

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№4. 2009



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003



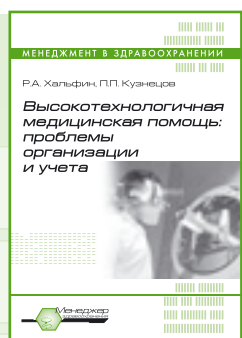
Модернизация здравоохранения: 100 ответов на актуальные вопросы. Под редакцией д.э.н., профессора Ф.Н.Кадырова — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. — 307 с. ISBN 978-5-903834-04-4.

Четвертое, актуализированное издание, содержащее более 100 ответов и консультаций по самым острым вопросам правоприменительной практики здравоохранения в период его активного преобразования.



Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. Ф.Н. Кадыров — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. — 270 с. ISBN 978-5-9900-493-7-6.

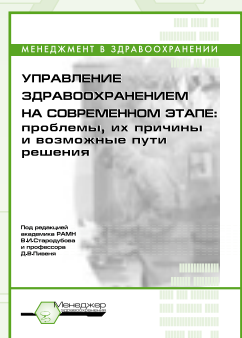
Рассмотрены методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений при различных источниках финансирования, а также организаций различных организационно-правовых форм, занимающихся медицинской деятельностью. Другими словами, она затрагивает вопросы деятельности как бюджетных (государственных и муниципальных), так и частных (негосударственных) медицинских учреждений; как коммерческих, так и некоммерческих организаций. Одно из главных достоинств книги — ее практическая направленность и возможность использования в деятельности финансовой службы любого учреждения.



Высокотехнологичная медицинская помощь: проблемы организации и учета. Р.А. Хальфин, П.П. Кузнецов — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. — 192 с. ISBN 978-5-903834-01-3.

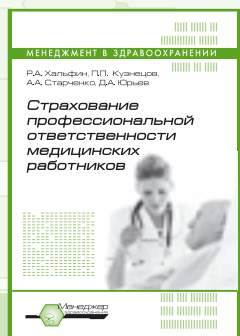
Рассмотрены вопросы нормативно-правового регулирования, планирования и финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, предоставления ее населению при широком использовании информационных технологий.

Одно из главных достоинств книги — ее практическая направленность и возможность использования в деятельности административных и финансово-экономических служб любого медицинского учреждения.



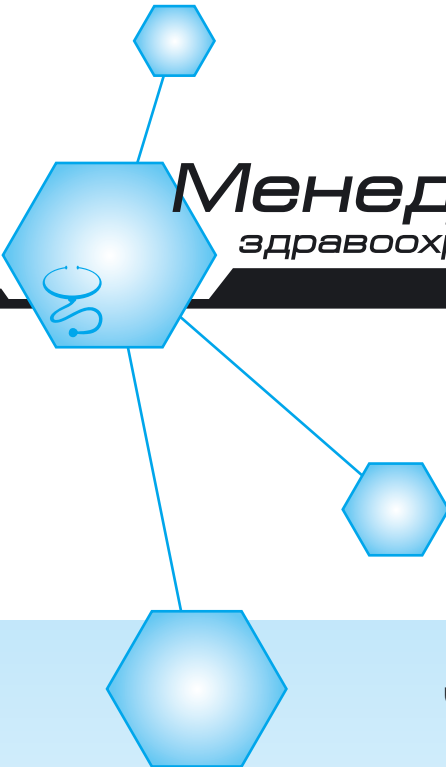
Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные решения. Под редакцией академика РАМН В.И.Стародубова и профессора Д.В.Пивеня — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. — 128 с. ISBN 978-5-9900-493-6-9.

Особенностью книги является то, что вопросы управления здравоохранением рассматриваются авторами не с позиций тиражирования универсальных рецептов для решения всех проблем, а исходя из необходимости развития и реализации, прежде всего, творческих подходов на всех этапах управленческой деятельности.



Страхование профессиональной ответственности медицинских работников. Р.А.Хальфин, П.П.Кузнецов, А.А.Старченко, Д.А.Юрьев — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. — 160 с. ISBN 978-5-903834-05-1

Представлены материалы по истории, зарубежному опыту страхования профессиональной ответственности врачей и состоянию этого вопроса в современной России. Описаны методологические основы страхования ответственности при осуществлении профессиональной деятельности в Российской Федерации, тенденции и проблемы российского рынка страхования профессиональной ответственности.



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Задачи здравоохранения в проекте программы антикризисных мер на 2009 год Правительства России**
- ✓ **Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2008 году и задачах на 2009 год**
- ✓ **Система непрерывного образования медицинских работников в ожидании перемен**
- ✓ **Почему система телемедицинских услуг в Российской Федерации существует вне закона**
- ✓ **О состоянии медицинского оборудования в государственных учреждениях здравоохранения в условиях финансового кризиса**
- ✓ **Проблемы оплаты медицинских услуг, оказанных иностранным гражданам в России**
- ✓ **Современное состояние подготовки специалистов для медицинских библиотек**
- ✓ **Комплексное сравнение систем здравоохранения в мире (специально для «МЗ» выполненное американским исследователем)**

Менеджер здравоохранения

№ 4
2009

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

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

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

Редакционная коллегия:
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

В номере:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 2020

«Цифры не убеждают, пока нет методики их формирования...»

Материалы обсуждения «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года» на парламентских слушаниях

4–8

«Сложно осуществить расчеты, когда правила расчета не объявлены...»

Материалы обсуждения «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года», организованного в Высшей школе экономики

9–12

Система организации медицинской помощи станет «саморегулируемой»

Материалы обсуждения «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года» на 33-ем заседании Рабочей группы РАМН по вопросам создания и внедрения медицинских информационных технологий

13–22

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 2009

- Об использовании ИКТ в сфере здравоохранения и соцзащиты
- Обсуждены проблемы лекарственного обеспечения населения России в условиях экономической нестабильности
- В Общественной Палате РФ обсуждены проблемы репродуктивного здоровья нации
- В Росздравнадзоре обсуждены вопросы защиты прав пациентов
- «Паспорт здоровья» как антикризисная мера оптимизации расходов в здравоохранении
- На расширенном заседании Коллегии Минздравсоцразвития России обсуждены итоги работы Министерства в 2008 году и задачи на 2009 год

23–25

АНТИКРИЗИСНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 2

26–31

Оптимизация использования медикаментов и расходных материалов

Ф.Н. Кадыров

32–41

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

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

О проблеме реализации конституционного права граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи

Д.В. Пивень

42-46

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Результаты работы по совершенствованию службы охраны материнства и детства в городе Москве

М.А. Курцер, Н.П. Кирбасова, И.И. Калиновская

47-51

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Экономическая эффективность информационных систем в медицине

Я.И. Гулиев, И.Ф. Гулиева, Е.В. Рюмина

52-64

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Здравоохранение США накануне реформ

65-67

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

Приказ Правительства Москвы и Департамента здравоохранения от 6 февраля 2009 г. № 108 «Об упорядочении организации оказания платных медицинских услуг в акушерских стационарах Департамента здравоохранения г. Москвы»

68-71

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Платные услуги

На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров

72-74

ОРГАНИЗАЦИЯ

75

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

76-80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

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

Главный редактор:

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

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н. Кадыров
kadyrov@peterlink.ru

Шеф-редактор:

д.б.н. Н.Г. Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:

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

Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

Л.И. Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

Отпечатано в типографии
«Стрит принт»
Заказ № 154.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

**ОТ РЕДАКЦИИ:**

Работа над проектом «Концепции развития российского здравоохранения на период до 2020 г.» продолжается уже более года. В конце декабря проект был представлен на рассмотрение в Правительство РФ, а через месяц, в конце января, в течение одной недели состоялось сразу два его обсуждения — сначала на расширенном заседании Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, а потом на парламентских слушаниях. Государственная Дума в целом проект одобрила. Однако депутаты порекомендовали Минздравсоцразвития России доработать концепцию с учетом замечаний других министерств и профессионального сообщества. Окончательный вариант Концепции, которая определит направления развития всей отрасли на ближайшие десять лет, планируется обсудить в Правительстве РФ до конца апреля. А пока Министерство здравоохранения и социального развития РФ приступило к открытому обсуждению проекта «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года». Февраль и март ознаменовались целой серией острых, предметных и конструктивных обсуждений отдельных направлений Концепции. Размещенные в СМИ и Интернете пресс-релизы и краткие репортажи не позволяют познакомиться со всем многообразием экспертных оценок и замечаний, сформулированных профессиональным сообществом. «МЗ» подготовил обзор высказанных в рамках проведенных обсуждений мнений и предложений, а также разъяснений и комментариев к проекту Концепции, данных представителями Минздравсоцразвития России.

«ЦИФРЫ НЕ УБЕЖДАЮТ, ПОКА НЕТ МЕТОДИКИ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ...»

Это замечание заместителя председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья А.Чухраева выражает одну из главных проблем, обсуждаемых на парламентских слушаниях «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года. Законодательные аспекты», которые провел Комитет Государственной Думы по охране здоровья и в которой приняли участие депутаты, представители министерств и ведомств, органов государственной власти субъектов Федерации, органов управления здравоохранением, члены Общественной Палаты РФ, ведущие специалисты в области здравоохранения.

Представившая проект концепции (см. сайт www.zdravo2020.ru) в Государственной Думе заместитель Министра здравоохранения и социального развития В.И. Сковцова обратила особое внимание на существенное влияние развития здравоохранения на демографические показатели. Целями реализации представленной концепции заявлены увеличение продолжительности жизни до 75 лет и численности населения страны до 145 млн. человек, снижение материнской и младенческой смертности, а также формирование здорового образа жизни граждан и повышение качества и доступности медицинской помощи населению.



В рамках модернизации системы финансирования в концепции предусмотрены переход на преимущественно одноканальное финансирование, при котором возрастет доля средств, поступающих в ЛПУ через систему ОМС, замена ЕСН на страховые взносы (в том числе и в систему ОМС) и введение единых на всей территории России подушевых нормативов финансирования оказания медицинской помощи в рамках программы госгарантий. В ОМС поэтапно планируется включить скорую и высокотехнологичную медпомощь, лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях, бюджетные инвестиции в отрасль. Запланировано увеличение годового минимального норматива госгарантий в здравоохранении с 9,4 тыс. руб. на человека в 2010 году до 30,4 тыс. руб. в 2020 году. Общие расходы на медицину из разных источников (бюджеты разных уровней и программы ОМС) увеличатся с 2,6 трлн руб. в 2010 году до 8,3 трлн руб. в 2020 году.

Особое внимание в концепции уделено кадровой составляющей здравоохранения. В частности, планируется довести соотношение врачей и медицинских сестер до 1:3, а по некоторым направлениям до 1:7.

В завершение доклада В.И. Скворцова сделала акцент на инновационности модели развития здравоохранения, заметив, что при этом как никогда существенную роль играет конструктивное межведомственное взаимодействие.

Ключевым вопросом обсуждения представленного проекта стали вопросы финансирования отрасли. Высказанное **А. Чухраевым** пожелание «более четко просчитать финансовые ресурсы концепции, которые предполагается использовать на реализацию», было поддержано и развито во многих прозвучавших на слушаниях выступлениях.

Заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья С. Колесников отметил, в проекте «не

очень ясно отражена возможность равной доступности пациента ко всем медицинским учреждениям независимо от форм собственности. Это должно быть описано, поскольку требует изменения финансовых потоков.

В Конституции записано равенство всех форм собственности, и это обязывает обеспечить равный доступ их к финансам. Пациент должен приносить деньги, если хочет доплатить за услугу. Софинансирование гражданина при оказании гарантированной государством медицинской услуги — это один из принципов организации здравоохранения. Сегодня 50–60% фактической стоимости медицинской услуги оплачивается, а мы на это закрываем глаза»...

Советник председателя Счетной Палаты В. Гришин также считает, что, говоря о доступности медпомощи, надо не забывать о ее финансировании, о плановом характере здравоохранения. Поэтому цель концепции предстоит несколько скорректировать. В частности, записать принципы отечественного здравоохранения, которые потеряны и о которых совсем не упоминается.

Говоря о доступности медпомощи, надо не забывать о ее финансировании, о плановом характере здравоохранения

Начальник отдела Департамента экономики социального развития и приоритетных программ Минэкономразвития РФ В.М. Донин указал на противоречивость, «необоснованную оптимистичность» отдельных положений проекта. В частности, по его словам, не сформулированы основные принципы здравоохранения на предстоящий период, не проанализировано состояние материально-технической базы учреждений здравоохранения, не определено отношение к форме и объемам участия собственных средств граждан в финансировании предоставляемой медицинской помощи.





«Предполагается перейти на страховые принципы финансирования здравоохранения и, в частности, отказаться от налога в пользу страхового взноса в размере 5,1% от фонда заработной платы. Однако достаточного обоснования выбора именно такого размера страхового взноса и просчета возможных последствий его увеличения для работодателя в концепции нет.

Действительно, почему 5,1%, а не 6 или 8? Хватит ли этого для покрытия серьезного увеличения расходов на здравоохранение? А оно неизбежно последует при включении в тарифы ОМС расходов на материально-техническое оснащение ЛПУ и переходе на лекарственное страхование».

Включение в систему ОМС высокотехнологичной медпомощи, обязательного лекарственного страхования, бюджетных инвестиций потребует значительных бюджетных вливаний, и совершенно не факт, что 5,1% хватит.

По словам В. Дони́на, заявленные в документе показатели завышены по сравнению с прогнозными показателями Минэкономки. «Включение в систему ОМС высокотехнологичной медпомощи, обязательного лекарственного страхования, бюджетных инвестиций потребует значительных бюджетных вливаний, и совершенно не факт, что 5,1% хватит». Представитель Минэкономки посчитал необоснованным к 2010 году увеличение взносов работодателей в ОМС до 495 млрд руб. и рост объемов платежей на здравоохранение со стороны субъектов бюджетного планирования за неработающее население. «Кризис не подчиняется призывам и заклинаниям, и уже явно сокращается фонд оплаты труда», — пояснил он, добавив, что работодатели при развитии кризиса и с отказом от налогового финансирования здравоохранения в пользу страхо-

вых платежей ОМС начнут отказываться от платежей как неналоговых.

Председатель Комиссии Общественной Палаты РФ по здравоохранению Л.М. Рошаль считает, что именно нехватка денег в отрасли привела к сегодняшнему положению дел. «Наши проблемы не связаны со структурой здравоохранения. Суть в том, что функционирование системы нарушено постоянным недофинансированием. Если мы укрепим хотя бы существующую структуру, ничего другого и не надо пока».



Наши проблемы не связаны со структурой здравоохранения. Суть в том, что функционирование системы нарушено постоянным недофинансированием.

«Разве плохо, если участковый врач будет принимать 1200 больных вместо 1700?! Но для этого надо увеличить численность врачей на 30%. Реально ли это сегодня? Нет. Понимаете, то, что написано, — это сказка. Сказка «на потом», а сейчас нужно подумать, как сделать так, чтобы все пожелания были учтены и в том или ином виде вошли в документ. Я думал, что на выходе мы получим компактный документ и четко будем знать, что каждому из нас делать и в каком направлении двигаться».

Первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Госдумы РФ, академик РАМН Н.Ф. Герасименко предложил конкретизировать в названии документа, концепция какой системы здравоохранения предлагается. «Ни в одной стране мира нет трех систем, только в России: государственная, муниципальная и частная. Надо определить национальную систему здравоохранения — о чем собственно идет речь».

Он напомнил, что в ряде высокоразвитых стран сейчас активно реализуется понятие «здоровая старость». Человек должен не



просто дожить до 75 лет, а дожить без серьезных заболеваний, это и надо увязать со здоровым образом жизни».



«Ни в одной стране мира нет трех систем, только в России: государственная, муниципальная и частная. Надо определить национальную систему здравоохранения — о чем собственно идет речь.»

«Если мы в здравоохранении принимаем программу государственных гарантий и конкретизируем, что по Конституции положено населению бесплатно, выделяем финансовые ресурсы на это, то должны определить и круг учреждений, которые и должны обеспечить реализацию государственных гарантий».

Директор Национального НИИ общественного здоровья РАМН, академик РАМН О.П. Щепин предложил ограничить обозначенные в концепции цели одной — увеличением доступности и качества медпомощи, поскольку изменения демографической ситуации невозможно добиться только реформированием системы здравоохранения.

По мнению О.Щепина, остановить убыль населения РФ — задача не медицины, а государства, правительства, она отрасли не под силу. Если доступность и качество медпомощи обеспечены, то вся система работает нормально, если нет, то систему надо менять.

«Половина населения не может получить помощь в связи с дороговизной. Поэтому вопрос ставится так: нужна концепция развития здравоохранения, а не концепция развития страны».



Остановить убыль населения РФ — задача не медицины, а государства, Правительства, она отрасли не под силу.

«В обсуждаемом документе приведены два показателя: потенциал общественного здоровья и индекс здоровья человека. Кто может сказать, что это такое? Никто в нашем Институте не мог дать ответа. Прежде чем обнародовать концепцию, надо сделать ее понятной».

«Украшением концепции является раздел, связанный с рядом профилактических направлений. Но сколько это стоит и кто будет платить?»

«В концепции отмечено, что должна быть саморегулируемая система медицинской помощи. Однако в других странах ее регулирует государство. Мы же больше и больше вопросов пытаемся возложить на население, передать медицину в частные руки, частные учреждения. Это, конечно, неправильно, потому что доходными медучреждения никогда не сделать, в этом ошибка экономических подходов к здравоохранению. Нет ни одной страны в мире, которая бы видела здравоохранение доходным. Оно всегда — затратная часть бюджета, и к этому надо быть морально готовым».

Первый проректор ММА им. И.М. Сеченова, академик РАМН И.Н. Денисов отметил, что сейчас ахиллесова пята отечественного здравоохранения — управленческие кадры. «До тех пор, пока руководить здравоохранением будет вчерашний хирург без надлежащей подготовки, толку не будет. Сегодняшний администратор-бюджетник не знает рыночных механизмов, он не может цивилизованно заработать деньги. В концепции надо описать единое положение о клинической больнице, о центрах практической подготовки студентов. Наши соратники, врачи, ученые, преподаватели, да и студенты не поймут, почему в документе очень слабо отражены социально-бытовые проблемы, вопросы охраны здоровья медиков».





Председатель Комитета по охране здоровья Госдумы РФ О.Г. Борзова, подводя итоги парламентских слушаний, отметила:

«Мы преследовали цель как можно более широкого обсуждения этого документа. На мой взгляд, она достигнута. Обсуждение концепции проходит в непростой период, поэтому как никогда важна консолидация усилий всех заинтересованных сторон по ее доработке и принятию.

По мнению Ольги Борзовой, в концепции заложены предпосылки для улучшения финансового обеспечения здравоохранения, большое внимание уделено формированию здорового образа жизни. Однако в документе необходимо указать долю государственных расходов на здравоохранение в ВВП до

2020 года. Следует также определить возможные формы и перспективные направления развития государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Председатель Комитета отдельно остановилась на необходимости законодательного закрепления государственных гарантий медицинской помощи, порядка и места оказания платных медицинских услуг, разграничения их с бесплатной медицинской помощью. О. Борзова указала на необходимость издания законодательного акта федерального уровня, который определит деятельность на территории Российской Федерации единой национальной системы здравоохранения. По мнению членов Комитета, это должен быть закон «О здравоохранении в Российской Федерации».

Здравоохранение в цифрах

123

РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕ ХВАТАЕТ 46 ТЫС. ВРАЧЕЙ

Об этом сообщила замминистра здравоохранения и социального развития РФ Вероника Скворцова 11 марта 2009 года на круглом столе в Госдуме, посвященном реализации антикризисных мер Президента по поддержке студенчества. По данным В.Скворцовой, в 51 российском медицинском ВУЗе обучаются 150 тыс. студентов, из которых 45%, то есть 68 тыс. студентов, обучаются на платной основе. В.Скворцова напомнила, что в России существует национальный регистр медицинских работников, в который входит и каждый студент медицинского ВУЗа или медицинского колледжа.

В.Скворцова также отметила необходимость единообразия в ценовой политике медицинских ВУЗов. По ее словам, «между российскими медицинскими ВУЗами разных регионов существует огромный разрыв в плате за обучение». Так, в ВУЗах южного региона студенты платят за обучение в среднем 30 тыс. рублей в год, в то время как в Центральном округе эта сумма достигает 120 тыс. рублей. «Задача Минздравсоцразвития и Совета ректоров — сформировать единообразный подход к оплате обучения», — подчеркнула она.

Для преодоления кадрового дефицита в сфере здравоохранения, по мнению В.Скворцовой, важно «ускорить подготовку новых образовательных стандартов». Они позволят выпускникам медицинских ВУЗов работать по специальности сразу после получения диплома под руководством специалистов за счет усиления профильной подготовки в период обучения.

Источник: <http://www.ami-tass.ru/>



«СЛОЖНО ОСУЩЕСТВИТЬ РАСЧЕТЫ, КОГДА ПРАВИЛА РАСЧЕТА НЕ ОБЪЯВЛЕНЫ...»



Такое признание прозвучало в докладе директора Департамента развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Владимира Зеленского на организованном Высшей школой экономики обсуждении проекта Концепции развития здравоохранения, в котором приняли участие более 80 представителей медицинского сообщества, страховщиков, ученых-экономистов и защитников прав пациентов.

Доклад В.А. Зеленского был посвящен вопросам финансирования здравоохранения. В качестве исходной прозвучала констатация того факта, что в силу ограниченности ресурсов в отрасли сложилась ситуация, когда средства на оплату медицинской помощи поступают в лечебное учреждение из различных источников, что крайне затрудняет контроль эффективности их использования.

«Деньги, поступающие из системы ОМС, — лишь часть средств. Напрямую в ЛПУ поступают средства из бюджетов различных уровней, при такой ситуации посчитать, во сколько обходится та или иная медицинская услуга, очень сложно. Далеко не во всех регионах выполняются программы госгарантий с финансовыми и объемными нормативами, установленными на федеральном уровне. Нормативов на страхование неработающего населения сегодня нет, поэтому получается, что зачастую дефицитность или бездефицитность территориальных программ ОМС зависит не от объективных факторов, а от желания субъектов Федерации, поскольку сохраняется возможность, например, не вносить платежи на неработающее население, а платить заработную плату медицинским работникам напрямую от бюджета.

По финансовой обеспеченности территориальные программы могут различаться в регионах в десятки раз, но средний норматив по РФ признать достаточным нельзя».

В связи со сложившейся ситуацией, согласно пояснениям В. Зеленского, акцент в концепции сделан на конкретизацию существующей системы формирования госгарантий. «Предлагается законодательно закрепить их источники и объемы по условиям и видам медицинской помощи, установить критерии оценки реализации гарантий и, что главное, ответственность за их неисполнение».

В.А. Зеленский прокомментировал основные приоритеты экономической части концепции, среди которых: конкретизация государственных гарантий; одноканальная система финансирования; внедрение страховых механизмов, в первую очередь принципа «деньги следуют за пациентом»; мотивирование каждого из участников системы ОМС к наиболее качественной работе.





В концепции предлагается законодательно закрепить государственные гарантии бесплатной медицинской помощи по условиям, критериям эффективности и мере ответственности за их неисполнение, а не выпускать каждый год постановления Правительства примерно с одинаковым текстом. Эти гарантии должны быть объявлены раз и навсегда!

«Без конкретизации государственных гарантий невозможно разграничить платные и бесплатные услуги и определить, сколько государство готово платить за медицинскую помощь.

Сейчас существует схема, по которой программа государственных гарантий выходит ежегодно в формате постановлений Правительства. На ее основе субъекты РФ принимают территориальные программы, исходя из имеющихся ресурсов. После чего федеральный центр в лице Федерального фонда ОМС осуществляет выравнивание условий территориальных программ ОМС. В 2008 г. дефициты региональных программ ОМС впервые были закрыты полностью.

В концепции предлагается законодательно закрепить государственные гарантии бесплатной медицинской помощи по условиям, критериям эффективности и мере ответственности за их неисполнение, а не выпускать каждый год постановление Правительства примерно с одинаковым текстом. Эти гарантии должны быть объявлены раз и навсегда!

Принимаемая Правительством программа государственных гарантий станет более конкретной и будет содержать в себе базовые нормативы финансового обеспечения, объемные показатели для оценки сбалансированности и дефицитности системы госгарантий бесплатной медпомощи и базовые значения критериев ее качества и доступности. Программы предлагается принимать сроком на три года, а не как сейчас — на один. Это делается для того, чтобы объявленные обяза-

тельства совпадали с циклом бюджетного планирования (на три года).

В чем же состоят принципиальные отличия предлагаемого в концепции подхода от ныне существующего? Самое главное изменение — базовый норматив, обозначенный в федеральной программе госгарантий, за счет выравнивания гарантированно обеспечивается во всех субъектах РФ. Кроме того, конкретизация государственных гарантий заключается в создании стандартов медпомощи и дальнейшей разработке медико-экономических стандартов в субъектах РФ. Человек получает возможность узнать, какая помощь ему гарантируется бесплатно, а за что с него могут взять деньги. Это основа разграничения платных и бесплатных услуг.

Второе отличие — формирование бюджета ОМС. В концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г. и в основных направлениях деятельности Правительства РФ до 2012 г. предусмотрен переход от Единого социального налога (ЕСН) к системе страховых взносов. В дополнение к этому вводятся единые правила по формированию страховых платежей на неработающее население. В рамках перехода на страховые взносы предусмотрено увеличение ставки страхового взноса (с 3,1 до 5,1%). Все предложенные в концепции расчеты основаны именно на таком повышении ставки. Для расчета были взяты показатели 2007 г. В базовую программу, составившую в 2007 г. 328 млрд. руб., входят, как правило, только прямые расходы (зарплата, продукты питания, медикаменты, мягкий инвентарь, оплата некоторых видов услуг). При этом субъектами выделялось еще 400 млрд. прямым бюджетным финансированием. Из них почти 200 млрд. руб. были истрачены на те же пять статей, которые оплачиваются из средств ОМС. Эти деньги могли быть перенесены в систему ОМС в качестве платежей на неработающее население, но этого не произошло, так как бюджетное финансирование — важный управленческий механизм для регионов.



