Когда идет речь о дорожно-транспортных происшествиях, наибольший интерес представляют данные о регистрации случаев смерти. В России смертность от дорожно-транспортного травматизма учитывается в течение 7 дней как смертность от ДТП, а за рубежом — в течение 30 дней. Для возможности сопоставительной характеристики смертности от ДТП в России с 2009 года вводится новый показатель, который будет существовать наряду с предыдущим.

**Корр.: Почему данных о России нет в Евростате, почему в базе данных ВОЗ по заболеваемости данные по России представлены в таком усеченном виде?**



Статистические базы Евростата формируются на основании ежегодных статистических информационных сборников стран-членов ВОЗ по специальной программе, предусматривающей единый формат расчета и представления данных для международного сопоставления.

Наши ежегодные статистические сборники в первую очередь обеспечивают информационную структуру показателей здравоохранения для руководителей отрасли в свободном формате, не всегда отвечающем требованиям международного сопоставления. Поэтому в базы Евростата от России попадают только те статистические показатели, которые соответствуют рекомендуемым стандартам представления информации для сопоставления.

Здесь немаловажную роль играют сроки подготовки и представления в ВОЗ странами ежегодной статистической информации.





**Корр.: Когда мы оцениваем любой информационный ресурс, важнейшим параметром является полнота его охвата. Сегодня динамика роста медицинских услуг составляет в частном секторе медицины до 20% ежегодно. Выпадение из поля статистической отчетности такого значительного сегмента не искажает важнейшие показатели национальной системы здравоохранения? Например, мы констатируем сокращение числа аборт в стране, а не является ли это следствием того, что большая их часть теперь выполняется в частных медицинских центрах?**

В статистике существует мнение, что 80%-ный охват изучаемого явления вполне достаточен для принятия правильного управленческого решения. С этим можно согласиться только при одном условии, что и статистическая достоверность этого явления составляет не менее 80%.

Если частный сектор действительно оказывает 20% медицинских услуг, выпадающих из поля статистической отчетности, это не искажает статистические показатели национальной системы здравоохранения. Но это лишь предположение, что 20%. Вот здесь нужно власть употребить и потребовать отчетности частного сектора наряду с медицинскими организациями.

Что касается абортов, то у нас никогда не было достоверной статистической информации. Статистические уловки всегда играли на понижение этого показателя. Информация об абортах фигурирует в разных отчетных формах, но ее никто и никогда не суммирует. Кроме того, часть абортов проходит в отчетной форме №14 под видом акушерских операций (замаскированные аборты). Составить полную картину этого показателя просто невозможно. Неизвестная часть абортов вообще выпадает из статистической регистрации благодаря частным медицинским организациям. Статистический контроль должен распространяться на все организации, оказывающие медицинскую помощь, независимо от формы собственности. Здесь просматривается слабость нашей законодательной базы здравоохранения.

**Корр.: Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения на основе статистических показателей — очевидное в ряде случаев управленческое решение. Например, количество наступивших беременностей на каждые 100 циклов ЭКО, является единственным и достаточным показателем эффективности медучреждений этого профиля. Почему такая информация не доступна и не используется при распределении средств программы госгарантий, например?**

Оценка эффективности деятельности медицинских организаций — неперенное условие статистического анализа их деятельности. Это в первую очередь касается дорогостоящей стационарной помощи больным.

Международная статистическая классификация создается как единый нормативный документ для регистрации статистической информации о заболеваемости и смертности в странах с различным уровнем развития здравоохранения. Предполагается, что чем выше уровень развития медицины, тем выше качество статистической информации, основанной на основных классах МКБ.

В странах, где отсутствует врачебный персонал, статистическую информацию о заболеваемости и смертности регистрирует средний или парамедицин-





ский персонал. ВОЗ предусмотрела такую возможность, введя в МКБ класс 18 «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках».

Информация, регистрируемая кодами данного класса, характеризует низкое качество диагностического и лечебного процессов. Кроме того, это указывает на низкий уровень подготовки медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь.

Таким образом, класс 18 МКБ стал маркером качества медицинской практики для стран с высоким уровнем развития здравоохранения.

Госпитализация больных по этому классу болезней МКБ должна быть весьма ограниченной и недопустима летальность от таких состояний без патолого-анатомического уточнения диагноза.

Если говорить об экстракорпоральном (искусственном) оплодотворении (ЭКО), то эффективность этой процедуры, по статистическим данным, составляет в среднем около 35%. Длительность процедуры ЭКО продолжительная, стоимость довольно высока. По своей стоимости эта процедура не вписывается в программу госгарантий даже по солидарному принципу. Видимо, необходима разработка отдельной федеральной целевой программы по лечению женского и мужского бесплодия.

### Корр.: Какие виды работ врача ускользают от медицинской статистики?

В 1985 г. нами была завершена экспериментальная апробация Международной классификации причин обращений (МКПО) в первичной медико-санитарной помощи. Основной целью этой апробации предстояло определить структуру деятельности врачей при обращении пациентов за медицинской помощью. Результаты исследования позволили получить эту структуру:

- лечебно-диагностическая работа — 65,6%;
- профилактическая работа — 15%;
- административная работа — 12,8%;
- медико-социальная работа — 6,6%.

В нашей стране традиционно учитывалась только лечебно-диагностическая и профилактическая деятельность врачей. Полученные результаты сломали существовавшие стереотипы в оценке видов деятельности врачей.

С внедрением в отечественную медицинскую статистику класса 21 МКБ-10 (контингенты здоровых пациентов) возможность изучения структуры деятельности врача стала реальностью. Однако страховые компании деятельность врачей по этому классу оплачивают ограниченно. Следовательно, большинство услуг, включенных в данный класс, перекачиваются вместе с диагнозом в лечебную работу. Таким образом, оценить виды медицинской деятельности врачей в полном объеме не представляется возможным.

Уникальность статистики по этому классу заключается в том, что мы впервые имеем возможность, показать работу врача со здоровым контингентом наших пациентов. Чем выше этот контингент, тем выше рейтинг нашей медицины. Кроме того, мы можем оценить виды деятельности медицинских работников (административная работа, профилактика заболеваний, медико-социаль-





ная помощь пациентам) и структуру ряда медицинских услуг, не являющихся лечебными (долечивание, реабилитация и др.). Почти 35% всех видов деятельности врачами осуществляется именно по этому классу.

Препятствием для нормального формирования такой статистики является недостаточная подготовка врачей для работы с такой информацией. Кроме того, отсутствует заинтересованность руководителей органов здравоохранения в получении этой информации и недостаточное стремление страховых компаний к увеличению контингента здоровых лиц.

Тем не менее, в некоторых регионах России статистические данные по этому классу пополняются при свободных койках в стационаре за счет принудительно-ситуационной госпитализации пациентов-пассажиров, ожидающих летной погоды в аэропортах. Таким образом, обеспечивается оборот койки в стационаре и госпитальный контроль здоровья пациентов, однако финансовые потери трудно оправдать.

**Корр.: Демографические проблемы России, резкое сокращение работоспособного населения — ключевые проблемы, на решение которых направлены государственные программы. Как Вы оцениваете качество нашей демографической статистики?**

Демографический кризис, начавшийся в начале 90-х годов, в настоящее время переживает не лучшие дни. Высокая общая и перинатальная смертность, низкая рождаемость и низкий уровень продолжительности жизни, безусловно, ведут к резкому сокращению работоспособного населения, старению общества. В этих условиях растут социальные и экономические проблемы.

Глобально повлиять на этот кризис способны только взвешенные государственные программы. Однако эти программы долгосрочные и результаты их воздействия не скоро дадут положительный эффект. Финансовые вливания в стимуляцию рождаемости уже сейчас не вызывают полного доверия.

Каждому человеку необходимы надежная крыша над головой, достойная работа и стабильный заработок, нормальное питание и возможность создания семьи и воспитания детей. Даже эти важные условия не могут быть гарантией демографического всплеска, но без них и ожидать его нельзя.

Медицина не способна переломить в корне демографический процесс в положительную сторону. Однако без нее демографический кризис может еще больше усугубляться.

Изучая качество статистики смертности в различных регионах РФ, мы столкнулись с очень серьезной проблемой. Количество неуточненных и не соответствующих действительности причин смерти составило от 50 до 60%. Как можно ожидать эффективных мер по снижению смертности при такой недостоверной информации? Управленческие решения, базирующиеся на этой информации, в такой ситуации бессильны и бессмысленны.

Все проблемы достоверности статистики смертности уже в настоящее время могут быть решены компьютерной программой автоматизированного кодирования и автоматического выбора первоначальной причины смерти, разработанной для этих целей. Эта программа позволяет довести достоверность статистики смертности до 96%



**Корр.: Снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний — сегодня одно из главных направлений НПН «Здоровье». Какие проблемы в оценке существующей ситуации по этой группе нозологий Вы видите?**



Достоверность статистики и заболеваемости, и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний вызывает большое сомнение. В конечном счете все больные умирают от остановки дыхания или остановки сердца. Ряд специалистов утверждает, что сначала наступает остановка дыхания, а затем остановка сердца. Единого мнения по этому вопросу нет. Практически все заболевания, приводящие к смерти, заканчиваются фактически этими осложнениями.

В статистике заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний отмечается парадокс. Смертность выше, чем зарегистрированная заболеваемость. Суть парадокса — в кодировании этих диагнозов как причины заболевания и как причины смерти. Кодирование этих диагнозов как причины заболевания не всегда, но соответствует статусу больного, но они, по крайней мере, попадают при регистрации в класс болезней системы кровообращения.

Что касается случаев смерти, большинство случаев летальности на дому необоснованно попадают в класс болезней системы кровообращения без верификации диагноза. Но даже если диагноз известен, участковые врачи предпочитают записывать и кодировать в качестве первоначальной причины смерти сердечные осложнения. Наши исследования в одном из регионов РФ показали, что у 13% больных сахарным диабетом с тяжелыми сердечными нарушениями были закодированы именно эти нарушения вместо сахарного диабета.

В определенной степени этот класс дополняется летальными исходами больных в стационаре, находящихся на лечении с патологией совершенно другого происхождения.

Наибольшие проблемы по достоверности статистической информации наблюдаются в группе ишемической болезни сердца. Очень низкий процент уточненных по локализации инфарктов миокарда. Большая путаница в кодировании стенокардии и хронических форм ишемической болезни сердца, которые являются самостоятельными нозологическими формами болезни. Стандарт оформления диагноза, рекомендованный кардиологическим центром, объединяет эти нозологические формы в единый диагноз, и одни врачи из этого конгломерата кодируют стенокардию, а другие — хроническую форму ишемической болезни сердца.

