

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№8. 2009



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003

Электронный **З**доровья **П**АСПОРТ **Р**ебенка (школьника)

*Персональный мониторинг здоровья детей -
прорыв в медицину будущего!*

Подробная информация:
Тел.: (495) 921-40-66
www.zdravkarta.ru sales@zdravkarta.ru

ЭЛЕКТРОННЫЙ ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА (ШКОЛЬНИКА)

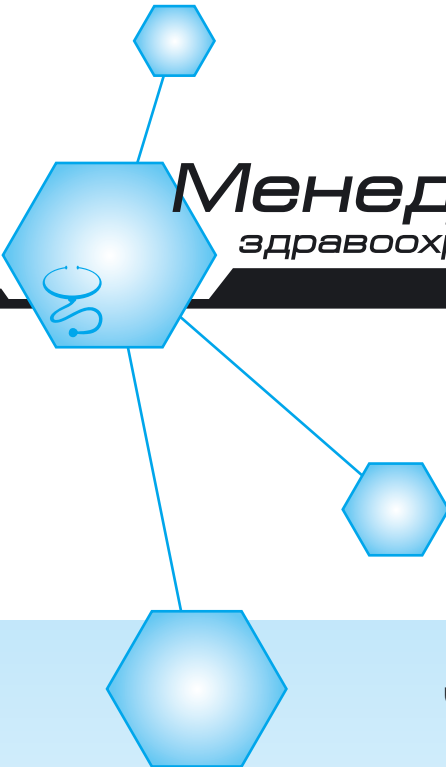
Позволяет родителям:

- хранить, обобщать и анализировать объективные данные о здоровье и развитии ребенка;
- предотвращать риски оказания ребенку неадекватной медицинской помощи в Ваше отсутствие;
- использовать электронные справочники медицинских терминов и лабораторных показателей.

Позволяет детям:

- приобретать навыки ответственного отношения к своему здоровью;
- самостоятельно вести дневники здоровья с использованием компьютерных технологий.

**Вся персонифицированная информация,
находящаяся на флеш-карте, надежна защищена.
Степень доступа к ней определяют родители.**



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ Управляемая медицинская помощь как антикризисная модель организации медицинской помощи
- ✓ Механизмы хозяйственного расчета и «условного фондодержания» — экономическая основа управления эффективностью лечебного процесса
- ✓ Проблемы перехода стационара на аутсорсинг
- ✓ Методические рекомендации по порядку выведения обеспечивающих функций органов исполнительной власти области бюджетных учреждений на аутсорсинг. *Региональный опыт*
- ✓ Технология предварительной электронной записи на консультативные приемы поликлиники областной больницы
- ✓ Об обеспечении информированности граждан о правах при получении медицинской помощи в условиях ОМС

Менеджер здравоохранения

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:

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

Шеф-редактор:

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

Редакционная коллегия:

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

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

№ 8
2009

В номере:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2009

АНТИКРИЗИСНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

4

Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. Часть 3

И.М. Шейман, С.В. Шишкин

5-18

Можно ли использовать кризис для проведения непопулярных реформ в системе здравоохранения?

Обсуждение доклада «Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи» на Круглом столе в Высшей школе экономики, г. Москва, 7 апреля 2009 г.

19-20

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Организация системы пренатальной диагностики в учреждениях акушерско-гинекологического профиля г. Москвы

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

21-25

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Дорожно-транспортный травматизм как национальная программа

Материалы слушаний Комиссии по здравоохранению
Общественной палаты РФ, г. Москва, 25 июня 2009 г.

26-29

ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА

Информационно-образовательный портал «Ликвидация последствий ДТП»

29

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Травматизм и смертность на дорогах: где начинается и где заканчивается зона ответственности здравоохранения?

Интервью с членом рабочей группы Минздравсоцразвития
России по реализации ФЦП «Повышение безопасности дорожного
движения в 2006-2012 годах» Леонидом Дежурным

30-37

ОРГАНИЗАТОР

О форуме «Частная медицина»

38

МАРТЫНЧИК Светлана Александровна,
д.м.н., заведующая 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

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

**Типовая медицинская информационная система
персонифицированного учета оказания медицинской
помощи в вопросах и ответах**

39-43

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

А не «лукавые ли цифры?»

М.Р. Андреева

44-45

**А не «лукавый ли отзыв»
на как будто «лукавые цифры?»**

Ю.Ю. Зинчук

45-46

**Решение Общественного совета по защите прав пациентов
Росздравнадзора и страховщиков по вопросу права
на бесплатную медицинскую помощь в государственных
и муниципальных учреждениях здравоохранения**

*А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк,
И.В. Рыкова*

47-57

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Аутсорсинг в здравоохранении. Часть 1

*Консультанты: заместитель главного
редактора журнала, д.э.н. Ф.Н. Кадыров, экономист Комитета
по здравоохранению г. Санкт-Петербурга И.С. Хайруллина*

58-65

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы рубрики отвечает

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

66-68

ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ

**ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ
ДОКУМЕНТОВ ЗА ИЮНЬ-ИЮЛЬ 2009 г.**

69-72

73-80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсужде-
нии 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 здравоохра-
нения». Авторы опубликованных материа-
лов несут ответственность за подбор и
точность приведенных фактов, цитат, ста-
тистических данных и прочих сведений, а
также за то, что в материалах не содер-
жится данных, не подлежащих открытой
публикации.

Материалы рецензируются редакционной
коллекцией.

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

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 № 153.

© ООО Издательский дом «Менеджер
здравоохранения»



3 июля 2009 года



МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ НАЧАЛО БОРЬБУ С НЕЗАКОННЫМИ ПЛАТЕЖАМИ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СТРАНЫ



Об этом сообщила глава ведомства Татьяна Голикова. Она пояснила, что подписан приказ «О неотложных мерах по обеспечению гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи». Таким образом, отметила Министр, «мы открываем первый этап контроля за так называемыми карманными платежами при оказании медицинской помощи». Теперь любое письменное обращение граждан по поводу требования в медицинском учреждении незаконного платежа в трехдневный срок будет рассмотрено органами здравоохранения на любом уровне, муниципальном или субъектовом. «Смысл этого приказа состоит в том, что мы в случае письменного обращения граждан должны исходить из того, что в обращении должно быть указано само лечебное учреждение, его адрес, факт платежа», — пояснила Т. Голикова. При этом она добавила, что информация о подобных фактах будет также передаваться в правоохранительные органы.

Кроме того, будет издан перечень бесплатных медицинских услуг, который обязаны соблюдать в любом лечебном учреждении. Такой документ существует и сейчас, но вызывает нарекания. «Это не значит, что сегодня этого нет, но он /перечень/ не так подробен и дезориентирует граждан», — считает Министр. Также во всех лечебных учреждениях страны гражданам будут доступны памятки, где разъясняется, какая медицинская помощь гарантирована им, а также, что является незаконным платежом. «Наш анализ показывает, что наши граждане зачастую не знают, что платно, что бесплатно», — сообщила она.

Отвечая на вопросы журналистов, насколько возможно будет доказать факт получения «карманного платежа», Министр сказала: «С ходу проверяющим органам будет сложно определить». Однако глава ведомства уверена, что «начинать с чего-то надо». Кроме того, Т. Голикова считает, что внимание проверяющих органов привлечет тот факт, когда поступают неоднократные жалобы на одно и то же медучреждение или на одного и того же врача.

Т. Голикова напомнила, что право на оказание платных медицинских услуг государственные медучреждения получили в 1994 году. К этому же времени относится и законодательство в отношении обязательного медицинского страхования /ОМС/. За это время произошло немало изменений, однако законодательство таковых не претерпело. «Уже в этом году будет подготовлена новая редакция закона об ОМС и серия законодательных и нормативных актов», — отметила глава Минздравсоцразвития РФ. «Это именно новая редакция закона, потому что законодательство принималось еще в начале 90-х годов», — напомнила Т. Голикова. Она указала, что в новой редакции будет учтено также и то, что с 2010 года будет осуществлен переход от налогового к страховому принципу, а с 2011 года произойдет увеличение страхового взноса на ОМС.

Источник: <http://www.ami-tass.ru/>



И.М. Шейман,

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

С.В. Шишкин,

д.э.н., профессор, проректор Высшей школы экономики, директор научных программ Независимого института социальной политики, г. Москва

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ ЗАДАЧИ. ЧАСТЬ 3

4. ВОЗМОЖНЫЕ МОДЕЛИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БУДУЩЕМ

Обсуждение направлений развития здравоохранения предполагает формирование некоторого обобщенного «образа» этой системы в обозримом будущем. Какую модель здравоохранения мы хотели бы иметь через 10–15 лет и какую можем получить? К сожалению, рассмотренная выше Концепция такого образа не формирует. Попробуем дать ответ на этот вопрос.

Будем понимать под моделями здравоохранения возможные состояния системы здравоохранения, различающиеся по принципам организации оказания медицинской помощи и ее финансирования.

Можно выделить следующие ключевые факторы, которые будут определять развитие здравоохранения в предстоящее десятилетие:

- темпы развития экономики, определяющие возможности государства, населения, работодателей расходовать средства на здравоохранение;
- приоритетность развития здравоохранения в политике государства, измеряемая долей государственных расходов на здравоохранение в ВВП;
- изменения в способности государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения;
- изменения в отношении граждан к своему здоровью, определяющие готовность тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний;
- изменения в готовности работодателей инвестировать ресурсы в здоровье своих работников.

Разная динамика этих внешних по отношению к системе здравоохранения факторов будет создавать условия для формирования разных моделей здравоохранения. Вместе с тем этот процесс будет во многом определяться содержанием проводимой государственной политики в сфере здравоохранения.

В качестве оснований для выделения моделей здравоохранения на долгосрочную перспективу рассматриваются:

1. Соотношение ответственности государства и населения за обеспечение медицинской помощью:

- Объем и уровень конкретности государственных гарантий (публичных государственных обязательств).



- Соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения.

2. Соотношение государственной и частной систем оказания медицинской помощи:

- Социальная ориентация государственной и частной систем.

- Соотношение объемов оказываемой медицинской помощи в государственной и частной системах.

3. Принципы организации финансирования здравоохранения:

- Тип системы государственного финансирования здравоохранения (страховая, бюджетная, смешанная).

- Относительные масштабы перераспределения государственных средств, выделяемых на здравоохранение между регионами в целях выравнивания условий финансирования регионального здравоохранения.

4. Принципы организации медицинской помощи:

- Функциональная роль организаций, оказывающих первичную, специализированную амбулаторную, стационарную помощь, в координации этих видов помощи.

- Соотношение ресурсов, идущих на оказание первичной, специализированной амбулаторной и стационарной помощи.

Используя указанные основания, можно выделить три модели здравоохранения на среднесрочную перспективу:

- 1. Фрагментированное здравоохранение.**

- 2. Социально дифференцированное здравоохранение.**

- 3. Интегрированное здравоохранение.**

Рассмотрим каждую из них в отдельности.

Модель фрагментированного здравоохранения характеризуется сохранением основополагающих принципов существующей в России системы здравоохранения. Это модель здравоохранения, включающая:

- значительно отличающиеся друг от друга по уровню развития и реальному наполнению государственных гарантий территориальные системы здравоохранения;

- почти не взаимодействующие друг с другом государственная и частная системы оказания медицинской помощи;

- автономно функционирующие системы оказания первичной, специализированной амбулаторной и стационарной помощи, некомплексность лечебно-диагностического процесса;

- вертикальные программы борьбы с отдельными заболеваниями, слабо взаимодействующие между собой.

Сохранение такой модели здравоохранения в долгосрочной перспективе имеет наибольшие шансы при следующих условиях:

- Низкие темпы экономического роста, не выше 4% в год; соответственно возможности государства, населения, работодателей расходовать средства на здравоохранение увеличиваются, но достаточно медленно.

- Реальная приоритетность развития здравоохранения в политике государства мало меняется со временем, и доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП остается на существующем уровне или незначительно увеличивается — до 3,5–3,7% в 2020 г.

- Весьма ограниченная способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения мало меняется со временем.

- Отношение граждан к своему здоровью и готовность тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний меняются незначительно. Сохраняется существующая тенденция роста личных платежей населения за медицинские услуги и лекарства с некоторым увеличением доли в ВВП с 1,5% в 2008 г. до 1,6% в 2020 г.

- В общественном сознании не происходит заметных сдвигов в отношении ценности здоровья и состояния здравоохранения. Рост платежеспособного спроса на медицинские услуги не сопровождается усилением давления на систему здравоохранения, заставляющего проводить реформы.

- Конкуренция на рынке труда усиливается и стимулирует работодателей к расхо-



дованию средств на охрану здоровья работников.

- Доля частных расходов в ВВП увеличивается с 2,2 до 2,4%.

По выделенным выше основаниям модель имеет следующие характеристики:

Соотношение ответственности государства и населения за обеспечение медицинской помощи

Государственные гарантии оказания медицинской помощи остаются неконкретными. Проводится политика селективного финансирования проблемных зон в обеспечении государственных гарантий, но разрыв между гарантиями бесплатной медицинской помощи и реальными экономическими условиями получения гарантируемой бесплатной помощи сокращается медленно.