Какие правила игры для неработающего населения предложены в базовом сценарии концепции? Известны объем поступления от ЕСН и стоимость территориальной программы ОМС, при этом, исходя из численности населения и коэффициентов потребления помощи по возрастам, всегда можно определить, сколько из 328 млрд. потреблено работающим населением. Было высчитано, что, помимо тех 130 млрд. руб., которые работающие граждане платят за себя через ЕСН, еще 120 млрд. с лишним на оплату услуг, оказанных работающему населению, тратит бюджет. Получается, что работающий гражданин потребляет помощи в два раза больше, чем оплачивает через ЕСН. При переходе на страховую модель работающие должны платить в том объеме, в каком они потребляют медпомощь, то есть их вклад во взнос по ОМС должен составлять 4% от фонда оплаты труда (ФОТ), а не 2%, как это происходит сейчас. (Напомним, что из взноса на ОМС часть средств в размере 1,1% от ФОТ остается в Федеральном фонде ОМС и предназначается для выравнивания условий в регионах.) При этом пропорции поступления в федеральный и территориальные фонды будут меняться для лучшей управляемости системы.

Очень важно установить хоть какие-то правила расчета. В условиях, когда правила не объявлены, очень сложно осуществлять какие-либо расчеты.

Каким образом рассчитывались показатели для неработающих граждан? Поскольку они нуждаются в больших объемах помощи, были определены повышающие коэффициенты потребления. Логика расчета проста: субъект РФ платит за неработающее население столько же, сколько за работающее платит работодатель, но с учетом коэффициента удорожания помощи.

Очень важно установить хоть какие-то правила расчета. Если правила будут установлены, можно математически точно определять, нужны ли региональной программе ОМС дополнительные ресурсы или нет. В условиях, когда правила не объявлены, очень сложно осуществлять какие-либо расчеты.

При предлагаемой схеме работодатель выплачивает страховые взносы в федеральный и территориальные фонды ОМС, бюджеты субъектов осуществляют платежи на неработающее население и ФОМС осуществляет выравнивание обеспеченности тех регионов, которые не дотягивают до базового уровня. Денежные потоки, связанные с разного рода специальными программами, с борьбой с социально значимыми заболеваниями, остаются пока за скобками, поскольку включение дополнительных направлений в ОМС требует и дополнительных расчетов, и должной обеспеченности всей системы. В рамках проекта концепции было определено, что инвестиционные расходы, например, могут быть включены в систему ОМС только тогда, когда будет достигнут во всех регионах хотя бы базовый уровень оснащенности оборудованием ЛПУ. Предусматриваются мониторинг и помощь регионам в оснащении. Только после этого можно говорить о формировании полного тарифа, который включит не только базовые расходы, но и расходы на развитие.

Большая часть средств поступает в территориальные фонды ОМС, после чего направляется в страховые медицинские компании для оплаты медпомощи. В этой схеме есть два потока средств: вознаграждение самих страховых компаний и средства на оплату медицинской помощи. Стратегическим направлением является слияние этих потоков в один. Тогда у страховых компаний, помимо организационной ответственности за реализацию территориальных программ ОМС, появилась бы и финансовая. Страховые компании должны участвовать в планировании объемов помощи и защите прав застрахованных в большей степени, чем сейчас.



Одна из важных составляющих концепции — экономическое стимулирование каждого из участников процесса. Все субъекты системы здравоохранения должны быть мотивированы на выполнение своих обязанностей.

Принципиальным является условие полноты тарифов (они должны быть достаточными для оказания качественной помощи и достаточными для обеспечения тех стандартов, которыми будет конкретизироваться программа госгарантий). На стадии первичной помощи приоритет — переход на подушевое финансирование. При этом в рамках стимулирования определенных видов деятельности могут устанавливаться повышающие коэффициенты. В стационарном звене в первую очередь тарифы нацелены на исполнение стандартов помощи, при этом возможно установление диагностически связанных с заболеванием групп и разработка тарифов по этим группам. Для стимулирования и дестимулирования определенных направлений могут вводиться корректирующие коэффициенты и применяться разные формы и способы получения медицинскими учреждениями денег».

Комментируя основные положения доклада В.Зеленского, участники заседания сформулировали ряд критических замечаний.

Первый заместитель генерального директора страховой компании РОСНО Лариса Попович пыталась объяснить, что переход на лекарственное страхование всех граждан, состоящих в системе ОМС, невозможен «в условиях полного отсутствия у нас референтных цен на лекарства и государственного регулирования цен».

Глава этического комитета Российской медицинской ассоциации Андрей Акопян отметил, что описанный в концепции полный переход на страховую систему оказания медицинских услуг не подкреплен никакими финансовыми механизмами.

По его словам, пока российские лечебные заведения финансируются из десятков источников, а по сути, находятся на балансе казны, страховые компании выполняют роль только управляющих компаний.

Ректор ГУ-ВШЭ Ярослав Кузьминов считает, что для начала было бы неплохо составить экономическую модель для каждого уровня здравоохранения, чтобы определить, сколько платить врачу, чтобы он нормально работал, а таких расчетов в Минздравсоцразвития никто никогда не делал.

Гузель Улумбекова, представляющая Администрацию Самарской области, отметила, что «в концепции нет ни единого упоминания об экономической эффективности предложенных мер и механизмах контроля за расходованием бюджетных средств».

Александр Саверский, президент Лиги защиты прав пациентов, обратил внимание на обилие концептуальных противоречий, содержащихся в документе. «Сегодня Минздравсоцразвития пытается убедить всех, что стандарты лечения — это основная гарантия того, что каждый гражданин сможет получить бесплатную медицинскую помощь. Но при этом чиновники хотят разрешить главным врачам самостоятельно зарабатывать деньги. И понятно, что в такой ситуации любой руководитель ЛПУ найдет способ создать такую очередь, что мы с Вами будем просто рады лечиться за деньги, но без очереди».



СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТАНЕТ «САМОРЕГУЛИРУЕМОЙ»



Такова задача информатизации отрасли, сформулированная в разделах 2.7 и 4.2.8 «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» Обсуждению принципиальной выполнимости поставленной задачи было посвящено 33-е заседание Рабочей группы РАМН по вопросам создания и внедрения медицинских информационных технологий. Инициаторами и модераторами обсуждения выступили заведующий кафедрой медицинской информатики и управления при Президиуме РАМН Д.Д. Венедиктов и директор МИАЦ РАМН П.П. Кузнецов.

В работе заседания принял участие директор Департамента информатизации Минздравсоцразвития России Олег Владимирович Симakov, который прокомментировал замечания и предложения, прозвучавшие в выступлениях ведущих российских специалистов в области информатизации здравоохранения.

Заведующий кафедрой медицинской информатики и управления при Президиуме РАМН, д.м.н., профессор Венедиктов Дмитрий Дмитриевич в качестве вступления к дискуссии, отметил, что в проекте концепция вопросы информатизации выделены впервые, но у медико-информационного сообщества, весьма компетентного по своему составу, по разделам 2.7 и 4.2.8 есть существенные замечания.



«Мы понимаем, что Концепцию нужно принять как данность. Именно поэтому важно внести в нее своевременные коррективы. Нам хорошо известны все достижения в области информатизации национальных систем здравоохранения, которым уделено избыточно много внимания в тексте проекта, но возможности использования этого опыта в России в условиях, когда вопросы информатизации здравоохранения не включены даже в программу «Электронная Россия», весьма ограничены.

В Концепции ничего не сказано о единой методологической базе и этапности построения единого отраслевого информационного пространства, о решении вопросов стандартизации и интеграции с международными стандартами».

Видеозапись выступлений участников и презентации к ним будут опубликованы на сайте Медицинского информационно-аналитического центра РАМН (www.mcramn.ru).





Директор Медицинского информационно-аналитического центра РАМН, д.м.н. Кузнецов Петр Павлович подчеркнул, что работа над Концепцией была начата еще в период экономической стабильности. Стремительно развивающийся финансовый кризис предполагает внесение в долгосрочную концепцию развития отрасли конструктивных антикризисных предложений и мер.

Информатизация медико-социальной сферы Российской Федерации — важнейший раздел антикризисных мероприятий. Сообществу ИТ-специалистов после принятия «Концепции развития здравоохранения России до 2020 года» необходимо подготовить «Концепцию информатизации медико-социальной сферы Российской Федерации».

Рабочая группа РАМН готова интегрировать усилия более 80 ИТ-специалистов из клинических научных центров Москвы, Петербурга и крупнейших фирм-разработчиков. Персонифицированный учет медицинских услуг и индивидуальные электронные карты (паспорта) здоровья должны стать основой для учетной информации. Медицинские информационно-аналитические центры должны обрабатывать учетную информацию. Это также послужит основой для совмещения программ обязательного и добровольного медицинского страхования, софинансирования медицинских услуг из различных источников (государственных и негосударственных), позволит повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения, что чрезвычайно важно в комплексе мер антикризисных мероприятий.

Унаследованные медицинские информационные системы должны быть приведены в соответствие с принятыми «Концепцией информатизации...» и нормативными документами Минздравсоцразвития России, алгоритмами и требованиями.

П. Кузнецов отметил также, что сообществу организаторов здравоохранения и ИТ-специалистов хотелось бы познакомиться с «Паспортом здоровья», упомянутым Т.А. Голиковой в недавнем интервью «Время новостей». По словам Министра, такие паспорта уже введены в пилотных регионах, и Министерство планирует распространить эту меру на всю страну.

П. Кузнецов предложил для продуктивной работы ввести что-то вроде «Института общественного контроля работ в области информатизации здравоохранения», используя потенциал «Рабочей группы РАМН по информатизации здравоохранения» и журнал «Врач и информационные технологии».

Зингерман Борис Валентинович, заведующий отделом компьютеризации Гематологического научного центра РАМН, коснулся вопроса электронной



истории болезни, затронутого в выступлении Д.А. Медведева 12 февраля 2009 года на открытии первого заседания Совета по развитию информационного общества в России, в котором Президент РФ, в частности, отметил: *«В здравоохранении — мы тоже говорили уже неоднократно, и определенные попытки были сделаны — надо перейти к ведению истории болезни в электронном виде»*. По мнению Б.Зингермана, сложилось неразрешимое противоречие. С одной стороны, на всех уровнях декларируется необходимость внедрения электронной истории болезни, создание единого информационного пространства. С другой стороны, ни один нормативный документ не содержит положений о возможности использования электронных медицинских записей (документов). Невозможно внедрить полезную компьютерную медицинскую систему, не нарушив положений действующих инструкций.

«Если заглянуть в Консультант+ и задать поиск термина «ЭИБ», то найдутся 25 документов, среди которых Национальный стандарт «Электронная история болезни, общие положения», разработанный нашим авторским коллективом, два десятка статей журнала «ВиИТ», написанных мной и другими авторами. А больше ничего про ЭИБ не сказано.

В таких условиях ни один главный врач не готов отказаться от бумажной истории болезни. Электронные документы не обладают юридической значимостью, поэтому бумажный документооборот, регламентированный приказом Минздрава СССР от 1980 года, является первичным и основным. Электронные системы играют лишь подсобную роль, их преимущества не могут быть использованы в полной мере, а их внедрение зачастую приводит к увеличению трудозатрат медицинского персонала. Классическая история болезни имеет более чем столетний опыт развития и разработки правил ее ведения. Для электронной истории болезни необходимо **выработать дополнительные специфические требования**, связанные с обеспечением защищенности информации, ее целостности, доступности, юридической значимости и коллективной работы в системе здравоохранения.

Именно эти вопросы и решает разработанный нами стандарт ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни. Общие положения». Хотя в названии и фигурирует ЭИБ (как наиболее привычный термин), в стандарте выработаны общие правила для ведения любых электронных персональных медицинских записей, а также правила функционирования электронных медицинских архивов в организациях здравоохранения. Однако в соответствии с действующим законодательством стандарты применяются на добровольной основе и не могут заменить нормативные документы. На базе Национального стандарта необходимо разработать нормативные документы, разрешающие, регламентирующие и стимулирующие ведение медицинских записей в электронном виде. Создание такой нормативной базы значительно ускорило бы информатизацию здравоохранения. На мой взгляд, традиционные «тормозящие факторы»: отсутствие компьютерной техники, сетей и каналов связи, недостаточная компьютерная грамотность медицинского персонала, уже в большой мере преодолены. Основным тормозом явля-





ется именно нормативная база. Создание такой нормативной базы — неперенное условие перехода к ведению истории болезни в электронном виде, к которому нас призывает Президент. Именно этого мы все сейчас ждем от Минздравсоцразвития. Все мы готовы участвовать в этой работе. Хотелось бы, чтобы этот вопрос нашел более широкое отражение в рассматриваемой Концепции».



Шифрин Михаил Абрамович, руководитель медико-математической лаборатории НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н.Бурденко, сославшись на личный опыт общения с Минздравсоцразвития России по системе мониторинга высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП), заметил, что «у Министерства свои задачи, а у главврача ЛПУ — свои. Специфические задачи есть и на других уровнях системы здравоохранения. И согласование этих задач — залог успеха информатизации.

Чего ждал бы от Минздравсоцразвития лично я как специалист по ИТ учреждения, которое хорошо информатизировано? Это прежде всего некоторые инфраструктурные решения построения единого информационного пространства (ЕИП). Сейчас очень сильно развит архитектурный подход к проекти-

рованию информационных систем. Сначала исследуем архитектуру отрасли (труднейшая задача — в основном развиты методы на уровне предприятия или группы предприятий), в соответствии с ней выстраиваем архитектуру ИС с ее разнообразными инфраструктурами: безопасности, передачи данных, распространения нормативно-справочной документации, внедрения и сопровождения информационных систем и т.д.

Касаясь системы мониторинга ВТМП, хотел спросить, почему после того, как была запущена эта система, мы стали тратить на сопровождение талонов на ВТМП существенно больше сил, чем раньше? Создается впечатление, что система не учла процессы в реальных медицинских центрах оказания ВТМП. Талоны выдавать стало очень легко, организовывать лечение пациентов по-прежнему непросто.

Отсюда еще одно пожелание к Департаменту информатизации — создавая системы национального масштаба, учитывайте задачи, которые решают конкретные медицинские учреждения.

Непонятно, зачем в документе, называемом «Концепция...», уделять так много места перечислению программ других стран. Этому материалу место в пояснительных записках к «Концепции...», но в гораздо более развернутом виде, с анализом имеющихся достижений и допущенных ошибок.

В представленном документе миссия информатизации не обозначена вовсе, цели и задачи перепутаны и представлены в виде неструктурированного списка. Вряд ли такое построение «Концепции» может создать видение места информационно-коммуникационных технологий в системе здравоохранения России и указать конкретные направления деятельности?

Хочется отметить, что в условиях ограниченных ресурсов (а они ограничены всегда и особенно в условиях кризиса) очень важно иметь общее видение ситуации. Только при его наличии можно выбирать текущие задачи



не только из соображений экономии, но и таким образом, чтобы они встраивались в общую систему, и их не пришлось бы решать заново в будущем.

В «Концепции» ничего не сказано о правовой стороне информатизации, которая вовсе не сводится к вопросам безопасной передачи данных и их анонимизации. Информатизация может сыграть ключевую роль в обеспечении прав всех участников процессов здравоохранения — и пациентов, и медицинских работников.

Подход Департамента информатизации Минздравсоцразвития к информатизации здравоохранения я могу расценить только как технократический, что выражается в двух его чертах. Во-первых, ставятся те задачи, для которых достаточно ясно их техническое воплощение, а не те задачи, которые актуальны для системы здравоохранения. Во-вторых, игнорируются (или в лучшем случае отодвигаются на задний план) самые сложные организационные и психологические задачи, сопровождающие процесс информатизации здравоохранения».

Столбов Андрей Павлович, д.т.н., заместитель директора Медицинского информационно-аналитического центра РАМН, обратил внимание на то, что в проекте концепции не нашли должного отражения многие очень важные, принципиальные для развития отрасли вопросы. Например, ничего не сказано о мерах по развитию фармацевтической и медицинской промышленности, развитию службы крови, донорства и трансплантологии. Не отражены направления развития санэпидслужбы, системы социально-гигиенического мониторинга и ведения федерального информационного фонда СГМ. Ничего не говорится о развитии и реорганизации системы медицинской статистики как важнейшего инструмента управления отраслью.

Что касается роли ИТ и перечисленных в проекте концепции направлений их использования, то, по мнению А.П. Столбова, они



сформулированы настолько в общем виде и декларативно, что очень трудно сказать что-либо содержательное «за» или «против», кроме того, что их перечень недостаточно полон и слабо связан со многими другими разделами концепции. В проекте концепции нет должного анализа «стартовых» позиций, совершенно не отражен положительный опыт информатизации здравоохранения, который сейчас накоплен во многих регионах. Ничего не говорится о том, что сегодня уже сделано, делается и успешно работает, — то, что надо поддерживать, развивать, наращивать и совершенствовать, а не создавать заново, с чистого листа. Он также отметил, что очень часто «наверху» как бы не хотят видеть проблему унаследованных систем, которые сейчас созданы и эксплуатируются в регионах: в МИАЦах, территориальных фондах ОМС, лечебно-профилактических учреждениях. Одним из главных принципов при создании ЕИС здравоохранения должен быть принцип защиты инвестиций, то есть максимально возможного использования существующих ИКТ-инфраструктур и информационных систем, их модернизации и постепенной замены.





По мнению А.П. Столбова, в концепции следует сослаться на поручение Президента о создании государственной автоматизированной системы персонифицированного учета медицинской помощи и на пилотный проект по ее созданию, который был выполнен в 2008 году в рамках ФЦП «Электронная Россия» с участием Самарской, Саратовской и Челябинской областей. Он также отметил, что совсем выпали из внимания вопросы информационного взаимодействия учреждений здравоохранения с органами Пенсионного фонда и Фонда социального страхования, ничего не говорится о создании единой системы юридически значимого, защищенного электронного документооборота в отрасли, которую следовало бы строить на основе инфраструктуры, созданной и используемой сегодня указанными фондами и фондами ОМС.

По данным американских исследователей, трудозатраты на ведение электронной истории болезни по сравнению с традиционной возрастают не менее чем на 20%. При этом в США более 60% данных вводятся не врачами, а специально подготовленным медицинским персоналом.

Как отметил А.П. Столбов, в проекте концепции ничего не сказано об организационных аспектах и принципах информатизации отрасли, причем в любой концепции главное — это именно принципы. В этом смысле концепция пока еще какая-то «беспринципная». В своем выступлении он также отметил, что как-то неуважительно к предшественникам выглядит и то, что в проекте концепции совсем не упоминаются концептуальные и программные документы по информатизации здравоохранения, которые были разработаны в период 1992–2003 годов и еще раньше в СССР.

В заключение А.П. Столбов обратил внимание на то, что, по данным американских

исследователей, трудозатраты на ведение электронной истории болезни по сравнению с традиционной возрастают не менее чем на 20%. При этом в США более 60% данных вводятся не врачами, а специальным медицинским персоналом, который проходит двухгодичную подготовку по кодированию медицинской информации и ведению электронных документов. При этом он отметил, что в США соотношение между количеством врачей и среднего медперсонала составляет около 1 : 6, в то время как у нас в проекте концепции поставлена задача довести эту пропорцию до 1 : 3 (сейчас у нас — 1 : 1,9. Всемирная организация здравоохранения рекомендует 1 : 4,3). По его мнению, эта проблема является одним из существенных сдерживающих факторов при переходе к ведению электронной медицинской карты, особенно в первичном звене, который никак нельзя игнорировать и следует учитывать при планировании, оценке необходимых ресурсов и сроков.



Кобринский Борис Аркадьевич, д.м.н., профессор, руководитель Медицинского центра новых информационных технологий ФГУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии», «в разделе 2.7. «Информатизация здравоохранения» проекта Концепции собственно концеп-



туальности не увидел. Из Концепции не видно, что мы собираемся комплексно подойти к информатизации отрасли. Если говорить о тексте, то первая грубая ошибка связана с утверждением, что реализация программ информатизации ведется с 1992 года. А что не было более ранних концепций и программ, утвержденных Министерством здравоохранения? Почему все опять выброшено? Почему опять начинаем с нуля?

В отношении решения основных задач нужно отметить следующее. Ничего не говорится об идентификации населения. Если у нас не будет индивидуальных идентификационных номеров, куда будут заноситься данные в момент рождения, первичные данные будем получать задним числом. Крайне важная задача идентификации с момента рождения всего населения России нуждается в законодательном и организационно-техническом обеспечении».

По поводу пункта *создание условий для реализации саморегулируемой системы организации медицинской помощи с использованием постоянного мониторинга и анализа показателей качества медицинской помощи* Кобринский заметил: «Саморегулируемая система — что это такое? Отчего она станет саморегулируемой. Саморегулируемой может быть система на основе моделирования и ситуационного управления и это следовало бы отметить в данном пункте.

На первом этапе реализации (2009–2015 гг.) нужно начинать с создания Концепций информатизации системы охраны здоровья населения и единого информационного медицинского пространства.

Разработка и согласование организационно-технических требований к компонентам Системы, предусматривающих возможность использования унифицированных социальных карт гражданина в Российской Федерации, указаны на этапе второй очереди создания Системы, но тогда возникает вопрос о том, каким образом при отсутствии идентификаторов личности на первом этапе

будут функционировать и апробироваться типовые программные комплексы.

Несомненно, следует указать на первом этапе о введении юридически значимого документооборота и системы информационной безопасности персональных медицинских данных.

Также давно назрела потребность в развитии телемедицинской сети, обеспечивающей проведение видеоконференций для дистанционного консультирования и повышения квалификации (о чем шла речь и на круглом столе в Госдуме 19.02.09), и это нужно включить в первый этап.

Создание системы централизованного ведения и актуализации научно-справочной информации, включая справочники, классификаторы, медико-экономические стандарты, требует перенесения с 2016–2020 гг. на 2009–2015 гг. А если классификаторы отнесены к 2016 году, то как эти системы будут создаваться в 2009 году: как будет проходить разработка регистров по направлениям здравоохранения? Потом опять все будем менять? »



Зарубина Татьяна Васильевна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской кибернетики и информатики Российского ГМУ, зада-





лась вопросом, что делать, чтобы часть Концепции, посвященная информатизации здравоохранения, стала удовлетворяющей чаяниям специалистов. И дала следующий ответ: «Использовать методологию системного анализа для исследования информатизации здравоохранения и социального развития России, причем по всем уровням отрасли: от клинического (медико-технологические информационные медицинские системы, АРМы, информационно-технологические системы, в том числе ЭИБ) через учрежденные до территориальных и федеральных. Не только констатировать состояние дел, но и описать задачи, которые необходимо решить для оптимизации работы на каждом уровне, затронуть вопросы соподчиненности информационных медицинских систем, их горизонтальной и вертикальной интеграции, без решения которых невозможен переход к Единому информационному пространству медицинских данных. Среди уже созданных и внедряемых систем достаточно много удовлетворяющих поставленным задачам. Нельзя выбрасывать накопленный потенциал. Приоритетными задачами остаются: разработка нормативно-правовой базы, в том числе стандартов и классификаторов; вопросы информационной безопасности; проблема идентификации пациента. Если реализовать такой подход, то описанная в Концепции в настоящее время задача станет одной из задач, обеспечивающих построение Единого информационного пространства системы здравоохранения.

На мой взгляд, наше обсуждение показало, что наше сообщество способно за короткий срок создать документ, концептуально определяющий развитие информатизации здравоохранения в ближайшее десятилетие».

Рахманова Зоя Борисовна, к.т.н., руководитель Медицинского информационно-аналитического центра Московского областного научно-исследовательского клинического

института им. М.Ф.Владимирского (Московская область), отметила, что в проекте «не сказано ни слова о мерах по поддержке, поднятию и расширению статуса МИАЦ, на базе которых планируется организовать региональные центры обработки данных. На плечи МИАЦ ляжет основная нагрузка по ведению огромного массива данных как в самом МИАЦ, так и по организации процесса представления данных из муниципальных и государственных учреждений здравоохранения. Системные администраторы «стоят» дорого, и на бюджетную зарплату на такие объемы работ и на такую ответственность по поддержке персональных данных, тем более в здравоохранении, специалистов не найдешь. Не освещен вопрос, на кого ляжет и за чей счет будут осуществляться поддержка и сопровождение системы в регионах.



Комментируя замечания и предложения, содержащиеся в выступлениях экспертов, **директор Департамента информатизации Минздравсоцразвития России Олег Владимирович Симаков** отметил, что все прозвучавшее, конечно, должно быть отражено, но не в обсуждаемом проекте



Концепции, в котором на освещение вопросов информатизации было выделено не более 3–4 страниц, а в первой главе системного проекта, который станет прообразом проекта Концепции информатизации здравоохранения России. Тем не менее, текст разделов 2.7 и 4.2.8 с учетом высказанных замечаний будет откорректирован.

«Как всем Вам известно, мы рассчитываем начать проект по созданию Системы персонализированного учета и при его обосновании целую главу выделить под большую часть затронутых сегодня вопросов. Сам же проект, его основные тезисы будем широко обсуждать — я обещаю. Но, повторюсь, это — не вопросы «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.».

О.В.Симаков подчеркнул, что решить проблему конституционно гарантированного предоставления медицинской помощи в условиях ограниченных средств и добиться рационального использования этих средств можно только через систему персонализированного учета.