По отчетным данным за 2007 г., больные со стенокардией находились в стационаре в среднем 13,8 койко-дня, а больные с хроническими формами ишемической болезни сердца — 14 койко-дней. Это подтверждает, что в основном в стационар были госпитализированы больные с хроническими формами ишемической болезни сердца. Следовательно, состав больных с ишемической болезнью сердца в стационаре искажен. Не может быть у одного больного одновременно и острой, и хронической формы болезни. Это противоречит МКБ-10 как единому нормативному документу в отечественном здравоохранении.

На сегодняшний день изучение статистических данных подтверждает, что смертность от болезней системы кровообращения существенно завышена. Регистрация же заболеваний ниже возможного уровня ее действительности в силу развития частнопрактикующей медицины, платной медицинской помощи и других причин.





**Корр.: Как пережила отечественная школа медицинской статистики кризисный для российской науки в целом период? Есть ли шансы на ее возрождение, что для этого нужно предпринять?**

С распадом СССР медицинская статистика стала погружаться в глубочайшую депрессию, от которой она не может оправиться до сих пор. Первые годы после распада она держалась на энтузиазме специалистов старой закалки. Цементирующую роль здесь сыграла воля начальника отдела статистики Минздрава России Э.И. Погореловой.

С уходом из службы медицинской статистики специалистов-профессионалов и кадровой чехарды авторитет службы угас. Подготовке новых специалистов для работы в этой службе не уделяется необходимого внимания. Фундаментальных школ по медицинской статистике в России не осталось. С грустью ученики вспоминают школы А.М. Меркова, Е.Н. Шигана, И.С. Случанко, Г.Ф. Церковного, М.С. Бедного и др.

Коммерциализация подготовки врачей-статистиков не всегда доступна медицинским организациям. Кроме того, в России ощущается дефицит лицензированных курсов обучения и педагогов по статистике заболеваемости и смертности.

К сожалению, с ликвидацией отдела статистики в Минздравсоцразвития России в последние годы разрушилась должная координация работы этой службы, полностью разладилась инструктивно-методическая поддержка специалистов в субъектах Российской Федерации.

В медицинской статистике остается большим кадровый вопрос и оплата труда специалистов, несмотря на возросший объем работ и повышенный спрос на оперативную информацию о медицинской деятельности учреждений здравоохранения как со стороны органов управления здравоохранением, так и страховых организаций.

Управление без необходимой информации невозможно. В этом году у отраслевой статистики появился шанс на возрождение в связи созданием в Минздравсоцразвития подразделения, ответственного за организацию этой работы. Но как будет использован этот шанс, трудно сказать. Ведь всегда легче разрушать, чем созидать.

Первоочередная задача — приведение в порядок нормативной базы по медицинской статистике. Масса не упраздненных старых приказов, инструкций, указаний, информационных писем, методических материалов, инструкций и учетных статистических документов вступают в противоречие с новыми регламентирующими документами. Далее своевременная информированность субъектов РФ о предполагаемых изменениях в системе учета статистической информации и соблюдение этикета при введении в действие новых отчетных форм с обязательной инструктивной поддержкой и т.д.

Не вижу непреодолимых препятствий для возрождения службы медицинской статистики. Необходимо желание, время и большой труд.

По сути, остаюсь оптимистом, и, возможно, мой труд тоже поможет коллективной работе в этом направлении торжествовать успех.



От редакции:

По просьбе читателей «МЗ» мы возобновляем рубрику, содержащую обзор диссертационных исследований, посвященных вопросам организации здравоохранения.

**Ганжурова Бабасан Цынденовна**

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-Организационных Мероприятий Оказания Первой Помощи Пострадавшим в Дорожно-Транспортных Происшествиях

*Специальность:* 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

*Ученый совет:* Д 208.110.01, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

*Диссертация на соискание ученой степени:* кандидата медицинских наук

*Размещено на сайте:* <http://www.mednet.ru/board/gangurovabc.doc>

*Дата и место защиты:* г. Москва, 2008

**Цель исследования:** Научно обосновать систему медико-организационных мероприятий оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях водителями автотранспортных средств.

### **Научная новизна исследования:**

- составлена комплексная характеристика действующей нормативно-правовой базы Российской Федерации по вопросам оказания первой помощи водителями транспортных средств; проведен сравнительный анализ нормативных документов, определяющих оказание первой помощи водителями транспортных средств, на соответствие их друг другу и другим Федеральным правовым актам; выявлены недостатки нормативной базы Российской Федерации, требующие устранения;
- выявлены основные недостатки действующей в России системы обучения водителей правилам и навыкам оказания первой помощи пострадавшим в ДТП, приводящие к низкому качеству подготовки; научно обоснована необходимость изменения действующей системы подготовки, контроля знаний и практических навыков водителей транспортных средств;
- проанализирован опыт применения существующих отечественных автомобильных аптечек первой помощи; определены юридические, медицинские и экономические характеристики, приводящие к низкому качеству производимых в Российской Федерации аптечек; научно обоснованы, разработаны и апробированы новые автомобильные аптечки для различных видов транспортных средств;
- разработана комплексная, научно обоснованная система оказания первой помощи водителями транспортных средств.

### **Научно-практическая значимость работы:**

По результатам исследования сформированы медико-организационные и методические условия для оказания первой помощи пострадавшим в ДТП водителями транспортных средств, в том числе впервые:





- подготовлен и научно обоснован комплексный план разработки нормативно-правовой документации и внесения изменений в действующие нормативные акты по вопросам подготовки и оказания первой помощи пострадавшим в ДТП водителями транспортных средств;
- научно обоснованы принципы подготовки водителей приемам оказания первой помощи пострадавшим, сделаны предложения по внесению изменений в действующую систему обучения и переподготовки водителей, разработаны универсальные программы обучения и переподготовки;
- определены основные подходы к комплектации аптек первой помощи, разработаны перечни комплектации аптек для различных видов автотранспортных средств и инструкции по их применению, подготовлен проект приказа Министерства здравоохранения и социального развития об утверждении разработанных аптек.

Результаты исследования позволят упорядочить нормативно-правовое обеспечение оказания первой помощи пострадавшим в ДТП, повысят качество обучения и оснащения водителей транспортных средств для оказания первой помощи. Увеличение частоты и повышение качества оказания первой помощи позволят снизить выраженность ранних посттравматических осложнений, что приведет к снижению летальности, инвалидности, сокращению сроков лечения и временной утраты трудоспособности, что в свою очередь даст значительный экономический эффект.

**Абрамов Алексей Юрьевич**

## **НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОНТРОЛЬНО-РАЗРЕШИТЕЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*Специальность:* 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

*Ученый совет:* Д 208.110.01, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

*Диссертация на соискание ученой степени:* кандидата медицинских наук

*Размещено на сайте:* <http://www.mednet.ru/board/abramovau.doc>

*Дата и место защиты:* г. Москва, 2008

**Цель исследования:** Разработать научно обоснованные предложения по совершенствованию системы контрольно-разрешительных механизмов в управлении качеством медицинской помощи.

### **Научная новизна исследования:**

- на основе комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья населения Московской области и отдельных муниципальных образований за 2002–2006 гг. установлены его особенности;
- на основании изучения степень удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях различных муниципальных образований Московской области установлена лидирующая роль оценки потребителями медицинских услуг в системе контрольно-разрешительных механизмов;



- на основе экспертной оценки определена сравнительная значимость объективности различных индикаторов как инструмента контрольно-разрешительных механизмов;
- разработаны, апробированы и внедрены индикаторы для оценки системы управления качеством медицинской помощи в муниципальных стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- определены цель, задачи, принципы и структура в Российской Федерации системы аккредитации медицинских учреждений;
- разработаны предложения по внедрению аккредитации медицинских организаций (учреждений), научно обоснованы направления совершенствования контрольно-разрешительных механизмов (лицензирования и аккредитации медицинских учреждений).

#### **Научно-практическая значимость исследования:**

- доказана важность мониторинга удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях муниципального уровня в системе функционирования здравоохранения в новых социально-экономических условиях;
- разработанные индикаторы для системы управления качеством медицинской помощи являются важной составляющей при внедрении отраслевой оплаты труда в муниципальных медицинских организациях (учреждениях);
- научно обоснованные предложения по совершенствованию контрольно-разрешительных механизмов позволят улучшить качество медицинской помощи в муниципальных стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- научно обоснованная организационная модель аккредитации медицинских организаций (учреждений) доказывает необходимость ее внедрения в Российской Федерации и может быть использована на федеральном уровне.

.....

**Гажева Анастасия Викторовна**

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОЧЕТАННЫМИ С ДЕПРЕС- СИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (СОЦИАЛЬНО-ГИ- ГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

*Специальность:* 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

*Ученый совет:* Д 208.110.01, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

*Диссертация на соискание ученой степени:* кандидата медицинских наук

*Размещено на сайте:* <http://www.mednet.ru/board/gageeva.doc>

*Дата и место защиты:* г. Москва, 2008

**Цель:** Научно обосновать, разработать, апробировать и оценить результативность усовершенствований в организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами, в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена.



**Научная новизна и практическая значимость исследования:** Установлена частота сочетания сердечно-сосудистых заболеваний с депрессивными расстройствами в российской практике.

- Проведена комплексная оценка организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами, в первичном звене здравоохранения.
- Разработан и внедрен в субъектах Российской Федерации научно обоснованный, усовершенствованный клинико-организационный алгоритм оказания врачами первичного звена медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами легкой и средней степени тяжести, который включает выявление сочетания сердечно-сосудистых заболеваний и депрессии, комплексную терапию такого состояния.

**Одинцова Вероника Викторовна**

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОГО МЕТОДА ПЛАНИРОВАНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ ПРИ РЕШЕНИИ ПРИОРИТЕТНЫХ ЗАДАЧ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Специальность:** 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

**Ученый совет:** Д 208.110.01, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

**Диссертация на соискание ученой степени:** кандидата медицинских наук

**Размещено на сайте:** <http://www.mednet.ru/board/odinciva.doc>

**Дата и место защиты:** г. Москва, 2008

**Цель:** Научное обоснование использования программно-целевого метода планирования и управления для решения приоритетных проблем здравоохранения.