В государственных медицинских учреждениях продолжает развиваться практика предоставления платных медицинских услуг населению в качестве как дополнительных, так и альтернативных предоставлению бесплатных услуг. Доля пациентов, оплачивающих получение медицинской помощи, растет в регионах и с высоким, и с низким уровнями дохода.

Соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения составляет 60 к 40 (в 2008 г., по нашей оценке, оно составило 68 к 32).

Соотношение государственной и частной систем оказания медицинской помощи

Сохраняется ориентация государственной системы оказания медицинской помощи на все население.

Растущий спрос на медицинскую помощь со стороны увеличивающегося пожилого населения предъявляется к общественной системе здравоохранения и соответственно сокращает ее возможности по оказанию услуг остальным категориям населения. Спрос высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь удовлетворяется преимущественно в сети

государственных и муниципальных учреждений через механизмы платных медицинских услуг и неформальных платежей.

Частная система оказания медицинской помощи ориентируется на богатых и на часть среднего класса. Масштабы частной системы здравоохранения растут умеренными темпами, она развивается как дополняющая государственную систему и как альтернативная ей система оказания медицинской помощи. Но при этом рынок частных медицинских услуг по-прежнему занимает ограниченные сегменты в системе оказания медицинской помощи (охватывает небольшую часть видов предоставляемой медицинской помощи). Частная система в здравоохранении обеспечивает не более 10% объемов амбулаторно-поликлинической помощи и не более 5% стационарной помощи всему населению.

Организация финансирования здравоохранения

Сохраняется смешанная бюджетно-страховая система государственного финансирования здравоохранения. Государство осуществляет перераспределение средств в пользу относительно бедных регионов, используя при этом главным образом средства, концентрируемые в Федеральном фонде ОМС, но масштабы перераспределения государственных средств между регионами невелики, и поэтому дифференциация регионов по уровню государственного финансирования здравоохранения остается высокой.

Доля ОМС в государственном финансировании здравоохранения увеличивается в среднем по стране до 50–60%, но сохраняются все недостатки двухканальной системы финансирования.

Сохраняется модель ОМС с участием многих частных страховщиков, но при отсутствии конкуренции в интересах застрахованных. Уровень концентрации страховщиков в системе ОМС постепенно растет.

Доминирующими институтами частного финансирования медицинской помощи продол-





жают выступать приобретение медикаментов в розничной сети и прямая оплата населением медицинских услуг: в кассу медицинских учреждений и в руки медицинским работникам. Добровольное медицинское страхование развивается в основном за счет постепенного роста участия среднего и малого бизнеса, и доля взносов на ДМС в общем финансировании здравоохранения несколько увеличивается.

Организация медицинской помощи

Сохраняется иерархическая соподчиненность функциональной роли первичной, специализированной амбулаторной, стационарной помощи в системе оказания медицинской помощи. Отсутствует комплексность в оказании разных видов помощи.

Государством декларируются задачи реструктуризации здравоохранения и приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, которые на практике не решаются. Структура государственных расходов по видам помощи остается практически неизменной: ресурсы направляются в первую очередь для оказания стационарной помощи. Основная часть помощи концентрируется в больницах; слабо развиты формы долечивания, реабилитации, стационарозамещающие виды помощи; усугубляются проблемы слабой координации в деятельности отдельных служб.

Развитие института врача общей практики по преимуществу имитируется, а основная часть первичной помощи предоставляется участковыми врачами. Нагрузка на узких специалистов остается высокой (к ним направляется 30–50% первичных посещений), расширяется число соответствующих должностей в поликлиниках.

Задачи модернизации общественной системы здравоохранения решаются медленно, техническая оснащенность государственных медицинских учреждений постепенно улучшается, но результативность их работы и отзывчивость к нуждам пациентов меняются очень медленно.

Модель социально дифференцированного здравоохранения

— это модель здравоохранения, в которой сосуществуют государственная и частная системы оказания медицинской помощи, ориентированные на разные категории населения, при этом каждая из систем является относительно замкнутой и предоставляет полный спектр видов помощи.

Реализация такой модели в долгосрочной перспективе возможна при следующих условиях:

- Экономика растет достаточно высокими темпами: 5–6% в год.
- Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП несколько увеличивается: с 3,6 до 4,0%.
- Способность государства к реформированию институтов организации и финансирования здравоохранения мало меняется со временем.
- Происходят существенные сдвиги в отношении граждан к своему здоровью, увеличивается готовность прежде всего растущего среднего класса тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний.
- Рынок труда характеризуется высокой конкуренцией работодателей и обуславливает необходимость расходовать значительные средства на охрану здоровья работников.
- Доля частных расходов на здравоохранение в ВВП увеличивается до 2,8%.

По выделенным выше основаниям модель социально дифференцированного здравоохранения имеет следующие характеристики:

Соотношение ответственности государства и населения за обеспечение медицинской помощью

Государство проводит политику постепенной конкретизации гарантий в рамках стратегии финансирования приоритетных направлений оказания медицинской помощи.

Платные медицинские услуги в государственных медицинских учреждениях развиваются как дополняющие бесплатные услуги,



предусматриваемые конкретизированными государственными гарантиями.

Соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения меняется в пользу второго и достигает 55 к 45.

Соотношение государственной и частной систем оказания медицинской помощи

Государство проводит политику укрепления здорового образа жизни населения и развития системы медицинской помощи, но основной движущей силой структурных и институциональных преобразований в здравоохранении начинает выступать усиливающийся спрос работодателей и населения на качественное медицинское обслуживание. Это стимулирует развитие частного здравоохранения, корпоративных систем медицинского обслуживания, расширение масштабов оказания платных медицинских услуг организациями общественной системы здравоохранения.

Увеличение объемов требуемой медицинской помощи, обусловленное старением населения, обеспечивается главным образом общественной системой здравоохранения. При этом спрос на медицинскую помощь, предъявляемый растущим средним классом, в значительной мере переключается на частный сектор.

Социальные векторы развития государственной и частной систем здравоохранения разнонаправлены. Государственная система оказания медицинской помощи все в большей мере становится ориентированной на оказание медицинской помощи бедным; частная — богатым и небедным.

Масштабы частной системы здравоохранения растут высокими темпами. Она развивается как дополняющая общественную в удовлетворении спроса высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь, не предусматриваемую государственными гарантиями, а также как успешно конкурирующая с государственными медицинскими учреждениями за заключение контрактов с государственными органами и страховщиками в системе ОМС на оказание медицинской

помощи населению, предусматриваемой государственными гарантиями. При этом рынок частных медицинских услуг расширяется по охвату видов предоставляемой медицинской помощи. Спрос высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь удовлетворяется преимущественно в частных медицинских учреждениях.

Частная система обеспечивает 15–20% объемов медицинской помощи. В регионах, опережающих по уровню дохода, частный сектор в здравоохранении обеспечивает до 20% объемов амбулаторно-поликлинической помощи и до 10% стационарной помощи всему населению. В регионах со средним и отступающим уровнем дохода частный сектор предоставляет не более 10% объемов амбулаторной и незначительные объемы стационарной помощи.

Организация финансирования здравоохранения

Доминирует страховая система финансирования здравоохранения. Обеспечивается переход к одноканальной системе оплаты медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, — только страховщиком по тарифам, предусматривающим возмещение всех видов необходимых затрат.

За счет увеличения централизуемой части поступлений от ОМС и финансирования здравоохранения из федерального бюджета проводится политика противодействия росту региональной дифференциации в доступности медицинской помощи. Однако сохраняется высокая дифференциация территориальных систем здравоохранения по уровню государственного финансирования и объему государственных гарантий.

Возможно разделение единой системы ОМС на системы страхования работающих граждан и неработающего населения. В этом случае фрагментация территориальных пулов дополняется фрагментацией пулов для разных социальных групп.

Под давлением корпораций и среднего класса государство развивает институты,





обеспечивающие функционирование частной системы здравоохранения и использование смешанных форм ее финансирования. Внедряются механизмы сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования. Страховым медицинским организациям предоставляется право реализации дополнительных программ медицинского страхования и программ, сочетающих добровольное и обязательное страхование. Это создает условия для фрагментации пулов финансовых средств для бедных и небедных, покупающих такие страховые программы и получающих по ним медицинскую помощь преимущественно в частной системе здравоохранения.

Государство создает условия для участия негосударственных медицинских организаций в системе ОМС и для конкуренции поставщиков медицинских услуг независимо от формы собственности за заключение контрактов на оказание медицинской помощи населению, предусматриваемой государственными гарантиями. Решение задач модернизации системы оказания медицинской помощи в значительной степени возлагается на действие конкурентных сил.

Доминирующими институтами частного финансирования медицинской помощи продолжают выступать приобретение медикаментов в розничной сети и прямая оплата населением медицинских услуг в кассу медицинских учреждений и в руки медицинским работникам. Добровольное медицинское страхование интенсивно развивается за счет расширения участия среднего и малого бизнеса, но по-прежнему уступает по масштабам расходам населения на прямую оплату медицинских услуг.

Организация медицинской помощи

Развитие новых медицинских технологий обусловит рост спроса населения на специализированную медицинскую помощь, предоставляемую как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Расходы и населения, и государства на специализированную медицинскую помощь будут увеличиваться. За счет

и государственных, и частных источников обеспечиваются структурные сдвиги в системе здравоохранения в пользу специализированной помощи. Часть специализированной амбулаторной помощи перемещается в больницы: получают развитие отделения амбулаторного приема и дневного пребывания. Происходит перераспределение ресурсов в пользу специализированной амбулаторной помощи.

Сохраняется подчиненность функциональной роли первичной помощи по отношению к специализированной амбулаторной и стационарной помощи в системе оказания медицинской помощи. Вместе с тем специализированная амбулаторная помощь все в меньшей мере становится подчиненной интересам стационаров, и возрастает степень автономности в организации оказания специализированной амбулаторной помощи по отношению к оказанию стационарной.

Модель интегрированного здравоохранения

— это модель здравоохранения, в которой функционирование и развитие разных видов помощи, территориальных систем, государственной и частной систем являются взаимосвязанными и эффективно координируемыми государством и профессиональным сообществом.

Формирование такой модели становится возможным при реализации сценария инновационного развития экономики, который предполагает:

- высокие темпы экономического роста: 6–7% в год;
- приоритетность развития здравоохранения в политике государства усиливается, доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП увеличивается с 3,6 до 4,5–5,0%;
- способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения значительно усиливается;
- государство занимает активную позицию в укреплении здорового образа жизни населения и демонстрирует растущую спо-



способность к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения и проводит последовательную политику их реформирования;

- происходят существенные сдвиги в отношении граждан к своему здоровью, увеличивается готовность прежде всего растущего среднего класса тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний;
- рынок труда характеризуется высокой конкуренцией работодателей и обуславливает необходимость расходовать значительные средства на охрану здоровья работников;
- доля частных расходов на здравоохранение в ВВП сохраняется на уровне 2,0–2,2%.

Модель интегрированного здравоохранения имеет следующие характеристики:

Соотношение ответственности государства и населения за обеспечение медицинской помощи

Государственные гарантии в сфере здравоохранения конкретизируются по видам, объемам, порядку и условиям оказания медицинской помощи посредством развития системы стандартов в здравоохранении. Основой такой конкретизации выступает развитие системы стандартов в здравоохранении (стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях, стандартов оснащения медицинских учреждений, перечней лекарственных средств, предоставление которых финансируется государством, и др.). Система стандартов включает федеральные стандарты и соответствующие им региональные стандарты. Отдельные регионы устанавливают более высокие требования к медицинским технологиям, оснащенности медицинских учреждений, гарантируемым лекарственным средствам. Вводятся действенные механизмы контроля за обеспечением гарантий, не допускающие замещения бесплатной помощи платной. Государство формирует свои гарантии в тесной связи с размерами их финансирования за счет налоговых источников.

Платные медицинские услуги в государственных медицинских учреждениях сохраняются, но предоставляются лишь как дополняющие бесплатные услуги, предусматриваемые конкретизированными государственными гарантиями, и постепенно выводятся из государственных медицинских учреждений.

Соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения 70 к 30.

Соотношение государственной и частной систем оказания медицинской помощи

Государственная система оказания медицинской помощи сохраняет ориентацию на оказание медицинской помощи всему населению.

Масштабы частной системы здравоохранения растут умеренными темпами. Она развивается как дополняющая государственную в удовлетворении спроса высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь, не предусматриваемую государственными гарантиями, а также как конкурирующая с государственными медицинскими учреждениями за заключение контрактов с государственными органами и страховщиками в системе ОМС на оказание медицинской помощи населению, предусматриваемой государственными гарантиями. При этом рынок частных медицинских услуг занимает ограниченные сегменты в системе оказания медицинской помощи (охватывает часть видов предоставляемой медицинской помощи).

Частная система здравоохранения обеспечивает 10–15% объемов медицинской помощи. В регионах с высоким уровнем дохода частный сектор в здравоохранении получает интенсивное развитие, обеспечивая до 15% объемов амбулаторно-поликлинической помощи (в основном в стоматологии, гинекологии, урологии). В сфере стационарной помощи частный медицинский бизнес осваивает «ниши» легко тиражируемых ресурсосберегающих медицинских технологий, делая при этом акцент на высокий уровень сервисных характеристик. Но основная часть стационарной помощи (не менее 80%)





объемов) и практически вся высокотехнологичная помощь (90–95%) по-прежнему концентрируются в государственных и муниципальных больницах.