Решить проблему конституционно гарантированного предоставления медицинской помощи в условиях ограниченных средств и добиться рационального использования этих средств можно только через систему персонализированного учета.

Касаясь вопроса необходимости типового программного обеспечения, директор Департамента отметил избыточность информационных систем (МИС) в России, исчисляемых 800 разработками. «Целесообразно разработать одну, универсальную. Эту универсальную МИС мы будем апробировать и дорабатывать. Если еще 4–5 систем будут удовлетворять требованиям, они будут помещены в Фонд алгоритмов и программ Мин-

здравсоцразвития России. Универсальных систем должно быть несколько, но они должны удовлетворять определенным требованиям».

Комментируя высказывание А.П. Столбова об увеличении на 20% нагрузок на врачей по ведению электронного документооборота, О.В. Симаков заметил: «Я был недавно в Институте хирургии им. А.В. Вишневского, где внедряют систему «МедIALOG». Спрашивал тех, кто эксплуатирует систему, какова трудоемкость, что не нравится. Мне отвечали, что в первый месяц было тяжело, сейчас процесс пошел быстрее, врачи уже сами кое-что написали. В Военном госпитале Красногорска тоже никакой проблемы с занесением информации нет. Почему мы все время ищем оператора, а что кто-то за нас что-то вносит в систему? Информация должна вводиться сразу же по мере ее возникновения. А врач на потоке нужно помочь, подготовив шаблонные заготовки».

Отвечая на вопрос об архитектуре Системы, О. Симаков пояснил, что принцип заключается в том, что в ЛПУ ставится МИС с защищенным каналом связи. Это ЛПУ соединяется с региональным информационным центром, как правило, это региональный МИАЦ. В нем собираются данные по законченному случаю лечения, по пролеченному больному, то есть в центр отправляется не талон, а электронная медицинская карта («не отправил данные — нет оплаты»). В ЛПУ будут отдельно храниться медицинские данные и личные данные. Через специальный механизм они могут быть объединены, то есть МИАЦ будут хранить информацию не в режиме секретности, предписанном для персонализированных данных.

«Сейчас мы собираем анкеты, чтобы понять, какие субъекты наиболее готовы к реализации проекта. В ближайшее время в МИС будут внедрены медико-экономические стандарты по основным нозологиям, Минздравсоцразвития России обещает подготовить их к сентябрю 2009 года.





Параллельно мы проводим работу с ФОМС, с которым есть полное понимание тактики и стратегии. При этом ФОМС будет выполнять роль только финансового института».

По прогнозам руководителя Департамента информатизации, через 4,5 года от момента запуска последнего регионального центра можно будет получать прямую стратегическую информацию для управления отраслью.

Кроме того, в планах Минздравсоцразвития России подключение всех 225 федераль-

ных медицинских учреждений, включая медицинские ВУЗы и 335 колледжей, к Интернету, создание 50 порталов решений по основным нозологиям для организации обмена информацией в профессиональной среде.

В заключение О.В.Симаков предложил сделать встречи с экспертами постоянными. «Все рациональное, что будет предложено, обязательно используем. Но не обещаю, что удовлетворим всех».

Анализ высказанных при обсуждении проекта Концепции мнений обнаружил, что парламентариев «не убеждают цифры, пока нет методики их формирования...», а Министерству здравоохранения и социального развития РФ «сложно осуществить расчеты, когда правила расчета не объявлены...». Надеяться, похоже, остается только на то, что информатизация создаст условия для реализации саморегулируемой системы организации медицинской помощи.

Наталья КУРАКОВА



ШКОЛА ГЛАВНОГО ВРАЧА

Программу реализует Компания **Development-Group** - российский провайдер ИННОВАЦИОННЫХ программ для руководителей по управленческим навыкам совместно с Институтом практической психологии Государственного Университета – Высшая Школа экономики.

Development Group
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ

ИННОВАЦИОННАЯ программа повышения квалификации для руководителей медицинских учреждений «Школа Главного врача»

«Школа главного врача» это:

- Развитие управленческих навыков и компетенций
- Повышение эффективности управления учреждением
- Удобные условия обучения
- Наиболее эффективные форматы обучения
- Предметный фокус в обучении
- Обмен опытом
- Возможность развития деловых и партнерских отношений

Учебная программа состоит из важнейших аспектов управления современным ЛПУ: Организационное развитие, управление изменениями, создание команды единомышленников, управление результативностью, кадровый менеджмент, управление маркетингом.

Документ при окончании курса – «Свидетельство о повышении квалификации» государственного образца ГУ – Высшая Школа экономики.

Срок обучения – 8 месяцев
Форма обучения – очно-заочная

Узнайте больше о Программе по телефону: +7 (909) 986 12 77 или на сайте www.d-group.ru





ОБЗОР СОБЫТИЙ ФЕВРАЛЯ–МАРТА 2009

12 февраля 2009

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИКТ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦЗАЩИТЫ

На заседании Совета при Президенте по развитию информационного общества Глава государства указал на недопустимо низкий уровень развития информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в России. Одобрен ряд предложений по реализации Стратегии развития информационного общества в России. В частности, будут созданы восемь рабочих групп, одна из которых по использованию ИКТ в сфере здравоохранения и соцзащиты. Эту группу предлагается возглавить Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации Голиковой Татьяне Алексеевне.

«В здравоохранении — мы тоже говорили уже неоднократно, и определенные попытки были сделаны — надо перейти к ведению истории болезни в электронном виде, унифицировать социальные карты и другие формы учета», — подчеркнул Д. Медведев.

Источник: РИА Новости

16 февраля 2009

ОБСУЖДЕНЫ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

По инициативе Формулярного комитета РАМН в Москве прошла пресс-конференция, посвященная проблемам лекарственного обеспечения населения России в условиях экономической нестабильности.

Формулярный комитет РАМН, объединяющий около 50 ведущих медицинских экспертов страны, выступил с критикой в адрес Минздравсоцразвития по поводу закупки неэффективных препаратов.

Председатель Комитета, академик РАН и РАМН Андрей Воробьев заявил, что Министерство по своему усмотрению вносит в список жизненно важных и необходимых лекарств (в соответствии с ним ведутся госзакупки лекарств в регионах) препараты, эффективность которых не доказана. «В условиях кризиса такие препараты должны быть выведены из списка путем прозрачной и гласной процедуры», — заявил он. Среди «пустышек» ученый назвал парацетамол, церебрализин, ноотропил. При этом А. Воробьев затруднился оценить долю таких препаратов в нынешнем списке (ранее эксперты обозначали их количество в пределах 6–20%).

Директор российского отделения Кокрановского сотрудничества (международная организация, изучающая «медицинские вмешательства» любого рода), профессор Василий Власов считает необходимым сделать лекарственное обеспечение больных в поликлиниках бесплатным — в рамках ограниченного перечня (несколько десятков наименований) самых необходимых препаратов. По его мнению, ресурсы на это можно изыскать за счет оптимизации расходов — например, сократив избыточные стационары. «Даже в Киргизии, где ресурсов существенно меньше, чем в России, смогли это сделать», — подчеркнул он.

Эксперты выразили общее мнение, что система лекарственного обеспечения в стране нуждается в кардинальном реформировании, поскольку сегодня при выделении государственных средств для отдельных групп населения нарушается принцип справедливости. «Средняя стоимость «ординарной несложной терапии» сегодня выливается пациенту в 6–7 тысяч рублей, что рядовому пенсионеру недоступно», — отметил президент Общества фармакоэкономических исследований, профессор Павел Воробьев. — Цена на лекарства должна быть «референтная», то есть устанавливаемая по договоренности с государством и одинаковая для пациентов во всех регионах».





Медики также упрекнули Росздравнадзор в затягивании процедуры регистрации новых жизненно важных препаратов, отсутствии сравнительных клинических исследований аналогов, предлагаемых больным вместо более дорогих оригиналов.

Заместитель руководителя Росздравнадзора Елена Тельнова сообщила, что сейчас готовится ряд поправок, которые будут внесены в обсуждающуюся в Правительстве и Госдуме концепцию лекарственного обеспечения до 2020 года. Тем не менее, Е. Тельнова отказалась назвать конкретные изменения в документе, отметив лишь, что «для тех, кто получает лекарства от государства, изменений в худшую сторону не произойдет».

Источник: *Gzt.ru*

26 февраля 2009

В ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЕ РФ ОБСУЖДЕНЫ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

15% российских семей не могут иметь детей — такие данные статистики привела зампред Комитета Госдумы по охране здоровья Эльмира Глубоковская. Исходные условия по репродуктивному здоровью россиян сегодня весьма плачевны: количество абсолютно здоровых граждан репродуктивного возраста за последние 10 лет сократилось с 28,6 до 6,3%. Если в возрасте до 1 года урологические проблемы имеют 10–15% детей, то среди подростков количество патологий репродуктивной системы увеличивается на порядок: отклонения наблюдаются у 80% девочек и 40% мальчиков.

По количеству аборт Россия уже сравнялась с развивающимися странами. В текущем году проблема обещает перерасти в национальную: такого числа женщин, решившихся на прерывание беременности, врачи не припомнят со времен дефолта 1998 года. По различным прогнозам, в следующем году в России родится на 100–200 тыс. детей меньше, чем в нынешнем. Эксперты Центра экологии и демографии человека прогнозируют, что уровень рождаемости начнет падать уже через семь–восемь лет, а компенсировать это снижение удастся не раньше, чем через 7–10 лет. Еще два года назад, когда действовала госпрограмма по планированию семьи и была создана инфраструктура центров планирования семьи, система профилактики абортов давала свои результаты. Сегодня программы нет, а центров планирования почти не осталось: те из них, что еще существуют, решением Минздравсоцразвития расформировываются, тогда как тысячи частных медцентров по всей стране продолжают зарабатывать, в частности, на абортах. По неофициальным данным Российской ассоциации репродукции человека, только в Москве действуют более 800 таких клиник.

Председатель Комиссии Общественной Палаты по здравоохранению, педиатр Леонид Рошаль отметил недостаточность государственного финансирования в сфере профилактики репродуктивного здоровья населения. Он также отметил серьезное несовершенство действующего законодательства в данной области.

Источник: *www.gzt.ru*

2 марта 2009

В РОСЗДРАВНАДЗОРЕ ОБСУЖДЕНЫ ВОПРОСЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

В Росздравнадзоре состоялось расширенное заседание Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, на котором были приведены данные проверок 102 ЛПУ в 13 субъектах Федерации, в соответствии с которыми в 2008 году 60% медицинских услуг, оказанных стационарами российских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ),



получили нарекания пациентов и в итоге были признаны некачественными. В Росздравнадзоре полагают, что права больных нуждаются в ином уровне защиты, который могла бы обеспечить специальная служба уполномоченных по правам пациентов.

Недостатки в работе медиков подтверждают и экспертизы страховщиков. По данным директора Департамента качества медицинского страхования «РОСНО-МС» Светланы Светличной, 52% спорных случаев — завышение объемов медназначений, еще 28% — приписки.

В России нет организации, которая бы профессионально защищала права пациентов и вела консультационную и просветительскую работу. Общественный совет при Росздравнадзоре пришел к выводу, что этот пробел могла бы заполнить новая независимая служба «медицинских омбудсменов», региональные отделения которой стали бы оказывать на местах поддержку непосредственно пациентам и врачам, разъясняя их права и обязанности, разрешая конфликты и организуя экспертизы качества медицинской помощи.

Источник: www.gzt.ru

4 марта 2009

«ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ» КАК АНТИКРИЗИСНАЯ МЕРА ОПТИМИЗАЦИИ РАСХОДОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

«Минздравсоцразвития России в связи с кризисом не сворачивает ни одной из программ по здравоохранению, но планирует оптимизировать расходы, в том числе за счет введения так называемого «Паспорта здоровья», — сообщила Глава Министерства Татьяна Голикова.

К мерам по оптимизации относится и введение «Паспорта здоровья». Он уже введен в пилотных регионах, Минздравсоцразвития планирует распространить эту меру на всю страну.

«Это крайне полезный документ, где должны фиксироваться все обследования, которые проходит человек, а также делаться отметки о прививках и аллергических реакциях. В отличие от медицинской карты, этот документ принадлежит не лечебному учреждению, а пациенту и хранится у него дома», — рассказала Министр.

«Паспорт здоровья», по ее словам, даст возможность раннего выявления заболеваний, например, злокачественных образований. Тогда их лечение обойдется сравнительно недорого, и шансов на излечение будет больше.

Источник: РИА Новости. http://www.rian.ru/crisis_news/20090304/163797049.html

20 марта 2009

НА РАСШИРЕННОМ ЗАСЕДАНИИ КОЛЛЕГИИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОБСУЖДЕНЫ ИТОГИ РАБОТЫ МИНИСТЕРСТВА В 2008 ГОДУ И ЗАДАЧИ НА 2009 ГОД

В 2008 году были приняты принципиальные решения по развитию пенсионной системы, упрощены процедуры получения бессрочной инвалидности и технических средств реабилитации для инвалидов, осуществлен переход на новые системы оплаты труда для работников федеральных бюджетных учреждений. В регионах начаты программы по развитию Службы крови и массового донорства, по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и пострадавшим при ДТП, подготовлена и обсуждена с экспертными и медицинскими сообществами Концепция развития здравоохранения до 2020 года (*подробнее — в майском номере журнала*).

Источник: <http://www.minzdravsoc.ru/>



ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВЫБОР ФОРМ И ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ. ЧАСТЬ 2



В мартовском номере «МЗ» была опубликована первая часть обзора выступлений участников круглого стола «Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения. Законодательные аспекты», проведенного Комитетом по охране здоровья Государственной Думы. Актуальность этой темы была вновь отмечена на парламентских слушаниях, посвященных обсуждению проекта «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.», а само направление (развитие частно-государственного партнерства) названо в числе антикризисных мер по развитию отрасли.

Габуева Лариса Аркадьевна, начальник Управления модернизации системы обязательного медицинского страхования Федерального Фонда обязательного страхования

Первая мысль, по поводу которой Федеральный фонд сейчас формирует свое отношение к государственно-частному партнерству, — это обоснованный тариф. Система ОМС знает о том, что тариф из пяти статей не возмещают фактически расходы лечебных учреждений. Вторая мысль связана с тем, что под эгидой финансирования из средств федерального бюджета по линии ФОМС осуществлялся пилотный проект по одноканальному финансированию, где были в том числе апробированы в 19 регионах элементы государственно-частного партнерства, о которых у нас тоже есть обобщение информации, и об этом Федеральный фонд составил свое мнение, с которым имею честь с Вами поделиться.

И третье, что хотелось бы сказать, что сам закон об обязательном медицинском страховании — это и есть, по сути дела, прообраз государственно-частного партнерства. Поэтому подумать, видимо, надо скорее о практике реализации каких-то правоприменительных документов.

Мы имеем уже в течение 15 лет возможности участия в системе ОМС организаций любой организационно-правовой формы, опыт такой у нас есть, причем опыт положительный.

Системе ОМС планируется в ближайшее время доверить финансирование отрасли одним каналом. С чего начали пилотные территории, работая по моделям одноканального финансирования, наполнять тариф? К счастью, с приобретения оборудования, а не с решения головной боли главных врачей: с коммунальных платежей, со строительства, с покраски фасадов. У Федерального фонда вышла методическая рекомендация по наполнению полного тарифа при перехо-



де к одноканальному финансированию, где мы озвучили правильное направление, связанное с этим, но в то же время высказали мысль о закупках, хотя бы на первом этапе, в рамках табеля медицинского оснащения и, может быть, о привлечении к процессу закупок закона «О лизинге».

Мы сегодня Федеральный закон от 29 октября 1998 г. № 164-ФЗ. «О лизинге» используем в отрасли только для предпринимательских целей, то есть все, что берет медицина в лизинг, используется для платных услуг. И соответственно нет широкого развития этого закона о финансовой аренде медицинского оборудования для некоммерческих организаций, в том числе и идущих по пути одноканального финансирования. И система ОМС, наверное, будет включать в тариф ОМС приобретение оборудования, если это используют все схемы экономической эффективности, в том числе лизинг.

Поэтому наше предложение — подумать, может быть, о типовом договоре лизинга для некоммерческих организаций. Это раз.

И второе, может быть, подумать о развитии мысли Федерального закона от 21.07.2006 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» по отбору лизинговых компаний, лизингодателей для участия как раз в обновлении материально-технической базы.

Следующий аспект, который тоже будет связан с развитием одноканального финансирования, с обязательствами системы ОМС перед отраслью, — это содержание медицинских учреждений. Сегодня эта функция соответствующих бюджетов, в чьей компетенции находится учреждение. С поднятием муниципального бюджета в территориальный фонд встанет вопрос, а что будет гарантировать территориальный фонд муниципалитету, чтобы муниципалитет захотел отдать свои лечебные учреждения в финансирование через систему ОМС.

Понятно, что муниципалитет захочет гарантий по обеспечению расходов, связан-

ных с содержанием этих учреждений. В этой связи, безусловно, мы также высказали в методических рекомендациях мысль о том, что система, наверное, поэтапно будет готова взять на себя содержание муниципального учреждения. Но менеджмент лечебных учреждений должен задуматься об экономической эффективности такого рода расходов.

А надо ли нам сегодня во всех учреждениях иметь транспортные хозяйства, прачечные, целый штат уборщиков служебных помещений? Замахнусь на святое, а нужна ли в каждом учреждении бухгалтерия? А может быть, настало время уже ее централизации? Такой опыт есть у наших партнеров в социальной сфере, когда бухгалтерии централизуются. Сейчас идет новая спираль развития этой системы, то есть приходят квалифицированные люди, которые в состоянии вести бухучет, тем более, что мы говорим о перспективах перехода на казначейскую систему исполнения бюджета, в том числе и территориальных фондов.

А надо ли нам сегодня во всех учреждениях иметь транспортные хозяйства, прачечные, целый штат уборщиков служебных помещений? Замахнусь на святое, а нужна ли в каждом учреждении бухгалтерия? У нас есть опыт и аутсорсинга в медицине, и применения лизинговых схем, и концессионных соглашений.

И последняя мысль. У нас есть опыт и аутсорсинга в медицине, и применения лизинговых схем, и концессионных соглашений. Федеральный фонд заказывал научно-исследовательскую работу как раз в преддверии перехода на одноканальное финансирование. Мы хотели посмотреть опыт территорий, которые нашли эффективные схемы экономии на ресурсах с тем, чтобы эти ресурсы, действительно, эффективно использовались при переходе на одноканальную модель. Мы готовы распространять авторефераты этой большой темы.





Плехов Сергей Валентинович, заместитель генерального директора «Газпроммедстраха»

Сегодня 183 частных клиники из 30 тысяч интегрированы в систему работы с госзаказом — это 0,6% от существующего объема. То есть можно говорить, что системы частно-государственного партнерства у нас нет, хотя оборот частной системы здравоохранения 8 миллиардов долларов. То есть у нас, практически не пересекаясь, функционируют параллельно две системы здравоохранения: одна государственная, вторая частная.

Сегодня не была, к сожалению, затронута одна из ключевых тем. Работодатель сейчас платит в Фонд обязательного медицинского страхования 3,1%. В то же время социально ответственные работодатели вынуждены в связи с тем, что муниципальная государственная система здравоохранения работает недостаточно эффективно, сформировать свою еще систему здравоохранения, которая фактически на 60% дублирует те медицинские услуги, которые в государственной программе должны предоставляться бесплатно. И при этом работодатель, уже уплатив налоги на реализацию этой программы, дополнительно должен оплачивать все эти услуги своим работникам из собственных средств.

Что делать с финансированием ведомственной системы здравоохранения? Самый простой путь — интегрировать ее в государственную систему, войти в госзаказ, либо отказаться от нее.

Обращаю внимание, что с 2010 года эффективную ставку налога на обязательное медицинское страхование планируется поднять до 5,1%, то есть значительно повышаются расходы на здравоохранение в рамках налога. Что делать с финансированием ведомственной системы здравоохранения?

Самый простой путь — интегрировать ее в государственную систему, войти в госзаказ, либо отказаться от нее.

Мы говорим о том, что сейчас частно-государственное партнерство в здравоохранении в зачаточном состоянии, потому что неполный тариф в ОМС: Но многие частные клиники хотят войти в ОМС даже под этот половинчатый тариф. Н.Б. Найговзина сказала, что в программе записано, что все имеют право допуска в систему ОМС и госзаказа. Но механизм включения отсутствует, то есть все отдано на откуп местным властям.

Гришин Владимир Вадимович, советник председателя Счетной палаты Российской Федерации

Мы не сможем в ближайшее время обеспечить полный тариф по одной простой причине. Действительно, есть предложение перейти на полный тариф с 2010 года, но уже прозвучало сомнение о реальности срока введения увеличения взносов на обязательное медицинское страхование, о переводе ЕСН во взносы.

У нас частно-государственное партнерство началось в 1987 году с развитием медицинских кооперативов. Делали ремонт, покупали оборудование, устанавливали там свое оборудование или на том же государственном благополучно оказывали платные медицинские услуги. Это продолжается в течение 20 лет. Мы имеем сегодня не платный сектор, а просто платные медицинские услуги, которые оказываются на базе государственных медицинских учреждений и не более того.

Если мы сегодня прекратим оказание платных услуг, а первое мое предложение — вывести платные услуги и вывести из государственных учреждений здравоохранения, как это делается во всем мире, тогда мы должны медицинскую помощь уменьшить на 50%.

У нас государственно-частное партнерство можно разделить на два вида. Первый — покупка канцтоваров, мягкий инвентарь, стирка — но это не партнерство, а договор



купли-продажи. Мы же должны говорить о партнерстве. Но цены-то у нас никто не контролирует. То есть получается что я как государство плачу по этим тарифам, они завышены. Из Бюджетного кодекса убрана статья о так называемом нецелевом расходовании средств. Образовался правовой вакуум. То есть, выполняя договоры купли-продажи, и в условиях кризиса сегодня будет много «государственно-частного партнерства», где я деньги отправлю, а услуги могу не получить.

→ Главное антикризисное мероприятие — любой ценой оплатить медицинскую помощь.

Уже сегодня два миллиона безработных плюс члены их семей — еще четыре миллиона. Сократилось добровольное медицинское страхование — завтра эти люди придут в медицинские учреждения за бесплатной медицинской помощью.

Поэтому главное антикризисное мероприятие — любой ценой оплатить медицинскую помощь.

Рошаль Леонид Михайлович, председатель Комиссии по здравоохранению Общественной палаты Российской Федерации

В Конституции записано: у нас есть государственные учреждения, муниципальные учреждения и частные. А что такое «негосударственное медицинское учреждение»? Это и не частное, это не муниципальное и не государственное. Новая форма. Я думаю, что это частное. То, что Вы называете негосударственным, это частное, и надо точно сказать.

Вот я обращаюсь к представителям частной медицины: Вы хотите или Вас хотят? Альтруистов нет. У Комиссии по здравоохранению голова болит о частном? Честно говорю — нет. У нас болит голова, каким образом сделать нормальным государственное здравоохра-

нение, чтобы в любой точке страны человек получил бы достаточную медицинскую помощь.

Вот я обращаюсь к представителям частной медицины: Вы хотите или Вас хотят?

Я понимаю, что такое частно-государственное партнерство в фармацевтической промышленности. Вложили, сделали, заработали, часть — государству, часть промышленности.

Мы обсуждали на Общественной палате и выступаем за простой лозунг: «Деньги должны идти за больным». Он захотел пойти в частную клинику — это его право. У нас все застрахованы по ОМС, и частная клиника может получить деньги за этого больного, но по тарифу государственному.

Я — за продолжение обсуждения этого вопроса. Надо разобраться, где это можно и где это нужно для государства. Не для Вас, а для государства!

Герасименко Николай Федорович, первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья

Концепция реформы здравоохранения направлена на увеличение продолжительности жизни до 75 лет, снижение смертности, по разным подсчетам, в 1,6–1,5 раза. Отсюда возникает вопрос: «Какую цель выбирать: показатели здоровья нации улучшать или извлечение прибыли?» Это принципиальный вопрос. Один из классиков говорил, что «прежде, чем объединиться в государственно-частном партнерстве, надо сначала хорошо размежеваться».

У нас какая проблема? До сих пор у нас нет основополагающего акта — это права граждан в виде закона «О государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи».

Когда будет закон о государственных гарантиях, мы определим, что бесплатно. То есть второе — это финансовое обеспечение.





Отсюда вытекает следующее: что входит в систему бесплатного оказания медицинской помощи — это государственное. Там нельзя оказывать платные медицинские услуги. А то, что не входит, а это огромное количество лечебных учреждений, нужно, как в Германии, продавать за рубль. Тогда это будет, действительно, помощь государству, это будет конкуренция между государственными учреждениями и частными некоммерческими организациями.

«Прежде, чем объединиться в государственно-частном партнерстве, надо сначала хорошо размежеваться».

И тогда никто не мешает частным организациям работать в системе ОМС. Конкурс выиграли — и, пожалуйста, работайте. Нам нужно думать и о нормативно-правовой базе. И Минздравсоцразвития надо определиться в Концепции, какое здравоохранение хотим построить. Отсюда будут и законодательная база, нормативная база и финансовая база.

Незамаева Ольга Борисовна, советник губернатора Новосибирской области, депутат Законодательного Собрания

Управление здравоохранением на наш взгляд — это не руководство комплексом государственных муниципальных зданий и сооружений и кадров, которые там работают, а использование всех ресурсов, находящихся на территории области, для предоставления населению возможности получения максимально качественной медицинской помощи. И поэтому независимо, к какой форме собственности относится лечебное учреждение — государственной, федеральной или частной, или муниципальной, государственная власть должна иметь возможность регулировать, пусть не де-юре, а стратегически, направ-

ленность оказания этой медицинской помощи лечебными учреждениями и организациями всех форм. То есть должна быть сформулирована некая политика на территории области, муниципального образования, которая позволяла бы поставить во главу угла оказание медицинской помощи пациенту.