**Научная новизна исследования:** Предложена методология и алгоритм формирования целевых программ на федеральном и территориальном уровнях по приоритетным проблемам здравоохранения на примере охраны здоровья матерей и детей, что является моделью для использования этого метода в решении других сложных и приоритетных проблем здравоохранения.

Определены группы показателей оценки эффективности результатов программных мероприятий, которые дали возможность объективно оценить программу «Мать и дитя».

Определено соотношение федерального и территориального уровней при реализации программно-целевого метода для решения задач по охране здоровья матерей и детей.

**Научно-практическая значимость исследования:** Проведенная оценка здоровья матерей и детей, а также показателей деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в Свердловской области и в России в динамике за 1999–2005 гг. позволила определить проблему охраны здоровья матерей и детей как приоритетную для здравоохранения.



**От редакции:**

В течение последнего года мы неоднократно обращались к проблемам службы скорой медицинской помощи (СМП). С одной стороны, это внимание, безусловно, было продиктовано реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье», в рамках которого укреплена материально-техническая база службы СМП и осуществляются дополнительные денежные выплаты специалистам. В то же время, с другой стороны, существенно изменившиеся организационно-финансовые условия функционирования отрасли практически никак не отразились на системе управления данной службой по сравнению с советским периодом. Между тем и разделение полномочий между уровнями власти, и поставленные задачи по снижению смертности от дорожно-транспортного травматизма, сосудистых заболеваний требуют адекватных управленческих подходов. В этой связи предлагаем вниманию читателя проект Основных направлений совершенствования службы скорой медицинской помощи Иркутской области. На наш взгляд, данные направления интересны еще и тем, что в них впервые предпринята попытка сформировать региональную модель службы СМП.

**Авторами указанного документа являются:**

**Пивень Д.В.** — проректор по научной и лечебной работе Иркутского государственного института усовершенствования врачей,

**Горбачева С.М.** — зав. кафедрой скорой медицинской помощи и медицины катастроф Иркутского государственного института усовершенствования врачей,

**Дац А.В.** — ассистент кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф Иркутского государственного института усовершенствования врачей,

**Козиев М.П.** — ассистент кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф Иркутского государственного института усовершенствования врачей.

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2009–2012 гг.

### I. Характеристика ситуации

В течение последних трех лет в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» реализован ряд масштабных мер по укреплению материально-технической базы службы скорой медицинской помощи (СМП): учреждения и подразделения службы получили новый специализированный автотранс-

порт, повышена заработная плата врачам и фельдшерам СМП.

В то же время необходимо отметить, что особая социальная значимость СМП, с одной стороны, и специфика ее работы, с другой стороны, требуют к данному направлению медицинской помощи постоянного и при этом комплексного внимания. Реализованные в



рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» меры ни в коем случае не должны рассматриваться как исчерпывающие. Необходимо четко структурировать перед региональным и муниципальными органами управления здравоохранением, учреждениями и подразделениями службы СМП задачи по ее дальнейшему укреплению и развитию.

В настоящее время одной из главных проблем является проблема эффективного управления службой СМП в условиях разграничения полномочий в сфере здравоохранения. В соответствии с действующим законодательством организация скорой медицинской помощи относится к муниципальным полномочиям, что определенным образом изолирует соответствующую службу от системы управления здравоохранением региона в целом. Между тем субъект Федерации также имеет реальные полномочия, непосредственно касающиеся вопросов организации скорой медицинской помощи. В этой связи необходимо четко определить зоны ответственности за службу СМП на уровне субъекта Федерации и на уровне муниципального образования.

Далеко не всегда полно и эффективно используется оборудование, которым оснащен автотранспорт, поставленный в регион в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Отсутствует система критериев для оценки эффективности деятельности службы СМП, прежде всего отражающих качество оказанной медицинской помощи. Время «доезда» бригады СМП является важным показателем, но очевидно, что, за исключением деятельности диспетчерской службы станции (или отделения) СМП, влияют на него в основном немедицинские факторы: техническое состояние автомобиля, квалификация водителя, состояние дорог, погодные условия и т.д. Целесообразно сосредоточиться на более полном выявлении медицинских факторов, влияющих на качество и доступность скорой медицинской помощи, а также на формировании критериев для выполнения соответствующей оценки.

Необходимо учесть и то, что деятельность службы СМП является своеобразным маркером, отражающим эффективность, а равно и неэффективность всех структурных и качественных изменений в здравоохранении региона. А это в свою очередь в обязательном порядке целесообразно учитывать при любых серьезных организационно-финансовых решениях.

Вопросы обеспечения преемственности между учреждениями и подразделениями СМП и амбулаторно-поликлиническим и стационарным этапом должны быть в центре внимания организаторов здравоохранения всех уровней. В этой связи необходимы поиск и разработка новых механизмов, позволяющих повысить качество управления службой СМП, учитывающих структурные изменения в здравоохранении, а также территориальные особенности оказания медицинской помощи.

Принципиально новых подходов требует организация кадровой работы в службе СМП, учитывающих особенности и эффективность использования имеющихся кадровых ресурсов.

Целесообразно определить конкретные задачи с учетом новых направлений приоритетного национального проекта «Здоровье», касающихся повышения качества скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях и сосудистых заболеваниях (при остром коронарном синдроме и церебральном инсульте). Комплекс мер по данным направлениям, планируемый к реализации за счет федеральных средств, должен быть дополнен адекватными организационными и финансовыми решениями в регионе и непосредственно в муниципальном здравоохранении.

**II. Цель** — повышение качества и доступности скорой медицинской помощи населению Иркутской области.

### **III. Задачи**

**1.** Совершенствование системы управления оказанием скорой медицинской помощи в регионе.





2. Развитие направлений кадровой работы в службе скорой медицинской помощи региона.

3. Формирование системы оценки эффективности скорой медицинской помощи.

4. Разработка региональной модели службы скорой медицинской помощи.

5. Повышение качества скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях.

6. Повышение качества скорой медицинской помощи при сосудистых заболеваниях.

#### **IV. Совершенствование системы управления оказанием скорой медицинской помощи в регионе**

Система управления оказанием скорой медицинской помощи в Иркутской области включает региональный и муниципальный компоненты, представленные соответствующими органами управления здравоохранением.

*К компетенции регионального органа управления здравоохранением в части управления оказанием скорой медицинской помощи относятся следующие вопросы:*

- анализ потребностей в необходимых объемах скорой медицинской помощи населения Иркутской области, а также возможностей их удовлетворения;

- планирование объемов скорой медицинской помощи на основе принципов обеспечения ее максимальной доступности при формировании Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Иркутской области;

- формирование во взаимодействии с муниципальными органами и учреждениями здравоохранения муниципальных заказов-заданий, предусматривающих объемы скорой медицинской помощи с учетом объемных и качественных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций;

- анализ ресурсной базы учреждений и подразделений скорой медицинской помощи, а также качества оказываемых ими услуг;

- лицензирование работ и услуг по виду «Скорая медицинская помощь»;

- разработка и утверждение региональных стандартов оказания скорой медицинской помощи, а также контроль за их выполнением;

- разработка и издание нормативных актов, направленных на повышение доступности и качества скорой медицинской помощи;

- разработка и реализация мер, способствующих улучшению преемственности при оказании скорой медицинской помощи между соответствующей службой, амбулаторно-поликлиническим и госпитальным этапами;

- организация оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи и ее финансовое обеспечение;

- анализ объемных и качественных показателей деятельности службы скорой медицинской помощи региона;

- организация взаимодействия со службой скорой медицинской помощи первичного звена здравоохранения при ликвидации медицинских последствий ЧС;

- организационно-методическое обеспечение деятельности службы скорой медицинской помощи первичного звена здравоохранения, направленное на повышение ее эффективности при ликвидации медицинских последствий ЧС;

- обеспечение преемственности при оказании скорой медицинской помощи между этапами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи;

- организация взаимодействия в целях совершенствования оказания скорой медицинской помощи с органами и учреждениями внутренних дел, МЧС, экстренными службами различного профиля и иными органами и организациями;

- организация взаимодействия в целях совершенствования оказания скорой медицинской помощи с общественными организациями пациентов, врачей скорой медицинской помощи, другими общественными организациями;

- организация взаимодействия в целях совершенствования оказания скорой меди-





цинской помощи с Росдравнадзором, Роспотребнадзором и иными надзорными и контролирующими органами.

**К компетенции муниципальных органов управления здравоохранением в части управления оказанием скорой медицинской помощи относятся следующие вопросы:**

- организация оказания скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной) на территории соответствующего муниципального образования и ее финансовое обеспечение;

- анализ потребностей в необходимых объемах скорой медицинской помощи населения соответствующего муниципального образования, а также возможностей их удовлетворения;

- формирование во взаимодействии с региональным органом управления муниципальных заказов-заданий, предусматривающих оптимальные объемы скорой медицинской помощи с учетом объемных и качественных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций;

- проведение мероприятий по укреплению и развитию ресурсной базы учреждений и подразделений скорой медицинской помощи;

- реализация мер, направленных на укомплектование службы скорой медицинской помощи квалифицированными кадрами и повышение их профессионального уровня;

- анализ объемных и качественных показателей деятельности службы скорой медицинской помощи;

- разработка и реализация мероприятий, направленных на повышение качества и доступности скорой медицинской помощи, включая разработку соответствующих муниципальных целевых программ, внедрение автоматизированных информационных систем;

- создание условий для оказания скорой медицинской помощи в соответствии с утвержденными стандартами, а также контроль за выполнением данных стандартов;

- разработка и реализация мер, способствующих улучшению преемственности при оказании скорой медицинской помощи между

соответствующей службой, амбулаторно-поликлиническим и госпитальным этапами;

- организация непосредственного взаимодействия со службой специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи при ликвидации медицинских последствий ЧС;

- разработка и реализация мер, направленных на повышение эффективности скорой медицинской помощи при ликвидации медицинских последствий ЧС;

- обеспечение преемственности при оказании скорой медицинской помощи между этапами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи;

- обеспечение преемственности при оказании скорой медицинской помощи с госпитальным этапом специализированной медицинской помощи;

- организация взаимодействия в целях совершенствования оказания скорой медицинской помощи с органами и учреждениями внутренних дел, МЧС, экстренными службами различного профиля и иными органами и организациями;

- организация взаимодействия в целях совершенствования оказания скорой медицинской помощи с общественными организациями пациентов, врачей скорой медицинской помощи, другими общественными организациями;

- организация взаимодействия в целях совершенствования оказания скорой медицинской помощи с Росдравнадзором и иными надзорными и контролирующими органами.