В ресурсодобывающих регионах за пределами крупных городов и в регионах со средним и низким уровнем доходов подавляющая часть амбулаторной помощи (92–95% объемов) и стационарной помощи (95–98% объемов) оказывается государственными и муниципальными медицинскими организациями.

Государство активизирует политику формирования конкурентной среды в сфере оказания медицинской помощи. Но при этом роль плановых регуляторов остается решающей. Повышаются требования к формированию территориальных программ государственных гарантий и заданий медицинским организациям, растет значение стратегического планирования сети медицинских организаций, каждый регион разрабатывает стратегические планы реструктуризации системы и реализует их в течение 10–15 лет. Усиливаются требования к рациональному размещению частного медицинского бизнеса, меры стимулирования используются в первую очередь для тех организаций, потребность в которых особенно велика.

Организация финансирования здравоохранения

Система финансирования здравоохранения является страховой. Ответственность за финансовое обеспечение государственных гарантий полностью возлагается на систему ОМС, в которой концентрируются 80–90% государственных средств на здравоохранение. Для оплаты медицинской помощи в системе ОМС используется полный тариф, отражающий все виды затрат на оказание медицинской помощи. Напрямую из бюджета финансируются лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическая помощь в стационарных условиях).

Повышается степень перераспределения государственных финансовых средств между регионами и внутри регионов. Разрыв между самыми бедными и самыми богатыми регионами по уровню государственного финансирования здравоохранения на душу населения (с учетом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги) снижается с нынешних 4–5 раз до 2–3 раз.

Проводится системное реформирование механизмов государственного финансирования здравоохранения, обеспечивающее появление у всех его субъектов действенных стимулов к росту эффективности. Существенно меняются правила работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций. Расширяются функции страховщиков, повышается их роль в планировании и организации медицинской помощи, растет финансовая ответственность за зоны неэффективного использования ресурсов здравоохранения. Формируются условия для реализации конкурентной модели ОМС, включая предоставление информации застрахованным о деятельности отдельных медицинских организаций и страховщиков, разрешение страховщикам реализовывать дополнительные к ОМС программы медицинского страхования, обеспечение индивидуального выбора гражданами страховщиков. Эта модель начинает давать свои положительные результаты. Из пассивных посредников страховщики превращаются в информированных покупателей услуг медицинских организаций, оптимизирующих их объемы и качество в интересах застрахованных.

В финансировании медицинских организаций из государственных источников последовательно реализуется принцип «деньги следуют за пациентом», то есть оплата результатов их работы. Для усиления стимулов к повышению эффективности расширяется хозяйственная самостоятельность медицинских организаций путем преобразования примерно 70–80% бюджетных учреждений в организационно-правовые формы автономных учреждений и государственных, муници-



пальных автономных некоммерческих организаций. Получает развитие конкуренция между медицинскими организациями везде, где такая конкуренция осмыслена.

Добровольное медицинское страхование интенсивно развивается за счет участия среднего и малого бизнеса, а также роста числа граждан, страхующихся за собственные деньги. Доля индивидуального страхования в ДМС увеличивается. Объемы взносов на ДМС превосходят размеры расходов населения на прямую оплату медицинской помощи.

Распространенность неформальных платежей уменьшается.

Организация медицинской помощи

Первичное звено постепенно начинает играть ключевую роль в управлении оказанием медицинской помощи. Обеспечивается комплексность в оказании разных видов помощи.

Изменяется соотношение ресурсов, идущих на оказание первичной, специализированной амбулаторной, стационарной помощи: происходит перераспределение ресурсов в пользу первичной медицинской помощи.

В системе оказания медицинской помощи происходят серьезные структурные изменения, обусловленные действием разнонаправленных факторов. С одной стороны, развитие новых диагностических и лечебных технологий, расширяющих возможности ранней диагностики и фармакологического лечения заболеваний, обусловит рост спроса населения на специализированную медицинскую помощь, предоставляемую как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Часть специализированной амбулаторной помощи переместится в больницы: получат развитие отделения амбулаторного приема и дневного пребывания.

С другой стороны, государство проводит последовательную политику первоочередного развития первичной медико-санитарной помощи. Акцент делается на укреплении участковой службы, которая обеспечивается ресурса-

ми для масштабного проведения профилактических мероприятий и лечения 70–80% случаев заболеваний. Врач общей практики берет на себя растущее число функций узких специалистов, реально организует медицинскую помощь на других этапах и несет основную ответственность за состояние здоровья обслуживаемого населения. В структуре государственных расходов на медицинскую помощь возрастет доля амбулаторно-поликлинической помощи — с 31,5% в 2007 г. до 40% в 2020 г. и медицинской помощи в дневных стационарах — с 2,7 до 8%. Доля стационарной помощи снизится с 58,6 до 47%, скорой медицинской помощи — с 7,2 до 5%.

С точки зрения критериев результативности (влияния на показатели состояния здоровья населения), обеспечения справедливого доступа к медицинской помощи и справедливого распределения бремени расходов на здравоохранение, эффективности использования ресурсов, наиболее предпочтительной является модель интегрированного здравоохранения.

Рассмотренные модели характеризуют возможное будущее российского здравоохранения. В настоящем же перед ним уже встают новые вызовы и новые задачи, порожденные начавшимся финансово-экономическим кризисом.

5. О НЕОБХОДИМЫХ МЕРАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

5.1. Основные вызовы системе здравоохранения в условиях кризиса

Нарастающий финансово-экономический кризис уже привел к сокращению планируемых доходов бюджетов субъектов РФ и соответственно планируемых приростов расходов на здравоохранение. В течение 2009 г. возможно дальнейшее сокращение бюджетных доходов. Падение производства в ряде отраслей, вероятные задержки с начислени-





ем заработной платы и рост безработицы могут негативно отразиться на ожидаемых поступлениях системы обязательного медицинского страхования (ОМС). В этих условиях следует ожидать от системы ОМС перекладывания рисков финансирования оказываемой населению медицинской помощи на медицинские учреждения, которые в свою очередь будут стремиться переложить их на население, сокращая расходы на лекарственные средства и увеличивая долю медицинской помощи, предоставляемой на платной основе.

Снижение обменного курса рубля обуславливает рост цен на импортные медикаменты и соответственно сокращение в реальном выражении размеров закупок лекарственных средств для программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) и для медицинских учреждений.

Инфляция будет обесценивать заработную плату медицинских работников и стимулировать их к усилению давления на пациентов с целью получения неформальных платежей.

Сокращение реальных доходов населения и рост цен на медикаменты приведут к ухудшению возможностей населения приобретать необходимые лекарственные средства и платить в кассу или в руки врачам за медицинские услуги.

В итоге доступность медицинской помощи будет сокращаться, причем в наибольшей мере для бедных категорий населения, которые в больших масштабах будут вынуждены отказываться от обращения за медицинской помощью и от ее получения в полном объеме.

Особенностями протекания нынешнего кризиса являются постепенность его нарастания и ожидаемый длительный период выхода из кризиса. Поэтому указанные процессы происходят в виде постепенных изменений. Это сглаживает остроту назревающих проблем и необходимости активных действий по их решению. Вместе с тем задержки с реакцией на эти процессы грозят тем, что

произойдут необратимые сдвиги в уровне платности оказания медицинской помощи, развитии практик неформальной оплаты, усилении неравенства в доступности медицинской помощи.

5.2. Основные приоритеты действий Правительства РФ в условиях кризиса

Главными задачами государственной политики в сфере здравоохранения по смягчению последствий финансово-экономического кризиса являются:

- максимальное демпфирование снижения доступности медицинской помощи для населения с акцентированием внимания к двум категориям:

- бедным слоям населения, чей текущий доход и имущественное положение исключают или сильно ограничивают платное лечение;

- лицам с «катастрофическими» расходами на медицинскую помощь, превышающими половину располагаемого дохода, прежде всего лицам с хроническими заболеваниями, лечение которых требует особенно значительных расходов;

- реализация мер по сокращению зон неэффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

Для решения этих задач Правительству целесообразно предпринять действия в следующих направлениях:

1. Определение приоритетов в обеспечении гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

2. Усиление регулирования условий оказания платных медицинских услуг.

3. Улучшение лекарственного обеспечения для целевых категорий населения.

4. Повышение доступности специализированной помощи для жителей малых поселений, а также территорий, в наибольшей мере пострадавших от снижения экономической активности.

5. Повышение уровня концентрации финансовых ресурсов в системе здравоохранения.



6. Повышение уровня информированности населения в вопросах здравоохранения.

По этим направлениям целесообразно осуществить следующие меры:

Определение приоритетов в обеспечении гарантий бесплатной медицинской помощи

Установить приоритеты финансового обеспечения реализации Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению на трехлетний период. Для этого сформировать перечень заболеваний, наносящих наибольший ущерб общественному здоровью с точки зрения потерянных лет жизни и утраты трудоспособности. Сконцентрировать ресурсы общественной системы здравоохранения на лечении этих заболеваний с использованием медицинских технологий, доказавших не только клиническую, но и экономическую эффективность.

Ускорить разработку и экономическую оценку медицинских стандартов по выделенному перечню заболеваний. Пересмотреть процедуры разработки и утверждения таких стандартов с целью ускорения этого процесса и обеспечения ресурсной реалистичности содержания стандартов. Внедрить эти стандарты в клиническую практику и в практику оплаты медицинской помощи в системе ОМС в 70–80% регионов и усилить контроль за бесплатным оказанием медицинской помощи по этим заболеваниям на уровне установленных стандартов. Для 2009 г. это может быть примерно 5–10% наиболее распространенных заболеваний, для 2010 г. — 10–15%.

С целью повышения финансовой доступности плановой стационарной помощи установить требование выделения отдельной строкой объемов такой помощи в составе территориальных программ государственных гарантий, а также доводить до ЛПУ задания по этой помощи. Это позволит ориентировать медицинские учреждения на бесплатное предоставление растущей части плановой помощи, преодолеть на этой основе стихийное нарастание ее платности.

Легализовать институт листов ожидания на получение плановой медицинской помощи, разработать и принять нормативные документы, регулирующие условия и порядок ведения листов ожидания в медицинских учреждениях.

Сделать обязательным ведение в каждой больнице листов ожидания по дорогостоящим видам плановой медицинской помощи, установить предельные сроки ожидания, максимально конкретизированные по видам заболеваний и медицинским технологиям. Разработать процедуры контроля за их соблюдением, в том числе силами страховых медицинских организаций и общественных организаций.

Усиление регулирования условий оказания платных медицинских услуг

В части выделенного перечня заболеваний ввести более конкретные основания для оказания платных услуг в государственных, муниципальных медицинских учреждениях — только за услуги и лекарственные средства, не включенные в соответствующий стандарт. Для этого установить перечень конкретных медицинских технологий, предоставляемых за плату. В этот перечень не могут быть включены те из них, которые составляют переменную часть стандартов, то есть услуги и лекарственные средства, которые в соответствии со стандартом назначаются не всем больным данным заболеванием. Это даст возможность исключить манипулирование составом услуг, на которые имеет право пациент.

Для всех заболеваний, по которым имеются стандарты, установить правило доплаты пациента стационара за услуги и лекарственные средства, не включенные в стандарт. Пациент может претендовать на дополнительную услуги (например, на более углубленное исследование). Для ее получения он вносит в кассу больницы разницу между ценами положенной ему услуги и дополнительной услуги. Аналогичная схема доплат устанавливается для лекарственных





средств, имплантов и изделий медицинского назначения. Это правило облегчит бремя затрат пациентов больниц, снизит поборы, сделает платные услуги действительно дополнительными, а не замещающими государственные гарантии без прямого запрета на их оказание.

Предоставлять государственным и муниципальным ЛПУ право на оказание платных медицинских услуг только при условии выполнения заданий на оказание медицинской помощи по Программе государственных гарантий.

Проводить силами Росздравнадзора мониторинг цен на платные медицинские услуги в разрезе отдельных регионов, территорий и типов медицинских учреждений, выделять устойчивые отклонения уровня цен от средней и требовать их более детального обоснования.

Пересмотреть методику формирования цен на платные медицинские услуги с целью усиления стимулов для врачей к отказу от неформальных платежей в пользу оказания легальных платных услуг. Необходимо увеличить размеры и долю включаемых в цену услуги расходов на оплату труда за счет уменьшения расходов по другим статьям, в частности, посредством запрета на включение в тарифы на платные медицинские услуги расчетной рентабельности и уменьшения размера расчетной амортизации.

Улучшение лекарственного обеспечения для целевых категорий населения

В контексте текущих задач социальной защиты населения наибольшее значение имеют следующие меры:

Радикальное усиление транспарентности государственного регулирования ценообразования на лекарственные средства.

Предусмотреть обязательность публикации в сети Интернет фармако-экономических обоснований регистрируемых государством цен на лекарственные средства.

Создать открытую государственную информационную систему о розничных ценах

на лекарственные средства и о ценах на лекарственные средства, закупаемые для государственных и муниципальных нужд во всех субъектах РФ.

Создать систему «бенчмаркинга» — межстранового и межрегионального сравнения цен на лекарственные средства.

Реализация этих мер станет фактором сдерживания роста цен на лекарственные средства и сокращения межрегиональных и внутрирегиональных различий цен на одинаковые препараты.