Независимо от того, к какой форме собственности относится лечебное учреждение — государственной, федеральной или частной, или муниципальной, государственная власть должна иметь возможность регулировать направленность оказания медицинской помощи.

У территорий, естественно, возникают проблемы, которые касаются как раз стратегии, и которая, на наш взгляд, должна быть выработана в первую очередь на уровне государства, на уровне Государственной Думы.

У нас на территории уже создан реестр зданий и сооружений, которые ранее были медицинскими учреждениями и которые оказались не востребованы, были закрыты в свое время, используются не по назначению, модернизированы. И теперь возникает мысль отдать их каким-то образом в управление частным лечебным учреждениям с целью оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

У нас разрабатывается программа (но термина государственно-частного партнерства де-юре нет) в части оказания амбулаторно-поликлинической помощи, общих врачебных практик на территории города и области. И мы бы хотели создать равные условия для муниципальных, государственных и частных лечебных учреждений с тем, чтобы на основании единого государственного тарифа в системе ОМС все эти лечебные учреждения работали. И мы бы увидели, каким образом может, например, работать



частное предприятие, которое заявляет высокий уровень менеджмента, даже при тех существующих неполных тарифах.

Если это на самом деле произойдет, мы сможем распространить этот опыт управления менеджмента на государственные лечебные учреждения, потому что мы должны задумываться в первую очередь не об интересах частного или государственного лечебного учреждения, а об интересах пациента, который в это лечебное учреждение приходит.

Ушакова Наталья Вадимовна, вице-президент по социальной политике Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России»

Специально для доктора Л. Рошаля напомним слова В.В. Путина: «Вкладывая бюджетные средства в экономику, государство должно лишь подставить плечо независимым, государственным или частным предприятиям там, где риски для частных инвесторов пока еще слишком высоки».

ОПОРА совместно с крупным, малым и средним бизнесом имеет на сегодня несколько пилотных проектов, которые легко могут стать базой для оценки, подготовки законодательных актов для частно-государственного партнерства.

Нельзя не отметить политические риски. В зарубежных странах договоры о государственно-частном партнерстве имеют, как правило, долгие сроки, до 15–30 лет. Гарантировать то, что ничего не случится за эти 15–30 лет, достаточно сложно. Поэтому здесь и возникают политические риски, которые могут привести к тому, что более сильный партнер сделает это партнерство неинтересным для более слабого.

Сегодня недостаточно проработан и механизм компенсации затрат частного

инвестора в случае выхода государства из партнерства. И если говорить честно, то также не проработаны и механизмы защиты от риска государства, если вдруг частный партнер лопнет, как пузырь, а это то, что мы сегодня видим в мировой экономике.

Черепов Виктор Михайлович, директор Департамента РСПП по взаимодействию с отраслевыми объединениями

Разработка общего закона о государственно-частном партнерстве нужна. В мае 2008 года после доклада и рассмотрения на комиссии РСПП по здравоохранению и медицинской промышленности мы направили в Минздравсоцразвития подробные предложения. Но ни в Концепции долгосрочного развития России, ни в дальнейших документах эти предложения не были учтены.

Именно кризис должен нас заставить работать как антикризисных управляющих, а не как теоретиков

А в регионах сама жизнь заставляет развивать государственно-частное партнерство не как вытеснение государственного здравоохранения или способ зарабатывания денег, а как создание конкурентной среды и обеспечение доступности высококачественной медицинской помощи.

Наши предложения, касающиеся в первую очередь законодательной базы и налогообложения, были рассмотрены на Комиссии Правительства по малому и среднему предпринимательству.

Именно кризис должен нас заставить, наконец-то, что-то делать, работать как антикризисных управляющих, а не теоретиков.

Наталья Куракова



Ф.Н. Кадыров,

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

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Одной из важнейших антикризисных мер является повышение эффективности использования медикаментов, перевязочных средств и других расходных материалов. В целях простоты данные расходы будем именовать термином «медикаменты» и только в необходимых случаях выделять отдельные составляющие.

Актуальность проблемы рационального использования медикаментов, кроме причин, связанных с ухудшением финансирования в кризисный период, определяется еще следующими факторами:

- медикаменты являются важнейшим материальным ресурсом, используемым при оказании медицинской помощи;

- переход к рыночным отношениям, открытие возможностей для проникновения на отечественный рынок продукции иностранных фармацевтических фирм и быстрый технологический прогресс привели к резкому расширению доступных лекарственных препаратов и расходных материалов, обеспечили их огромный выбор;

- фармацевтический рынок характеризуется большим различием цен на лекарственные препараты, обладающие аналогичными свойствами (содержание модного и того же действующего вещества и т.д.);

- финансовые ресурсы бюджетных медицинских учреждений ограничены;

- наличие нескольких источников финансирования (бюджет, обязательное медицинское страхование, платные услуги) требует отдельного учета используемых ресурсов, в том числе и медикаментов.

Можно выделить три ключевые экономические проблемы, связанные с использованием медикаментов:

1. Оценка уровня затрат;
2. Анализ расхода медикаментов;
3. Регулирование затрат.

1. ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗАТРАТ НА МЕДИКАМЕНТЫ

Рассмотрим сначала проблему оценки затрат на медикаменты. Еще относительно недавно (когда существовало только бюджетное финансирование) определение уровня расходов на медикаменты не представляло собой большой сложности. Ныне же практически каждое медицинское учреждение сталкивается с проблемой оценки реальных затрат на медикаменты и расходные материалы, используемые для лечения пациентов,



госпитализируемых по различным каналам. При этом первостепенное значение имеет источник средств, за счет которых осуществляется финансирование лечения конкретных пациентов (бюджет, обязательное медицинское страхование, предпринимательская деятельность). Необходима экономическая оценка соотношения средств, выделяемых на медикаментозное обеспечение при различных источниках финансирования и фактически складывающихся затрат на эти цели. Очевидно, что не только средства, выделяемые на медикаменты, но и реальные затраты по рассматриваемым источникам финансирования существенно различаются. Это связано с целым рядом факторов:

- с различным уровнем финансового обеспечения различных направлений деятельности;
- с наличием во многих учреждениях дифференцированных лекарственных формуляров для пациентов, госпитализируемых по различным источникам финансирования;
- с различием программ добровольного медицинского страхования для различных контингентов застрахованных, что отражается и на объемах гарантируемого медикаментозного обеспечения;
- с распространенной практикой самостоятельного приобретения пациентами части медикаментов при финансировании лечения за счет бюджета или средств ОМС при практически полном отсутствии подобной практики при оказании помощи на коммерческой основе и т.д.

Возможны различные методы оценки уровня медикаментозного обеспечения пациентов при различных источниках финансирования, обладающие как своими достоинствами, так и недостатками:

- выборка по листам назначений в историях болезни. Это достаточно простой способ, претендующий на высокую точность. Однако на практике добиться высокого уровня достоверности этого метода довольно сложно. Во-первых, врачи далеко не всегда тщательно ведут записи в истории болезни

(назначают несколько аналогов, имеющих различную цену, на выбор; не фиксируют точные дозы, даты отмены назначений и т.д.). Во-вторых, реальная выдача медикаментов может не соответствовать записи в истории болезни;

- отдельная закупка медикаментов за счет различных источников финансирования, отдельное хранение и выдача их больным. В этом случае путем деления суммы затрат на медикаменты, произведенных за счет конкретных источников финансирования, на количество проведенных пациентами койко-дней и т.д. в рамках соответствующего источника финансирования можно получить усредненное значение затрат медикаментов на 1 койко-день и т.д. по каждому источнику финансирования. Этот метод соответствует требованию отдельного бухгалтерского учета затрат по различным источникам финансирования, однако является достаточно трудоемким и не всегда реализуемым на практике (к сожалению, не всегда для приобретения одного и того же препарата оплата осуществляется по различным счетам из различных источников финансирования). Поэтому бухгалтерская отчетность может не отражать реального использования медикаментов — совсем не редкость, когда медикаменты, приобретенные за счет средств бюджета или ОМС, используются для лечения коммерческих пациентов, и наоборот;

- распределение затрат в соответствии с определенной группировкой или классификацией. Например, в соответствии со стандартами (протоколами) лечения, нозологическими группами, клинко-статистическими группами и т.д., предполагающими расчет медикаментов соответственно на каждый стандарт, нозологическую, клинко-статистическую или иную группу. Это также потенциально довольно точный, но весьма сложный метод (особенно это касается этапа подготовки). Кроме того, реальный расход медикаментов может существенно отличаться от расчетного;

- индивидуальный учет медикаментов, затрачиваемых на лечение каждого конкретно-





го пациента. Это наиболее точный, хотя одновременно и наиболее трудоемкий метод.

Индивидуальный учет медикаментов в расчете на каждого пациента является широко распространенным в развитых странах методом. Однако он еще редко применяется в России. Связано это не только с высокой трудоемкостью, но и с тем, что подобная система до недавнего времени была практически не востребована. Реальная потребность в этом методе возникла лишь в связи с развитием коммерческой деятельности и необходимостью более точной оценки затрат и ценообразования. Одновременно появляются и финансовые возможности для индивидуального учета медикаментов — затраты на организацию подобного учета попросту перекладываются на самого потребителя медицинских услуг.

Кроме традиционного учета прямого расхода медикаментов на 1 койко-день, 1 амбулаторное посещение, 1 исследование, 1 процедуру и т.д., актуальной является проблема определения уровня затрат на 1 койко-день и на 1 посещение с учетом затрат на медикаменты в лечебно-диагностических службах. Если говорить о стационаре, то в зависимости от структуры конкретного учреждения необходимо разнесение по основным клиническим отделениям затрат медикаментов, произведенных в следующих подразделениях:

- приемное отделение;
- центральная стерилизационная;
- операционный блок;
- реанимационное отделение;
- анестезиологическое отделение;
- отделение переливания крови;
- лечебно-диагностические подразделения;
- прочие расходы, относимые на статью «медикаменты», оплачиваемые централизованно (медицинские газы и т.д.).

Принципы разнесения стоимости медикаментов, затраченных в указанных подразделениях, между основными клиническими отделениями стационара могут быть различными:

— пропорционально количеству госпитализированных пациентов (затраты приемного отделения);

— пропорционально количеству проведенных койко-дней (затраты центральной стерилизационной);

— пропорционально количеству проведенных койко-дней в реанимационном отделении (для затрат реанимационного отделения);

— пропорционально количеству выполненных операций или анестезиологических пособий с учетом или без учета категории сложности (затраты соответственно операционного блока и анестезиологического отделения);

— пропорционально стоимости потребленных ресурсов (объемов потребленной крови и ее компонентов, полученных из отделения переливания крови);

— пропорционально нормативным значениям расхода (медицинские газы на 1 сеанс баротерапии и др.);

— пропорционально объему работ (исследований, процедур, условных единиц и т.д.), выполненных лечебно-диагностическими подразделениями для конкретных отделений стационара;

— пропорционально стоимости основных (прямых) затрат медикаментов по подразделениям (прочие расходы, относимые на статью медикаменты и оплачиваемые централизованно).

2. АНАЛИЗ РАСХОДА МЕДИКАМЕНТОВ

С проблемой оценки уровня затрат тесно связана проблема анализа использования медикаментов. Но если оценка уровня затрат имеет в первую очередь учетную функцию, то анализ ставит задачу вскрыть причины того или иного явления. Поскольку описание разнообразия методов анализа расхода медикаментов не является задачей данной статьи, проиллюстрируем возможные подходы к экономическому анализу использования медикаментов лишь на нескольких примерах.

Рассмотрим влияние изменения различных показателей на уровень затрат на медикаменты при помощи факторного анализа. Возьмем в качестве примера анализ затрат



Таблица 1

Анализ затрат на медикаменты

Объем работы (количество процедур)	Цена 1 мг медикаментов	Расход меди- каментов на 1 процедуру (мг)	Затраты на медикаменты (руб.)	Изменение затрат на медикаменты	
				Абсолютное	в %
Плановые показатели					
1000	10	4	40000		
Фактические показатели					
900	12	5	54000		
Пофакторный анализ					
Плановые показатели					
1000	10	4	40000	--	--
Изменение затрат за счет уменьшения объема работы					
900	10	4	36000	-4000	-10
Изменение затрат за счет повышения цены медикаментов					
900	12	4	43200	+7200	+20
Изменение затрат за счет роста расхода медикаментов на 1 процедуру					
900	12	5	54000	+10800	+25
ИТОГОВЫЙ РЕЗУЛЬТАТ				+14000	+35

Таблица 2

Анализ изменения удельного веса медикаментов в общей структуре расходов учреждения

Годы	Удельный вес медикаментов в общей сумме расходов (в %)	Изменение удельного веса (+ увеличение, – уменьшение)
2006 г.	20,0	0
2007 г.	19,8	-0,2
2008 г.	15,0	-4,8

на медикаменты при выполнении определенного объема процедур. Пусть по сравнению с плановыми изменились все показатели: объем работ, цена медикаментов и расход медикаментов (в мг) на 1 процедуру (таблица 1). Найдем влияние каждого из факторов на изменение общей суммы затрат на медикаменты по сравнению с плановой. Последовательно заменяя значения плановых показателей на фактические, мы находим изменение общих затрат на медикаменты, вызванное каждым из факторов. Так, за счет уменьшения объема работ затраты на медикаменты снизились на 4000 рублей, или на 10%.

Повышение же цен на медикаменты и изменение расходов медикаментов на 1 процедуру привели к повышению затрат на медикаменты, соответственно, на 7200 и 10 800 рублей. В результате совокупного действия всех факторов затраты на медикаменты увеличились на 14 000 рублей, или 35%.

Необходимо отметить, что, с точки зрения анализа структуры и динамики расходов медикаментов, все большее значение приобретают не только абсолютные, но и относительные показатели.

Причем, если говорить о динамике расходов, то большой интерес представляет как





динамика по месяцам данного года, так и в сравнении с аналогичными месяцами предыдущего года. Кроме того, большую информацию может дать сравнение динамики изменения расхода медикаментов с общим уровнем затрат учреждения или подразделения, а также с динамикой доходов. Полученные результаты могут быть основанием для оценки успешности проведения мер по оптимизации расходов на медикаменты и расходные материалы и т.д.

В приведенной таблице 2, удельный вес расходов на медикаменты в общей структуре затрат уменьшается. Это является результатом двух основных факторов:

- реализации политики рационализации использования медикаментов;
- улучшения финансового состояния учреждения и связанного с этим роста по таким статьям, как приобретение оборудования, ремонт и т.д.

В рамках данной публикации мы не будем подробно рассматривать вопросы анализа использования медикаментов — это отдельная и довольно большая тема.

3. РЕГУЛИРОВАНИЕ ЗАТРАТ НА МЕДИКАМЕНТЫ

Совершенно ясно, что целью любого анализа является попытка повлиять на происходящие процессы. Что касается затрат на медикаменты, то это выражается в попытках регулирования расходов.

Все многообразие специфических особенностей конкретных систем здравоохранения различных стран и мировая практика укладываются в две основные модели регулирования затрат на медикаменты:

1. Использование медикаментов, исходя из опыта и знаний лечащих врачей об их видах и необходимом количестве, с выставлением счетов за медикаменты (отдельно или в общей сумме лечения) пациенту или страховой организации — эта схема характерна для частного здравоохранения и добровольного медицинского страхования;

2. Регулирование видов и объемов медикаментов, исходя из имеющегося финансирования, — эта схема характерна для общественного здравоохранения, включая и обязательное медицинское страхование.

К сожалению, в связи со скудным финансированием проблема рационального использования медикаментов чаще всего рассматривается односторонне, в основном лишь как методы уменьшения расхода медикаментов. Между тем в целом ряде случаев применение более эффективных, хотя и несколько более дорогих медикаментов, может оказаться экономически более оправданным (например, за счет сокращения длительности пребывания пациентов в стационаре и т.д.).

В целом же можно выделить несколько основных направлений регулирования уровня затрат на медикаменты:

— минимизация (через стоимостное выражение или количество и состав медикаментов), что характерно для оказания медицинской помощи в условиях недостатка бюджетного финансирования или средств обязательного медицинского страхования, а также при любых источниках финансирования в кризисных ситуациях;

— оптимизация затрат в условиях отсутствия жестких финансовых ограничений, но при наличии проблемы сдерживания цен в целях обеспечения конкурентоспособности услуги (при оказании услуг в рамках предпринимательской деятельности);

— ориентация на окупаемость затрат без акцента на какие-либо ограничения (при оказании высокодоходных видов услуг, а также при превышении спроса над предложением). Сюда же можно отнести и ситуацию, когда дорогостоящие медикаменты выставляются в оплату отдельно, что автоматически решает проблему окупаемости затрат при использовании медикаментов, имеющих высокую стоимость.

Следует отметить, что проблемы с лекарственным обеспечением не следует сводить только к их дороговизне и недостаточному финансированию медицинских учреждений.



Традиционная российская практика медикаментозного обеспечения демонстрирует достаточно низкую эластичность изменения фактического объема потребляемых пациентами медикаментов в зависимости от изменения размера затрат медицинских учреждений на их приобретение. При сокращении объемов финансирования на приобретение медикаментов, характерном для кризисных периодов, количество потребляемых медикаментов уменьшается далеко не в той же степени. И, наоборот, при улучшении финансирования реальные объемы медикаментов, которые доходят до пациентов, увеличиваются в меньшей степени, чем количество приобретаемых учреждением медикаментов. Это связано со следующими основными факторами:

- невозможностью (или не использованием методов) точного учета реального количества потребленных каждым конкретным пациентом медикаментов;
- сложностью контроля за их использованием;
- практикой создания в отделениях неучтенных запасов медикаментов;
- хищениями медикаментов сотрудниками медицинских учреждений;
- сложившейся практикой приобретения медикаментов самими пациентами;
- большими нереализованными возможностями подбора оптимальных по фармакологическому действию и цене медикаментов.

В этих условиях сотрудники медицинских учреждений действуют как своего рода «буфер», сглаживая колебания в поставках медикаментов путем изменения уровня неучтенных запасов, размера выносимых из медицинских учреждений (хищений) лекарственных препаратов и т.д.

Все это свидетельствует о том, что, во-первых, имеются достаточно большие резервы улучшения снабжения пациентов медикаментами без изменения уровня финансирования, а во-вторых, о низкой эффективности традиционных методов управления медикаментозным обеспечением. Для

улучшения ситуации в этой сфере требуется следующее:

- взаимосвязь объема медикаментозного обеспечения пациентов с реальным размером средств, поступающих на их лечение из различных источников финансирования с введением официальной доплаты за дорогостоящие медикаменты, не обеспеченные финансированием. Это позволяет переложить ответственность за недостаток медикаментов с медицинского учреждения на финансирующие органы и в значительной мере предупредить случаи оплаты пациентами медицинскому персоналу «в карман» за медикаменты, взятые, как правило, из больничной же аптеки;
- создание в медицинских учреждениях служб клинической фармакологии, призванных решать задачи оптимальной лекарственной терапии;
- разработка лекарственных формуляров, соответствующих реальному финансированию, на приобретение медикаментов;
- разработка методов выдачи из внутрибольничной аптеки медикаментов по заявкам на конкретного пациента в целях более точного учета их расхода.

Необходимо отметить роль службы клинической фармакологии в оптимизации расходов на лекарственную терапию.

Процесс совершенствования лекарственного обеспечения включает в себя несколько этапов, и одним из них является создание лекарственного формуляра больницы. Принципы его написания основываются на положениях доказательной медицины, стандартах лечения, технических возможностях стационара. Несмотря на множество работ, методических рекомендаций и руководств по созданию формуляра неизбежно возникает дилемма совмещения потребностей и возможностей медицинского учреждения. В результате работы формулярной комиссии, как правило, создается документ, безупречный (в идеале) в клиническом отношении и зачастую не выдерживающий никакой критики с точки зрения финансовой.





Исходя из этого на основе анализа перечня лекарственных препаратов, применяемых в учреждении, может быть разработан так называемый «Базовый перечень лекарственных препаратов» для обеспечения рутинных потребностей клинических отделений, включающий в себя лекарственные средства всех фармакологических групп и позволяющий проводить курацию всех встречающихся в практике учреждения нозологических форм. В этом перечне необходимо учесть все нозологические формы, встречающиеся в повседневной практике. Стоимость этих препаратов входит в стоимость койко-дня. Перечень должен быть разработан на основании утвержденного перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

При составлении этого перечня основополагающими должны быть выбраны два основных принципа: доказанной эффективности и минимальной достаточности.

Лекарственный формуляр может иметь три раздела:

1. Препараты общего доступа — «Базовый перечень», который распространяется на все отделения стационара. Это означает, что врачи-специалисты всех без исключения отделений стационара могут при лечении пациента использовать препараты, указанные в этом перечне (например, антибиотики, обезболивающие препараты и т.д.).

2. Препараты узкого спектра действия, разбитые по отдельным профилям — неврологическому, кардиологическому и т.п. Те препараты, которые указаны в данном перечне, распространяются только на профильные отделения. Это значит, что пациент, проходящий лечение в хирургическом отделении, не сможет без согласования с клиническим фармакологом и начмедом получить препарат, используемый, например, при лечении неврологических заболеваний.

3. Препараты ограниченного доступа. В этот раздел целесообразно включать препараты не только дорогостоящие, но и вызывающие сомнения в своей эффективности. Этот раздел

содержит препараты, которые будут выданы пациенту после консультации фармаколога.

Введение лекарственного формуляра, а так же постоянный клинико-фармакологический контроль за назначением и применением лекарств, введение практики адресной доставки и строгого учета дорогостоящих медикаментов, позволяют в значительной степени оптимизировать затраты на медикаментозное обеспечение.

Методы внутриучрежденческого контроля за расходованием медикаментов сводятся либо к административным, либо к экономическим, либо к их сочетанию. Наиболее действенным методом воздействия является увольнение провинившихся работников. Однако действующее трудовое законодательство и сложности с кадровым обеспечением здравоохранения не позволяют широко использовать этот метод в отечественной практике. Это обуславливает особую значимость экономических методов стимулирования рационального использования медикаментов.

Целями подобных методов стимулирования в современных условиях российского здравоохранения являются:

- снизить стремление к созданию запасов, превышающих реальную потребность;
- повысить профессиональные знания персонала медицинских учреждений в вопросах фармакоэкономики;
- стимулировать работу по подбору медикаментов, адекватных не только заболеванию, но и состоянию здоровья пациентов;
- учитывать экономическую эффективность лекарственной терапии.

Основными методами стимулирования экономики медикаментов являются:

- использование хозрасчетных принципов во взаимоотношениях между администрацией медицинских учреждений и коллективами подразделений;
- введение систем оплаты труда, связывающих размер получаемой работниками зарплаты с рациональным использованием и стоимостью израсходованных медикаментов.



Таблица 3

Схема расчета фонда дополнительной оплаты труда (тыс. руб.)

Отделения	Доходы	Медикаменты	Доход за вычетом медикаментов	Норматив на оплату труда	Сумма дополнительной оплаты труда
Хирургическое	1300	300	1000	50%	500

В частности, в качестве основы хозрасчетных отношений целесообразно использовать финансовый план — размер планового дохода подразделения, обеспечивающего возмещение расходов на медикаменты.

Что касается конкретных методов оплаты труда сотрудников, то самым простым является вариант, когда на оплату труда направляется часть стоимости сэкономленных медикаментов и расходных материалов.

Во многих случаях фонд оплаты труда может быть увязан с доходами (в системе обязательного или добровольного страхования, а также при оказании платных услуг) за вычетом стоимости использованных медикаментов и расходных материалов, что обеспечивает более рациональное их применение. Форма расчета фонда оплаты труда приведена в таблице 3.

Нахождение норматива на оплату труда с учетом израсходованных медикаментов (N) производится по следующей формуле:

$$N = \frac{\text{ФЗП}}{D - M} \times 100$$

где: **ФЗП** — фонд заработной платы, рассчитанный по тарификации;

D — величина дохода;

M — расход медикаментов.

Тогда фонд оплаты труда (**ФОТ**) находится по формуле:

$$\text{ФОТ} = N \times (D - M)$$

Одной из важнейших тенденций, отражающих изменение структуры затрат на медикаменты, является рост затрат в лечебно-диагностических подразделениях. Это во многом связано с ростом материалоемкости диагностических исследований, использова-

нием импортного оборудования, медикаментов и расходных материалов.

Одной из важнейших мер, направленных на решение задачи экономии расходных материалов, является сокращение необоснованных назначений со стороны врачей стационара и амбулаторно-поликлинического звена на выполнение лечебно-диагностических мероприятий (повторные, неостребованные, дублирующие, неинформативные и т.д.). Для решения этой проблемы может быть разработано специальное положение, например, «Положение о порядке оплаты труда в случаях выявления необоснованных направлений на лечебно-диагностические исследования и процедуры», призванное предупреждать подобные необоснованные назначения. Положение может предусматривать как санкции (уменьшение фонда материального поощрения на величину стоимости необоснованных назначений) для наказания виновных, так и поощрение подразделений, выявивших необоснованные назначения. Пример такого положения был опубликован в 4 номере журнала «Менеджер здравоохранения» за 2004 год.

Тем не менее, большие резервы имеются и у самих лечебно-диагностических служб. Особенно затратным подразделением, с точки зрения объемов использования расходных материалов, является лабораторная служба. На долю клинико-диагностической лаборатории (КДЛ) в последнее время падает значительная доля общих затрат по учреждению. Реализовать эти резервы можно путем перевода КДЛ на хозрасчет.