## **V. Развитие направлений кадровой работы в службе скорой медицинской помощи**

Деятельность по совершенствованию кадровой работы в службе скорой медицинской помощи является одним из основных направлений, способствующих повышению ее доступности и качества.

Кадровая работа в службе скорой медицинской помощи включает в себя ряд взаимосвязанных компонентов:



— обеспечение службы скорой медицинской помощи квалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом;

— обеспечение службы скорой медицинской помощи квалифицированными водительскими кадрами;

— подготовку медицинских кадров в системе высшего и среднего специального медицинского образования;

— подготовку и повышение квалификации медицинских кадров в системе последипломного медицинского образования;

— подготовку и повышение квалификации медицинских кадров непосредственно в учреждениях и подразделениях скорой медицинской помощи;

— подготовку и повышение квалификации управленческих кадров для учреждений и подразделений скорой медицинской помощи.

В работе с медицинскими кадрами скорой медицинской помощи следует выделить ряд особенностей.

- По кадровому составу служба скорой медицинской помощи является преимущественно врачебной службой только в региональном центре, в остальных городах и районах области, а также в целом по региону она является службой преимущественно фельдшерской.

- Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» показала низкую мотивацию персонала скорой медицинской помощи к изучению и использованию нового медицинского оборудования, которым оснащен специализированный автотранспорт, поступивший в рамках проекта.

- Врачам специализированных бригад скорой медицинской помощи необходимо иметь подготовку по специальности «Скорая медицинская помощь» и по профилю бригады.

- Нет образовательного стандарта по специальности «Скорая медицинская помощь».

- Не сформированы механизмы, позволяющие в полном объеме оценить качество медицинской помощи, оказываемой медицинским персоналом учреждений и подразделений скорой медицинской помощи.

- Оценка профессионального уровня медицинских работников службы скорой медицинской помощи осуществляется в основном по формализованным признакам, оторванным от конкретных результатов деятельности, отражающих ее эффективность. Как правило, оцениваются количество врачей и фельдшеров, их соотношение, наличие профессиональных категорий, объем подготовки в часах и кратность повышения квалификации.

- Посменный характер работы учреждений и подразделений скорой медицинской помощи затрудняет организацию подготовки медицинских кадров непосредственно на рабочем месте.

- Учитывая экстренный характер оказываемой медицинской помощи, значительно возрастает роль стандартов (протоколов, алгоритмов) медицинской помощи при конкретных состояниях, заболеваниях, травмах и отравлениях.

- Наличие врачебных и фельдшерских бригад, а также выделение специализированных бригад также затрудняют подготовку медицинских кадров непосредственно на рабочем месте.

- В системе последипломной подготовки фельдшеров отсутствуют типовые программы подготовки по скорой медицинской помощи.

Исходя из указанных особенностей и задачи повышения доступности и качества скорой медицинской помощи, целесообразно организовать кадровую работу по следующим направлениям.

**На уровне регионального и муниципальных органов управления здравоохранением необходимо:**

1. Проведение постоянного анализа кадрового состава службы скорой медицинской помощи и его профессионального уровня.

2. Разработка комплекса мер во взаимодействии с Иркутским государственным институтом усовершенствования врачей, направленных на непрерывное повышение профессионального уровня медицинских кадров службы скорой медицинской помощи, с учетом потребностей регионального здра-





воохранения и реализации задач, поставленных федеральными органами исполнительной власти в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», включая совершенствование скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях и сердечно-сосудистых заболеваниях.

**3.** Выполнение анализа планов кадровой работы службы скорой медицинской помощи муниципального здравоохранения региона и внесение предложений по их совершенствованию.

**4.** Проведение анализа планов кадровой работы специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи и внесение предложений по их совершенствованию.

**5.** Разработка и реализация планов подготовки кадров скорой медицинской помощи для проведения мероприятий по ликвидации медицинских последствий ЧС.

**6.** Согласование и проведение во взаимодействии с ассоциацией врачей скорой медицинской помощи Иркутской области комплекса мер, направленных на повышение профессионального уровня медицинских работников службы скорой медицинской помощи.

**7.** Взаимодействие с Территориальным управлением Росздравнадзора по Иркутской области и другими надзорными органами по вопросам совершенствования кадровой работы службы скорой медицинской помощи.

**8.** Организация взаимодействия с органами государственной и муниципальной власти по вопросам укомплектования учреждений (подразделений) скорой медицинской помощи квалифицированными медицинскими кадрами.

**На уровне образовательного медицинского учреждения необходимо:**

**1.** Обеспечение подготовки врачебных кадров в интернатуре и клинической ординатуре по специальности «Скорая медицинская помощь».

**2.** Проведение циклов общего усовершенствования по программе «Скорая медицинская помощь» для врачей и среднего

медицинского персонала скорой медицинской помощи.

**3.** Выполнение оценки качества оказания скорой медицинской помощи во взаимодействии с органами и учреждениями здравоохранения.

**4.** Проведение краткосрочных образовательных мероприятий по вопросам оказания скорой медицинской помощи при дорожно-транспортном травматизме, сосудистой патологии (при остром коронарном синдроме и церебральном инсульте), а также при других заболеваниях, травмах, состояниях.

**5.** Проведение стажировок по программе «Аппаратура медицинского обеспечения автомобиля скорой медицинской помощи».

**6.** Организация и проведение научно-практических конференций и семинаров по актуальным вопросам скорой медицинской помощи.

**На уровне учреждения (подразделения) скорой медицинской помощи необходимо:**

**1.** Назначение ответственного лица за организацию непрерывной подготовки медицинских кадров в учреждении (подразделении) скорой медицинской помощи.

**2.** Формирование и реализация планов непрерывной подготовки кадров, проводимой как непосредственно в учреждении (подразделении) скорой медицинской помощи, так и в образовательном медицинском учреждении дополнительного профессионального образования.

**3.** Создание необходимых условий для постоянного повышения квалификации медицинского персонала непосредственно в учреждении (подразделении) скорой медицинской помощи.

**4.** Выполнение ежемесячного анализа полноты и эффективности использования аппаратуры медицинского обеспечения автомобиля скорой медицинской помощи.

**5.** Проведение персонифицированной оценки качества скорой медицинской помощи, оказываемой при различных заболеваниях, травмах, состояниях, в том числе при дорожно-транспортном травматизме, сосу-



дистой патологии (при остром коронарном синдроме и церебральном инсульте).

**6.** Взаимодействие с образовательными медицинскими учреждениями, амбулаторно-поликлиническими и стационарными медицинскими учреждениями по вопросам подготовки и повышения квалификации медицинских кадров скорой медицинской помощи в непрерывном режиме.

**7.** Взаимодействие с образовательными медицинскими учреждениями, с органами государственной и муниципальной власти по вопросам укомплектования учреждений (подразделений) скорой медицинской помощи квалифицированными медицинскими кадрами.

## **VI. Система оценки эффективности скорой медицинской помощи**

Оценка эффективности скорой медицинской помощи должна выполняться только на основе системного подхода. При этом необходимо учитывать, что объемные и качественные показатели службы скорой медицинской помощи очень чувствительны к любым структурным и качественным изменениям в здравоохранении территории, в том числе к изменениям, касающимся стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

Анализ деятельности скорой медицинской помощи является комплексным анализом, при проведении которого в обязательном порядке необходимо учитывать ряд показателей амбулаторно-поликлинических и стационарных. Только в этом случае можно получить достаточно полное представление о качестве и доступности скорой медицинской помощи, а также об обеспечении преемственности в работе данной службы с поликлиническим и госпитальным этапами.

Кроме того, целесообразно четко выделить и немедицинские факторы, негативно влияющие на эффективность деятельности скорой медицинской помощи. Это необходимо для конкретной формулировки соответствующих задач перед органами муниципальной власти.

Проведение системного комплексного анализа качества и доступности скорой медицинской помощи и факторов, на них влияющих, включает следующее.

### **1. Характеристика ресурсного состояния учреждения (подразделения) скорой медицинской помощи и оценка его влияния на эффективность деятельности:**

- укомплектованность кадрами, их квалификация, структура выездных бригад;
- общая характеристика лекарственного обеспечения с выделением и обоснованием основных проблем по количеству и структуре необходимых медикаментов;
- общая характеристика автотранспорта и уровня его оснащенности необходимым медицинским оборудованием в соответствии с классом автомобиля;
- характер обеспечения радиосвязью и компьютерными программами;
- характеристика зданий, помещений и сооружений с оценкой уровня необходимых условий для качественной деятельности учреждения (подразделения) скорой медицинской помощи.

### **2. Общая характеристика оказанной скорой медицинской помощи в целом и по профилю бригад:**

- количество и структура вызовов при оказании скорой медицинской помощи;
- количество вызовов и их структура по нозологическим формам заболеваний;
- структура госпитализации по учреждениям, по нозологическим формам, по возрасту;
- количество вызовов и их структура по нозологиям и возрасту при оказании медицинской помощи без госпитализации;
- показатели оперативности работы бригад: время доезда по учреждению (подразделению) в целом и по каждой группе вызовов (по группам заболеваний, то есть сердечно-сосудистых, органов пищеварения, травм, отравлений и т.д.) отдельно с выполнением соответствующего анализа при отклонениях по времени;
- структура и анализ смертности;







— показатели работы службы скорой медицинской помощи при ликвидации последствий ЧС.

### **3. Оценка эффективности скорой медицинской помощи при сосудистых заболеваниях.**

— количество вызовов и их структура, включая острый инфаркт миокарда, другие острые формы ИБС, острые нарушения мозгового кровообращения, острые нарушения ритма, гипертонический криз, хронические формы ИБС, хронические аритмии;

— количество вызовов, во время которых регистрировалась ЭКГ (в целом и при отдельных острых состояниях), выполнялась электроимпульсная терапия, искусственная вентиляция легких, пульсоксиметрия, проводился полный объем противошоковых мероприятий (анализируются данные в целом по учреждению и отдельно по типам бригад, то есть реанимационная, кардиологическая, линейная и т.д.);

— удельный вес пациентов (в целом и при отдельных острых состояниях), госпитализированных в кардиологическое и неврологическое отделения, а при их отсутствии в терапевтическое отделение;

— количество пациентов, их структура, госпитализированных в первичные и региональный сосудистые центры;

— анализ времени от начала заболевания до момента обращения и от момента обращения до госпитализации по всем острым случаям;

— анализ причин отказов при направлении на диагноз с подозрением на острое заболевание;

— анализ случаев смерти на дому (выполняется совместно с территориальными поликлиниками), когда имел место вызов скорой медицинской помощи в промежутке от момента смерти и в течение 7 дней, ей предшествовавших;

— анализ досуточной летальности (выполняется совместно со стационаром) с объяснением по каждому случаю, когда госпитали-

зация была осуществлена по скорой медицинской помощи (при этом особое внимание обращается на смерть лиц в возрасте до 60 лет);

— анализ всех летальных случаев, произошедших после прибытия скорой помощи или во время транспортировки (при этом особое внимание обращается на смерть лиц в возрасте до 60 лет).