Создание программы лекарственного обеспечения социально уязвимых категорий населения в амбулаторных условиях.

Целевые группы. В данную программу следует включить граждан с доходами ниже прожиточного минимума. Их число может составить 37 млн. чел.

Учитывая невысокую точность регистрации таких граждан, состав участников программы может быть сформирован по другим основаниям:

- зарегистрированные безработные;
- члены многодетных и неполных семей;
- неработающие пенсионеры.

Состав гарантий. Для этой программы следует сформировать отдельный перечень лекарственных средств. Он может быть сформирован по наиболее распространенным заболеваниям.

Условия возмещения затрат. Возможны два варианта возмещения.

Первый: возмещение государством фиксированной части цены на лекарственные препараты, включенные в список. При этом возможна дифференциация размера возмещения для отдельных целевых групп. Например, для пенсионеров — 80% стоимости ЛС, для работающего населения — 50%.

Второй: возмещение государством референтной цены, то есть цены, устанавливаемой для определенного класса лекарств; граждане доплачивают разницу между референтной ценой и ценой фактически приобретаемого лекарства.



Первая модель проще для реализации, но при ее использовании сложнее обеспечить предсказуемость необходимых затрат на реализацию программы.

Вторая модель повышает предсказуемость бюджетных расходов, позволяет использовать более широкий перечень возмещаемых лекарственных средств, но она требует более высоких административных затрат и частого пересмотра референтных цен в условиях инфляции.

Обеспечение финансовой защиты лиц с особо значительными расходами на лекарственные средства.

Предлагается включить в состав категорий населения, имеющих право на участие в программе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО), группу пациентов с кумулятивными расходами на медицинские услуги и лекарственные средства по рецептам свыше определенного уровня в пределах установленного периода времени (примерно свыше 150–200 тыс. руб. за три месяца).

Налоговые льготы.

В качестве меры защиты населения целесообразно увеличить с 38 000 руб. до 100 000 руб. размер вычитаемой из налогооблагаемой базы суммы, уплаченной налогоплательщиком за счет собственных средств за медицинские услуги и медикаменты, назначенные лечащим врачом.

Повышение доступности специализированной помощи для жителей малых поселений

В ситуации финансово-экономического кризиса особенно важно смягчить сложившийся разрыв в уровне обеспеченности узкими специалистами жителей крупных городов и малых поселений. Для этого следует создать экономические и организационные условия для притока специалистов в малые и средние города, а также крупные сельские поселения. В то же время повышение обеспеченности жителей малых поселений специалистами следует проводить избирательно: с учетом

доказательной потребности в конкретных видах помощи и способности узких специалистов функционировать с полной нагрузкой и на достаточно высоком медико-технологическом уровне. Речь идет не о том, чтобы в каждом муниципальном образовании иметь систему здравоохранения, способную удовлетворить все потребности местного населения, а о формировании управляемой многоуровневой системы оказания медицинской помощи. Для этого необходимо создание медицинских округов, объединяющих соседние муниципальные образования. На базе центральных районных больниц создавать отделения специализированной помощи, обслуживающие население нескольких муниципальных образований. При этом необходимо восстановить порядок направлений пациентов с одного уровня оказания медицинской помощи на другой.

Повышение доступности первичной и специализированной помощи для жителей малых поселений предполагает разработку в каждом субъекте РФ стратегического плана реструктуризации сети оказания медицинской помощи. В нем необходимо отразить планируемые действия на уровне регионального центра и отдельных муниципальных образований и их групп. Часть мероприятий может быть реализована в ближайшие 2–3 года, например, создание медицинских округов, другие — в последующие годы (по мере улучшения финансового обеспечения муниципального здравоохранения).

Повышение уровня концентрации финансовых ресурсов в системе здравоохранения

Перейти на страховой принцип финансирования здравоохранения с концентрацией в ОМС 80–85% государственных средств на здравоохранение (включая средства на оплату скорой медицинской помощи и основной части социально значимых заболеваний). Для решения этой задачи последовательно внедрить принцип выделения регионам субсидий Федерального фонда ОМС при условии





выполнения федеральных требований к размеру взносов на ОМС неработающего населения.

Пересмотреть распределения полномочий в организации и финансировании здравоохранения между уровнями власти. Передать на уровень субъекта РФ ответственность за финансирование оказания стационарной медицинской помощи в отношении муниципальных образований, получающих дотации на выравнивание бюджетной обеспеченности. Это расширит возможности для рационального планирования сети стационарных учреждений с акцентом на: **а)** сокращение излишних мощностей больниц, **б)** создание межрайонных центров специализированной помощи, **в)** преодоление дублирования деятельности бюджетных учреждений третичного и вторичного уровней (часть услуг, оказываемых в областных больницах, можно будет передать в медицинские округа для приближения вторичной помощи к населению). Формирование единого финансового пула в части стационарной помощи обеспечит реальные управленческие механизмы для решения наиболее очевидных проблем реструктуризации сети учреждений регионального здравоохранения (например, для объединения соседних больниц, финансируемых из разных источников) уже в пределах нескольких месяцев после принятия соответствующего решения.

Повышение уровня информированности населения в вопросах здравоохранения

Активизировать санитарно-просветительскую работу (индивидуальную, групповую и массовую), направленную на формирование здорового образа жизни и рациональных форм потребления медицинской помощи, повысить уровень правовой культуры населения в вопросах здравоохранения с использованием современных средств массовой информации.

Создать условия для облегчения потребительского выбора на основе сбора и рас-

пространения информации о результатах деятельности медицинских организаций, включая практику оценки пациентом качества оказанной медицинской помощи. Рассчитывать рейтинги однотипных медицинских организаций по этим показателям.

При всей важности текущих задач антикризисной политики они должны быть тесно связаны со стратегическими задачами реформирования здравоохранения. Тактика «затыкания дыр» должна уступить место осмысленной стратегии преобразования системы организации, управления и финансирования здравоохранения. При этом принимаемые текущие меры должны стать первым этапом реализации среднесрочной и долгосрочной программы модернизации отрасли. В первую очередь это касается конкретизации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и усиления регулирования платных медицинских услуг, создания системы лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях, массового переобучения участковых врачей и перехода на модель врача общей практики.

Реализация этих и других направлений реформирования здравоохранения, с одной стороны, осложняется снижающимися ресурсами государственного финансирования, с другой, облегчается новым соотношением сил между сторонниками и противниками серьезных системных преобразований. В сфере лекарственного обеспечения в кризисной ситуации будет легче преодолеть сопротивление сильного фармацевтического лобби и перейти на более эффективные механизмы регулирования рынка лекарственных средств и возмещение затрат через систему ОМС. Появятся новые возможности для обоснования первоочередного развития первичной медико-санитарной помощи и формирования более рациональной сети медицинских организаций. В противодействии разнонаправленных факторов будет расти осознание потребности в глубоких институциональных реформах.



МОЖНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КРИЗИС ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НЕПОПУЛЯРНЫХ РЕФОРМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

**ОБСУЖДЕНИЕ ДОКЛАДА «РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: НОВЫЕ
ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ ЗАДАЧИ» НА КРУГЛОМ СТОЛЕ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ
ЭКОНОМИКИ, Москва, 7 апреля 2009 г.**

В процессе обсуждения основных положений доклада приглашенные эксперты предложили свои ответы на вопрос, что делать в условиях, когда кризисное здравоохранение входит в кризис.

Ф.Н. Кадыров, заместитель председателя Комитета по здравоохранению г. Санк-Петербурга, предложил авторам прокомментировать возможность использования кризиса для принятия непопулярных, но технологически простых решений, например, для перехода к контролируемому повышению платности.

По мнению, **Г.Э. Улумбековой, советника по вопросам здравоохранения губернатора Самарской области,** цели Концепции и должны быть нереалистичными и излишне оптимистичными, то есть носить стимулирующий характер, поскольку дают повод спросить с Правительства дополнительное финансовое обеспечение.

У **академика РАМН Ю.А. Комарова** вызвало недоумение предложение контролировать платность медицинских услуг. «Сначала мы выпустили джина из бутылки постановлением Правительства, а теперь думаем о том, как это контролировать. При платной медицинской помощи люди вообще перестанут обращаться в медицинские учреждения, а будут приходить в них только тогда, когда станет совсем немогуту. А это в свою очередь приведет к наращиванию объемов высокотехнологичной медицинской помощи. Это — принципиально неверный путь, приводящий к нарастанию тяжелых больных. Весь мир идет другим путем. **Мы не должны превращать здравоохранение в**

ремонтную базу. Здравоохранение — это не медицинская помощь, а система охраны здоровья. Первичная медицинская помощь должна оставаться бесплатной, а при оказании ВТМП пациентам нужно делить на тех, кто может платить и кто не может.

Первый заместитель генерального директора Страховой компании РОСНО Лариса Попович отметила, что любые инвестиционные программы в здравоохранении должны, как это принято в бизнесе, начинаться с формирования целевых задач, критериев эффективности, мониторинга индикаторов приближения к заданным целям.

При этом смешивание функций социальной защиты и здравоохранения, по ее мнению, недопустимо. «Это — разные системы организации и управления. **Нужно дифференцировать зоны ответственности здравоохранения и социальной сферы. Приоритетом здравоохранения в условиях кризиса является воспроизводство трудового потенциала.**

Если мы четко фрагментируем проблему, легче найти решения.

Концентрация ресурсов на лечении конкретных заболеваний не решает эту проблему. Граница платности не должна проходить по медицинским технологиям. Она должна проходить между условиями оказания медицинской помощи и ее доступности. В условиях кризиса важно обеспечить включение частных, ведомственных клиник, введение системы референтных цен на медицинские услуги. Перечень жизненно необходимых и





важнейших лекарств и клинические стандарты должны соответствовать друг другу.

Шамшурина Нина Григорьевна, профессор ММА им. И.Н. Сеченова, к непродуктивным идеям доклада отнесла предложение о преобразовании ЛПУ в иные организационно-правовые формы и предложение об обязательном лекарственном страховании. Если авторы поддерживают идею стандартизации медицинской помощи, а в стандартах есть статья фармакопия, и это будет профинансировано в ОМС, зачем создавать еще одну систему.

Главный вопрос сегодня — выгоден ли пациенту бедный и плохо оплачиваемый врач, выгодны ли ему на 60% устаревшие материально-технические фонды? Это не выгодно пациенту. Что следует сделать?

В докладе есть ответ на этот вопрос: гарантировать некий социальный минимум для всех регионов страны. Если мы определим этот минимум и гарантированно профинансируем, это будет честно и позволит разделить платность и бесплатность.

В докладе ставится вопрос, как решить проблему повышения оплаты труда медицинских работников. **Если сама работа врача не является мотивацией, то качество медицинской помощи становится недоступным.**

В.О. Гурдус, президент группы компаний МЕДСИ, предложил рассмотреть вопрос, что нужно делать с системой здравоохранения в кризисный период с точки зрения государства как заказчика медицинской помощи и государства как собственника сети ЛУ. Для каждой задачи он предложил по три решения.

Государству как заказчику медицинской помощи необходимо:

- мотивировать тот уровень медицинской помощи, который минимизирует затраты всей системы здравоохранения, а именно, первичную медицинскую помощь;
- интегрировать в единую систему здравоохранения медицинские организации всех форм собственности;

- активнее привлекать в отрасль инвестиционные ресурсы.

Государству как собственнику системы здравоохранения необходимо:

- сократить капитальные затраты, проанализировать использование уже существующих активов: кадровые, оборудования и т.д. (система работает, только если будет работать как сеть, а не как совокупность ЛПУ);
- начать внедрение стандартов для контроля качества и как инструмент планирования инфраструктуры здравоохранения;
- предпринять мероприятия для легализации теневых платежей.

Главная же задача — врач должен стать юридическим субъектом системы здравоохранения.

Подводя итоги обсуждения доклада, **Игорь Шейман** отметил:

«Что хорошего в кризисе? Он вынуждает выделить направления, на которые нужно нажимать. Есть очень простые мероприятия: начать вкладывать деньги в участковую службу, обучать врачей смежным профессиям. Сократятся очереди, произойдет консолидация нескольких видов помощи.

Категорически не согласен с тезисом, что функции социальной защиты не являются задачами системы здравоохранения. В уставе ВОЗ записано, что одна из целей системы здравоохранения — социальная защита. Кто-то один должен взять на себя всю социальную ответственность. И это — система здравоохранения. Однако у меня нет ощущения, что есть ясное представление, как действовать в этих непростых условиях».

А второй автор доклада, **С. Шишкин** заметил: **«Можно еще долго продолжать говорить «это — не путь», но в теперешних условиях меры нужно предпринимать безотлагательно, понимая, что всех проблем они не решат».**



И.И. Калиновская,

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

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

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Г.МОСКВЫ

Врожденные и наследственные заболевания являются объектом пристального внимания акушеров и неонатологов, поскольку стабильно занимают второе место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности в Российской Федерации. Частота врожденных и наследственных заболеваний среди новорожденных, по данным ВОЗ, составляет около 5%. Лечение многих генетических заболеваний на сегодняшний день остается малоэффективным, а в ряде случаев — вообще невозможным. Стоимость содержания больного с врожденной патологией в десятки раз превышает затраты, необходимые для осуществления пренатальной диагностики (ПД).