На первый взгляд представляется, что КДЛ — не очень удобное подразделение для при-





Таблица 4

Расчет размера дополнительной оплаты труда в зависимости от показателя чистой продукции

№ строки	Показатели	Соответствие строк	Значение (руб.)
1.	Доходы	–	22 000
2.	Расходы	–	20 000
3.	Прибыль	стр. 1 – стр. 2	2000
4.	Зарплата с начислениями	–	8000
5.	Материальные затраты	–	12000
6.	Чистая продукция (ЧП)	стр. 3 + стр. 4 или стр. 1 – стр. 5	10 000
7.	Нормативный процент зарплаты в ЧП	–	90%
8.	Зарплата по нормативу	стр. 6 x стр. 7	9000
9.	Дополнительная оплата	стр. 8 – стр. 4	1000

менения систем оплаты труда, стимулирующих экономию: хищения реактивов по сравнению с медикаментами — гораздо менее распространенное явление и поэтому кажется, что материальное стимулирование экономики ресурсов не даст особого эффекта. Однако в действительности имеется достаточно большое количество направлений рационализации использования реактивов и других расходных материалов:

- более тщательный подбор поставщиков и отслеживание соответствующего сегмента рынка;
- подготовка оптимальных партий проб;
- разведение реагентов в количествах, минимизирующих отходы, из-за истечения срока хранения вскрытых реагентов и т.д.

К этому следует добавить, что в большинстве случаев прямые контакты сотрудников КДЛ с пациентами отсутствуют. Поэтому в сочетании со спецификой службы это ведет к отсутствию попыток заставлять пациентов самостоятельно покупать медикаменты (их в аптеке не купить) или просто не выдавать необходимые пациентам медикаменты, как это может иметь место в стационаре. Тем самым предупреждаются попытки улучшения лабораторией своего финансового положения за счет снижения качества услуг или перекладывания части затрат на самих пациентов.

Экономические механизмы регулирования уровня затрат медикаментов и расходных материалов обычно показывают свою высокую эффективность.

Возможен также вариант построения системы стимулирования экономики медикаментов и расходных материалов в зависимости от величины показателя созданной чистой продукции и привязки к этому показателю всего фонда оплаты труда. Суть этой системы заключается в том, что дополнительная оплата труда персонала (например, зубопротезного кабинета) устанавливается в зависимости от объема выполненных работ (сумма работы по нарядам) и уровня материальных затрат. Для этого используется показатель чистой продукции, определяемый как разница между суммой полученных доходов за выполненные работы по утвержденному прейскуранту цен и материальными затратами, определяемыми по книге фактических расходов. Другой метод нахождения чистой продукции — это суммирование заработной платы с начислениями и прибыли.

Таким образом, фонд оплаты труда персонала определяется по нормативу от суммы полученной чистой продукции.

Норматив формирования фонда оплаты труда устанавливается на основании фактических данных предыдущего периода и кор-



ректируется при изменении структуры затрат, повышении уровня заработной платы или изменении стоимости зуботехнических работ.

Фонд материального поощрения (дополнительной оплаты труда) определяется как разница между фондом оплаты труда, рассчитанным по нормативу и фактически выплаченной зарплатой за конкретный период.

Расчет дополнительной оплаты труда работников приведен в *таблице 4*.

Итак, чистая продукция находится как разность между общей суммой доходов и материальными затратами. Норматив формирования фонда оплаты труда в нашем примере установлен на уровне 0,9. Этот коэффициент рассчитан на основе данных за предыдущий год как отношение фактического фонда заработной платы к стоимости чистой продукции. Это означает, что из каждого рубля чистой продукции на оплату труда работникам зубопротезного кабинета идет 90 копеек. Остальная часть составляет прибыль учреждения.

В нашем примере на основную оплату труда (сумма начисленной заработной платы) фактически была направлена меньшая доля чистой продукции, по сравнению с предусмотренной нормативом. Следовательно, работники зубопротезного кабинета могут претендовать на дополнительную оплату. Ее размер рассчитывается как разница между суммой зарплаты, предусмотренной по нормативу и фактически выплаченной основной зарплатой работников. В свою очередь, сумма оплаты, предусмотренная по нормативу, получается путем умножения чистой продукции на значение норматива (в нашем случае — 0,9).

Необходимо сделать важное замечание. Методы стимулирования экономии медикаментов требуют крайне осторожного использования. В противном случае они могут привести к тому, что экономия будет достигаться за счет снижения качества лечения или перекладывания затрат на медикаментозное обеспечение на самих пациентов. Системы оплаты труда, стимулирующие экономию медикаментов и расходных материалов целесообразны в следующих условиях:

- сложность или невозможность административного контроля за использованием расходных материалов;

- отсутствие (или минимизация) прямых контактов медицинского персонала, в отношении которых применяется подобная система оплаты труда, с пациентами (во избежание ситуаций, когда персонал вынуждает пациентов в той или иной форме оплачивать медикаменты);

- невозможность или сложность приобретения медикаментов и расходных материалов в отрывной аптечной сети и т.д.

Этим требованиям в наибольшей степени соответствуют такие службы, как лабораторная диагностика, зубопротезные кабинеты и ряд других служб. Именно для таких служб подобные системы и являются наиболее оправданными и эффективными.

В заключение отметим, что в данной статье рассмотрены лишь некоторые аспекты проблемы. Но и изложенный материал позволяет сделать вывод о том, что в любом медицинском учреждении существуют большие резервы оптимизации использования медикаментов. Найти и использовать их — задача хоть и трудная, но вполне реалистичная.



Д.В. Пивень,

заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей

О ПРОБЛЕМЕ РЕАЛИЗАЦИИ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОБ ОГРАНИЧЕНИЯХ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОГРАММЕ ГОСГАРАНТИЙ

Как известно, вся деятельность отечественного здравоохранения по оказанию бесплатной медицинской помощи планируется и осуществляется в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. На основании этой Программы регионы разрабатывают свои территориальные программы, которые далее трансформируются в государственные или муниципальные заказы-задания для конкретных медицинских учреждений.

При этом и в территориальных программах госгарантий, и в государственных (муниципальных) заказах-заданиях не только обозначено, какая медицинская помощь оказывается учреждениями здравоохранения бесплатно, но и четко определены ее объемы. Получается, что виды и объемы бесплатной медицинской помощи обозначены совершенно конкретным границами: есть и перечень видов, есть и объемные и финансовые показатели. В свою очередь указанные ограничения видов и объемов бесплатной медицинской помощи появились в федеральной Программе госгарантий не случайно, а на основании части 4 статьи 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, которая гласит, что «гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

Таким образом получается, что ограничение доступности в получении гражданами России бесплатной медицинской помощи вполне законно, так как оно предусмотрено Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ежегодно разрабатываемой в соответствии с федеральным законом — Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. И если установленные программой плановые лимиты на оказание бесплатных объемов и видов медицинской помощи исчерпаны, значит, они исчерпаны, и оказание бесплатной медицинской помощи даже при наличии показаний уже невозможно.

© Д.В. Пивень, 2009 г.



Безусловно, не может не возникать вопрос о том, а как все это стыкуется с положениями действующей Конституции, которая, как известно, не содержит каких-либо ограничений на бесплатную медицинскую помощь для граждан РФ. Согласитесь, ясность в этой проблеме крайне необходима и врачам, и пациентам.

Чтобы разобраться в этом непростом вопросе, автор данного материала обратился за соответствующими разъяснениями в весьма авторитетную организацию – Конституционный Суд Российской Федерации. Наиболее значимые фрагменты соответствующего обращения и приведены ниже.

ОБРАЩЕНИЕ В КОНСТИТУЦИОННЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ПРОВЕРКЕ КОНСТИТУЦИОННОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН»

I. Заявитель

1. Пивень Дмитрий Валентинович.
2. Гражданство — российское.

II. Наименование и адрес государственного органа, издавшего закон, конституционность которого обжалуется:

Верховный Совет Российской Федерации — Москва, 103274, Краснопресненская наб., д. 2, стр. 2.

III. Точное название, номер, дата принятия обжалуемого закона:

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с учетом изменений и дополнений).

IV. Конкретный перечень обжалуемых норм федерального закона Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан:

1. Часть 4 статьи 20, которая гласит: «Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой

государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

2. Часть 1 статьи 20.1., которая гласит, что «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь».

V. Позиция заявителя по поставленному им вопросу и ее правовое обоснование со ссылкой на соответствующие нормы Конституции Российской Федерации (описание и аргументация предполагаемого нарушения положений Конституции Российской Федерации)

Считаю, что отдельные нормы Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, регулирующие право гражданина РФ на получение бесплатной медицинской помощи, а именно, ч. 4 ст. 20 и ч. 1 ст. 20.1., противоречат Конституции РФ.

Так, в части 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации записано: «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». При этом Конституция не содержит каких-либо ограничений на виды и объемы бесплатной медицинской помощи для граждан РФ, предоставляемой в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения.

В то же время часть 4 статьи 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 гласит, что «гарантиро-





ванный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Кроме того, в части 1 статьи 20.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан отмечено, что «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь».

На основании указанных норм закона Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи совершенно конкретно определяет виды бесплатной медицинской помощи, нормативы ее объема, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования Программы и порядок формирования тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую гражданам Российской Федерации на территории Российской Федерации бесплатно. Следовательно, Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи содержит конкретные ограничения на бесплатную медицинскую помощь по ее видам и объемам, не предусмотренные Конституцией РФ.

Следует отметить, что Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи разрабатывается и утверждается Правительством РФ ежегодно, то есть указанные выше нормы ч. 4 ст. 20 и ч. 1 ст. 20.1 Основ законодатель-

ства Российской Федерации об охране здоровья граждан применяются постоянно. В свою очередь применение указанных норм дает возможность менять степень ограничения видов и объемов бесплатной медицинской помощи в зависимости от самых разных факторов, например, от наличия финансовых средств, что полностью противоречит ч. 1 ст. 41 Конституции РФ и также ограничивает конституционное право гражданина на получение бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, Программа госгарантий содержит конкретные ограничения бесплатной медицинской помощи по ее видам и объемам, что нарушает конституционное право гражданина на бесплатную медицинскую помощь, предусмотренную ч. 1 ст. 41 Конституции РФ, и приводит к ограничению ее доступности.

Считаю, что указанные выше нарушения конституционных прав, выражающиеся в ограничении доступности на получение бесплатной медицинской помощи, стали возможны благодаря наличию в Основях законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан норм, предусмотренных ч. 4 ст. 20 и ч. 1 ст. 20.1 и противоречащих части 1 ст. 41 Конституции РФ, не допускающей какого-либо ограничения права граждан РФ на бесплатную медицинскую помощь.

VI. Требование, обращенное в связи с жалобой к Конституционному Суду Российской Федерации

На основании изложенного выше прошу дать правовую оценку части 4 ст. 20 и части 1 ст. 20.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан как противоречащих части 1 ст. 41 Конституции РФ и допускающих ограничения конституционного права гражданина на получение бесплатной медицинской помощи по ее видам и объемам.



Весьма важно, что к представленному обращению в Конституционный Суд были приложены следующие документы:

1. Текст обжалуемых норм закона — Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
2. Копии официальных документов, подтверждающих применение обжалуемых норм, — Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 г.

ЧТО ОТВЕТИЛ КОНСТИТУЦИОННЫЙ СУД

Полученный мной 10 октября 2008 года за № 9479 ответ Конституционного Суда несколько удивил и озадачил. Опуская многочисленные нормативные ссылки, приведу его ключевое положение:

«Гражданин обязан (при обращении в Конституционный Суд – прим. автора) приложить к жалобе копию официального документа, подтверждающего применение либо возможность применения оспариваемого закона. Данное требование Вами не соблюдено. С учетом изложенного уведомляем, что Ваша жалоба не отвечает требованиям федерального закона («О Конституционном Суде Российской Федерации» — прим. автора)».

Такой ответ не мог не удивить меня, так как в приложении к своему обращению я направил копию официального документа, подтверждающего практическое применение обжалуемых норм Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Очевидно, что таким документом является Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, распространяющая свое действие на каждое медицинское учреждение и каждого гражданина России. Однако Конституционный Суд не согласился со мной и не посчитал Программу госгарантий официальным документом, подтверждающим применение либо возможность применения оспариваемого

закона. Но и такая позиция Суда крайне важна. Попробую ее объяснить со своей точки зрения.

КОММЕНТАРИИ К ОТВЕТУ КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА

При обращении в Конституционный Суд я предполагал три возможных варианта развития событий:

1. Конституционный Суд соглашается с моей точкой зрения.
2. Конституционный Суд не принимает моих аргументов.

3. Конституционный Суд по формальным признакам отказывает в ответе по существу на поставленные в моем обращении вопросы.

Именно к третьему варианту я был готов больше всего. Почему? Для ответа на этот вопрос давайте проанализируем два первых возможных варианта.

Первый вариант. Допустим, что Конституционный Суд согласился бы с моими доводами о том, что Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и принимаемая Правительством РФ в соответствии с этим законом Программа госгарантий противоречат действующей Конституции, реально ограничивая право граждан на бесплатную медицинскую помощь. Тогда следом за таким признанием соответствующие положения Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Программа госгарантий автоматически утрачивают свою силу. А гарантии получения бесплатной медицинской помощи, как и предусмотрено Конституцией РФ, становятся безграничными, но обеспечить эти гарантии необходимыми ресурсами государство не в состоянии. Полагаю, что по этой причине такой вариант ответа был бы маловероятен.

Второй вариант. Допустим, что Конституционный Суд аргументированно и по существу не согласился бы с моей точкой зрения о том, что Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья гражд-





дан и принимаемая в соответствии с этим законом Программа госгарантий противоречат действующей Конституции и ограничивают право граждан на бесплатную медицинскую помощь. Проблема в этом случае всего одна: как и какие аргументы должны быть найдены, чтобы доказать, что в нашем законодательстве нет каких-либо ограничений прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, но увы, как показано выше, эти ограничения там явно присутствуют и их трудно не заметить.

Третий вариант, по которому и пошел Конституционный Суд, отказавшись по формальным признакам дать ответы по существу на поставленные в моем обращении вопросы. Однако из ответа Конституционного Суда, не посчитавшего Программу госгарантий официальным документом, подтверждающим применение либо возможность применения оспариваемого закона, сразу возникает следующий не менее принципиальный вопрос: «Если Программа госгарантий не подтверждает применения Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, то для чего вообще она ежегодно принимается и как тогда к ней относиться?»

Таким образом, к сожалению, ответ Конституционного Суда не внес какой-либо ясности в столь непростой, но очень важный вопрос о соответствии или несоответствии Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Программы госгарантий действующей Конституции РФ в части обеспечения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

О КОНСТИТУЦИОННОМ ПРАВЕ НА БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, КОРПОРАТИВНЫХ ИНТЕРЕСАХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИНТЕРЕСАХ ПАЦИЕНТОВ

Как уже было отмечено выше, в части 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации четко и ясно записано: «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». Как видно, наша Конституция не содержит каких-либо ссылок на иные нормативные акты, определяющие виды и объемы, то есть ограничения, бесплатной медицинской помощи для граждан РФ, предоставляемой в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения.

Прекрасно понимая, что бесплатная медицинская помощь не может быть безграничной, тем не менее, я глубоко убежден в справедливости данного положения. Считаю, что если только допустить, чтобы гарантии на бесплатную медицинскую помощь в Конституции России прямо или косвенно увязывались с объемами выделяемых средств, то это сразу понизило бы ответственность государства за решение вопросов охраны здоровья населения. Думаю, что корпоративные интересы медицинских работников и интересы пациентов в этом вопросе абсолютно совпадают. Следовательно, необходимы последовательные усилия, направленные на приведение действующего законодательства и иных нормативно-правовых актов в соответствие с Конституцией Российской Федерации.



М.А. Курцер,

д.м.н., профессор, главный врач Центра планирования семьи и репродукции,
главный акушер-гинеколог Департамента Здравоохранения г. Москвы

Н.П. Кирбасова,

д.м.н., профессор кафедры Организации здравоохранения с курсом медицинской
статистики и информатики ММА им. И.М. Сеченова

И.И. Калиновская,

начальник отдела Организации медицинской помощи матерям Управления организации
медицинской помощи матерям и детям Департамента здравоохранения г. Москвы

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Правительство Москвы поставило перед Департаментом здравоохранения цель непрерывно совершенствовать медицинскую помощь женщинам и детям, улучшать материально-техническую базу детских и родовспомогательных учреждений. Охрана здоровья матери и ребенка объявлена безусловным приоритетом столичного здравоохранения.

Мероприятия по улучшению организации медицинской помощи детям и матерям включены во все программы по обеспечению медицинской помощью населения Москвы, в том числе городскую целевую среднесрочную программу развития здравоохранения «Столичное здравоохранение на 2008–2010 гг.», на протяжении последних лет в городе формируются программы целевого финансирования детского здравоохранения и родовспоможения (целевая программа «Безопасное материнство», целевая программа «Здоровье детей», городская среднесрочная программа по развитию материально-технической базы организации детского здравоохранения, программа «Год семьи в городе Москве») (3).

При общей численности населения города Москвы почти в 11 миллионов человек женщины составляют 52,5%, детское население — 11,4%, подростки — 5,6%. В 2008 году в городе функционировало 127 женских консультаций, в том числе 14 — самостоятельных, при городских поликлиниках — 97, при городских больницах — 7, при родильных домах — 7.

Активная информационно-просветительская работа женских консультаций и окружных центров планирования семьи, внедрение современных методов контрацепции привели к снижению количества медицинских абортов (в 2003 году произведено 40 269 абортов, в 2007 году — 26 300, в том числе у девочек и девочек-подростков (в 2003 году было проведено 26 операций у девочек до 14 лет, в 2007 — 7; в возрасте 15–19 лет в 2003 — 3623, в 2007 — 1909).

За последние 5 лет отмечается устойчивый рост числа беременных, наблюдающихся в женских консультациях, а также показатель ранней явки для постановки на учет по беременности. Продолжает снижаться



количество беременных, у которых произошло прерывание беременности в сроке 22–27 недель, что указывает на улучшение качества наблюдения и лечения беременных (по сравнению с 2001 г. — в 1,8 раза.).

Состояние здоровья беременных, наблюдающихся в женских консультациях, на протяжении последних лет остается стабильным, при этом сохраняется высокий процент беременных с экстрагенитальной патологией — около 70%. Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости беременных составляют: токсикоз беременных, анемия, заболевания мочеполовой системы, эндокринная патология, болезни системы кровообращения. Однако следует отметить, что прослеживается четкая тенденция к снижению числа пациенток с преэклампсией и эклампсией.

С целью профилактики врожденной и наследственной патологии новорожденных, во исполнение Приказа Минздрава РФ от 28.12.2000 № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» в городе организована служба пренатальной диагностики. Все беременные, наблюдающиеся в женских консультациях, проходят скрининговое и специальное обследование для предупреждения рождения детей с тяжелыми, в том числе не поддающимися лечению, формами наследственных и врожденных болезней. В 2007 году в Медико-генетическом центре на базе Детской психиатрической больницы № 6 проведено 603 799 исследований материнских сывороточных факторов. В Центре планирования семьи и репродукции и в отделении пренатальной диагностики Родильного дома № 27 УЗ САО было проведено 1946 инвазивных процедур. Проводимые мероприятия способствуют снижению общего числа детей, родившихся с пороками развития, а также снижению числа детей, родившихся с синдромом Дауна.

Продолжается работа по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», в части, касающейся родовых серти-

фикатов. За 2007 год ГУ «Московское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации» в лечебно-профилактические учреждения, расположенные на территории города Москвы, по родовым сертификатам перечислено финансовых средств на сумму 671 302 150 рублей (талон № 1 — 225 486 150 рублей и талон № 2 — 445 816 000 рублей родового сертификата). Полученные денежные средства направляются на оплату труда медицинского персонала и совершенствование материально-технической базы учреждений родовспоможения, обеспечение беременных женщин лекарственными препаратами.

Лекарственное обеспечение беременных женщин, в том числе витаминно-минеральными средствами, является неотъемлемой частью комплекса мер, направленных на пренатальную охрану плода, профилактику и лечение осложнений беременности. В настоящее время беременные женщины, наблюдающиеся в женских консультациях Департамента здравоохранения, по показаниям обеспечиваются бесплатно лекарственными средствами, в том числе дорогостоящими и не входящими в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (5).

В 2008 году в городе функционировали 4 гинекологические больницы, 37 гинекологических отделений городских многопрофильных больниц, отделение гинекологии детей и подростков Измайловской ДГКБ с консультативно-диагностическим центром.

В практическую работу гинекологических стационаров широко внедряются высокотехнологичные, малоинвазивные, органосохраняющие методы лечения различной гинекологической патологии. Гинекологические стационары оснащены эндоскопическим оборудованием, используются современные методы диагностики лечения патологии эндометрия: гистероскопия, лазерная и термоабляция, гистерорезектоскопия. Более 60% оперативных вмешательств при патологии органов малого таза производятся лапароскопическим доступом.



В акушерских и гинекологических стационарах используются аппараты для реинфузии крови, позволяющие избежать в ряде случаев переливания донорской крови.

В ведущих клиниках города — Центре планирования семьи и репродукции, ГКБ № 31, ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, проводится эмболизация маточных артерий при миоме матки, при акушерских кровотечениях. В Центре планирования семьи и репродукции установлено оборудование для проведения ультразвуковой абляции миомы матки под МРТ-контролем.

С 2007 года Правительством Москвы выделяются финансовые средства для централизованной закупки лекарственных препаратов и расходных материалов, применяемых при лечении бесплодия методом ЭКО. Департаментом здравоохранения издан Приказ от 28.04.2007 № 195 «Об организации работы по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств бюджета города Москвы», определяющий порядок направления пациентов на лечение бесплодия методом ЭКО за счет средств бюджета города Москвы. Был сформирован и ежеквартально пополняется реестр пациенток — жительниц города Москвы, нуждающихся в проведении процедуры ЭКО. Эффективность проведения процедур ЭКО в лечебно-профилактических учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения, по показателю частоты наступления беременности составляет 35%, что сопоставимо с показателями мировой статистики.

В 2008 году в городе функционировали 33 акушерских стационара, в том числе 19 родильных домов (из них 1 на капитальном ремонте), 14 акушерских отделений в составе многопрофильных больниц (из них 1 на капитальном ремонте) и Центр планирования семьи и репродукции. На функциональной основе осуществляют деятельность 5 перинатальных центров (ГКБ № 7, 67, 70, ГБ № 8, ЦПСИР).

В ряде женских консультаций при родильных домах функционируют дневные стационары, где проводится специализированное лечение при отклонениях в течение беременности. Порядок госпитализации при осложнениях беременности определен Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 25.01.2008 № 41 «О совершенствовании организации акушерской помощи». При выявлении экстрагенитальной патологии беременные направляются на консультации в специализированные отделения городских больниц: эндокринная патология, сахарный диабет — ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, заболевания сердечно-сосудистой системы — ГКБ № 67, заболевания почек — ГКБ № 20, гепатит — ИКБ № 1, ВИЧ, сифилис — ИКБ № 2.

С целью профилактики резус-сенсibilизации у женщин с возможным резус-конфликтом, предотвращения рождения детей с гемолитической болезнью Департаментом здравоохранения с 2004 года для учреждений родовспоможения осуществляются централизованные закупки антирезус-иммуноглобулина.

Число родов в городе Москве увеличивается ежегодно. В 2007 году в органах ЗАГС был зарегистрирован 100 771 новорожденный, что на 6500 больше, чем в 2006 году. Показатель рождаемости составил 9,6 на 1000 населения (2006 г. — 9,0).

Необходимо отметить, что около 30% родов, проведенных в акушерских стационарах Департамента здравоохранения, — роды у иногородних гражданок России и иностранных гражданок. Данный контингент беременных чаще всего не обследован или не дообследован. Среди данной группы беременных, как правило, много больных с хронической патологией, однако, вследствие позднего обращения за медицинской помощью, адекватного лечения они получить не успевают. Данное обстоятельство значительно увеличивает у них вероятность неблагоприятных исходов беременности: преждевременных





родов, рождения незрелых детей, детей с низкой массой тела, врожденной патологией (2).

Широкое внедрение альтернативных органосохраняющих методик при маточных гипо- и атонических кровотечениях: перевязки внутренних подвздошных артерий, эмболизации маточных артерий, привело к значительному снижению количества надвлагалищной ампутации и экстирпации матки после родов.

Применение современных родовспомогательных технологий, повышение качества медицинского наблюдения за беременными женщинами в женских консультациях позволили снизить материнскую смертность. Показатель материнской смертности в 2007 году составил 15,3 на 100 000 живорожденных, что значительно ниже, чем в 2003 году (39,9).

В Центре планирования семьи и репродукции используются технологии фетальной хирургии (операции на внутриутробном плоде), проводится внутриутробное переливание крови при гемолитической болезни плода.

Во всех акушерских стационарах имеются условия для оказания высококвалифицированной медицинской помощи новорожденным, в том числе и недоношенным детям.

В лечебно-профилактических учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения, в настоящее время функционируют 93 койки отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных и 23 реанимационные койки для новорожденных в акушерских стационарах, 75 коек в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных в педиатрических стационарах. В том числе в 2008 году открыты отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных в Родильном доме № 1 УЗ СВАО, Родильном доме № 3 УЗ ЗАО, Родильном доме ГБ № 72 УЗ ЗАО.

Кочный фонд второго этапа выхаживания составляет 354 койки для доношенных новорожденных и 402 койки для недоношенных детей. На базах Педиатрического стационара ГКБ № 7 и ГБ № 8 организованы выездные бригады неонатальной реанимации.