### **4. Оценка эффективности скорой медицинской помощи при дорожно-транспортном травматизме:**

— удельный вес тяжелых, в том числе сочетанных, травм в структуре всех вызовов в результате дорожно-транспортных происшествий;

— удельный вес травм, сопровождающихся травматическим и (или) геморрагическим шоком;

— структура и количество вызовов, во время которых в качестве противошоковых мероприятий использовалась инфузионная терапия и данные по ее структуре и объемам;

— анализ досуточной летальности (выполняется совместно со стационаром) с объяснением по каждому случаю, когда госпитализация была осуществлена по скорой медицинской помощи;

— анализ всех летальных случаев, произошедших после прибытия скорой помощи или во время транспортировки.

### **5. Анализ преемственности в деятельности скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлинических(ого) учреждений(я) (выполняется совместно с амбулаторно-поликлиническим учреждением):**

— количество и структура вызовов скорой медицинской помощи по поводу сердечно-сосудистых заболеваний к лицам в возрасте до 60 лет, ранее не наблюдавшимся по поводу данных заболеваний в амбулаторно-поликлиническом учреждении;

— количество и структура вызовов скорой медицинской помощи по поводу обострений хронических заболеваний (информация анализируется совместно с амбулаторно-поли-



клиническим учреждением с учетом оказываемых его специалистами объемов и качества медицинской помощи данной категории пациентов);

— анализ всех случаев смерти на дому (выполняется совместно с территориальными поликлиниками), когда имел место вызов скорой помощи в промежутке от момента смерти и в течение 7 дней, ей предшествовавших;

— сравнительный анализ количества и структуры вызовов скорой медицинской помощи и вызовов участковой службы амбулаторно-поликлинического учреждения в период увеличения заболеваемости респираторными инфекциями.

**6. Анализ преемственности в деятельности скорой медицинской помощи и стационара(ов) (выполняется совместно со стационаром):**

— количество и структура вызовов (в динамике за три года), закончившихся госпитализацией;

— соотношение плановых и экстренных госпитализаций (по данным стационара в динамике за три года);

— количество и структура вызовов по поводу обострения хронических заболеваний, закончившихся госпитализацией (целесообразно анализировать показатель в динамике за несколько лет);

— анализ досуточной летальности (выполняется по всем летальным случаям, когда госпитализация была осуществлена по скорой медицинской помощи; анализируются показатели: время от начала заболевания до вызова скорой медицинской помощи, время от обращения за медицинской помощью до госпитализации, полнота диагностических и лечебных мероприятий на догоспитальном этапе, маршрут госпитализации на предмет соответствия заболевания профилю стационара);

— совпадение и расхождение диагнозов скорой медицинской помощи и стационара (особое внимание уделяется анализу летальных случаев с расхождением диагнозов);

— анализ всех случаев отказов в госпитализации.

**7. Анализ немедицинских факторов, негативно влияющих на качество и доступность скорой медицинской помощи (выполняется с целью обоснования предложений по устранению указанных факторов для соответствующих органов муниципальной власти):**

— состояние дорог;

— освещенность дорог;

— наличие табличек с названиями улиц и номерами домов;

— оценка уровня развития транспортной инфраструктуры в тех случаях, когда это приводит к ограничению в доступности плановой медицинской помощи;

— уровень занятости населения трудоспособного возраста;

— наличие и доступность средств телефонной связи.

**8. Анализ организационных мероприятий, проводимых в учреждении (подразделении) скорой медицинской помощи:**

— перечень, структура и достаточность мероприятий по повышению качества и доступности скорой медицинской помощи в целом и по отдельным направлениям, в том числе при дорожно-транспортном травматизме, сосудистой патологии и т.д.;

— перечень, структура и достаточность мероприятий по совершенствованию преемственности в работе с амбулаторно-поликлиническими учреждениями;

— перечень, структура и достаточность мероприятий по совершенствованию преемственности в работе со стационарными учреждениями;

— перечень, структура и достаточность мероприятий по направлениям кадровой работы;

— перечень, структура и достаточность мероприятий по устранению или минимизации немедицинских факторов, негативно влияющих на качество и доступность скорой медицинской помощи;

— перечень, структура и достаточность мероприятий по взаимодействию с органами муниципальной власти, внутренних дел, МЧС, и другими оперативными службами.





### **VII. Региональная модель службы скорой медицинской помощи Иркутской области**

Таким образом можно определить, что региональная модель службы скорой медицинской помощи Иркутской области состоит из ряда взаимосвязанных и взаимовлияющих компонентов, включающих:

- систему управления;
- систему профильных медицинских учреждений (подразделений);
- систему образовательных медицинских учреждений;
- систему оценки эффективности скорой медицинской помощи;
- систему контроля качества скорой медицинской помощи;
- общественные организации.

В свою очередь каждый из указанных компонентов включает ряд составляющих.

#### **1. Система управления включает:**

- региональный орган управления здравоохранением;
- муниципальные органы управления здравоохранением;
- управление учреждением (подразделением) скорой медицинской помощи.

#### **2. Система профильных медицинских учреждений (подразделений) включает:**

- областной центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф;
- станции скорой медицинской помощи;
- больницу скорой медицинской помощи;
- отделения скорой медицинской помощи в составе ЛПУ.

#### **3. Система образовательных медицинских учреждений включает:**

- Иркутский государственный медицинский университет;
- Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;
- средние специальные медицинские учреждения региона.

#### **4. Система оценки эффективности скорой медицинской помощи включает:**

- характеристику ресурсного состояния

учреждения (подразделения) скорой медицинской помощи и оценку его влияния на эффективность деятельности учреждения (подразделения);

- общую характеристику оказанной медицинской помощи в целом и по профилю бригад;
- оценку эффективности скорой медицинской помощи при сосудистых заболеваниях;
- оценку эффективности скорой медицинской помощи при дорожно-транспортном травматизме;

— анализ преемственности в деятельности скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлинических(ого) учреждений(я);

— анализ преемственности в деятельности скорой медицинской помощи и стационара(ов);

— анализ немедицинских факторов, негативно влияющих на качество и доступность скорой медицинской помощи;

— анализ организационных мероприятий, проводимых в учреждении (подразделении) скорой медицинской помощи.

#### **5. Система контроля качества скорой медицинской помощи включает:**

— Территориальное управление Росздравнадзора Иркутской области, Роспотребнадзор и другие надзорные органы;

— региональный орган управления здравоохранением;

— муниципальные органы управления здравоохранением;

— внутреннюю систему контроля качества учреждений и подразделений скорой медицинской помощи.

— участие в мероприятиях по контролю качества скорой медицинской помощи ассоциации врачей скорой медицинской помощи Иркутской области, общественных организаций пациентов и других общественных организаций.

#### **6. К общественным организациям относятся:**

— ассоциация врачей скорой медицинской помощи Иркутской области;

— общественные организации пациентов и другие общественные организации.



**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЮТ:**

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



**ВЕДУЩИЙ СПЕЦИАЛИСТ  
КОМИТЕТА  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
О.Г. КОГАН, г. Санкт-Петербург**



**В договорах на оказание платных медицинских услуг, когда обращаются в хозрасчетные подразделения за платными услугами, мы включаем пункт о том, что пациент отказывается от оказания помощи в рамках ОМС. Насколько такой пункт законен?**

Законодательством Российской Федерации отказ гражданина от получения бесплатной медицинской помощи как за счет средств ОМС, так и за счет средств бюджетов всех уровней не предусмотрен. Поэтому, на наш взгляд, будет более корректным получать не согласие пациента на отказ от лечения по ОМС, а получать подтверждение его информированности о том, что он мог бы получить данную помощь на других финансовых условиях, в том числе бесплатно в этом же или других ЛПУ (или имеет право на бесплатную помощь в рамках ОМС), но сознательно и добровольно обратился за платными услугами (за услугами, оказываемыми за плату).

Поэтому в договоре на оказание платных медицинских услуг необходимо предусмотреть:





- обязательство исполнителя (лечебного учреждения) проинформировать заказчика (пациента или его законного представителя) о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи;
- подтверждение заказчиком получения информации о возможности предоставления ему медицинских услуг бесплатно;
- подтверждение заказчиком его желания получить указанные услуги за счет собственных средств.

При этом следует иметь в виду, что если пациент, подтвердивший свою информированность о наличии возможности лечения бесплатно и оплативший услугу, тем не менее, обратится в суд с требованием вернуть деньги, поскольку имел право на бесплатную помощь, то, как показывает судебная практика, суды чаще всего становятся на сторону пациентов.

### **Как быть, если пациент, согласившийся оплатить услугу и подтвердивший свое согласие отказаться от возможности получения бесплатной помощи, тем не менее, после лечения через суд требует вернуть деньги?**

Если пациент, оплативший медицинские услуги, потребовал вернуть деньги через суд, очевидно, он был недостаточно информирован о своих правах на бесплатную медицинскую помощь. Учитывая, что суды в подобных случаях обычно становятся на сторону пациентов, лучше всего постараться решить вопрос в досудебном порядке.

Если еще имеется возможность (по срокам и т.д.), то следует вернуть пациенту деньги и выставить счет за оказанные медицинские услуги страховой организации в рамках ОМС (если пациентом были оплачены услуги, которые должны предоставляться бесплатно в рамках программы ОМС).

Если же услуги оказывались в условиях повышенной комфортности или сервисности, то следует предложить пациенту вариант возврата ему оплаченных средств (непосредственно за медицинскую помощь) за вычетом сумм, связанных с дополнительными условиями, не обеспечиваемыми в рамках ОМС (дополнительное питание, улучшенные комфортные и сервисные условия и т.д.).

Если пациентом были оплачены косметологические услуги, услуги медицинского сервиса или иные услуги, не предусмотренные Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в конкретном субъекте РФ, учреждение, скорее всего, сможет доказать свою правоту в суде.