Поэтому в соответствии с утвержденными планами Департамента здравоохранения города Москвы проводится диспансеризация женского населения в рамках реализации национального проекта «Здоровье», в том числе большая работа ведется на амбулаторно-поликлиническом этапе — при наблюдении беременных в женских консультациях городских поликлиник.

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»).

Общее количество населения, проживающего на территории г. Москвы, составляет более 10 млн. человек, из них 52,5% — женское насе-



ление. Женщины репродуктивного периода составляют 49,6%, то есть более 2,5 млн. В последние годы отмечается рост числа беременных, наблюдающихся в консультациях, соответственно увеличилось число родов. Всего в 2008 году число родов по женским консультациям по сравнению с 2001 годом увеличилось на 38%, количество беременных увеличилось на 46%. Поэтому для выявления хромосомной патологии плода особенно высока значимость биохимического скрининга. Максимальной эффективности (около 90%) в диагностике хромосомных заболеваний плода можно достигнуть при одновременном учете возраста беременной, уровня биохимических маркеров и толщины воротникового пространства плода в первом триместре беременности.

При этом большое значение имеет использование компьютерной программы для расчета индивидуального риска с учетом срока беременности, возраста пациентки, данных акушерско-гинекологического анамнеза, экстрагенитальной патологии, а также факторов, которые могут оказывать влияние на уровень биохимических маркеров в сыворотке крови беременной.

В Москве с 2005 г. внедрена городская программа пренатального биохимического скрининга. В соответствии с Приказом № 144 от 04.04.2005 «О совершенствовании пренатальной диагностики врожденной и наследственной патологии» в городе проводится двухуровневое обследование беременных. На 1-м уровне в женских консультациях обследование включает УЗИ в 10–14, 20–24 и в 30–34 недели беременности и биохимический скрининг в 10–14 или 16–20 недель. Исследование биохимических маркеров проводится в лаборатории скрининга на базе диспансера № 6. Иммунофлуоресцентным методом в 1-м триместре беременности определяются связанный с беременностью плазменный протеин А (ПАПП-А) и свободная β -субъединица хорионического гонадотропина (ХГ), во 2-м триместре — альфа-фетопротеин (АФП) и ХГ.

Индивидуальный риск в отношении трисомии 21 (синдром Дауна), трисомии 18 (синдром Эдвардса) и дефектов нервной трубки рассчитывается с помощью компьютерной программы «*Life Cycle*». При этом учитываются срок беременности, возраст и масса тела пациентки, а также факторы, которые влияют на уровень БМ в сыворотке крови беременной: срок беременности, вес, расовая принадлежность, двойня, сахарный диабет, гормональная терапия, ЭКО, угроза выкидыша, низкое расположение плаценты, плацентарная недостаточность, курение. При проведении скрининга важным является **пороговое значение риска (1/250)**. Чем выше знаменатель (1/850; 1/1000), тем меньше риск патологии плода. Высокий риск (1/100; 1/10) не означает наличия патологии у плода, но является показанием для углубленного обследования беременной.

Обследование 2-го уровня проводится в отделениях пренатальной диагностики двух учреждений Москвы (Центр планирования семьи и репродукции, родильный дом № 27) и включает медико-генетическое консультирование, ультразвуковое исследование (по показаниям — доплерометрия, кардиотокография), инвазивные методы ПД.

Ультразвуковое исследование плода позволяет выявлять пороки развития плода, решать вопрос о протонировании беременности и коррекции пороков в антен- и постнатальном периодах. В *таблице № 1* приведены данные о частоте рождения детей с пороками развития.

Инвазивные методы пренатальной диагностики (биопсия хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез) позволяют определить кариотип плода и исключить хромосомные нарушения. Цитогенетические исследования проводятся в лаборатории ЦПСИР.

За 2008 год проведено 95 163 биохимических исследования крови, 44 727 из них в 1-м триместре беременности. В «группу риска» по хромосомной патологии вошли 6829 беременных, 1739 из них проведена



Таблица 1

**Частота врожденных пороков развития у новорожденных в г. Москве
(по данным отдела мониторинга здоровья населения)**

<i>Врожденные пороки и аномалии развития</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Нервной системы	67	60
Века, глазницы, глаза	159	125
Развития лица и шеи	75	53
Сердца	1212	1066
Органов дыхания	101	56
Расщелина губы и неба	98	85
Органов пищеварения	652	550
Половых органов	629	595
Мочевой системы	192	192
Костно-мышечной системы	1752	1625
Другие врожденные аномалии	107	87
Множественные пороки развития	67	48
ВСЕГО	5084	4542

Таблица 2

**Работа отделения пренатальной диагностики ЦПСИР,
родильного дома № 27 УЗ САО**

<i>Год</i>	<i>Количество биохимических анализов крови</i>	<i>Количество инвазивных процедур по БС</i>	<i>Выявлено ХП</i>	<i>Выявлено больных с синдромом Дауна</i>
2005	27 404	367	36	20
2006	63 630	937	68	41
2007	77 788	1464	83	53
2008	95 163	1739	150	72

инвазивная пренатальная диагностика. Хромосомная патология выявлена в 150 наблюдениях (8,6%), включая 72 плода с синдромом Дауна (таблица 2).

После уточнения хромосомной патологии в ряде случаев женщинами было принято решение о прерывании беременности.

С 2004 года, благодаря выполнению городской программы пренатального биохимического скрининга, удалось снизить количество новорожденных с синдромом Дауна среди москвичей на 35% (рис. 1).

Важно отметить, что в Москве большая часть беременных становится на учет до 12

недель, и поэтому 64% пациенток прошли скрининговое обследование в 1-м триместре. При этом большинство пациенток проконсультированы генетиком во 2-м триместре (81%), что связано с поздним направлением беременных из женских консультаций.

Несмотря на то, что компьютерная программа рассчитывает риск в отношении синдрома Дауна и синдрома Эдвардса, применение биохимического скрининга (изменение уровня БМ) позволило обнаружить такие хромосомные аномалии, как синдром Патау (трисомия 13), синдром Тернера (моносомия X), полиплоидии (69, XXУ), транслокации, инверсии.





Как было отмечено, неотъемлемой частью скрининга является двухуровневое УЗ-исследование, обладающее высокой информативностью, безопасностью и возможностью массового использования. Измерение толщины воротникового пространства (ТВП) плода является чрезвычайно важным и должно проводиться у каждой беременной по общепринятым правилам в 11–14 неделю гестации. При толщине воротникового пространства 3 мм и более в 27% обнаруживаются хромосомные аномалии (трисомии, триплоидии, моносомия X и другие). Учет величины воротникового пространства при расчете индивидуального риска хромосомной патологии плода значительно повышает чувствительность скрининга. При некорректном измерении ТВП неоправданно увеличивается «группа риска», с чем нам и пришлось столкнуться в городе, и отказаться на первом этапе от учета ТВП, измеренного в женских консультациях.

Максимальная выявляемость хромосомной патологии (93%) может быть достигнута в 1-ом триместре беременности при комплексном ультразвуковом и биохимическом скрининге. Показательным является средний уровень БМ среди плодов с синдромом Дауна в 1-м триместре: PAPP-A — 0,49 МоМ (ниже нормы), ХГЧ — 2,58 (выше нормы), и во 2-м триместре (белки часто находятся в границах нормы): АФП — 0,68 МоМ, ХГЧ — 1,76 МоМ. Приведенные данные подчеркивают более высокую чувствительность биохимических маркеров в отношении ХП в 1-м триместре беременности.

Ранняя пренатальная диагностика имеет очевидные преимущества по сравнению с ее проведением во втором триместре беременности. При выявлении грубой генетической патологии до 12 недель родители могут принять решение о безопасном прерывании беременности.

Во многих странах принято судить об эффективности пренатальной диагностики по выявляемости синдрома Дауна как наиболее распространенного хромосомного заболевания с четкими фенотипическими проявле-

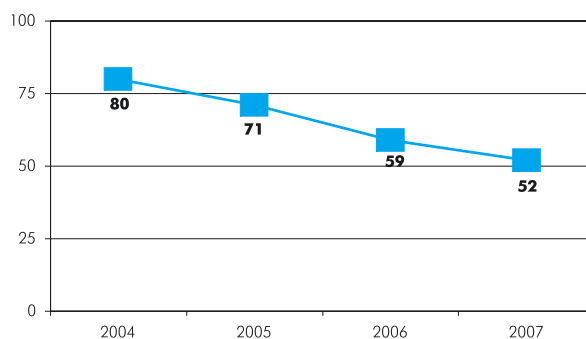


Рис. 1. Новорожденные с синдромом Дауна в г. Москве

ниями, что позволяет поставить этот диагноз сразу после рождения. В Москве ежегодно рождалось около 100 детей с трисомией 21. Внедрение пренатального биохимического скрининга позволило существенно снизить частоту рождения с синдромом Дауна.

Таким образом, Департаментом здравоохранения г. Москвы проводится целенаправленная работа по совершенствованию медицинской помощи беременным в части пренатальной диагностики, успешно реализуются городские целевые программы. Все это способствует снижению показателей перинатальной заболеваемости и смертности в г. Москве.

Наряду с этим, до настоящего времени при организации пренатальной диагностики в акушерско-гинекологической службе ДЗ г. Москвы имеется ряд актуальных проблем:

- Необходимо улучшение материально-технической базы, профессиональной переподготовки врачебных кадров (повышение квалификации врачей УЗИ в женских консультациях).
- Целесообразны сокращение сроков обследования и своевременное направление беременных (до 12-й недели гестации) на 2-й этап для проведения кариотипирования плода в 1-й триместр беременности, четкое разъяснение результатов скрининга беременным группы «риска» на 1-м этапе, учет толщины воротникового пространства при расчете индивидуального риска ХП.



• Назрела необходимость оптимизации системы учета врожденной и наследственной патологии в городе, обязательной верификации диагноза хромосомной патологии (кариотипирование новорожденных) в лаборатории цитогенетики ЦПСиР.

Решение этих задач позволит провести дальнейшее снижение показателей перинатальной заболеваемости и смертности в г. Москве, связанных с врожденной и наследственной патологией.



Литература

1. «Концепция демографической политики Российской Федерации до 2025 года» — Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351.
2. Постановление Правительства Москвы № 482-ПП «О концепции демографического развития города Москвы» 28 июня 2005 г.
3. Доклад о состоянии здоровья населения Москвы в 2007 году/Правительство Москвы, 2008.
4. Курцер М.А. Перинатальная смертность и пути ее снижения/Дисс. ... д-ра мед наук, М., 2001.
5. Лешкевич И.А. Основные результаты исполнения программ «Год ребенка» и «Год семьи»//Выступление на VII Московской ассамблее «Здоровье столицы», 18 декабря 2008 г.
6. Приказ руководителя Департамента здравоохранения города Москвы № 41 от 25.01.2008 «О совершенствовании организации акушерской службы».

Полезная ссылка

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО «СОДРУЖЕСТВО МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ» WWW.SMVR.RU



«Содружество молодых врачей» — некоммерческая организация, объединяющая молодых специалистов в области медицины вне зависимости от специальности. СМВ начало свою деятельность с марта 2009 года.

Основной целью СМВ на данном этапе развития является проведение круглых столов, лекций и семинаров по актуальной медицинской тематике.

Недавно на портале Содружества молодых врачей www.smvr.ru был проведен опрос, посвященный отношению молодых коллег к новой системе оплаты труда.

Выяснились весьма интересные моменты: подавляющее большинство проголосовавших отрицательно относится к этому нововведению, а на втором месте по популярности расположился ответ «О такой не знаю». Но наиболее ярким показателем стало отсутствие сторонников этого весьма непопулярного шага (см. рисунок). В голосовании приняло участие 112 человек, что соответствует при $P_t = 0,95$, $t = 2$ исследованию средней точности.

Как Вы относитесь к новой системе оплаты труда?

Вариант ответа	Голосов	%	График
Отрицательно	61	54,5	
О такой не знаю	30	26,8	
Нейтрально	21	18,8	
Положительно	0	0	

Количество проголосовавших: 112

стало отсутствие сторонников этого весьма непопулярного шага (см. рисунок). В голосовании приняло участие 112 человек, что соответствует при $P_t = 0,95$, $t = 2$ исследованию средней точности.



ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ КАК НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА



Так была сформулирована тема слушаний Комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ, прошедших 25 июня 2009 года.

На слушаниях было отмечено, что «в Российской Федерации сформирована государственная политика в сфере повышения безопасности дорожного движения. Разработана и реализуется Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» с бюджетом 50 млрд. рублей. В 2009 году продолжается реализация этой программы в запланированных объемах, на что выделяется 2,6 млрд. рублей. Планируется оснастить оборудованием 78 учреждений здравоохранения. Всего в период 2009–2012 годов будет оснащено 365 учреждений здравоохранения».

В 2008 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» были начаты мероприятия по совершенствованию медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях. В 14 субъектах Российской Федерации лечебно-профилактические учреждения, расположенные вдоль федеральных автодорог, оснащены диагностическим оборудованием и автотранспортом на общую сумму 3,2 млрд. рублей, создано 92 травматологических центра.