Уровень перинатальной смертности в Москве в 2007 году составил 7,9 ‰, (2004 год — 9,6‰). Показатель ранней неонатальной смертности за последние 2 года остается на уровне 2,1‰, а с учетом детей, умерших в возрасте 0–6 суток, из числа переведенных в педиатрические стационары — 2,5‰.

Медико-организационные мероприятия, проводимые Департаментом здравоохранения, привели к заметному снижению показателей смертности всех категорий недоношенных детей, включая родившихся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Это достигнуто благодаря реализации городских целевых программ по оснащению современным медицинским оборудованием, повышению квалификации медицинского персонала, за счет совершенствования протоколов лечения синдрома дыхательных расстройств (СДР) и сопутствующей ему патологии. С целью улучшения оказания медицинской помощи новорожденным с 2004 года Департаментом здравоохранения централизованно закупается препарат «Курсорф». Применение его у недоношенных новорожденных при синдроме дыхательных расстройств позволило снизить раннюю неонатальную смертность.

Департаментом здравоохранения разработан комплекс мероприятий по поэтапному переходу на современные технологии выхаживания недоношенных и маловесных детей, включая детей 500–1000 г, на период 2008–2010 гг. Ожидаемыми результатами реализации данных мероприятий являются: снижение неонатальной и младенческой смертности недоношенных и маловесных детей, включая детей с массой тела при рождении 500–1000 г, в 1,3–1,5 раза, уменьшение ранней инвалидизации с детства на 20–30% и более (4).

Таким образом, комплексные меры, включающие расширение профилактического направления, оптимизацию лечебно-диагностического процесса с внедрением современных технологий и организационные пре-



образования, способствовали повышению эффективности медицинского обеспечения.

Отмечена позитивная тенденция динамики основных медико-демографических показателей. Показатель рождаемости в 2007 году составил 9,6 на 1000 населения, что на 31,5% больше в сравнении с 2000 годом (при этом данный показатель на 15,1% ниже среднего уровня рождаемости по Российской Федерации). Наблюдаемые в последние годы прирост рождаемости и уменьшение общей смертности обусловили уменьшение показателей естественной убыли населения Москвы. За период с 1994 по 2007 годы показатель естественной убыли снизился с минус 10,0 до минус 2,3 на 1000 населения (по Российской Федерации данный показатель в 2007 году составил минус 3,4 на 1000 населения) (1).

Все вышеуказанные положительные сдвиги в состоянии здоровья женщин и детей явились результатом целенаправленной политики Правительства Москвы, направленной на укрепление института семьи, охраны материнства и детства, тесного межведомственного взаимодействия департаментов и комитетов города Москвы по улучшению положения детей и матерей.

Вместе с тем с целью сохранения и укрепление здоровья населения, увеличения рож-

даемости необходимо и в дальнейшем реализовывать первоочередные мероприятия по совершенствованию работы Службы охраны материнства и детства в городе Москве:

- улучшение качества оказания медицинской помощи в период беременности и родов,
- лечение бесплодных супружеских пар,
- совершенствование работы центров планирования семьи,
- развитие диспансеризации женского населения с целью ранней диагностики и оптимизации лечения экстрагенитальной патологии,
- дальнейшее внедрение высокотехнологичных методов лечения,
- профессиональная переподготовка врачей акушеров-гинекологов, педиатров и других специалистов для освоения современных медицинских технологий,
- диспансеризация детей всех возрастных категорий,
- строительство и реконструкция учреждений родовспоможения и детства, оснащение и переоснащение женских консультаций, акушерских и гинекологических стационаров современным диагностическим и лечебным оборудованием,
- дальнейшее развитие информационно-просветительской работы с населением.



Литература

1. Доклад о состоянии здоровья населения Москвы в 2007 году/Правительство Москвы, 2008.
2. Курцер М.А. Перинатальная смертность и пути ее снижения/Дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 2001.
3. Лешкевич И.А. Основные результаты исполнения программ «Год ребенка» и «Год семьи»/Выступление на VII Московской ассамблее «Здоровье столицы», 18 декабря 2008 г.
4. Приказ руководителя Департамента здравоохранения города Москвы «О совершенствовании организации акушерской службы» № 41 от 25.01.2008
5. Распоряжение Правительства Москвы от 05.09.2008 № 2028-РП «О внесении дополнений в Распоряжение Правительства Москвы от 10 августа 2005 г. № 1506-РП»



Я.И. Гулиев,

к.т.н., директор Исследовательского центра медицинской информатики Института программных систем РАН

И.Ф. Гулиева,

ведущий инженер Института программных систем РАН

Е.В. Рюмина,

д.э.н., профессор, главный научный сотрудник Института проблем рынка РАН, г. Москва

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В МЕДИЦИНЕ

ВВЕДЕНИЕ

Существует мнение, что внедрение информационных технологий в медицине, как и в других областях, носит исключительно затратный характер, а их отдача выражается не стоимостными показателями, а только качественными, такими как повышение качества медицинского обслуживания, облегчение работы медицинского персонала, улучшение здоровья пациентов и др. По существу, такое мнение возникло не из-за реального отсутствия экономической выгоды, обеспечиваемой информационными технологиями, а по причине неразработанности методов измерения экономического эффекта.

В отсутствие унифицированного подхода к оценке экономической эффективности информационных технологий разрабатываются специальные методы оценки информационных систем в различных предметных областях и, в частности, в области медицины. Такие методы в своем большинстве носят эвристический характер и основываются на тщательном учете затрат и экономических последствий внедрения информационных систем. Если удастся количественно определить затраты и результаты таких систем, то далее возможен переход к использованию общего подхода к оценке экономической эффективности инвестиционных проектов [1–6].

Для определения экономической эффективности медицинских информационных систем можно воспользоваться зарубежными оценками, поскольку в развитых странах имеется многолетний опыт компьютеризации здравоохранения. В данной статье представлен анализ литературных источников по рассматриваемой проблеме, в совокупности составляющих 1400 наименований. Ниже в библиографическом списке приведены лишь основные работы.

Наиболее значимыми и показательными среди внедряемых в настоящее время медицинских информационных технологий являются системы электронных медицинских карт (СЭМК). В европейских странах электронные медицинские карты уже на 50–90% заменили обычные бумажные карты, в США — на 70% [7].

© Я.И. Гулиев, И.Ф. Гулиева, Е.В. Рюмина, 2009 г.



Поскольку отдача от внедрения медицинских информационных технологий в целом складывается из экономии средств по отдельным направлениям их расходования, то оценки достигаемого экономического эффекта могут быть получены путем выявления как можно более полного круга преимуществ, обеспечиваемых информационными системами. Наиболее ощутимыми выгодами внедрения медицинских информационных технологий являются следующие:

- выгоды от сокращения количества действий с медицинскими картами, возможности копирования записей;
- экономия затрат на лекарственные препараты;
- экономия на лабораторных и радиологических исследованиях;
- выгоды от сокращения сроков госпитализации;
- выгоды администрации, получаемые при работе с платежными документами.

Надо отметить, что к перечисленным выгодам, получаемым за счет внедрения системы электронных медицинских карт, при условии их широкого распространения обязательно добавляется экономический эффект от других факторов, например, от обмена клинической информацией о пациентах между медицинскими учреждениями. Но в этом аспекте экономический эффект мало изучен.

В обзорной работе Girosi F., et al [8] приводится более детальная классификация выгод от медицинских информационных технологий: 5 по амбулаторному сектору и 5 по стационарному:

амбулаторный сектор

- 1) выгоды от электронных медицинских записей
- 2) экономия затрат на выписки из карт
- 3) экономия на лабораторных исследованиях
- 4) экономия затрат на лекарственные препараты
- 5) экономия на радиологических исследованиях

стационарный сектор

- 1) выгоды от улучшения работы медсестер с документами
- 2) выгоды от электронных медицинских записей
- 3) экономия на лабораторных исследованиях
- 4) экономия затрат на лекарственные препараты
- 5) выгоды от сокращения сроков госпитализации

Количественное определение размеров экономии по каждому из этих видов выгод, представленных в зарубежной медицинской литературе, проводилось путем хронометража рабочего времени медицинского персонала, опросов экспертов, сравнений затрат до и после внедрения информационных систем, прямых расчетов стоимости лекарственных средств и т.д.

Последовательно проанализируем оценки финансовых результатов, получаемых по каждому из преимуществ медицинских информационных технологий.

ВЫГОДЫ ОТ СОКРАЩЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ДЕЙСТВИЙ С МЕДИЦИНСКИМИ КАРТАМИ, ВОЗМОЖНОСТИ КОПИРОВАНИЯ ЗАПИСЕЙ

а) Амбулаторный сектор

СЭМК уменьшает или избавляет от необходимости вести бумажные амбулаторные карты пациентов. Здесь экономия достигается за счет того, что нет необходимости в медперсонале, занимающемся поиском и выдачей бумажных карт; однажды занеся данные на пациента, врач может в дальнейшем быстро их найти и ознакомиться со всеми ресурсами карты; данные также не занимают физического пространства, которое может использоваться более продуктивно. Конечно, учреждения, оборудованные СЭМК, все же продолжают получать бумажные документы в форме отчетов лаборатории, направлений к врачу-специалисту и т.д. Здесь также возможна экономия благодаря





сканированию бумажных документов в СЭМК и использованию их любым врачом без дополнительных поисков необходимой информации в бумажных документах. Поскольку перевод документа в электронный вид осуществляется один раз, то в дальнейшем затраты персонала на работу с документами могут быть уменьшены.

В литературе встречаются различные данные об экономии за счет введения электронных медицинских записей. Такая экономия расходов на медицинский персонал, ведущий записи, оценивается в 63,4% [7].

В работе Girosi F., et al [8] приводится следующий расчет: приемлемая оценка времени, потраченного на каждую выписку из бумажной карты, составляет приблизительно 4 минуты. Количество выписок из карт на одного врача в день больше, чем количество посещений, в 1,6 раза (например, потому что некоторые делаются при телефонных контактах между врачом и пациентами, между врачами). При средней нагрузке — 15 пациентов в день, 5 дней в неделю, в течение 48 недель, на одного врача приходится 5760 выписок ежегодно, что занимает 384 часа рабочего времени, или 5530 долл. ежегодно. Таким образом, в национальном (США) масштабе потенциал экономии от сокращения выписок из карт составляет 1,7 млрд. долл. в год [8].

б) Стационарный сектор

Система электронных медицинских карт, позволяющая медсестрам получить доступ к лечебным документам пациентов, дает экономии за счет снижения количества времени медсестер, которое они тратят на документацию и избыточный сбор данных; за счет сокращения затрат, связанных с бумажными формами, предотвращения случаев случайных пропусков процедур. Механизмы поддержки принятия решений в таких системах могут скоординировать лечение, автоматически напоминая о необходимости помощи вспомогательных служб.

Для оценки в основном рассматривается сокращение времени работы с документаци-

ей. Было определено, что СЭМК позволяет уменьшить число операций с медицинскими картами на 60–70% и на 50% сократить персонал по работе с медицинскими записями. Экономия времени, расходуемого на работу с документацией, может использоваться, по крайней мере, тремя путями: (1) чтобы сократить количество нанятых медсестер; (2) чтобы лучше заботиться о том же количестве пациентов; (3) чтобы лечить дополнительных пациентов, не снижая качества услуг.

Показательным примером влияния СЭМК на сокращение непроизводительного времени медсестер является исследование времени работы медсестер в отделениях интенсивной терапии [9]: использование электронных медицинских карт на 52 минуты уменьшает время, потраченное медсестрой на работу с документами при 8-часовой рабочей смене. Это позволяет сократить потребность в медсестрах на 11%, что особенно актуально при наличии острого дефицита в этой группе медицинского персонала.

Исследование, проведенное в клиниках Норвегии, показало 10%-ное сбережение времени медсестер вследствие внедрения электронных медицинских карт [10]. В работе Fickel K. [11] эта экономия оценивается в диапазоне 12–20%.

В работе Girosi F., et al [8] приводится прогноз роста потребности в медсестрах по причине таких факторов, как увеличение населения, смещение возрастной структуры населения к группам пожилых людей, развитие медицинских технологий, приводящее к замещению врачей средним медицинским персоналом.

На основе анализа этих факторов, а также данных национальных профессиональных организаций о количестве и заработной плате медсестер, прогноза спроса на них в работе Girosi F., et al [8] приводится оценка экономии от сокращения непроизводительного времени работы медсестер с бумажными документами в целом для США в размере 7,1 млрд. долл. в год.



ЭКОНОМИЯ ЗАТРАТ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Затраты на лекарственные препараты снижаются благодаря внедрению модулей компьютеризированного ввода врачебных назначений и поддержки клинических решений. Врачам предоставляется возможность пользоваться электронными базами данных о лекарствах, об их сочетании, противопоказаниях и т.д. С их помощью осуществляется выбор способа лечения в соответствии с медицинскими стандартами, с учетом стоимости лекарственных средств, а также их рационального сочетания и оптимального срока применения. Разные экспертные оценки, приводимые в ряде литературных источников, сходятся на том, что электронная система предложения альтернативных лекарственных средств позволяет на 15% снизить общие затраты на препараты [7, 8, 12].

Потенциальная экономия от снижения затрат на лекарственные препараты в целом для амбулаторного сектора системы здравоохранения США оценивается в 12,9 млрд. долл. в работе Girosi F., et al [8] и в 20,4 млрд. долл. — в Johnston D. et al. [14]. По данным из работы Lambertville N.J. [13], ежегодные затраты на лекарственные средства в стационарном секторе США равны 37,9 млрд. долл., следовательно, 15%-ная экономия составляет 5,7 млрд. долл. в год.

ЭКОНОМИЯ НА ЛАБОРАТОРНЫХ И РАДИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Экономия на лабораторных исследованиях достигается в медицинских учреждениях, оборудованных системой электронных медицинских карт с модулем назначений процедур и тестов, а также поддержки клинических решений, за счет сокращения числа ненужных, часто дублирующих друг друга тестов. Это происходит вследствие того, что СЭМК не только предоставляет врачам возможность ознакомиться с результатами всех текущих и предшествующих анализов, но и выстраивает оптимальную схему их проведе-

ния в связи, например, с применением определенных лекарственных препаратов, с переходом от одной стадии лечения к другой и т.д. Также СЭМК помогает сформировать структурированные наборы назначений на анализы, исключающие избыточность проводимых тестов. Оценки экономии этих затрат составляют 22,4% от общего количества затрат на лабораторные тесты в амбулаторном секторе и 11,8% — в стационарном. Общая экономия на лабораторных исследованиях в стационарном секторе системы здравоохранения США оценивается в 3 млрд. долл. [8].

Затраты на рентгенологические исследования в амбулаторном секторе сокращаются на 14% [7], чему соответствует экономия в национальном масштабе в 3,6 млрд. долл. [8].

ВЫГОДЫ ОТ СОКРАЩЕНИЯ СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Пребывание пациентов в стационарах сопровождается множеством различных видов потерь времени: задержек в назначениях лечения, в поиске документов, в координации назначений различных специалистов и др. Система электронных медицинских карт позволяет свести подобные потери времени до минимума и тем самым сократить срок пребывания пациента в стационаре. По разным оценкам, полученным путем выборочного контроля, это сокращение составляет от 10 до 30% фактической длительности пребывания в стационаре. В работе Girosi F., et al [8] получена потенциальная оценка экономии в национальном масштабе (США) за счет сокращения длительности госпитализации — 36,7 млрд. долл.

ВЫГОДЫ АДМИНИСТРАЦИИ, ПОЛУЧАЕМЫЕ ПРИ РАБОТЕ С ПЛАТЕЖНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ

До сих пор рассматривался один вид информационных систем, внедряемых в медицинских учреждениях, — СЭМК. Однако разрабатываются и внедряются и другие информационные системы, в частности, ком-





пьютеризирующие работу административных служб. Так, внедрение информационных технологий в административные службы медучреждений обеспечивает экономию затрат на регистрацию платежных документов в размере 63% от средних затрат [8].

Более полная фиксация всех проведенных врачебных действий и процедур в СЭМК позволяет вносить их в счета, что увеличивает сумму счетов на 2%. Ошибки, допускаемые при выставлении счетов, снижаются на 78% [7].

СОПОСТАВЛЕНИЕ ЗАТРАТ И РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В работе работы Giosi F., et al [8] построена модель затрат на СЭМК в американских больницах на основе данных из литературных источников и предоставленных непосредственно больницами, в общей сложности для 27 больниц. Модель позволяет прогнозировать затраты на СЭМК, учитывая основные характеристики стационаров, такие как их размер и эксплуатационные расходы. Модель не затрагивает технические спецификации СЭМК; скорее всего, речь идет об общем функционале СЭМК, который включает элементы компьютеризованного ввода врачебных назначений и записей о ведении пациентов.

Стоимость СЭМК складывается из двух частей: капитальные затраты на внедрение и ежегодная, текущая стоимость обслуживания. При этом стоимость обслуживания оценивается как процент от капитальных затрат.

Предполагается, что в большинстве случаев капитальные затраты на СЭМК будут разнесены на период от трех до пяти лет, они включают стоимость программного обеспечения СЭМК, расходы на местную инфраструктуру (такие как организация сети и компьютеры), а также трудовые затраты персонала стационара, вовлеченного в установку и модернизацию работы на основе информационных технологий.

В работе Wang S., et al [7] приведен конкретный пример: для амбулатории, осуществляющей за пять лет затраты в информацион-

ные технологии в размере 42 900 долл., дисконтированная величина получаемой экономии за тот же период составляет 129 300 долл., что на порядок превышает эффективность самых прибыльных отраслей экономики.

В целом для всей системы здравоохранения США рассчитаны финансовые выгоды, которые могут быть получены за счет внедрения медицинских информационных технологий (табл. 1). Потенциальная (максимальная) величина выгод почти вдвое превышает среднюю их величину.

Как видим, в амбулаторном секторе самыми значительными выгодами являются: экономия затрат на лекарственные препараты, экономия на радиологических исследованиях, экономия на лабораторных исследованиях. В стационарном секторе — выгоды от сокращения сроков госпитализации, от улучшения работы медсестер с документами.

В статье Wang S., et al [7] представлено следующее соотношение: наибольшие выгоды от внедрения электронных медицинских карт получаются за счет экономии на лекарственных препаратах (33%), экономии на радиологических исследованиях (17%) и за счет уменьшения ошибок в счетах (15%). Такой результат позволяет при проведении подобных исследований сосредоточиться именно на этих типах выгод, если полный охват всех преимуществ системы электронных медицинских карт будет сопряжен со сложностями в получении стоимостной информации.

Авторы всех анализируемых работ подчеркивают, что некоторые выгоды не были учтены из-за отсутствия их обособленного финансового учета, а другие типы выгод пока еще не имеют количественной определенности, такие как улучшение качества медицинской помощи, уменьшение медицинских ошибок и т.п.

Данные табл. 1 позволяют оценить экономическую эффективность внедрения медицинских технологий в систему здравоохранения США. Учитывая, что ежегодные расходы на эти цели в стационарном секторе составляют 6,7 млрд. долл. [8], а средние финансовые





Таблица 1

**Суммарные выгоды от внедрения информационных технологий
в медучреждениях США (по источнику Girosi F., et al [8])**

Виды выгод	Потенциальная экономия за год, млрд. долл.	Средняя годовая экономия, млрд. долл.
Амбулаторный сектор		
Выгоды от электронных медицинских записей	1,9	0,9
Экономия затрат на выписки из карт	1,7	0,8
Экономия на лабораторных исследованиях	2,2	1,1
Экономия затрат на лекарственные препараты	12,9	6,2
Экономия на радиологических исследованиях	3,6	1,7
Итого:	22,3	10,7
Стационарный сектор		
Выгоды от улучшения работы медсестер с документами	12,7	7,1
Выгоды от электронных медицинских записей	2,5	1,3
Экономия на лабораторных исследованиях	3,0	1,6
Экономия затрат на лекарственные препараты	3,7	2,0
Выгоды от сокращения сроков госпитализации	36,7	19,3
Итого:	58,6	31,3
Всего:	80,9	42,0

выгоды — 31,3 млрд. долл. (табл. 1), рентабельность затрат на медицинские информационные технологии равна 367%.

Как бы скептически ни относиться к этой баснословной экономической эффективности, она с таким запасом превышает эффективность, среднюю по отраслям экономики, что остается доказательной даже при самом пессимистическом предположении о многократном завышении в проанализированных работах выгод, получаемых от внедрения медицинских информационных технологий.

НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ВЫГОДЫ ОТ ВНЕДРЕНИЯ СЭМК

Для использования приведенных зарубежных оценок необходима информация обо всех указанных статьях расходов медицинского учреждения, что ставит дополнительную задачу развития медицинских информационных систем, а также необходимы данные о затратах на внедрение и эксплуатацию

самых информационных систем, после чего возможно сопоставление затрат и результатов с целью оценки экономической эффективности инвестиционных проектов создания медицинских информационных систем.

Для расчета выгод от внедрения СЭМК на базе зарубежных оценок необходима информация, представленная в табл. 2.

Как видим, вся информация, необходимая для оценки экономического эффекта от СЭМК, реально существует, но не всегда в нужной детализации.

Затраты лабораторий разбросаны по разным статьям: оплата труда, расходные материалы, амортизация основных средств и т.д. Поскольку экономия на лабораторных и радиологических исследованиях происходит за счет сокращения проводимых тестов, то здесь желательна информация о стоимости проведения одного исследования. Эта проблема хорошо известна как задача расчета себестоимости медицинских услуг.





Таблица 2

Информация для расчета выгод от внедрения СЭМК

№	Виды выгод	Зарубежные оценки экономики, %	Характеристика необходимой информации
1	Экономия времени медсестер на работу с документами	11	Зарплата медсестер по отделениям за год
2	Экономия затрат на лекарственные препараты	15	Стоимость потребленных лекарственных средств за год
3	Экономия на лабораторных исследованиях	11,8	Суммарные годовые затраты лабораторий
4	Экономия на радиологических исследованиях	14	Суммарные годовые затраты отделений, которые проводят радиологические исследования
5	Выгоды от сокращения сроков госпитализации	15	Стоимость одного койко-дня, умноженная на количество койко-дней в сумме для всех пациентов за год
6	Экономия затрат на работу с платежными документами	63	Зарплата сотрудников, которые занимаются платежными документами по лечению пациентов; Общая сумма выставленных счетов; Общая сумма опротестованных контрагентами счетов

Таблица 3

Структура экономической выгоды от внедрения СЭМК

Виды выгод	Доля выгоды в суммарной экономии, %
Выгоды от улучшения работы медсестер с документами	22,7
Выгоды от электронных медицинских записей	4,1
Экономия на лабораторных исследованиях	5,1
Экономия затрат на лекарственные препараты	6,4
Выгоды от сокращения сроков госпитализации	61,7
Всего	100

Столь же актуальна в лечебных учреждениях задача оценки стоимости одного койко-дня. Существуют разные методики расчета стоимости одного койко-дня, например, путем деления всех расходов по стационару на общее количество койко-дней. Однако для расчета выгоды от сокращения сроков госпитализации необходимо ввести специальную, дополнительную трактовку стоимости койко-дня. Для этого рассмотрим, какие рас-

ходы на пациента снижаются при сокращении срока его госпитализации благодаря внедрению СЭМК. Заметим, что этот вид выгод выделен, наряду с другими видами, такими как, например, сокращение расходов на лабораторные и радиологические исследования. Значит, выгоды от сокращения сроков госпитализации не включают в себя экономии на лабораторных и радиологических исследованиях. Предполагается, что пациент



пройдет все исследования, но за меньший срок госпитализации. Скорее всего, сроки госпитализации здесь влияют на расходы на питание пациентов, уход за ними со стороны младшего медперсонала, коммунальные платежи в расчете на одного больного и т.п. Иначе говоря, то же количество больных проведет в стационаре меньшее время, пройдя тот же курс лечения. Поэтому для расчета выгоды от сокращения сроков госпитализации нельзя брать полную стоимость койко-дня, а надо сократить ее до стоимости «проживания» пациента в стационаре.

В каждом конкретном случае при анализе бухгалтерской информации какого-то определенного медицинского учреждения все необходимые показатели с допустимой погрешностью можно посчитать. Однако задача должна быть поставлена в общем виде — как требование к медицинской информационной системе, ее экономическому блоку. Экономический блок в МИС предназначен не для дублирования бухгалтерской отчетности и хранения абсолютно всей информации, а должен строиться целенаправленно, для решения заранее поставленных задач. И одной из таких задач мы видим задачу оценки экономического эффекта от внедрения СЭМК. Поэтому в дополнение к требованиям бухгалтерского учета всех денежных потоков должны быть сформулированы требования, обеспечивающие расчеты экономии затрат информацией в необходимой для этого детализации.

В табл. 3 мы представили структуру выгод по стационарному сектору, рассчитанную по данным табл. 1. На первом этапе исследования для ориентировочной оценки выгод можно пойти упрощенным путем. А именно, если считать, что структуры затрат в отечественных и зарубежных медицинских учреждениях сопоставимы, то, имея структурные показатели табл. 3, достаточно собрать информацию хотя бы по одному виду выгод, чтобы по доле этого вида выгод посчитать суммарную экономию затрат, обеспечиваемую СЭМК.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНВЕСТИЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ

Если удастся определить финансовые результаты внедрения медицинских информационных систем, то тем самым обеспечивается возможность перехода к расчету показателей их эффективности по методическим рекомендациям [1, 2], которые являются общими для любых инвестиционных проектов. Рекомендации предназначены для предприятий и организаций всех форм собственности.

В этих рекомендациях используются следующие четыре критерия:

1. Чистый дисконтированный доход (NPV, или ЧДД) определяется как превышение интегральных результатов над интегральными затратами.

Если NPV проекта положителен, то проект является эффективным при данной норме дисконта и может быть принят к рассмотрению.