### **Может ли на платной основе выполняться прием, если в поликлинике врач на 0,5 ставки, хотя полагается полная ставка?**

Число должностей медицинского персонала определяется с учетом условий и объема работы учреждения здравоохранения.

Если для полноценного выполнения функции врачебной должности и оказания гарантированного объема медицинской помощи прикрепленному населению необходимо, чтобы специалист работал на полную ставку, это должно быть обеспечено. Иначе (когда врач работает на 0,5 ставки) гарантированный объем медицинской помощи выполнен быть не может, неизбежно возникает очередь, а оказание платных услуг (приема на платной основе) при наличии очереди на бесплатный прием к данному специалисту является нарушением прав пациентов поликлиники на бесплатную медицинскую помощь.





## ЗАПРЕТЯТ ЛИ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

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

### → ОТ РЕДАКЦИИ:

В последнее время средства массовой информации обнародовали целый ряд заявлений руководителя Федеральной антимонопольной службы (ФАС) И. Артемьева о необходимости запрета платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Эти заявления имели большой резонанс и вызывали опасения о возможном скором запрете платных услуг. Сегодня мы приводим комментарий по этому поводу Ф.Н. Кадырова.

*Шеф-редактор журнала Н.Г. Куракова*

**П**роблемы возможного запрета платных услуг в бюджетных (государственных и муниципальных) учреждениях здравоохранения стоит разделить на две части:

**1.** Законность оказания платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях.

**2.** Целесообразность сохранения платных услуг в бюджетных учреждениях.

Что касается законности платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях, то необходимо отметить, что в настоящее время существует достаточно серьезная «разрешительная» нормативная база, не оставляющая сомнений в том, что оказание платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях не нарушает действующего законодательства:

**1. Статья 41 Конституции:** «1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Следует обратить внимание на то, что Конституция не гарантирует безусловную бесплатность медицинской помощи — речь идет о бесплатности лишь за счет и в пределах соответствующего источника финансирования. Это можно проиллюстрировать на простом примере: врач-терапевт психиатрической больницы не обязан предоставлять первичную медицинскую помощь в рамках



ОМС, поскольку данное учреждение не работает в системе ОМС и не получает соответствующего финансирования. И все это вполне соответствует духу и букве Конституции.

**2. Определение Конституционного Суда Российской Федерации** «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» от 6 июня 2002 года № 115-0.

Конституционный Суд РФ не нашел оснований для принятия к рассмотрению заявления, включавшего пункт о незаконности оказания на платной основе медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения.

Конституционный Суд Российской Федерации указывает на то, что *«...Возмездное оказание медицинских услуг представляет собой реализацию гарантируемой в Российской Федерации свободы экономической деятельности, права каждого на свободное использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной не запрещенной законом экономической деятельности (статья 8, часть 1; статья 34, часть 1 Конституции Российской Федерации) и производится медицинскими учреждениями в рамках соответствующих договоров...»*

В соответствии с определением: «Включение в соответствии с предписанием пункта 2 статьи 779 ГК Российской Федерации в механизм правового регулирования отношений, возникающих в связи с оказанием платных медицинских услуг, норм гражданского законодательства, основными началами которого являются признание равенства участников регулируемых им отношений, неприкосновенности собственности, свободы договора, необходимости беспрепятственного осуществления гражданских прав, обеспечения восстановления нарушенных прав, их судебной

защиты (пункт 1 статьи 1 ГК Российской Федерации), не противоречит статье 41 (часть 1) Конституции Российской Федерации, а, напротив, направлено на их обеспечение и создает, наряду с положениями других федеральных законов, необходимую правовую основу предоставления гражданам платной медицинской помощи...».

**3. Определение Верховного Суда Российской Федерации** от 25 июля 2002 г. № КАС 02-373. Кассационная коллегия Верховного Суда Российской Федерации рассмотрела в открытом судебном заседании от 25 июля 2002 г. гражданское дело по жалобе Фуркалюка М.Ю. на Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 года № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» в части, касающейся государственных и муниципальных медицинских учреждений (пункты 1, 4, 7 Правил) по кассационной жалобе Фуркалюка М.Ю. на решение Верховного Суда РФ от 18 апреля 2002 года, которым в удовлетворении заявленного требования отказано.

Таким образом, Верховный Суд РФ признал правомерным оказание платных услуг бюджетными учреждениями здравоохранения.

**4. Ст. 50 ГК РФ: «Некоммерческие организации могут осуществлять предпринимательскую деятельность** лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям». Платные медицинские услуги в бюджетных учреждениях служат достижению целей, ради которых они созданы, и соответствуют этим целям в случае, если право на занятие предпринимательской деятельностью отражено в учредительных документах учреждения.

**5. Ст. 20 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»:** «Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения **в соответствии с законо-**



*дательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.*

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

*Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации».*

В «Основах законодательства...» не оговаривается, в каких конкретно учреждениях граждане имеют право на дополнительные медицинские услуги. Следовательно, ограничений для бюджетных учреждений «Основами законодательства...» в этом вопросе не установлено.

**6. Ст. 2 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»:** *«Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно».*

Обращаем внимание на то, что указанный закон (а, следовательно, и данная статья) касаются не только обязательного, но и добровольного медицинского страхования, то есть осуществления в том числе и предпринимательской деятельности. Таким образом, нет ограничений по организационно-правовой форме и форме собственности организаций, оказывающих медицинские услуги при осуществлении ими предпринима-

тельской деятельности в форме добровольного медицинского страхования.

**7. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».** В этом постановлении прямо оговариваются условия оказания платных медицинских услуг населению государственными и муниципальными медицинскими учреждениями.

**8. Приказ Минздравмедпрома РФ от 23.03.96 № 109 «О Правилах предоставления платных медицинских услуг населению».** Данный приказ издан во исполнение вышеуказанного постановления Правительства РФ № 27.

Рассмотрим теперь вопрос о целесообразности сохранения платных услуг в бюджетных учреждениях.

В перспективе предпринимательская деятельность (по крайней мере, в форме оказания платных услуг населению за наличный расчет) должна быть выведена за пределы бюджетных медицинских учреждений и сконцентрирована в учреждениях частного сектора. Другими словами, желательно, чтобы бюджетные учреждения вообще не занимались платными услугами — такое совмещение всегда чревато нарушениями (либо финансовыми, либо прав граждан на бесплатную медицинскую помощь). Однако, во-первых, указанные предпосылки вовсе не обязательно выливаются в конкретные нарушения. А, во-вторых, для того, чтобы вывести платные услуги из бюджетных учреждений, должны быть созданы необходимые условия, которые пока во многих случаях отсутствуют:

— наличие достаточного количества территориально доступных частных медицинских клиник, обеспечивающих получение на альтернативной основе видов помощи, предоставляемых бюджетными учреждениями. Даже в условиях таких городов, как Москва и Санкт-Петербург, некоторые виды помощи невозможно получить в частных клиниках;





— достаточный платежеспособный спрос населения на услуги частных клиник (цены на услуги которых, как правило, значительно выше, чем цены на платные услуги бюджетных учреждений). Если мы запретим платные услуги в бюджетных учреждениях, часть населения вообще лишится возможности получения медицинских услуг (или хотя бы получения платных услуг из-за их дороговизны). К тому же запрет на платные услуги в бюджетных учреждениях резко повысит нагрузку на частные клиники и резко взлетят цены;

— возможность бюджетных медицинских учреждений нормально функционировать без «подпитки» за счет платных услуг.

К сожалению, пока не одно из вышеуказанных условий не реализовано, и в ближайшей перспективе оказание платных услуг государственными учреждениями неизбежно. А раз так, то развитие платных услуг нужно рассматривать как осознанную неизбежность. При этом речь, конечно, идет о легальной форме оказания платных услуг.

Поэтому вопрос стоит не о допустимости или недопустимости платных услуг, а о формах платности и мерах по предотвращению возможных нарушений. Стоит отметить, что ни одна страна в мире не может похвастаться тем, что обладает ресурсами, достаточными для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Поэтому соучастие населения в финансировании медицинской помощи является официальной политикой многих стран мира: в форме страховых взносов из начисленной заработной платы (Германия), в форме фиксированных платежей при обращении в медицинские учреждения (Финляндия) и т.д. Возможно, не удастся обойтись без этого и нам.

Необходимо отметить, что требование запрета платных услуг в государственных медицинских учреждениях — это крайне неконструктивная позиция. Запрет не решает проблем. Нужно решать проблемы, а не запрещать платные услуги.

Вообще требование запрета платных услуг вызывает массу вопросов. Во-первых, в

какой форме будет осуществлен этот запрет? Во-вторых, следует ли запрещать оказание платных услуг в следующих ситуациях?

- при оказании их во внерабочее время;
- при оказании медицинской помощи, не входящей в территориальную программу государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью;
- при платных профосмотрах;
- при оказании медицинской помощи иностранцам;
- при оказании медицинской помощи за безналичный расчет;
- при оказании медицинской помощи в рамках ДМС.

И это только часть из возникающих вопросов.

Да и в конце концов разве запрет официальных платных услуг решит проблему? Платить будут просто в карман персоналу — расцветет теневая оплата. Нужно добиваться устранения причин необходимости сохранения платных услуг в бюджетных учреждениях, предотвращать возможные нарушения, а не требовать их запрета.

Оказание учреждениями здравоохранения платных медицинских услуг является вынужденной и временной мерой. В этом вопросе позиция должна быть однозначной: платные медицинские услуги ни в коей мере не должны подменять гарантированную гражданам бесплатную медицинскую помощь.

Цивилизованные формы оказания платных услуг являются реальной альтернативой теневой оплате медицинских услуг, захлестнувших отечественное здравоохранение. Но главной причиной расцвета теневой оплаты является не алчность медицинского персонала и даже не дефицит средств в здравоохранении сам по себе, а дисбаланс между гарантированными государством объемами бесплатной медицинской помощи и реальным финансовым обеспечением. Все это приводит к снижению объема, доступности и качества гарантированной бесплатной медицинской помощи. Одновременно повышается спрос





населения на высокотехнологичные медицинские услуги, а также увеличивается число пациентов, желающих получать медицинскую помощь в более комфортных условиях. Это остро ставит вопрос о развитии легальных форм привлечения в здравоохранение за счет средств предприятий и населения.