Несмотря на все предпринятые усилия и инвестиции, смертность от дорожно-транспортных происшествий в России в разы выше, чем в Европе. Ежегодно в ДТП на территории России погибает примерно 35 тыс. человек и получают травмы различной степени тяжести более 250 тыс. человек. Не менее трети жертв ДТП составляют молодые люди в возрасте от 15 до 29 лет, то есть в зоне риска находится самая активная часть населения.

Несмотря на определенное снижение основных показателей аварийности, в 2008 году в ДТП погибли более одной тысячи детей. Практически половину всех пострадавших в ДТП детей составили дети-пешеходы. Каждый восьмой ребенок-пешеход погиб по вине пьяных водителей.

Кроме того, сама организация статистического учета пострадавших при ДТП вызывает немало вопросов. Так, председательствующий на слушаниях Леонид Рошаль отметил, что «по данным Росстата, за 2007 год у нас 25 тыс. погибших, по данным МВД — 33 тыс., за 2008 г. эти цифры составляют 29 и 23 тыс., соответственно, то есть различаются на 6 тыс. За 2009 год, согласно Росстату, фиксируется увеличение числа погибших по сравнению с 2008 годом, а по данным МВД — уменьшение!».

Принявшие участие в слушаниях эксперты отмечали, что практически в 70% случаев смерть пострадавших наступает непосредственно на месте совершения ДТП или на пути следования в медицинские учреждения. Длительное время существуют рекомендации ВОЗ о создании цепей



жизни на загородных дорогах. Это позволило бы спасти 25% погибших. При этом 70% пострадавших с места ДТП транспортируются попутными средствами.

В каждом пятом случае можно было избежать смертельного исхода при соответствующей подготовке участников дорожного движения по оказанию первой помощи пострадавшим. Первую помощь пострадавшему обязаны оказывать не только медицинские работники, но и работники патрульно-постовой службы, спасатели, водители и т.д.

Хотя по статистике в России наибольшее количество ДТП происходит на городских дорогах (60% погибших — наезды на пешеходов в больших городах), травматизм с повышенным коэффициентом тяжести отмечается на междугородних магистралях. Однако в большинстве регионов России служба скорой медицинской помощи плохо развита, и населенные пункты, находящиеся на расстоянии до 100 км, может обслуживать лишь один фельдшер. Выступавшие отмечали, что зачастую на федеральных трассах нет покрытия сотовой связи и соответственно возможности вызвать медицинскую помощь.

Вторая немаловажная проблема, вынесенная на обсуждение Леонидом Рошалем, отсутствие либо слабые навыки оказания первой помощи пострадавшим в ДТП как водителями, так и сотрудниками ГИБДД. По статистике оказание первой помощи спасает жизни до 20% пострадавших. Однако, по данным **Владимира Анатольевича Куршева, начальника отдела состояния и прогнозирования дорожного движения МВД**, «первоначальная медицинская подготовка сотрудников МВД в российских школах милиции рассчитана всего на 20 часов, тогда как в США — минимум на 200 часов, в российских школах милиции нет медицинских кафедр, сама методологическая база обучения слабая, отсутствуют наглядные пособия, поэтому единого алгоритма оказания первой помощи в МВД нет». По его

мнению, нужно разграничить виды медицинской помощи, которые оказываются пострадавшим. «Мы должны знать, какие объемы должны возлагаться на сотрудников МВД». В ответ на реплику Рошала о том, что в развитых странах полиция оказывает помощь на уровне среднего медперсонала, В. Куршев заметил, что не считает, что сотрудники МВД должны быть парамедиками, но не менее 10 манипуляций для обеспечения жизнеподдержания они должны знать.

Третьей важнейшей проблемой травматизма на дорогах является правовая регламентация оказания первой помощи пострадавшим. Как отметила **председатель Комитета Госдумы по здравоохранению Ольга Борзова**, «нигде не написан список лиц, обязанных оказывать первую помощь. В то время как неоказание помощи — уголовно наказуемо». Поэтому депутатами Комитета совместно с Минздравсоцразвития России и другими заинтересованными ведомствами подготовлен законопроект, направленный на регулирование вопросов оказания первой помощи. Он предусматривает внесение изменения в 39-ю статью Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и ряд других федеральных законов. Законопроект решает три важные задачи: уточняется понятийный аппарат и выделяется в законодательстве понятие «первой помощи»; определяется категория лиц, которые должны ее оказывать; законодательно закрепляется обязательность специальной подготовки для этих лиц по единым программам и правилам. «В этом документе мы описываем обязательность и объем действий всех сотрудников оперативных служб, прибывающих к месту ДТП, по оказанию первой медицинской помощи. Это очень важная новация». Председатель Комитета Госдумы по охране здоровья Ольга Борзова считает, что сотрудников ГИБДД и спасателей нужно законодательно обязать оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим при ДТП. Около 70% пострадавших в ДТП





погибают на месте происшествия или по дороге в больницу, и зачастую причиной их гибели становится неоказание своевременно первой медицинской помощи (ПМП). «Можно все уметь, но не обеспечить два условия: своевременность и возможность подключения технических средств МУ».

На слушаниях прозвучало мнение, что сотрудники ГАИ, спасатели и очевидцы ДТП нередко боятся оказывать первую медицинскую помощь, опасаясь, что в случае гибели пострадавшего они могут быть привлечены к ответственности за непрофессиональные действия. О. Борзовой был задан вопрос, будет ли в законопроекте формулировка о том, что любой гражданин имеет право оказывать ПМП. «Все граждане РФ не могут пройти специальную подготовку, поэтому законопроект не предусматривает такой возможности», — пояснила О. Борзова. Таким образом, даже в новом законопроекте нет отношения к участнику дорожного движения, и такой ресурс практически исключается из системы оказания первой медицинской помощи.

Заместитель руководителя Росавтодора Сергей Евгеньевич Полищук

отметил, что влияние дорожных условий на травматизм, по оценкам статистики и экспертным оценкам, составляет порядка 12–14%. При этом 60% дорог не соответствуют техническим требованиям эксплуатации. Порядка 50% дорог построены по нормам 50-х годов, поэтому скоростной и тяжеловесный транспорт становится причиной аварийности. «Мы предлагаем прекратить строить новые дороги, сохранить уровень финансирования ремонтных работ и поддержания дорог с приоритетом на освещение и устройство систем пассивной безопасности (барьеры, ограждения, новые знаки)».

Одним из важнейших направлений в снижении смертности дорожного травматизма Леонид Рашаль и участники слушаний выделили образовательные программы, в том числе детей. Так, на телевидении отсутствуют ролики, пропагандирующие культуру поведения на дорогах, в школах нет уроков по безопасности дорожного движения. Как отметил Сергей Полищук, воспитывать культуру поведения на

Досье на проект Федерального закона № 143680-5 «О внесении изменений в статью 39 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (внесен депутатами ГД О.Г. Борзовой, Н.Ф. Герасименко, А.М. Чухраевым, Л.К. Шойгу).

Государственной Думой РФ 26 июня 2009 г. в первом чтении принят законопроект, касающийся оказания первой помощи пострадавшим.

В частности, планируется разделить понятия «скорая медицинская помощь» и «первая помощь». Законопроект исходит из того, что первую медицинскую помощь оказывают только медицинские работники (в настоящее время — также лица, обязанные ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу). Предлагается конкретизировать лиц, которые должны оказывать первую помощь на месте происшествия. Согласно законопроекту это сотрудники органов внутренних дел, пожарной охраны и аварийно-спасательных формирований, другие лица, имеющие соответствующую подготовку.

Предусмотрено, что милиционеры, спасатели, сотрудники ведомственной охраны обязаны оказывать пострадавшим первую помощь (а не первую медицинскую или доврачебную помощь).



дорогах необходимо с детской площадки. Что касается взрослого населения, Полищук отметил необходимость новых стандартов подготовки водителей и оценки их знаний, уточнив при этом, что лишь 3 полигона в стране удовлетворяют таким требованиям.

Отдельным вопросом Леонид Рошаль выделил проблему автомобильных аптек, неполноценность комплектации которых снижает эффективность медпомощи пострадавшим на 10,4%. При этом он поблагодарил директора ФГУ ЦНИИОИЗ, академика В.И. Стародубова и журнал «Менеджер здравоохранения» за предоставленные для слушаний материалы, касающиеся этих вопросов (см. «МЗ», 2009, №7).

Сергей Федорович Гончаров, директор Всероссийского центра медицины катастроф «Защита», главную причину высокого травматизма на дорогах видит в рассогласованности действий ведомств и в

отсутствии информационного взаимодействия между ними. Им приведен рейтинг причин снижения эффективности медицинской помощи пострадавшим при ДТП в догоспитальный период: 34,3% — задержка прибытия машин скорой помощи; 19,2% — отсутствие навыков оказания медицинской помощи у участников дорожного движения; 16,3% — отсутствие должной связи для вызова машин скорой помощи; 10,4% — неполноценность автомобильной аптечки; 19,8% — другие причины. Поэтому основные усилия при реализации ФЦП должны быть направлены на совершенствование нормативно-правовой базы и разработку основ формирования зон ответственности.

Подводя итог слушаниям, Леонид Рошаль отметил, что слушания оказались весьма плодотворными и главный вывод дискуссии — необходимость создания центров обучения водителей и сотрудников МВД и МЧС.

Полезная ссылка



<http://dtprescue.ru/34998.html> — Информационно-образовательный портал «Ликвидация последствий ДТП»

В рубрике Обучение/Помощь при ДТП опубликованы:

- Правила осмотра пострадавшего в ДТП.
- Тактика первой помощи пострадавшим в ДТП.
- Описание возможных повреждений при ДТП и основные правила оказания ПМП.

В рубрике ДТП опубликованы:

- Статистические данные.
- Аналитические материалы.
- Ликвидация последствий.

На сайте опубликованы материалы по созданию в соответствии с Приказом МЧС России от 04.09.2007 № 474 в рамках реализации Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2007 годах» на базе ФГУ ВНИИ ГОЧС (ФЦ) **Центра мониторинга ликвидации последствий ДТП.**

Основными задачами Центра являются:

- Анализ состояния проблемы спасения пострадавших в ДТП в нашей стране и за рубежом.
- Анализ участия аварийно-спасательных формирований МЧС России в ликвидации последствий ДТП.
- Мониторинг приоритетных направлений развития науки и высоких технологий ликвидации последствий ДТП.
- Подготовка предложений в различные федеральные целевые программы по проблемам ликвидации последствий ДТП.
- Проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по проблемам ликвидации последствий ДТП.
- Оказания консультационных и информационных услуг в области ликвидации последствий ДТП и др.



ТРАВМАТИЗМ И СМЕРТНОСТЬ НА ДОРОГАХ: ГДЕ НАЧИНАЕТСЯ И ГДЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ЗОНА ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?



На слушаниях Комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ, посвященных дорожно-транспортному травматизму как национальной проблеме, не раз прозвучало имя нашего сегодняшнего собеседника... К нему как к авторитетному эксперту по ключевым проблемам оказания первой помощи при ДТП неоднократно апеллировал Сергей Федорович Гончаров, директор Всероссийского центра медицины катастроф «Защита».



Леонид Игоревич Дежурный, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГУ ЦНИИОИЗ, является членом рабочей группы Минздравсоцразвития по реализации ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах». Именно его взгляд на зону ответственности здравоохранения в сложной иерархии ответственности отдельных ведомств представляется важным услышать сразу по окончании слушаний Общественной палаты.

Корр.: Из всех оценок, прозвучавших на слушаниях, более всего меня поразило, что из 100 пострадавших в ДТП в России погибает 14 человек, а в Японии — 2. А ведь треть погибших — молодые люди в возрасте 15–29 лет! В чем главные причины не двух–трех, а СЕМИКРАТНОГО различия человеческих потерь в России?



Леонид Дежурный: Причин такой разницы смертности несколько. Одна из них — четкость производимого учета. Дело в том, что в России не все пострадавшие с легкими травмами вызывают скорую медицинскую помощь, а в последствии за помощью не обращаются или лечатся в поликлинике, не фиксируя данные о том, что травма получена при ДТП. В Европейских же странах практически все травмы фиксируются, что обусловлено страховкой. В результате легкие травмы, зафиксированные как полученные при ДТП, как бы разбавляют долю тяжелых и смертельных травм в общей системе учета.



Также на разницу в смертности влияет причина самого ДТП. Самые тяжелые травмы получаются при ДТП в случае наезда на пешехода или лобового столкновения автомобилей. В большинстве развитых стран мира взаимоотношения пешеходного и автомобильного движения очень четко отрегулированы и выполняются как водителями, так и пешеходами, в частности, соблюдение правил перехода на зеленый сигнал светофора. На скоростных трассах появление пешехода просто исключено, поэтому и невозможен наезд на него. В России же такой вид ДТП очень часто приводит к смертельным травмам. То же самое касается лобового столкновения. В развитых странах выезд на встречную полосу движения на скоростных трассах также невозможен.

Ну, и, конечно же, важнейшую роль в снижении смертности от травм играют сроки и эффективность оказания помощи пострадавшему в ДТП.

Дело в том, что многие пострадавшие в ДТП не умирают от полученной травмы, а получают ранения, потенциально устранимые. Однако запаздывание помощи приводит к тому, что развивающиеся ранние осложнения, такие как нарушение дыхания, остановка сердца и кровотечение, достаточно быстро приводят к гибели пострадавших.