2. Индекс доходности (PI, или ИД) представляет собой отношение суммы приведенных эффектов к величине капиталовложений. Если $PI > 1$, то проект эффективен, если $PI < 1$ — неэффективен.

3. Внутренняя норма доходности (IRR, или ВНД) представляет собой ту норму дисконта, при которой величина приведенных эффектов равна приведенным капиталовложениям.

Если расчет NPV определяет, эффективен ли инвестиционный проект при заданной норме дисконта (E), то IRR рассчитывается для того, чтобы сравнить ее с требуемой инвестором нормой дохода на вкладываемый капитал. Если IRR равен или больше требуемой нормы дохода на капитал, то инвестиции в программу оправданы, в противном случае инвестиции нецелесообразны.

4. Срок окупаемости — период, начиная с которого первоначальные вложения и другие затраты, связанные с инвестиционным проектом (программой), покрываются суммарными результатами его осуществления.





Поскольку ни один критерий сам по себе не является достаточным для принятия проекта (программы), то решение должно приниматься с учетом значений всех критериальных показателей.

Кроме коммерческой эффективности, важна и общественная эффективность проекта, которая оценивает соответствие проекта целям социально-экономического развития общества. В нашем случае, при исследовании проекта внедрения медицинских информационных систем, высокая общественная его эффективность не вызывает сомнений, она доказана многолетним опытом функционирования СЭМК в зарубежных лечебных учреждениях.

АНАЛИЗ ДОСТУПНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПО ЗАТРАТАМ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Более всего информации из зарубежных источников по стационарному сектору было выявлено по трем видам выгод: экономии времени медсестер на работу с документами, экономии затрат на лекарственные препараты и экономии на лабораторных исследованиях (табл. 4). Эти выгоды составляют 34,2% всех выгод, обеспечиваемых СЭМК.

Экономия времени медсестер на работу с документами равнозначна экономии за счет соответствующего сокращения этой категории медперсонала. Чтобы рассчитать эту экономию затрат, необходима величина оплаты труда медсестер. Поэтому для получения необходимых величин требуются первичные данные по каждому работнику с указанием его квалификации.

Оценке экономии затрат на лекарственные препараты отвечает статья расходов «медикаменты, перевязочные средства и расходные медицинские материалы».

Из бухгалтерской отчетности по стационару сложно оценить экономию на лабораторных исследованиях из-за того, что расходы на такие исследования разбросаны по разным статьям. Это и оплата труда, и рас-

ходы на содержание медицинского оборудования и инвентаря, в том числе на их ремонт, и расходные медицинские материалы для лабораторных исследований.

Даже в случае, если перечисленную информацию можно получить из бухгалтерских документов, этого еще недостаточно для того, чтобы приступить к проведению расчетов. Прежде всего полученная в бухгалтерии информация относится к настоящему периоду, а в расчетах должны быть задействованы показатели будущих периодов, соответствующие периоду практического внедрения СЭМК в работу медучреждения. Затраты на оплату труда, медикаменты, лабораторные исследования неминуемо изменятся за несколько лет создания информационной системы по разным причинам, спрогнозировать влияние которых чрезвычайно сложно. Можно лишь с большой вероятностью предположить, что эти затраты вырастут. Ввиду этого ориентация на фактические, современные значения показателей повлияет на расчеты в сторону занижения возможной экономии, что необходимо будет учесть при анализе результатов оценки экономической эффективности информационной системы.

ЗАТРАТЫ НА ВНЕДРЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

Поскольку предметом нашего изучения являются методы оценки эффективности именно информационных систем, то в этой области в качестве общего метода оценки затрат на их создание можно назвать, пожалуй, только модель CCB — совокупной стоимости владения (в англоязычной литературе TCO — Total Cost of Ownership).

Эта модель служит не только более полному учету затрат на создание информационных систем, но и может использоваться для оценки сравнительной эффективности, когда выполняется следующая предпосылка: две информационные системы характеризуются одинаковым результатом, поэтому для выбора из них более эффективной достаточ-



Таблица 4

Выбор видов экономической выгоды для проведения вычислительного эксперимента

№	Виды выгод	Зарубежные оценки экономии, %	Доля выгоды в суммарной экономии, %
1	Экономия времени медсестер на работу с документами	11	22,7
2	Экономия затрат на лекарственные препараты	15	6,4
3	Экономия на лабораторных исследованиях	11,8	5,1
4	Всего		34,2

Таблица 5

Структура затрат на внедрение и обслуживание информационных систем

№	Статьи затрат	Доля в общих затратах, %
1	Программное обеспечение	25
2	Администрирование	21
3	Поддержка	16
4	Разработка	6
5	Коммуникации	4
6	Человеческий фактор	21
7	Простои	7

но сравнить затраты, связанные с их внедрением и обслуживанием. Таким образом отпадает необходимость решения наиболее сложной задачи — определения выгод, получаемых от информационных систем. Однако область практического использования метода существенно сужается вследствие предположения о существовании еще одной информационной системы с теми же выходными параметрами.

Под совокупной стоимостью владения понимаются «полностью учтенные ежегодные расходы предприятия (а не только его IT-отдела), связанные с приобретением и, что особенно важно, использованием информационных технологий в бизнесе» [15, стр. 53; 16]. Под полным учетом подразумевается учет не только прямых, но и скрытых, косвенных затрат, таких как, например, потери от простоев пользователей.

Работа с моделью ССВ сосредоточена на оценке затрат, и в этом направлении достиг-

нуты существенные результаты по классификации затрат, методам их измерения, структуре. Наибольшее распространение получила модель ССВ, разработанная компанией Gartner Group в середине 90-х годов [15, 17]. Компания Microsoft для базовой модели ССВ распределила затраты следующим образом (табл. 5) [17].

Под человеческим фактором понимаются незапланированные косвенные затраты, связанные с ошибками и трудностями в работе с информационными системами и приводящие к непроизводительным затратам времени и ресурсов пользователей.

Последние результаты в области исследования затрат на информационные технологии представлены в учебных пособиях [18, 19].

Учет затрат на внедрение и поддержку информационных технологий является необходимым этапом оценки экономической эффективности соответствующих инвестиционных проектов путем сопоставления полу-





чаемых выгод с осуществляемыми затратами. В частных случаях при сравнении изучаемой информационной системы с другими системами, которые характеризуются аналогичными результатами, как мы уже говорили, учета затрат достаточно для выявления самого эффективного варианта информационных систем.

В условиях отсутствия единой, общепризнанной и универсальной методики процесс оценки затрат на внедрение и поддержку информационных систем превращается в значительной степени в исследовательскую работу с необходимостью проектной привязки к конкретному объекту. В нашем случае такими объектами являются медицинские учреждения.

Опыт создания медицинских информационных систем в крупных медицинских центрах позволяет нам оценить все затраты, в том числе расходы по их поддержке в период эксплуатации.

ПРИМЕР РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

В качестве примера для проведения вычислительного эксперимента по оценке экономической эффективности внедрения СЭМК был рассмотрен один из медицинских центров г. Москвы, в котором работы по созданию такой информационной системы уже начались. Хотя в эксперименте использовалась реальная информация, будем все-таки считать пример условным, поскольку из-за отсутствия первичных данных в необходимой детализации приходилось формировать вводимые в расчеты показатели с использованием экспертных оценок. Опыт, полученный нами в работе по подготовке информации для проведения расчетов, уже сейчас позволяет сформулировать требования к характеру детализации фиксируемой в лечебных учреждениях информации.

Рассматривались виды выгод, по которым удалось собрать информацию, указанную в

табл. 2. Кроме того, учитывались выгоды администрации от компьютеризации работы с платежными документами: увеличение суммы выставленных больницей счетов на 2% и сокращение ошибок при выставлении счетов на 78%. За основу в последнем случае брались счета, по которым контрагенты (страховые компании) предъявляли претензии. Полученные суммы экономии по каждому виду выгод представлены в табл. 6.

Таким образом, сумма экономии затрат ЛПУ после внедрения информационной системы составит 34,48 млн. руб. в год.

Расчеты проводились с нормой дисконтирования, равной 10%. Основные затраты на создание СЭМК предполагается осуществить в первые 4 года, в последующие годы учитывались затраты на поддержку функционирования СЭМК. Мы умышленно существенно увеличили оценку основных затрат на создания СЭМК до 25 млн. руб. в год.

Результаты расчетов приведены в табл. 7.

Как видим, чистый дисконтированный доход имеет положительное значение, значит, проект внедрения СЭМК в данном лечебном учреждении является эффективным. Индекс доходности больше единицы, что также свидетельствует об эффективности проекта. Внутренняя норма доходности удовлетворяет инвестора — 19%. Проект окупается за 3 года после ввода информационной системы в эксплуатацию.

Таким образом, все полученные показатели говорят об экономической эффективности внедрения СЭМК в рассмотренном лечебном учреждении стационарного типа.

Следует иметь в виду, что расчеты проведены на примере крупного медицинского центра, что существенно влияет на оценку эффективности из-за фактора масштаба, который проявляется в следующем: наряду с тем, что выгоды, принятые к рассмотрению, линейно зависят от численности пациентов медучреждения, затраты на внедрение и поддержку СЭМК имеют значительную постоянную составляющую, которая мало различа-



Таблица 6

Суммарная экономия по медицинскому центру за счет внедрения информационной системы

№	Виды выгод	Размер экономии, млн. руб. в год
1	Экономия времени медсестер на работу с документами	9,9
2	Экономия затрат на лекарственные препараты	7,95
3	Экономия на лабораторных исследованиях	3,5
4	Экономия на радиологических исследованиях	7,84
5	Выгоды от сокращения сроков госпитализации	не учтены
6	Увеличение суммы счетов	5,0
7	Сокращение ошибок при выставлении счетов	0,39
	Всего	34,48

Таблица 7

Результаты вычислительного эксперимента по оценке экономической эффективности внедрения СЭМК

Наименование коэффициента	Значение показателей эффективности
Чистый дисконтированный доход (NPV), млн. руб.	51,1
Срок окупаемости с учетом дисконтирования (лет)	7
Внутренняя норма доходности (IRR), в процентах	19
Индекс доходности дисконтированный (PI)	1,59

ется в крупных и средних стационарах. Вследствие этого, проекты внедрения СЭМК в крупных медицинских центрах всегда будут более эффективными, чем в небольших по масштабам лечебных учреждениях. Влияние фактора масштаба, по-видимому, будет преодолено с развитием информационных систем в медицине.

Проведенный расчет является лишь демонстрационным примером оценки экономической эффективности информационной системы. Само обоснование эффективности проекта требует более тщательной подготовки информации и более полного учета возможных эффектов от внедрения СЭМК. В то же время рассмотренный пример дает достаточно полное представление обо всей процедуре экономического обоснования подобных проектов и обо всех сложностях информационного обеспечения такой процедуры.

В дальнейшем, по мере внедрения и эксплуатации СЭМК в отечественных лечебных учреждениях, можно будет провести обследование с целью выявления реально получаемых выгод и определить, насколько они отличаются от использованных в статье зарубежных оценок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе анализа зарубежной литературы и вычислительного эксперимента было показано, что внедрение информационных технологий имеет высокий потенциал экономической выгоды для лечебных учреждений.

В то же время мы столкнулись с трудностями информационного характера при проведении экономического анализа внедрения информационных технологий в лечебные учреждения.





Результаты исследования, представленные в данной статье, содержательно определили круг задач блока экономического анализа в медицинских информационных системах, служащего формированию необходимых показателей в требуемой детализации и проведению расчетов с целью оценки и контроля

экономической эффективности медицинских информационных систем.

Следующим этапом могут стать разработка и реализация методов оценки экономической эффективности медицинских информационных систем средствами самих информационных систем.



Литература

1. Методические рекомендации по оценке эффективности инвестиционных проектов и их отбору для финансирования/Официальное издание. — М.: Теринвест, 1994.
2. Методические рекомендации по оценке эффективности инвестиционных проектов: (Вторая редакция)/М-во экон. РФ, М-во фин. РФ, ГК РФ по стр-ву, архит. и жил. политике. — М.: Экономика, 2000.
3. Виленский П.Л., Лившиц В.Н., Смоляк С.А. Оценка эффективности инвестиционных проектов. Теория и практика. 3-е издание. — М.: Дело, 2008.
4. Материал об оценке эффективности инвестиционных проектов в Москве//<http://www.isa.ru/ref/Оценка%20эффект.инвест.проектов.doc>
5. Беренс В., Хавранек П.М. Руководство по оценке эффективности инвестиций. — М.: ИНФРА-М, 1995.
6. Методические рекомендации по комплексной оценке эффективности мероприятий, направленных на ускорение научно-технического прогресса. — М.: Изд. ГКНТ, 1988.
7. Wang S., et al. A Cost-Benefit analysis of electronic medical records in primary care//The American Journal of Medicine. — 2003. — Vol. 114. — P. 397–403.
8. Girosi F., Meili R., Scoville R. Extrapolating evidence of health information technology savings and costs. — Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, 2005.
9. Wong D., et al. Changes in intensive care unit nurse task activity after installation of a third-generation intensive care unit information system//Critical Care Medicine. — 2003. — Vol. 31. — № 10. — P. 2488–2494.
10. Ellingsen G., Monteiro E. Big is beautiful. Electronic patient records in Norway 1980–2000//Methods of Information in Medicine. — 2003. — Vol. 42.
11. Fickel K. Hot-Wiring Hospitals//Profit Magazine. — 2001.
12. Tierney W., Miller M. Physician inpatient order writing on microcomputer workstations/Effects on Resource Utilization//JAMA. — 1993. — Vol. 269. — № 3. — P. 379–383.
13. Lambertville N.J. Hospital pharmacy trends summary//Health Strategies Group. — 2004.
14. Johnston D. et al. The value of computerized provider order entry in ambulatory setting. — Boston, Mass.: Center for Information Technology Leadership, Partners HealthCare, 2003.
15. Скрипкин К.Г. Экономическая эффективность информационных систем. — М.: ДМК Пресс, 2002.
16. Кухаренко М. Расходное место//Эксперт-Алгоритм. — № 2. — 21 июня 1999.
17. Кириенко И.А. Вычисляем ССВ//Компьютерра. — № 5. — 2002.
18. Провалов В.С. Информационные технологии управления: Учебное пособие. — М.: Флинта: МПСИ, 2008.
19. Джамай Е.В. Рынок информационных продуктов и услуг: Учебное пособие. — М.: Изд-во МАИ, 2008.



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ США НАКАНУНЕ РЕФОРМ

Президент США Барак Обама предложил на пост Министра здравоохранения и социального обеспечения губернатора Канзаса Кейтлин Сибелиус. В прошлом Кейтлин Сибелиус уже приходилось сталкиваться с решением некоторых вопросов здравоохранения на уровне своего штата. К тому же она заработала репутацию политика, способного добиваться поддержки своих начинаний у представителей обеих партий, что для министра является бесценным качеством. Теперь назначение Сибелиус должен одобрить Конгресс.

Создание новой и доступной для всех системы здравоохранения Барак Обама назвал одной из своих приоритетных задач. Первым делом Кейтлин Сибелиус предстоит заняться разработкой специальной программы для 46 миллионов американцев, у которых нет медицинской страховки. Для тех же, кто платит за свое страхование, новому министру предстоит пересмотреть цены на различные врачебные услуги.

Выступая ранее перед обеими палатами Конгресса, Барак Обама заявил, что намерен выделить беспрецедентную денежную сумму на развитие превентивной медицины, так как, сказал он, «самый лучший, если не единственный, способ сделать нашу нацию более здоровой и держать под контролем цены на лечение».

«Стоимость нашего здравоохранения уже очень долго является тяжелым бременем как для населения, так и для экономики. Реформа в этой области нужна незамедлительно. Она состоит уже в этом году», — сказал Президент.

Президент США созвал 5 марта 2009 г. в Белом доме конференцию по здравоохранению, на которую были приглашены более 120 человек: медики, представители больниц, фармацевтических и страховых компаний и пациенты, общественные деятели и члены Конгресса от обеих партий.

Над нынешними попытками реформы витает призрак провалившейся 15 лет назад предыдущей попытки, которой руководили Хиллари Клинтон и советник Белого дома Айра Магазинер. План радикальной реформы не обсуждался профессиональным сообществом и общественностью и был слишком далеко идущим для своего времени. Конгресс его забаллотировал, хотя большинство в нем имела демократическая фракция.

С тех пор стоимость лечения в США резко возросла, и многие считают, что атмосфера сейчас, наконец, благоприятствует полной перестройке системы медицинского обслуживания в Америке.

Учитывая негативный опыт Хиллари, Обама решил не составлять план перестройки в тайне, а потом обрушивать его на страну. Проект реформы будет разрабатываться постепенно и на виду у общественности, обещает Белый дом. Конференция по здравоохранению есть составной элемент такого подхода.

Одновременно Обама умерил масштабы своей перестройки. Как пишет Washington Post, всего лишь четыре месяца назад фармацевтические компании «готовились к худшему». Они опасались, что новый Президент в приказном порядке ограничит цены на лекарства, и уже готовили многомиллионную пропагандистскую кампанию против его реформы.

Однако после переезда в Белый дом Обама избрал более скромный подход и намеревается лишь требовать, чтобы компании давали государству более значительную скидку на лекарства, которые оно закупает для престарелых. По сравнению с контролем над ценами эта мера будет для фармацевтов гораздо менее болезненной и обойдется им на несколько миллиардов меньше.

Многие страховщики, администраторы больниц и другие члены медицинского лобби с энтузиазмом встретили намерение Обамы





- **Индустрия здоровья в США имеет бюджет 2,26 триллиона долларов.**
- **На поддержание здоровья американца в год уходит 7,5 тысяч долларов.**
- **Почти половину суммы платит государство. Остальное — страховки, которые оплачивает работодатель, и личные деньги граждан.**
- **Страховкой обеспечены 84% жителей США.**
- **Из бюджета, то есть за счет налогоплательщиков, предоставляется ретровирусная терапия для инфицированных ВИЧ-СПИД.**

резко увеличить число американцев, охваченных государственным страхованием. Вновь застрахованные граждане начнут ходить на медосмотры и физиотерапию, приобретать лекарства и медицинское оборудование и ложиться на операции, которые они раньше не могли себе позволить или не хотели тратить на них свои деньги. Завороженные перспективой миллионов новых клиентов, многие члены медицинского лобби быстро потеплели к реформам, которые обещает новый Президент, и с радостью согласились приехать на конференцию.

Но грядущую перестройку приветствуют далеко не все. Например, многомиллионная Американская ассоциация пенсионеров приняла в штыки намерение Обамы потребовать, чтобы самые зажиточные ее члены больше платили за лекарства. Организация «Консерваторы за права пациентов» планирует истратить 20 млн. долларов на пропагандистскую кампанию против реформы и будет доказывать американцам, что их страна идет к национализации медобслуживания.

Скептики отмечают, что это мероприятие следует за конференцией по налогово-бюджетной ответственности, на следующий день после которой Обама представил проект госбюджета на финансовый 2010 год, пре-

дусматривающий повышение налогов и рекордные дефициты. Проект включает создание «резервного фонда» объемом в 634 млрд. долларов, предназначенного для проведения реформы американского здравоохранения, которое, по общему мнению, непосильно дорого и доступно не всем.

Месяцем ранее, 28 января, Палатой представителей Конгресса США был одобрен «Антикризисный план возрождения и реинвестирования 2009 года», предложенный Б. Обамой.

Введением к основным мероприятиям «Антикризисного плана возрождения и реинвестирования 2009 года» Обамы *стал раздел «Беспрецедентная подотчетность»*. В нем декларируется, что методика и распределение средств по конкурсам, контрактам, грантам должны быть обнародованы на специальном web-сайте, созданном Президентом; губернаторы и мэры обязаны лично гарантировать, что направления и адреса инвестиций полностью оправданы, отдельно предусматривается создание совета по надзору за прозрачностью и отчетностью распределения средств и предупреждения возможных проблем. Кроме этих мер, Контрольной палате Правительства предоставляются дополнительное финансирование и права доступа для надзора за финансированием возрождения экономики, а лица, которые сообщают о коррупции и нарушениях на государственном и местном уровне, будут обеспечены защитой.

В разделе *Снижение стоимости услуг* здравоохранения указано, что целями данного подраздела являются спасение не только рабочих мест, но жизней, а также денег, расходуемых на лечение, совершенствование и компьютеризация системы здравоохранения, сокращение медицинской бюрократии и снижение стоимости медицинских услуг на миллиарды долларов ежегодно. Планируется развитие медицинских технологий для предотвращения медицинских ошибок и обеспечения более высокого уровня обслуживания пациентов, совершенствование про-



Таблица 1

Финансовое обеспечение отдельных направлений «Антикризисного плана возрождения и реинвестирования 2009 года» США

Программы, на которые направляются средства		Сумма (\$)
Социальная сфера		
Образование	Строительство и модернизация, техническое переоснащение начальной и высшей школы	20 млрд.
	Переподготовка учителей, компьютерные и научные лаборатории в классах	1 млрд.
	Увеличение государственных стипендий студентам на 500 долл.	15,6 млрд.
	Поддержка работающих студентов колледжей	490 млн.
	Гранты для детей-инвалидов	13 млрд.
Медицина	Компьютеризация здравоохранения и усовершенствование информационных технологий	20 млрд.
	Профилактика хронических заболеваний, инфекционных болезней, вакцинация	3 млрд.
	Исследования для выявления наиболее эффективных медикаментов	1 млрд.
	Обновление клиник	1 млрд.
	Оплата медпомощи незастрахованным американцам	500 млн.
	Создание до 1 млн. рабочих мест для молодежи летом	1,2 млрд.
	Разработка программ для рабочих и молодежи в новых секторах экономики	2,8 млрд.
Борьба с безработицей	Оказание помощи инвалидам в получении работы	500 млн.
	Помощь безработным при поиске работы через Службу занятости	500 млн.
	Обеспечение работой пожилых американцев с низким уровнем дохода	120 млн.
	Поддержание программы льгот при растущей безработице	27 млрд.
	Увеличение пособия по безработице с 300 до 400 долл. в месяц	9 млрд.
Другое	Обеспечение беспризорных детей едой и транспортом	66 млн.
	Помощь по уходу за детьми работающим родителям	2 млрд.
	Оказание продовольственной помощи малоимущим	20 млрд.
	Организация передвижных столовых для пожилых людей	200 млн.
	Обеспечение школьников бесплатными обедами	726 млн.
	Оказание помощи малоимущим и пожилым гражданам (7,5 млн. человек)	4,2 млрд.
	Оказание помощи малоимущим семьям в оплате счетов за электроэнергию	1 млрд.

филактики заболеваний, внедрение экономических методов лечения, определение наиболее эффективных методов лечения.

Для этого предполагается выделить на компьютеризацию здравоохранения и усовершенствование информационных технологий \$20 млрд., на профилактику заболеваний и методики определения наиболее эффективных методов лечения — \$4,1 млрд., на сравнение эффективности различных медикаментов —

\$1 млрд.; на увеличение числа незастрахованных американцев, получающих квалифицированную медицинскую помощь, — \$1,5 млрд., на обновление клиник и внедрение новых технологий — \$1 млрд., на обучение врачей, стоматологов и медсестер, оплату труда студентов-медиков, готовых работать в медицинских учреждениях, — \$600 млн. (табл. 1).

*По материалам зарубежных СМИ
Наталья КУРАКОВА*



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ, ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

П Р И К А З

6 февраля 2009 г.

№ 108

**ОБ УПОРЯДОЧЕНИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В АКУШЕРСКИХ
СТАЦИОНАРАХ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**

В целях усиления контроля организации, упорядочения практики оказания платных медицинских услуг беременным, роженицам и родильницам в акушерских стационарах Департамента здравоохранения города Москвы, а также в целях пресечения незаконного взимания платы с пациенток медицинским персоналом приказываю:

1. Утвердить «Положение об оказании в акушерских стационарах медицинских услуг за плату женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде» (Приложение 1).

2. Утвердить форму «Информированного согласия пациенток на получение платных медицинских услуг в период беременности, родов и послеродовом периоде» (Приложение 2).

3. Начальникам управлений здравоохранения административных округов, главным врачам лечебно-профилактических учреждений городского подчинения:

3.1. Обеспечить организацию оказания платных медицинских услуг в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде в соответствии с Положением, утвержденным настоящим приказом.

3.2. С целью профилактики нарушения прав пациентов, а также недопущения в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях фактов оказания сотрудниками медицинской помощи вне рабочего времени обеспечить строгий контроль соблюдения графиков работы медицинского персонала, не допускать несанкционированные выезды

врачей на роды в ночное и нерабочее время, получение денег с пациенток, в том числе в приемных отделениях, за госпитализацию и предоставление отдельных палат.

3.3. Провести с работниками подведомственных лечебно-профилактических учреждений информационные занятия по правовым основам деятельности медицинского персонала и правам пациентов при оказании медицинской помощи, соблюдению норм этики и деонтологии медицинским персоналом и в срок до 15.02.2009 представить в Департамент здравоохранения информацию об исполнении. Проводить данные занятия с сотрудниками систематически, не реже двух раз в год.

3.4. О выявленных в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях фактах вымогательства, незаконного взимания платы с пациентов незамедлительно информировать Департамент здравоохранения.

3.5. Разместить в подведомственных учреждениях родовспоможения на информационных стендах сведения о том, что медицинские услуги предоставляются женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде бесплатно.

4. Заместителям руководителя Департамента здравоохранения И.А. Лешкевичу, В.А. Соболеву:

4.1. Усилить контроль организации оказания платных медицинских услуг в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения.



4.2. Обеспечить совместно с Центром медицинской инспекции проведение плановых проверок организации оказания платных медицинских услуг в акушерских стационарах.