Можно сформулировать несколько основных принципов, которые должны лежать в основе политики в сфере платных услуг:

- платные услуги должны предоставляться как дополнение к бесплатной помощи либо как альтернатива, а не как замещение бесплатной помощи платной;

- легальные формы оказания платных услуг способствуют соблюдению прав граждан на бесплатную медицинскую помощь путем легализации теневой оплаты и обеспечения дополнительного источника финансирования общественного здравоохранения;

- отсутствие оказания платных услуг или слабое их развитие в медицинском учреждении не могут служить гарантией соблюдения прав граждан на бесплатную помощь в условиях имеющегося финансирования. К сожалению, отсутствие официальных платных услуг (и соответственно дополнительного источника средств в условиях недофинансирования) означает либо то, что пациенты недополучают медикаментов, продуктов питания (вынуждены приобретать их за свой счет), пребывают в плохих условиях, либо то, что пациенты доплачивают неофициально;

- платные услуги могут оказываться во всех без исключения медицинских учреждениях (включая детские, психиатрические, фтизиатрические и др.).

Выше уже отмечалось, что платные услуги — это способ легализации теневой оплаты. В условиях дефицита бюджета и средств ОМС невозможно избежать участия населения и предприятий в финансировании (софинансировании) медицинской помощи. Отсутствие официальной оплаты в этих условиях — признак наличия теневой оплаты или хотя бы натуральных соплатежей (когда пациенты сами

приносят лекарства, продукты питания и т.д.). Поэтому нельзя давать положительную оценку ситуации, когда некоторые медицинские учреждения гордятся тем, что у них нет платных услуг или их объемы невелики. К сожалению, отсутствие официальных платных услуг не является показателем реализации прав граждан в сфере здравоохранения. Без платных услуг государственные и муниципальные учреждения в целом ряде случаев не способны эффективно решать свои задачи, дефицит средств неизбежно ведет к сокращению объема предоставляемой медицинской помощи.

Другое дело, что во многих учреждениях возможности для организации платных услуг ограничены (психиатрические, туберкулезные, детские санатории и т.д.). Тем не менее, платные медицинские услуги могут развиваться во всех без исключения медицинских учреждениях (как минимум оказывать диагностические услуги сторонним потребителям). Хотелось бы отдельно подчеркнуть, что сам по себе статус учреждений (детские, учреждения, оказывающие социально значимые виды медицинской помощи, и т.д.) не может являться препятствием для оказания платных услуг. Другое дело, что подобный статус предполагает повышенные требования к обоснованности предоставления услуг на платной основе.

Поэтому нужно четко иметь в виду: сам по себе тот факт, что услуга входит в программу госгарантий, еще не означает, что услуга не может оказываться на платной основе — она может оказываться анонимно, сверх стандартов, по желанию граждан и т.д.

Для постепенного перевода платных медицинских услуг в частный сектор необходимо поддерживать частное, ведомственное здравоохранение и промышленную медицину в целом, что позволит обеспечить получение дополнительной или альтернативной медицинской помощи, снижая нагрузку на бюджет и средства ОМС.

Нужно обеспечить организационную и правовую поддержку медицинских учреждений







в привлечении ими дополнительных средств через сотрудничество с различными видами некоммерческих и коммерческих организаций (благотворительные фонды и т.д.).

Для цивилизованного развития платных услуг и создания предпосылок перевода их в частный сектор необходимо менять менталитет населения. К сожалению, позиция большинства средств массовой информации направлена в обратную сторону. Преобладает презумпция виновности медицинских сотрудников и учреждений здравоохранения. Никого не возмущает платность хлеба и молока. За водку и сигареты люди платят, не раздумывая. Платность же любой медицинской услуги воспринимается весьма болезненно. Деятельность медицинских учреждений по оказанию платных услуг находится под пристальным вниманием и правоохранительных органов. Так, платность профосмотров воспринимается ими чуть ли не как преступление. И это несмотря на то, что в соответствии с действующим законодательством профосмотры действительно являются платными. Но ведь в большинстве случаев оплачивать профосмотры должны предприятия. Однако что-то не слышно ни об одном уголовном деле по поводу нарушения предприятиями законодательства в этой сфере.

Возвращаясь непосредственно к инициативе ФАС, следует сказать, что поражает и сам подход к антимонопольной борьбе: запрет одним организационно-правовым формам заниматься определенными видами деятельности, не запрещенными законодательством. Что это как не дискриминация бюджетных учреждений и прямое нарушение антимонопольного законодательства? Конституционный суд как раз отметил недопустимость этого.

Безусловно, с нарушениями законодательства в сфере предоставления бесплатной медицинской помощи нужно бороться. Но при чем тут антимонопольное законодательство?

Важно в конечном счете то, в чьих интересах будет осуществлен предполагаемый

запрет. Кого мы хотим защитить — пациентов или частные клиники? Конечно, такой запрет, будь он принят, был бы направлен на защиту интересов определенных кругов бизнеса. Поэтому давайте честно обозначим проблемы: подобный запрет — это отстаивание бизнесом своих интересов.

Сторонники запрета платных услуг в бюджетных учреждениях часто ссылаются на осуществляемый бюджетными учреждениями демпинг. Если это действительно так и есть доказательства, то тут как раз работа для ФАС — нужно разбирать конкретные факты, а не требовать тотального запрета.

И, тем не менее, никто не будет спорить с тем, что цены на платные услуги ниже, чем в частных клиниках. Давайте посмотрим, в чем причина различия цен в государственных и частных клиниках. Конечно же, в уровнях затрат. А почему различаются затраты? Здесь несколько причин:

— разные затраты на одни и те же статьи расходов (более высокие зарплата, коммунальные услуги, амортизация, накладные расходы (АУП)). Проще говоря, в частных клиниках пациенты оплачивают не только непосредственно медицинскую помощь, но и дополнительный сервис и т.д., а и роскошь (мрамор, позолоту, фонтаны и т.д.);

— отсутствие для бюджетных учреждений необходимости возмещения ряда расходов (арендная плата и т.д.). С одной стороны, можно сказать, что это ставит бюджетные учреждения в лучшие условия. Но, с другой стороны, требование включать в цены на платные услуги затраты, которых учреждение не несет, противоречит экономическим принципам (что не снимает, конечно, необходимости контроля при оказании платных услуг за возмещением стоимости оборудования, медикаментов и т.д., приобретенных за счет бюджетных средств). Да и почему отсутствие для бюджетных учреждений необходимости возмещения ряда расходов — это обязательно плохо? Раз государство разрешило бюджетным учреждениям оказывать платные



услуги, осознавая различный уровень затрат с частными клиниками, значит, это осознанный шаг, направленный на поддержку не только бюджетных учреждений, но и самих граждан, которые в этом случае платят меньше;

— экономия на так называемых условно-постоянных расходах (за счет более полной загрузки оборудования (например, анализаторов), за счет оказания платных услуг во внерабочее время и т.д.). То есть более низкие цены — это необязательно отсутствие определенного вида затрат — это еще и экономия на условно-постоянных расходах.

В заключение следует сказать, что нет никаких оснований полагать, что в ближайшее время платные медицинские услуги в бюджетных учреждениях будут запрещены. Во-первых, для этого пришлось бы как минимум принять специальное постановление

Правительства РФ по этому поводу (например, отменяющее Постановление № 27 или вносящее в него изменения). Но это слишком щекотливая тема и согласование этого постановления потребует много времени. Во-вторых, набирающий оборот мировой финансовый кризис, когда возможности бюджетного финансирования медицинских учреждений становятся еще более ограниченными, явно не та ситуация для того, чтобы лишать медицинские учреждения важного источника своего выживания. В-третьих, к чести самой ФАС ее представители, по сути дела, дезавуировали заявление о необходимости запрета платных услуг, распространив информацию о том, что позиция ФАС была не совсем правильно истолкована, и речь не шла о тотальном запрете платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях.



## 5-й Международный форум MedSoft-2009

Выставка и конференция «Медицинские информационные технологии»

15-17 апреля 2009 г. Москва, Центральный дом предпринимателя

**ТЕМАТИКА ВЫСТАВКИ И КОНФЕРЕНЦИЙ:**

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

Генеральный спонсор    Титульный спонсор




Официальные спонсоры








ВХОД НА ВЫСТАВКУ СВОБОДНЫЙ,  
УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ  
ДЕЛОВОЙ ПРОГРАММЫ  
БЕСПЛАТНОЕ

Адрес: Центральный дом предпринимателя, ул. Покровка, 47/24  
 Проезд: ст. м. «Красные ворота», «Хурская». Информация по тел.: (499) 200-10-62  
 Программа конференции и список участников выставки опубликованы на сайте: [www.armil.ru](http://www.armil.ru)



# ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

## АВТОМОБИЛИ СКОРОЙ МЕДПОМОЩИ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ РАЦИОНАЛЬНО И ЗАКОННО

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 11 ноября 2008 г. № 01И-722/08 «О проведении проверок по вопросу законного, рационального и целевого использования автомобилей скорой медицинской помощи, полученных в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения»*

В ходе сентябрьских проверок Росздравнадзором установлено, что в учреждениях здравоохранения нерационально и незаконно использовались автомобили скорой медпомощи, полученные по приоритетному национальному проекту в сфере здравоохранения в путевых листах отсутствуют отметки о проведении предрейсового осмотра, о допуске к выезду и иные необходимые сведения; в салонах демонтировано оборудование. В Автоматизированную информационную систему мониторинга медицинских изделий предоставлялась недостоверная информация.

В связи с этим территориальным органам Росздравнадзора по субъектам РФ поручено проверить лечебно-профилактические учреждения на наличие перечисленных нарушений и о результатах проверок до 10 декабря 2008 года отчитаться перед Росздравнадзором.

## ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ГОТОВЯТ СВОДНЫЕ ОТЧЕТЫ СТАТНАБЛЮДЕНИЯ ЗА 2008 ГОД

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 11 ноября 2008 г. № 467 «О представлении органами и организациями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека сводных годовых сведений статистического наблюдения за 2008 год»*

В целях подведения итогов деятельности территориальным органам Роспотребнадзора необходимо представить сводные годовые сведения статистического наблюдения за 2008 год.

В число таких сведений входят: об административных правонарушениях в сфере экономики; об инфекционных и паразитарных заболеваниях; о деятельности территориальных органов Роспотребнадзора; о дозах облучения населения за счет естественно и техногенно измененного радиационного фона; о травматизме на производстве и профессиональных заболеваниях; о профилактических прививках; о работе ФГУЗ — центров гигиены и эпидемиологии в зонах радиоактивного загрязнения; о медицинских и фармацевтических кадрах.