Корр.: В 34,3%, по данным «Защиты», к гибели людей приводит задержка прибытия машин скорой медицинской помощи. Что можно сделать в регионах для решения этой проблемы? Можно ли рассматривать санавиацию как основной способ минимизации времени прибытия на место ДТП?



Л.Д.: Задержка связана с двумя основными причинами. Во-первых, врачи скорой медицинской помощи, кроме выездов на несчастные случаи, выполняют еще большую рутинную работу по неотложным вызовам на дом, что занимает основное время их работы. Системы догоспитальной помощи в развитых странах направлены на ожидание вызова, и персонал скорой медицинской помощи не загружен текущей работой.

Во-вторых, в России сложная дорожная обстановка, и машина скорой медицинской помощи зачастую не в состоянии преодолеть пробки на дорогах. Не помогает даже сирена и работающий проблесковый сигнал. Мне понравилась предложенная на одной из конференций идея: оснастить машины скорой медицинской помощи видеонаблюдением за окружающей дорожной обстановкой с целью записывания и фиксации тех автомобилей, которые не пропускают скорую медицинскую помощь в момент ее движения, и привлечения водителей этих автомобилей к ответственности. Насколько это реально с юридической точки зрения не знаю, но идея, на мой взгляд, хорошая.

Во многих странах на автодорогах и автотрассах существуют специально выделенные полосы для движения транспорта экстренных служб, что позволяет им быстро прибывать на место ДТП. Однако в наших условиях это едва ли выполнимо в короткие сроки, так как требует огромных материальных затрат. Да и водители в России в случае заторов едва ли будут в состоянии удержаться, чтобы не объехать затор по специально выделенной полосе. Соответственно пробки все равно будут оставаться.





Задержки прибытия скорой медицинской помощи к месту происшествия, конечно, являются одной из важнейших причин повышения смертности от травм с устранимыми причинами смерти, однако в случае своевременного оказания пострадавшему первой помощи участниками или свидетелями ДТП значимость этого фактора может быть уменьшена, например, при наружном кровотечении и нарушении внешнего дыхания. Также важным участником оказания первой помощи при ДТП могли бы быть сотрудники ГИБДД, которые, как правило, первыми приезжают к месту происшествия. Как это не парадоксально, но автомобиль ГИБДД с мигающим маячком в случаях заторов и пробок пропускают более охотно, чем автомобиль скорой медицинской помощи, так как это грозит для водителей возможными санкциями.

Сейчас в рамках федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» делается много усилий в плане обучения и оснащения сотрудников ГИБДД для оказания первой помощи. Возможно, это позволит изменить ситуацию с оказанием первой помощи на дорогах. Однако мгновенно это не произойдет, требуется длительная и упорная работа для воплощения этих планов в жизнь.

Применение санавиации как одного из ключевых способов доставки пострадавшего с места происшествия в стационар, на мой взгляд, в настоящее время трудновыполнимо. Во-первых, это связано с законодательством, которое требует согласования за час до вылета вертолета. Соответственно он физически не сможет успеть на место происшествия. Во-вторых, это связано с созданием сложной и дорогостоящей системы оказания помощи, которое в масштабах нашей страны потребует огромных ресурсов. По мнению Всемирной организации здравоохранения, создание сложных и дорогостоящих систем оказания помощи может даже наносить вред существующей системе в том случае, если будет отвлекать на себя и без того недостающие ресурсы. Поэтому, на мой взгляд, целесообразно сосредоточить усилия на внедрении широких и недорогих элементов оказания помощи пострадавшим, которые, по экспертной оценке ВОЗ, имеют наиболее быстрый и значимый эффект.

Корр.: Второй по значимости проблемой является отсутствие навыков оказания первой помощи у участников дорожного движения. Какие именно «участники движения» и где должны приобрести эти навыки? Есть ли об этом упоминание в Правилах дорожного движения? Правильно ли создавать центры обучения водителей и сотрудников ГИБДД? В одинаковой ли мере должны эти целевые группы владеть такими навыками?



Л.Д.: Действительно, одним из важнейших элементов спасения пострадавших является оказание первой помощи пострадавшим очевидцами происшествия или его участниками, так как эта помощь может быть оказана пострадавшему в течение ближайших минут после получения травмы. В развитых странах мира, несмотря на эффективно функционирующую систему скорой медицинской помощи, большое внимание уделяется подготовке водителей и других категорий граждан правилам оказания первой помощи и их оснащению для оказания этой помощи.



В частности, в Германии 8-часовой курс обучения входит в обязательную программу подготовки водителей при получении водительских прав, и этот курс выполняется неукоснительно. В Голландии все население тотально обучается правилам оказания первой помощи, начиная с дошкольных учреждений. В России же программа подготовки водителей в настоящее время предусматривает 24-часовой курс обучения правилам первой помощи, который реально невыполним из-за того, что он достаточно длительный. В результате обучение в большинстве случаев проходит формально. Мало того, отсутствует какой-либо контроль полученных знаний, а тем более практических навыков. При сдаче экзаменов в ГИБДД водитель отвечает только на тестовые вопросы по первой помощи, а практические навыки не демонстрирует. Изменение в системе приема экзамена в ГИБДД с включением в них зачета по практическим навыкам могло бы изменить ситуацию с качеством подготовки водителей, так как стимулировало бы как самого потенциального водителя, так и персонал автошколы уделять этому вопросу большее внимание.

Участниками дорожного движения, с точки зрения оказания ими первой помощи, можно считать три группы граждан: пешеходы и пассажиры, водители транспортных средств, сотрудники ГИБДД. Пешеходы и пассажиры не обязаны оказывать первую помощь и формально не обучены для ее оказания. Водители транспортных средств должны получать навыки по оказанию первой помощи при получении водительских прав. Однако в Правилах дорожного движения про наличие навыков у участников дорожного движения нет никаких упоминаний. Даже в разделе, регламентирующем действия водителя при ДТП, содержатся противоречивые указания, не соответствующие действующему законодательству и никак не мотивирующие водителя на оказание первой помощи. Также не указывается на необходимость использования аптечки первой помощи для оказания помощи пострадавшим. Поэтому важным моментом является внесение поправок в Правила дорожного движения с целью написания адекватного порядка действий водителя на месте ДТП и оказания помощи пострадавшему.

В настоящее время в рамках Федеральной целевой программы в регионах на базе центров медицины катастроф создаются учебные центры по обучению водителей и сотрудников ГИБДД правилам оказания первой помощи. Создание таких центров, несомненно, необходимо. Однако они не в состоянии будут взять на себя обучение всех подготавливаемых водителей, так как это, с одной стороны, огромное количество обучаемых, с другой стороны, связано с необходимостью для потенциального водителя переезжать на время в областной центр для прохождения подготовки по первой помощи, что очень затратно и едва ли будет выполняться. На мой взгляд, такие центры должны быть в регионе основной идеологии и методологии обучения правилам оказания первой помощи, обучать отдельные категории участников оказанию первой помощи, а самое главное — готовить по единой методике преподавателей, которые в последующем будут обучать различные категории граждан правилам оказания первой помощи. Причем речь идет не только о преподавателях автошкол, готовящих водителей. Функции таких центров должны быть расширены. Они должны быть центрами подготовки для оказания первой помощи любых категорий граждан, например, работников предприятий и организаций, студентов ВУЗов и других, а не только





связанных с ДТП. В этом случае не придется создавать в регионе несколько таких центров, отвечающих по отдельности за первую помощь при ДТП, на производстве, в других условиях. Очень важным и непростым моментом будет подготовка автошкол к обучению правилам оказания первой помощи. Автошколы не обладают большими финансовыми ресурсами и далеко не все из них будут в состоянии приобрести необходимое учебное оборудование для отработки навыков по первой помощи, так как это оборудование достаточно дорогое. Поэтому будет целесообразным оснащение автошкол специальным учебным оборудованием за счет средств Федеральной целевой программы с налаживанием целевого контроля за эффективностью использования данного оборудования. Кроме того, будет целесообразным сокращение программы обучения навыкам первой помощи до 8 часов, чтобы это обучение можно было провести в рамках одного дня. В этом случае проведение такого обучения станет более реальным, и можно будет требовать от автошкол его выполнения. Это согласуется с европейским опытом, где обучение в разных странах длится от 5 до 8 часов. Обучение не должно затрагивать сложные навыки оказания первой помощи. Необходимо минимизировать теоретическую подготовку, а основной упор делать на отработку простейших, но наиболее эффективных навыков.

Корр.: На слушаниях общественной палаты был задан вопрос о статистике оказания первой помощи сотрудниками ГИБДД и МЧС. Представители этих ведомств ответили, что такая статистика не ведется. Целесообразно ли с Вашей точки зрения, осуществлять мониторинг таких данных и мотивировать сотрудников МВД какими-либо бонусами оказывать первую помощь?

Л.Д.: К сожалению, в настоящее время нет не только статистики по частоте и качеству оказания первой помощи, но и самого механизма сбора этих данных. Есть отдельные наработки по созданию такой системы, однако от наработок до реального внедрения достаточно большой путь. В этом году будет апробироваться система сбора такой информации в нескольких регионах РФ, в частности, будет внедряться карточка учета оказания первой помощи, в которой будет отражаться минимальный набор выполненных действий по оказанию первой помощи пострадавшим на месте ДТП.

Сама необходимость заполнения этой карточки уже будет определенным мотивирующим фактором для сотрудника ГИБДД или спасателя МЧС, прибывшего на место происшествия, потому что в случае, если он не будет оказывать первую помощь, он будет вынужден ставить во всех графах этой карточки прочерки, что будет отражать его некачественную работу. В некоторых странах, например, в Голландии, у сотрудников пожарной охраны, которые, кроме тушения пожара, оказывают помощь пострадавшим на воде и медицинскую помощь на месте происшествия, есть система собирания баллов. Эти баллы даются за каждое выполненное действие и не только медицинское. В течение определенного периода времени (месяц, год) эти баллы суммируются и отражают эффективность работы каждого конкретного сотрудника, что показывает качество его реальной работы и влияет на дальнейшее продвижение по службе. Введение подобной системы у



нас могло бы изменить отношение сотрудников ГИБДД к оказанию первой помощи в лучшую сторону. Если бы оказание первой помощи было бы мотивировано еще и финансово, то это создало бы условия для еще большего улучшения ситуации.

Отсутствие информации по частоте и качеству оказания первой помощи приводит к тому, что в настоящее время практически невозможно оценить эффективность мероприятий, направленных на улучшение оказания первой помощи, то есть получается, что все эти мероприятия проводятся вслепую.

Вопрос мотивации участников дорожного движения, да и всех граждан к оказанию первой помощи является очень важным. Во многих странах большое внимание уделяется как моральной, так и материальной мотивации граждан к оказанию первой помощи. У нас же боязнь ответственности за свои правильные или неправильные действия приводит к тому, что большинство потенциальных участников оказания первой помощи отказываются от ее оказания. В России должен быть принят нормативный документ, исключающий ответственность человека, оказывающего первую помощь, в случае гибели пострадавшего или развития у него в процессе оказания помощи осложнений. Если участники оказания первой помощи будут чувствовать себя юридически защищенными, то можно будет рассчитывать на более активное участие граждан в оказании первой помощи, как это происходит в большинстве развитых стран мира.

Корр. Кто же имеет право оказывать первую медицинскую помощь? Кто может оценить ее полноту и адекватность? «Догоспитальная помощь», «доврачебная помощь», «первая медицинская помощь» — возможна ли какая-то алгоритмическая формализация всех этих терминов?



Л.Д.: Что касается права оказания первой помощи, то в базовом объеме ее должны иметь право оказывать все граждане РФ. Мало того, они не должны нести ответственность за осложнения, возникшие в процессе оказания помощи, в том случае, если не будет доказано, что они были нанесены умышленно. Причем для оказания базового объема первой помощи не нужно наличия у человека, ее оказывающего, какого-либо удостоверения о прохождении курсов. При этом в базовый объем помощи должны быть включены наиболее простые и безопасные для пострадавшего манипуляции, такие как остановка наружного кровотечения, поворот пострадавшего на бок при его бессознательном состоянии и некоторые другие. Также базовый объем первой помощи должен выполняться при помощи подручных средств или минимального набора, находящегося в аптечке первой помощи, например, в автомобильной аптечке. Расширенный же объем первой помощи должны выполнять те граждане, которые прошли специальную подготовку и имеют для оказания этого вида помощи специальное оснащение.

Что касается терминологии, то здесь давно назрела необходимость наведения порядка, так как для обозначения помощи, оказываемой немедицинским работником, в настоящее время в нормативных документах употребляется более 20 различных терминов. В настоящее время в первом чтении прошла поправка в «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья гражд-





дан», где впервые среди видов медицинской помощи вводится понятие «первая помощь». Эта поправка позволит привести всю остальную нормативную документацию к единому термину. Эта работа очень непростая, длительная и кропотливая, так как затрагивает много нормативных документов и большое число граждан. Однако без проведения такой работы дальнейшее развитие нормативной базы по оказанию первой помощи будет невозможно.