4.3. Совместно с начальником отдела руководителя (В.В. Галич): ввести в практику работы линейного контроля проверку орга-

низации работы в родильных блоках акушерских стационаров, включая соблюдение графиков работы медицинского персонала.

5. Контроль исполнения настоящего Приказа возложить на первого заместителя руководителя Департамента здравоохранения С.В.Полякова.

*Руководитель
Департамента здравоохранения
А.П.СЕЛЬЦОВСКИЙ*

Приложение № 1
к Приказу Департамента здравоохранения
от 06.02.2009 № 108

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОКАЗАНИИ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗА ПЛАТУ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

1. Положение регламентирует порядок и условия предоставления платных медицинских услуг беременным, роженицам и родильницам в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения.

2. Деятельность лечебно-профилактических учреждений по оказанию платных медицинских услуг регламентируется законодательством Российской Федерации, нормативными актами Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, приказами и распоряжениями Департамента здравоохранения г. Москвы.

3. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями по видам деятельности в соответствии с лицензией и при наличии специального разрешения Департамента здравоохранения города Москвы, оформленного в установленном порядке.

4. Оказание платных медицинских услуг должно осуществляться без снижения объема

и качества основной (бесплатной для пациентов) лечебно-диагностической помощи.

5. Платные услуги женщинам в период беременности, родов и послеродового периода предоставляются медицинскими учреждениями в рамках договоров с пациентками, с организациями на оказание платных медицинских услуг работникам и членам их семей, со страховыми организациями, работающими в системе добровольного медицинского страхования.

6. Пациентки должны быть информированы о возможности получения бесплатно медицинской помощи в объеме, предусмотренном Программой государственных гарантий.

7. Перед заключением договора на оказание платных медицинских услуг оформляется «Информированное согласие пациенток на получение платных медицинских услуг в период беременности, родов и послеродовом периоде» (Приложение 2). «Информированное согласие пациенток на получение





платных медицинских услуг в период беременности, родов и послеродовом периоде» является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.

8. Для определения возможности получения пациентками медицинской помощи в период беременности, родов и в послеродовом периоде на платной основе перед заключением договора на оказание платных медицинских услуг не позднее, чем за 30 дней до предполагаемой даты родов, должна быть проведена консультация врача акушера-гинеколога. При наличии тяжелой экстрагенитальной патологии, тяжелых осложнений течения беременности и развития плода медицинская помощь не может быть оказана на платной основе.

9. Договор на оказание платных медицинских услуг заключается в письменном виде и регламентирует перечень медицинских услуг, условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон; предусматривается получение материальной компенсации в случае осложнений.

10. Сверх Программы государственных гарантий беременным, роженицам и родильницам могут быть предоставлены следующие платные медицинские услуги:

- пребывание в палатах повышенной комфортности;
- индивидуальное ведение родов врачом и акушеркой;
- наблюдение и дополнительное динамическое обследование беременной при

выбранном родильном доме с 36 недель беременности индивидуальным врачом;

— круглосуточная консультативная помощь пациентке индивидуальным врачом;

— дополнительные занятия по психопрофилактической подготовке беременной к родам и уходу за ребенком.

11. Экстренная и неотложная медицинская помощь оказывается всем пациенткам бесплатно в полном объеме.

12. Оплата медицинских услуг в соответствии с заключенными договорами на оказание платных медицинских услуг может производиться путем безналичных расчетов через учреждения банков или путем внесения наличных денег непосредственно в кассу медицинского учреждения с выдачей пациенту документа, подтверждающего оплату (кассового чека или квитанции установленного образца).

13. В случае заключения пациентом договора добровольного медицинского страхования взаиморасчеты производятся со страховой компанией.

14. По требованию лица, оплатившего услуги, медицинское учреждение обязано выдать справку установленной формы об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

15. Претензии и споры, возникшие между пациентами и медицинским учреждением, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

*Заместитель руководителя
Департамента здравоохранения
И.А.ЛЕШКЕВИЧ*



Приложение № 2
к Приказу Департамента здравоохранения от 06.02.200 № 108

Форма
«Информированного согласия пациенток на получение
платных медицинских услуг в период беременности, родов
и послеродовом периоде»

Главному врачу _____
(ЛПУ)
от _____
(Ф.И.О. главного врача)
(Ф.И.О. пациентки)

Я, нижеподписавшаяся _____, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг (по договору №__ от «__» _____ 200_ г.).

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий.

«__» _____ 200_ г.

Подпись пациента _____
Лечащий врач _____
Зав. отделением _____

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения И.А.ЛЕШКЕВИЧ

ВАШ БЕЗОПАСНЫЙ ТРУД - НАША РАБОТА





**АВАНГАРД
СПЕЦОДЕЖДА**

Компания «Авангард-Спецодежда»
является поставщиком ведущих
медицинских учреждений России

**(495) 600-31-14,
(495) 600-31-15,
(495) 600-31-16**

Рязанский проспект, дом 2 корпус 2,
Торговый центр «ГОРОД» 5-й этаж

www.avangard-sp.ru inform@avangard-sp.ru





ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ

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



В «Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении» (утвержденной 12.07.2004 заместителем Министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым) приведены такие услуги, как «услуги медицинского сервиса». Являются ли они медицинскими или немедицинскими услугами?

Определение услуги медицинского сервиса имеется в Приказе Минздрава РФ от 22 января 2001 г. № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении». В соответствии с данным приказом услуги медицинского сервиса — это услуги населению, выполняемые в медицинском учреждении в процессе оказания медицинской помощи, но не являющиеся элементами медицинской помощи. Таким образом, услуги медицинского сервиса не являются медицинскими услугами.



Мы являемся государственным учреждением здравоохранения. Проверяющие органы предъявляют претензии по поводу того, что в учреждении отсутствует нормативный документ, определяющий уровень рентабельности, в соответствии с которым в цены на платные услуги закладывается прибыль. При этом делаются ссылки на п. 7.2.4 «Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении», утвержденной 12.07.2004, в котором говорится «Показатель уровня рентабельности определяется на основании нормативных документов».

Во-первых, указанная «Номенклатура работ и услуг в здравоохранении» не является нормативным документом и не может содержать требования, обязательные для учреждений здравоохранения. Во-вторых, нормативный документ, определяющий уровень рентабельности, существует. Точнее, существует документ, прямо запрещающий органам государственной власти устанавливать уровень рентабельности при формировании цен на платные медицинские услуги. Речь идет о Постановлении Правительства РФ от 7 марта 1995 г. № 239 «О мерах по упорядочению государственного

регулирования цен (тарифов)». Пункт 7 Постановления предписывает: «Не применять государственное регулирование цен (тарифов), надбавок для всех хозяйствующих субъектов независимо от их организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности, осуществляемое путем установления фиксированных цен, предельных цен, надбавок, предельных коэффициентов изменения цен, предельного уровня рентабельности, декларирования повышения цен на все виды продукции производственно-технического назначения, товаров народного потребления и услуг, кроме продукции, товаров и услуг, предусмотренных пунктом 1 настоящего Постановления». Платные медицинские услуги в указанном п. 1 Постановления отсутствуют. Таким образом, государственное регулирование как уровня цен, так и уровня рентабельности запрещено.

Это подтверждается и Письмом Минэкономки РФ от 3 марта 1999 г. № 7-225 «О ценах на платные медицинские услуги». Прочитав его целиком: «На запрос сообщаем, что государственное регулирование цен (тарифов) не применяется на платные услуги, перечень которых не предусмотрен Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. № 239 и последующими законодательными актами.

Цены (тарифы) на платные услуги, не подлежащие государственному регулированию, в число которых входят и платные медицинские услуги, формируются в порядке, предусмотренном Методическими рекомендациями по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденными Минэкономки России 6 декабря 1995 г. № СИ-484/7-982.

Уровень рентабельности при расчете свободных тарифов не регламентирован».



Возможно ли в детском учреждении оказывать платные медицинские услуги для взрослого населения (например, для родителей)?

Все зависит от того, что записано в уставе медицинского учреждения. Если устав учреждения не содержит ограничений по возрасту лиц, которым оказывается медицинская помощь, то платные медицинские услуги взрослому населению могут оказываться беспрепятственно (при соблюдении всех остальных требований — наличия лицензии и т.д.). Если же уставом предусмотрено оказание медицинской помощи только для детского населения, необходимо внести необходимые изменения в устав. При этом нужно быть внимательным. Нередко приходится сталкиваться с «ловушками», которые сами для себя устанавливают медицинские учреждения. Например, вносят в устав дополнения следующего содержания: «Учреждение может оказывать платные медицинские услуги, соответствующие основным целям деятельности учреждения, изложенным в пункте...». А далее делается ссылка на пункт устава, который оговаривает, что целью деятельности учреждения является оказание медицинской помощи детскому населению. В данном случае дополнение в устав лучше сформулировать примерно в следующем виде: «Для достижения основных целей деятельности учреждения путем привлечения дополнительных источников финансирования учреждение вправе оказывать платные медицинские услуги взрослому населению».





Требование наличия специального разрешения для оказания услуг за плату действует только в отношении медицинских услуг. Проверяющие органы предъявляют к нам претензии, заявляя, что если в оказании сервисной (немедицинской) услуги принимает участие медицинский персонал, то она становится уже медицинской, и мы должны получать специальное разрешение вышестоящего органа на оказание этих услуг. Правомерны ли эти требования?

Является ли услуги медицинской или нет, определяется не тем, кто принимает в ней участие, а характером услуги. Медицинские работники могут оказывать как медицинские услуги, так и немедицинские (сопровождение пациента по территории учреждения при отсутствии медицинских показаний; доставка пищи, газет и т.д. в палату и т.п.).

Кроме того, при оказании сервисных услуг (в отличие от медицинских) уплачивается налог на добавленную стоимость.

Полезная ссылка



**СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК
CNEWS «ИТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»,
ПРЕДСТАВЛЕННЫЙ НА САЙТЕ [WWW.CNEWS.RU](http://www.cnews.ru),
ПОСВЯЩЕН АНАЛИЗУ ОСОБЕННОСТЕЙ
ИНФОРМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ**

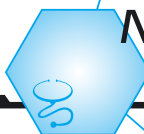


По данным Минздравсоцразвития РФ, при традиционной системе медицинского обслуживания 39% времени врача тратится на ведение медицинской документации и 50% — на поиск информации. Внедрение автоматизированной системы позволяет увеличить поток больных на 10–20%, уменьшить время постановки диагноза на 25%, снизить время ожидания пациентом очередной процедуры в 2 раза и время поиска информации в 4 раза.

Использование современной информационно-технической инфраструктуры в здравоохранении могло бы ежегодно экономить до 165 млрд. долл. за счет снижения длительности пребывания больного в стационаре, своевременного проведения анализов и сокращения административных расходов.

Однако, несмотря на то, что в настоящее время основные принципы электронного здравоохранения уже утверждены, концепция его построения еще недостаточно проработана и не реализуется, а нормативно-правовая база практически отсутствует.

*Подробнее см. в специальном выпуске CNews «ИТ в здравоохранении»,
в марте 2009 г. на сайте www.cnews.ru,
а также в № 3 журнала CNews*

**Менеджер**
здравоохранения

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ****14–19 июня 2009 г.****Место проведения:** Мадрид, Испания**Организатор:** компания SYNOPSIS при поддержке Торгово-промышленной палаты, Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России»**Генеральный информационный спонсор:** журнал «Менеджер здравоохранения»**Цель конференции:** обсуждение антикризисных мер управления медицинским центром в условиях финансовой нестабильности, путей повышения толерантности к инвестиционным рискам в сфере здравоохранения, создание единого экономического пространства для профессионалов здравоохранения России и зарубежных стран, обсуждение интеграционных процессов, обмен опытом.**ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:**

- Частно-государственное партнерство в здравоохранении: опыт России и Испании
- Здравоохранение как инвестиционно привлекательная сфера: оценка и управление рисками
- Малое и среднее предпринимательство в здравоохранении: система государственной поддержки
- Рынок медицинских услуг в России: тенденции и прогнозы
- Государственный и частный сектор здравоохранения: возможности синергии
- Медицинское страхование в России: ДМС и лекарственное страхование
- Проблемные вопросы лицензирования медицинской деятельности
- Госпитальные информационные системы как ресурсосберегающие технологии

В программе конференции: посещение современного госпиталя Испании, созданного в формате частно-государственного партнерства, круглые столы, тренинги и мастер-классы

Доклады будут опубликованы в специальном выпуске журнала «Менеджер здравоохранения». Материалы принимаются до 20 мая 2009 г.

Оргкомитет конференции: +7 (499) 922-19-27, www.forum4med.ru**Контактное лицо:** Марина Белова, руководитель направления «Медицинские конференции».



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

РОСПОТРЕБНАДЗОР СЛЕДИТ ЗА ОБРАЩЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА

Информационное письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 24 декабря 2008 г. № 01И-830/08 «Об организации мониторинга ситуации в сфере лекарственного обращения»

В связи с экономическим кризисом Роспотребнадзор просит территориальные органы ежемесячно (до 5 числа) направлять ему информацию о текущей ситуации в сфере обращения лекарственных средств и ее изменениях во всех сегментах фармацевтического рынка (коммерческий, государственные закупки, госпитальный, производственный) в субъекте РФ.

Особое внимание рекомендуется обратить на изменение розничных цен на жизненно важные лекарства и товарооборота, сокращение фармацевтических предприятий и работающего персонала, возможное возникновение дефектуры (ЖНВЛС, препараты «скорой помощи» и т.д.).

В 2009 ГОДУ ГОСУДАРСТВО ПОМОЖЕТ РЕГИОНАМ ЗАКУПИТЬ МЕДОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Постановление Правительства РФ от 3 марта 2009 г. № 189 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению»

В 2009 году бюджетам субъектов РФ выделяются субсидии на закупку оборудования для учреждений здравоохранения в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению.

Субсидии предоставляются на основании соглашения между субъектом РФ и Минздравсоцразвития России.

Для получения субсидий субъекты РФ должны выполнить ряд условий. Среди них: проведение мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями; проведение мероприятий по оснащению оборудованием региональных онкологических диспансеров в субъектах и окружного онкологического диспансера в Челябинской области; выделение и подготовка помещений для закупаемого оборудования; обеспечение подготовки медицинских кадров, в том числе по специальностям: «Онкология», «Хирургия», «Нейрохирургия», «Радиология», «Акушерство и гинекология», «Урология», «Анестезиология и реаниматология».

Об использовании субсидий региональные власти отчитываются перед Министерством ежеквартально, до 15 числа месяца, следующего за отчетным кварталом. Остаток неиспользованных субсидий переходит на следующий финансовый год на те же цели.

Утверждено распределение субсидий между Челябинской, Белгородской, Волгоградской, Калужской, Кировской, Омской, Оренбургской, Пензенской, Тульской, Тюменской областями и Хабаровским краем.



ЧЕМ ВЫШЕ УРОВЕНЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ТЕМ ВЫШЕ ПРЕМИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 ноября 2008 г. № 681н «Об утверждении целевых показателей эффективности деятельности федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и критериев оценки эффективности работы их руководителей, условий премирования руководителей федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 декабря 2008 г. Регистрационный № 13052.

По новой системе оплаты труда до 5% бюджетных ассигнований могут использоваться на стимулирующие выплаты руководителям учреждений. При распределении этих средств учитывается исполнение целевых показателей эффективности работы, устанавливаемых главным распорядителем бюджетных средств, в ведении которого находится учреждение.

Установлены целевые показатели эффективности деятельности следующих учреждений Минздравсоцразвития России: психиатрические больницы, санаторно-курортные учреждения, НИИ, ВУЗы, медицинские колледжи, училища, техникумы, интернаты, специализированные учреждения здравоохранения; Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»; Терский лепрозорий; Геронтологический центр «Переделкино»; Сергиево-Посадский детский дом слепоглухих; Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины; Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения; Российский центр судебно-медицинской экспертизы.

Например, эффективность деятельности учреждений здравоохранения зависит от уровня обслуживания пациентов, квалификации медперсонала, отсутствия роста просроченной кредиторской задолженности и др.

Определены условия премирования руководителей учреждений.

ТРУД ПРИВЛЕЧЕННЫХ ВРАЧЕЙ УЗКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ МОЖНО ОПЛАТИТЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОТ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 ноября 2008 г. № 8952-ВС

В объем медицинской помощи при диспансерном (профилактическом) наблюдении ребенка в течение первого года жизни рекомендуется включать наблюдение у врачей узких специальностей. При отсутствии в штате медучреждения соответствующих специалистов учреждение вправе заключить договор о привлечении таких специалистов с другим медучреждением, в штате которого имеются требуемые специалисты.

При заключении с региональным отделением Фонда социального страхования РФ договора об оплате медпомощи, оказанной женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также диспансерного наблюдения детей медучреждение представляет лицензии на медицинскую деятельность по специальностям «Акушерство и гинекология» и (или) «Педиатрия». Лицензии на медицинскую деятельность по иным видам работ (услуг) не требуются.

Оплата труда привлеченных врачей узких специальностей может производиться из средств от реализации талонов № 3.1 и № 3.2 родовых сертификатов в соответствии с подстатьей 226 «Прочие работы, услуги» Классификации операций сектора госуправления.





УСИЛИВАЕТСЯ КОНТРОЛЬ ЗА ПРОДАЖЕЙ РЕЦЕПТУРНЫХ ЛЕКАРСТВ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 13 января 2009 г. № 01И-5/09 «О соблюдении правил отпуска лекарственных средств»

Росздравнадзор в I квартале 2009 года усиливает надзор за продажей рецептурных лекарств.

Для этого будут проверяться запас бланков рецептов в лечебно-профилактических учреждениях, порядок назначения и выписывания лекарств, соблюдение аптеками правил продажи рецептурных лекарств.

Данные мероприятия также планируется провести и во II квартале 2009 года в рамках плановых и внеплановых проверок по соблюдению лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности.

Нарушители установленных требований будут привлечены к административной ответственности.

ВРАЧИ КАКИХ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ НЕ ВПРАВЕ ВЫДАВАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 декабря 2008 г. № 737н «О внесении изменений в Порядок выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 1 августа 2007 г. № 514»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 8 января 2009 г. Регистрационный № 13205.

Уточнен перечень медицинских работников (врачей), которые не имеют права выдавать листки нетрудоспособности. Это медработники следующих учреждений здравоохранения: учреждений скорой медицинской помощи; учреждений переливания крови; приемных отделений больниц; бальнеологических лечебниц и грязелечебниц; центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы; учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

В 2009 ГОДУ РЕГИОНЫ ПОЛУЧАТ СУБВЕНЦИИ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЬГОТНИКОВ ЛЕКАРСТВАМИ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА

Постановление Правительства РФ от 31 января 2009 г. № 76 «О предоставлении в 2009 году субвенций на финансовое обеспечение оказания отдельным категориям граждан социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов»

На 2009 год установлен новый порядок выделения субвенций на обеспечение льготных категорий граждан необходимыми лекарствами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

В отличие от прошлого года, когда субвенции предоставлялись по линии ФОМС, в 2009 году субвенции выделяются из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ и г. Байконура. Средства перечисляются на счета территориальных органов Федерального казначейства для последующего перечисления в региональные бюджеты. Регионы обязаны ежеквартально отчитываться перед Минздравсоцразвития России об использовании субвенций.

Методика распределения субвенций не изменилась. Размер субвенции, выделяемой конкретному региону, определяется исходя из численности льготников в регионе и норматива финансовых затрат на обеспечение лекарствами (медицинскими изделиями, лечебным питанием) одного гражданина.



Приведено распределение субвенций между регионами на 2009 год. Всего в этом году на указанные цели выделяется 28,3 млрд. рублей.

МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИЗВЕЩАЮТ ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ О ПОСТРАДАВШИХ В ДТП В ТЕЧЕНИЕ СУТОК

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 января 2009 г. № 18 «Об утверждении статистического инструментария по учету пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях»

Утверждены учетные формы № 58-ДТП-1/у «Извещение о раненом, скончавшемся в течение 30 суток после дорожно-транспортного происшествия» и № 58-ДТП-2/у «Извещение о раненом в дорожно-транспортном происшествии, обратившемся или доставленном в медицинскую организацию», а также инструкции по их заполнению.

Так, форма № 58-ДТП-1/у заполняется медицинскими организациями на каждый случай смерти раненого, скончавшегося в течение 30 суток от последствий ДТП. В этой форме в том числе указываются диагноз при поступлении раненого в стационар, а также непосредственная, основная и внешняя причины смерти. Также в ней отдельно уточняется, если смерть наступила в течение первых 7 суток после ДТП.

Извещение по форме № 58-ДТП-2/у заполняется на каждый случай обращения (поступления) раненого в ДТП в медицинскую организацию. В нем указываются, в частности, диагноз при обращении и внешняя причина транспортного несчастного случая.

Медицинские организации направляют эти извещения в орган внутренних дел РФ по месту своего нахождения в срок не более суток с момента заполнения.

КАК ПРАВИЛЬНО ОТЧИТАТЬСЯ ПО СВЕДЕНИЯМ ОБ ОКАЗАНИИ И ФИНАНСИРОВАНИИ МЕДПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЗА 2008 ГОД?

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 декабря 2008 г. № 9762-ТГ «О формировании и предоставлении отчета по форме № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» за 2008 год»

Разъяснен порядок составления отчета по форме государственного статнаблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» за 2008 год.

При составлении отчета по форме № 62 за 2008 год необходимо учитывать следующее. Так, расходы федерального бюджета, направляемые как через систему ОМС, так и напрямую в субъект РФ на реализацию основных направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения (за исключением расходов федерального бюджета, направляемых через ФСС), необходимо показывать по видам медицинской помощи в Разделе VII по соответствующим графам «Федеральный бюджет» и соответствующим строкам. В этом же разделе по соответствующим графам «Фонд социального страхования» и соответствующим строкам указываются расходы федерального бюджета, направляемые через ФСС на оплату медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также на оплату диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни; на проведение диспансеризации граждан, работающих в отраслях с вредными и опасными производственными условиями, и дополнительную оплату первичной медико-санитарной помощи работающим гражданам.

К годовому отчету по форме № 62 составляется пояснительная записка. В частности, в ней следует отразить анализ основных показателей реализации территориальной программы государственных гарантий в 2008 году по сравнению с 2007 годом, уточненную величину районного коэффициента, если таковой имеется.





ДОПОЛНЕН ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 января 2009 г. № 16н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 323»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 4 февраля 2009 г. Регистрационный № 13268.

С 1 января 2009 года расширен перечень работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности. В этот перечень включены работы (услуги) по лечебному делу, медицинскому (наркологическому) освидетельствованию, наркологической экспертизе. Данным перечнем руководствуются в процессе лицензирования медицинской деятельности.

Соответствующие дополнения внесены в перечень работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической и стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медпомощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медпомощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медпомощи. На основании этого перечня оформляются приложения к лицензиям на медицинскую деятельность.

Так, при осуществлении доврачебной медпомощи могут выполняться работы (услуги) по лечебному делу. Медицинское (наркологическое) освидетельствование и наркологическая экспертиза могут проводиться в рамках амбулаторно-поликлинической и стационарной медпомощи (в том числе специализированной).

МОЖНО ЛИ ВЫПИСЫВАТЬ РЕЦЕПТЫ НА БЛАНКАХ СТАРОГО ОБРАЗЦА?

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 февраля 2009 г. № 25-1/10/2-506 «О дальнейшем использовании рецептурных бланков»

Минздравсоцразвития России считает нецелесообразным продление сроков использования старых образцов рецептурных бланков № 107-1/у, № 148-1/у-88 и № 148-1/у-04 (л).

Это объясняется следующим. Министерство уже продлевало срок использования рецептурных бланков: формы № 107-1/у — до 31 декабря 2007 года, формы № 148-1/у-88 — до 1 июля 2008 года и № 148-1/у-04 (л) — до 31 декабря 2008 года. Таким образом, у регионов было достаточно времени для использования старых и изготовления новых бланков, соответствующих новому порядку назначения и выписывания лекарств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания.

При этом в связи с отсутствием централизованного запаса специальных рецептурных бланков на наркотическое средство и психотропное вещество допускается использование всех ранее утвержденных образцов указанных бланков.

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



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

*Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант»
и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: www.idmz.ru*



Начинается подписка на ежемесячный научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения» на второе полугодие 2009 года



Адрес редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д.11.
Тел./факс: (495) 618-07-92
Моб. тел.: 8 (926) 602-40-71
E-mail: idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru
www.idmz.ru

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82614** на полугодие
20102 на год

Подписка через редакцию (с любого номера, на любой срок):

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **290 руб.**
- на полугодие — **1740 руб.**

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом
«Менеджер Здравоохранения»
ИНН 7715376090 КПП 771501001
р/с: 40702810638050105256
в Марьиноорошинском ОСБ 7981 г. Москва,
Сбербанк Россия ОАО
к/с: 30101810400000000225
БИК 044525225
Код по ОКП 95200,
Код по ОКПО 14188349

**В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку
на журнал "Менеджер здравоохранения" на 2 п/г 2009 г.»,
Ваш полный почтовый адрес и телефон.**

Список альтернативных агентств, принимающих подписку на журнал «Менеджер здравоохранения»:

ООО ГК «Коммерсант-Курьер»	http://www.komcur.ru/
ООО «Агентство «Мир Прессы»	http://www.mir-press.ru/
ООО «Урал-Пресс XXI»	http://www.ural-press.ru/
ООО «Интер-Почта»	http://www.interpochta.ru/
ООО «Мегапресс»	http://www.mega-press.ru/

ВНИМАНИЕ !!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису.
Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы.
Вопросы принимаются по факсу **(495) 618-07-92** и электронной почте **idmz@mednet.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