Сводные годовые сведения статистического наблюдения представляются на бумажном (в одном экземпляре) и электронном носителях в установленные сроки в соответствии с утвержденными формами.



## НАРУШЕНИЕ САНИТАРНЫХ НОРМ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В БОЛЬНИЦАХ — РИСК ДЛЯ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 1 декабря 2008 г. № 01/14112-8-32 «О совершенствовании мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности манипуляций гибкими эндоскопами»*

Роспотребнадзором проанализирована организация работы в эндоскопических отделениях лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Выявлены различные нарушения санитарных норм при проведении эндоскопических исследований.

Руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ поручено обеспечить ряд мер по снижению рисков инфицирования пациентов. Должен быть усилен контроль за соблюдением санитарных правил. При стерилизации эндоскопической техники запрещено использовать пароформалиновые камеры и озонные стерилизаторы. Не допускается применение негерметичных моделей эндоскопов. Указанное оборудование следует своевременно ремонтировать и заменять. Кроме того, рекомендуется обучить персонал правилам обработки и хранения эндоскопической техники, а в штатное расписание ввести ставку медсестры-оператора по обработке такого оборудования.

Выявленные случаи внутрибольничного инфицирования при проведении эндоскопических процедур должны быть зарегистрированы.

## БОЛЬНИЧНЫЙ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ МОЖЕТ ВЫДАВАТЬСЯ ЛЮБОМУ РОДСТВЕННИКУ

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 октября 2008 г. № 593н «О внесении изменений в Порядок выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 августа 2007 г. № 514»*

Усовершенствован порядок выдачи листов нетрудоспособности.

Так, правом выдачи листов нетрудоспособности наделены медработники врачебно-физкультурных диспансеров.

При направлении лиц, пострадавших на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности больничный выдается на весь период лечения и проезда, если лицо пострадало в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве (ранее больничный выдавался независимо от тяжести несчастного случая, а также при профессиональном заболевании).

Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи может быть выдан не только члену семьи (опекуну), но и иному родственнику, а также попечителю. Предусмотрена возможность выдачи больничного по уходу за ребенком от 7 до 15 лет на более длительный срок, чем 15 дней. Больничный по уходу за детьми до 15 лет, страдающими злокачественными новообразованиями или тяжелыми заболеваниями крови, выдается не только на период совместного пребывания с ребенком в стационаре, но и на весь период амбулаторного лечения.

Уточнен порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам. В частности, при отсутствии врача акушера-гинеколога листок нетрудоспособности может быть выдан врачом общей практики. Если диагноз многоплодной беременности установлен в родах, то листок нетрудоспособности выдается дополнительно не на 40, а на 54 календарных дня.







Изменения коснулись и порядка заполнения больничного. Так, при оформлении больничного в психиатрических, наркологических и других медицинских организациях по согласованию с пациентом вместо указания специальности врача (психиатр, нарколог, дерматолог, венеролог, фтизиатр и др.) может быть указана специальность врача общего профиля (терапевт, семейный врач, педиатр и др.).

## В РОССИИ ВВОДИТСЯ ИНСТИТУТ ГЕНОМНОЙ РЕГИСТРАЦИИ

*Федеральный закон от 3 декабря 2008 г. № 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации»*

Создается правовая основа для сбора, хранения и использования в целях идентификации личности человека биологического материала и содержащейся в нем индивидуальной информации о строении ДНК (геномной информации).

Геномная регистрация может проводиться как в добровольном, так и в обязательном порядке. Обязательной геномной регистрации подлежат неопознанные трупы; лица, отбывающие наказание за совершение тяжких или особо тяжких преступлений, а также преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности; неустановленные лица, биологический материал которых изъят с мест происшествий. Иные лица смогут пройти добровольную геномную регистрацию на платной основе.

Полученная геномная информация хранится до установления факта смерти лица, а при отсутствии сведений о смерти — до даты, когда ему исполнилось бы 100 лет (кроме геномной информации от неустановленных лиц, которая хранится 70 лет с момента получения). Геномная информация, полученная при регистрации неопознанных трупов, хранится до установления личности человека, но не более 70 лет. По желанию лица, добровольно сдавшего биологический материал, геномная информация о нем может быть уничтожена до истечения срока ее хранения.

Предусматривается создание федеральной базы данных геномной информации. Право на использование геномной информации предоставлено только судам, органам предварительного следствия, дознания и органам, осуществляющим оперативно-розыскную деятельность.

Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2009 г.

## ОБ ОСНОВНЫХ НАРУШЕНИЯХ ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ В СФЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОСЗДРАВНАДЗОРА

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 19 ноября 2008 г. № 01И-734/08 «О результатах контрольных мероприятий Управления лицензирования и правового обеспечения в III кв.»*

Подведены итоги мероприятий по контролю за соблюдением лицензионных требований в сфере производства лекарств, медтехники, фармацевтической деятельности и др., проводимых Росздравнадзором в III квартале 2008 г.

Так, в фармацевтической сфере увеличилось количество нарушений, связанных с хранением лекарственных средств (использование компьютерных технологий без разрешения Росздравнадзора). Кроме того, имели место нарушения хранения и транспортировки препаратов, требующих наличия «Холодовой цепи», уничтожение лекарственных средств силами самого предприятия.





Что касается производства и техобслуживания медтехники, то здесь основным нарушением является отсутствие принадлежащего на законных основаниях необходимого оборудования.

Также были выявлены следующие нарушения: наличие документов, подтверждающих проверку средств измерений, с истекшим сроком действия; отсутствие документов, подтверждающих повышение квалификации специалистов, ответственных за производство, качество и техническое обслуживание медицинской техники, не реже, чем 1 раз в 5 лет.

## АПТЕКИ ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИВАТЬ МИНИМАЛЬНЫЙ НАБОР ЛЕКАРСТВ И СОБЛЮДАТЬ ПРАВИЛА ИХ ПРОДАЖИ

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 19 ноября 2008 г. № 01И-733/08 «О результатах проверок»*

Управлениями Росздравнадзора по субъектам РФ и лицензирующими органами субъектов РФ в III квартале 2008 года были проведены проверки аптечных учреждений. Проверялись наличие минимального ассортимента лекарственных средств в аптеках и соблюдение правил отпуска лекарств.

В результате обнаружено, что аптечные учреждения не обеспечивают минимальный ассортимент лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи. Уровень такого обеспечения составляет от 45 до 99%. Кроме того, выявлены следующие нарушения правил отпуска лекарств: руководство аптек не контролирует соблюдение порядка отпуска лекарств по рецептам врачей; допускается вскрытие «первичной» заводской упаковки лекарственных средств (например, отпуск 1–2 ампул, таблеток и т.д.); производится безрецептурный отпуск лекарственных средств, подлежащих отпуску по рецептам врачей; допускается выписка лекарственных средств на русском языке.

В связи с этим руководители лицензирующих органов субъектов РФ должны усилить контроль за соблюдением лицензиатами, осуществляющими фармацевтическую деятельность, требований действующего законодательства. Руководителям лечебно-профилактических учреждений необходимо усилить контроль за выписыванием рецептов врачами. Руководителям аптечных учреждений предписано обеспечить наличие минимального ассортимента лекарственных средств и соблюдение правил отпуска лекарств.

**ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»**  
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный  
междугородный звонок),  
8 495 647 6238 (для Москвы)  
Интернет: [www.garant.ru](http://www.garant.ru)



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

*Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант»  
и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: [www.idmz.ru](http://www.idmz.ru)*

**11-13 марта 2009 г.**



**ВОРОНЕЖ**



# **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

## **25-я межрегиональная специализированная выставка**

### **Тематические разделы:**

- Медицинское оборудование и инструмент
- Расходные материалы и медицинские изделия
- Фармацевтическая продукция
- Средства и оборудование для дезинфекции и стерилизации
- Медицинская и лабораторная мебель
- Здоровый образ жизни
- Санаторно-курортное лечение
- Медицинские услуги. Медицинское страхование
- Медицинская одежда
- Информационные технологии в медицине
- Научные и учебные заведения
- Профессиональные организации
- Специализированные издания и литература

### **Оргкомитет:**

т./ф.: (4732)51-20-12 , 77-48-36  
e-mail:zdrav@veta.ru [www.veta.ru](http://www.veta.ru)

### **Организаторы:**



### **Официальные партнеры:**

- Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.Н. Бурденко

### **Поддержка:**

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- Главное Управление здравоохранения Воронежской области;
- Администрация городского округа г. Воронеж
- Ассоциация экономического взаимодействия субъектов РФ Центрального Федерального округа "Центрально-Черноземная"



# КОМПЛЕКСНАЯ АВТОМАТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Полный пакет программного обеспечения и высокопрофессиональных услуг нашей компании позволяют осуществлять комплексные проекты автоматизации медицинских учреждений – от отдельных ЛПУ до создания региональных медицинских информационных систем



**ООО «Комплексные медицинские информационные системы»**

Адрес: 185030, г. Петрозаводск, ул. Лизы Чайкиной 23-Б,  
Тел./факс: +7 (814 2) 67-20-12

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





ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ» (ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА)

## **КАФЕДРА УПРАВЛЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФУВ ГОУ ВПО РГМУ**

*(заведующий кафедрой — академик РАМН, профессор Стародубов В.И.)*

проводит сертификационные курсы усовершенствования и профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

**В программе:** актуальные вопросы управления, экономики здравоохранения, обязательного и добровольного страхования, качества медицинской помощи, лицензирования и аккредитации медицинской деятельности.

### **Сроки проведения обучения**

**Сертификационные курсы:** 26.01.09 – 20.02.09  
23.02.09 – 20.03.09  
30.03.09 – 24.04.09  
18.05.09 – 12.06.09  
07.09.09 – 02.10.09  
02.11.09 – 27.11.09

**Профессиональная переподготовка:**  
16.02.09 – 05.06.09  
14.09.09 – 25.12.09

**Курсы усовершенствования проводятся бесплатно для работников органов управления, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения РФ.**

**Возможно платное обучение на договорной основе для работающих в ведомственных и коммерческих структурах. Общежитие предоставляется.**

117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1  
Предварительные заявки на обучение по следующим телефонам:  
тел./факс: 434-17-56 — Зарубина Анна Витальевна,  
Морозова Елена Владимировна  
Эл. почта: [kafedra-rgmu@mail.ru](mailto:kafedra-rgmu@mail.ru)