Кроме того, должен быть юридически определен объем помощи, которую оказывает каждая из групп населения, и утвержден порядок ее оказания. При этом будет целесообразно выделить как минимум два вида первой помощи: это «базовую первую помощь» и «расширенную первую помощь». Базовую первую помощь будут оказывать те категории граждан, которые имеют минимальную вероятность оказания первой помощи пострадавшим и которые малоорганизованы. В данной ситуации к этой категории в случае ДТП будут отнесены водители транспортных средств. Программа обучения должна быть минимальна по времени, и навыки должны включать самые необходимые действия на месте происшествия. На начальном этапе этому же объему помощи должны быть и обучены сотрудники ГИБДД. Обучение их базовому объему помощи позволит достаточно быстро привлечь их к оказанию первой помощи. В последующем отдельные категории сотрудников ГИБДД, например, тех, кто работает в удаленных от больниц местах, необходимо будет обучать навыкам расширенной первой помощи с включением в объем помощи дополнительных действий с использованием дополнительных устройств и инструментов. На сегодняшний день подготовку по расширенному объему первой помощи необходимо производить для спасателей МЧС, так как они целенаправленно выезжают на вызовы по спасению людей и смогут при этом оказать эффективную помощь. Численность спасателей относительно невелика, и провести их расширенное обучение будет более реально, чем, например, сотрудников ГИБДД. Этапность в обучении сотрудников ГИБДД позволит быстро обучить большую массу сотрудников в достаточно короткие сроки.

Корр.: Почему так долго и мучительно сложно создается нормативная база для решения рассматриваемой проблемы?



Л.Д.: Сложность создания нормативной базы обусловлена несколькими причинами. Одна из них заключается в том, что нормативная база по оказанию первой помощи касается практически всего населения страны, что создает определенные трудности. Кроме того, нет единого нормативного документа, определяющего все основные положения оказания первой помощи. Даже введение единого термина оказалось непростой задачей, на решение которой ушло 1,5 года. Упорядочение нормативной базы затруднено тем, что уже существуют около 200 нормативных документов, так или иначе касающихся первой помощи. Наведение порядка в нормативной базе потребует внесения изменений и поправок и во все эти нормативные документы, что является большой и непростой работой. Кроме того, оказание первой помощи, по сути, является медицинскими действиями, но при этом участниками оказания первой помощи являются лица, не



имеющие медицинского образования и не подчиняющиеся органам здравоохранения. Это люди разных возрастов, образования, подчиняющиеся различным ведомствам. В результате создание нормативной базы должно учитывать все эти особенности, что достаточно непросто.

Корр.: Традиционный и легко угадываемый вопрос — о принципиальной переносимости зарубежного опыта. Вы знакомы с несколькими европейскими моделями оказания первой помощи при ДТП. Какая из них представляется Вам наиболее русифицируемой?



Л.Д.: Вопрос очень непростой, так как всегда существует желание скопировать какую-нибудь удачную систему и привить ее на российскую почву. Однако слепое копирование не даст результата. Должен учитываться накопленный опыт, менталитет, особенности страны, география и многие другие факторы. В настоящее время часто можно слышать, что надо проводить обучение сотрудников ГИБДД для того, чтобы привести их к уровню парамедиков. На мой взгляд, это практически невозможно или связано с неправильным пониманием профессии парамедика. Парамедик в США и Канаде — это сотрудник системы здравоохранения, который выезжает на место происшествия на санитарной машине и оказывает помощь пострадавшему. Этот сотрудник обучается от 2000 (США) до 3500 (Канада) часов, имеет практические навыки по оказанию первой помощи на догоспитальном этапе и работает именно как профессионал. Быть парамедиком «по-совместительству», на мой взгляд, невозможно. Что касается использования иностранного опыта, то для России скорее подойдет не американский опыт, где на догоспитальном этапе врачи не участвуют в оказании помощи вовсе. Для России будет целесообразным применение некоторых элементов опыта европейских стран. Для этого на первом этапе необходимо подготовить к базовому уровню оказания первой помощи сотрудников всех экстренных служб, в том числе и выезжающих на ДТП, как это сделано в европейских странах. Это должны быть сотрудники ГИБДД, сотрудники противопожарной службы и спасатели МЧС. Кроме того, необходимо проводить активную работу по подготовке для оказания минимального объема первой помощи широких слоев населения. Также необходимо вести широкую пропаганду оказания первой помощи среди населения и разработать единую государственную утвержденную и согласованную со всеми специалистами методологию, объем и порядок оказания первой помощи пострадавшим.

Корр.: Большое спасибо, Леонид Игоревич! Надеемся, что читатели «МЗ» продолжают эту тему и поделятся с нами подходами и опытом, накопленным в регионах.

*Беседу провела
Наталия Куракова*





III ВСЕРОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНА РОССИИ-2009»

Дата и место проведения: 25–26 сентября 2009 года, г. Санкт-Петербург

Организатор форума: Ассоциация частных клиник Санкт-Петербурга

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ФОРУМА:

- обсуждение вопросов частно-государственного партнерства в здравоохранении;
- разработка модели участия частной медицины в государственных программах;
- анализ международного опыта интеграции государственного и частного секторов здравоохранения;
- обоснование целесообразности включения частных медицинских учреждений в перечень учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП).

Background: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (Статья 5, пункт 6) не содержат прямого запрета на участие частных организаций в тендерах на государственное финансирование.

- **В январе 2009 года** Ассоциацией частных клиник Санкт-Петербурга было подано обращение в Минздравсоцразвития России по поводу доступности оказания ВМП гражданам Российской Федерации для частных медицинских учреждений. Чуть позже 4 клиники, входящие в Ассоциацию частных клиник (Кардиоклиника, Российско-финская клиника «Скандинавия», Клиника «ОНА», Американская медицинская клиника), подали в Минздравсоцразвития индивидуальные заявления о включении их в перечень учреждений, оказывающих ВМП.
- **В феврале 2009 года** состоялась встреча председателя Ассоциации частных клиник Алексеевой Н.С. с директором Департамента ВМП Точиловой Н.Н., на которой обсуждались перспективы включения частных медицинских организаций в перечень учреждений, участвующих в выполнении государственного задания на оказание ВМП.
- **В феврале 2009 года** Ассоциация подала заявление в ФАС, на которое был получен следующий ответ: «ФАС России рассмотрело Ваше обращение по поводу доступности оказания ВМП гражданам РФ для частных медицинских учреждений и сообщает, что в связи с этим подготовлена поправка в «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года № 5487-1 для последующего согласования с Минздравсоцразвития РФ и внесения в соответствии с существующей процедурой». В этой поправке однозначно предполагается участие организаций частной формы собственности в формировании государственного задания на ВМП.

Миссия конференции: донести важность включения частного сектора здравоохранения в государственные тендеры до представителей власти и до конечного потребителя медицинских услуг, дать импульс к развитию и улучшению ВМП с использованием потенциала частных клиник, от чего выиграют в первую очередь именно пациенты.

Подробная информация: на сайте www.acspb.ru

Контактное лицо: Ирина Авербах, координатор проекта,
+7 (921) 415-6515, e-mail: info@acspb.ru



ТИПОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ



На вопросы отвечают:

Геннадий Орлов,

директор направления
медицинских информационных
систем «КОРУС Консалтинг»,

Ася Власова,

директор направления открытых
программных решений
«КОРУС Консалтинг»,
член правления РАСПО



От редакции:

В рамках мероприятий ФЦП «Электронная Россия (2002–2010 гг.)» осуществлены разработка и экспериментальная проверка типового программно-технического комплекса персонифицированного учета оказания медицинской помощи на уровне субъекта Российской Федерации (коротко — Типовая МИС) с учетом реализации требований по защите персональных данных.

Геннадий Орлов, директор направления медицинских информационных систем «КОРУС Консалтинг», фирмы-разработчика Типовой МИС, обратился в ИД «МЗ» с предложением вести постоянную рубрику, в которой он и его коллеги будут отвечать на вопросы, поступающие в редакцию. Предлагаем ознакомиться с первой частью полученных ответов. Полный перечень ответов, подготовленных сотрудниками «КОРУС Консалтинг», смотрите на сайте www.idmz.ru и читайте в журнале «Врач и информационные технологии»

Гусев А.В., ответственный редактор журнала «Врач и информационные технологии», к.т.н.

Вопрос 1: Везде акцентируется, что все, что предлагает компания, бесплатно для ЛПУ. Но на чем Вы планируете зарабатывать? Хотелось бы увидеть конкретный перечень платных услуг или ПО с указанием уровня цен и схемой оплаты.

Ответ: На рынке МИС для медицинских организаций мы предлагаем несколько лучших собственных решений и решений наших партнеров. Среди них есть как решения на коммерческом ПО, так и решения на базе свободного ПО. Мы уверены, что



для массовой автоматизации медицинских учреждений необходимо именно решение на базе свободного ПО. Лучшие коммерческие МИС имеют более широкую функциональность, а значит, и более затратны при внедрении, из чего следует ограниченность сферы распространения: они доступны только крупным медицинским организациям со специфическими требованиями к МИС. Сегодня в регионах массово внедрены только решения для расчетов за оказанную медицинскую помощь в рамках ОМС. Они не ориентированы на внутренние потребности медицинских организаций и поддержку всех стадий лечебно-диагностического процесса. В результате медики вынуждены использовать много дополнительных программ: для системы ОНЛС (федеральной и региональной), статистики, ОМС, ведения регистра врачей и т.д. **Основная задача текущего момента — предложить простые для внедрения типовые решения, которые заменили бы эти многочисленные программы в медицинских организациях.** Именно такой системой и является Федеральная типовая МИС, которую мы разработали совместно с нашими партнерами. Мы не зарабатываем на единичном заказчике, как это делают другие поставщики МИС. Мы предоставляем массовые сервисы внедрения и поддержки, а это значит, более дешевые. Именно на это изначально и была ориентирована система. **Это — типовой подход при массовом внедрении.** Более того, он применялся многими территориальными фондами ОМС при внедрении своих решений во всех медицинских организациях своего региона.

Перечень наших услуг крупными блоками:

- адаптация федеральной типовой МИС под требования конкретного региона, включая обследование имеющихся в регионе средств обеспечения информационной безопасности и выбор из имеющихся в типовой МИС вариантов обеспечения защиты информации;
- предложение комплексного решения по обеспечению полной лицензионной чистоты применяемых в медицинских организациях операционных систем, офисных пакетов и прикладных программных средств;
- внедрение адаптированного под региональные особенности ПО в медицинских организациях регионов, обучение, организация технической поддержки, сопровождение создания регионального центра компетенции по Федеральной типовой МИС.

Цены на услуги устанавливаются в рыночных условиях и поэтому не могут превышать аналогичные цены других компаний. В случае внедрения проприетарных (на базе коммерческого ПО) решений, поставляемых отдельными разработчиками МИС, медицинская организация ставится в высокую зависимость от поставщика решения. В случае типового решения эта зависимость гораздо ниже, так что и цены невозможно устанавливать монопольно.

Вопрос 2: Есть опасение, что, отдавая МИС бесплатно, Вы будете предлагать платную техническую поддержку или доработку МИС под нужды конкретных заказчиков. Отсюда традиционный вопрос: а какой тогда экономический смысл делать качественный и завершённый, с функциональной точки зрения, продукт? Ведь если продукт действительно сделан качественно и покрывает все нужды ЛПУ, то потребность в его технической поддержке и доработке будет минимальна, а значит, и минимальна прибыль от этого рода услуг, что, конечно, не может являться целями и задачами коммерческой компании.

Ответ: У Windows, Oracle и т.д., а тем более у специализированных продуктов — МИС — обязательно есть техподдержка, но никто не делает вывода, что это



некачественные продукты, скорее наоборот. Экономический смысл делать качественный продукт в том, чтобы его использовали. А если его используют, то востребованы и услуги по его внедрению и техподдержке. Не мы придумали такой способ продвижения ПО. Мы считаем, что в настоящее время, тем более кризисное, такие решения позволяют обеспечить большинство ЛПУ качественным продуктом при условии исключения дополнительных лицензионных затрат на системное и офисное ПО, то есть использовать ограниченные финансовые средства максимально эффективно.

Специалистам, которым знаком подход к распространению ПО как свободного ПО, нас не в чем «подозревать». Бесплатность — не главная характеристика свободного ПО, а лишь маленькая черточка! Рекомендуем следующую информацию по свободному ПО, она поможет снять все «опасения»:

1. Обзорная информация по свободному ПО — www.info-foss.ru
2. Исследование «КОРУС Консалтинг» о перспективах и стратегии развития свободных разработок для госсектора в России <http://korusconsulting.ru/products/mscore/report-super-final-full/>

Вопрос 3: Вы используете термин «свободное ПО» для «Типовой МИС». Как известно, свободное ПО — это ПО не только (и не столько) бесплатное, сколько открытое, то есть исходные коды этого ПО должны быть опубликованы и доступны любым желающим и не только для скачивания, но и для модификации и изучения, а также повторного (и не контролируемого Вами) использования. Так ли это на самом деле? Будут ли исходные коды Вашего ПО доступны для изучения, модификации и использования в сторонних разработках?

→ **Ответ:** В вопросе увязываются между собой разные понятия: «свободное ПО» (free software, СПО, FOSS), «бесплатное ПО» (freeware), «открытое ПО» (open software). Каждое из них самостоятельно и их не следует смешивать.

В самом общем смысле свободное программное обеспечение — это то ПО, которое пользователи могут свободно запускать, копировать, распространять, изучать, изменять и улучшать. Более точно это выражается в наличии у пользователей четырех видов свободы:

1. Свободы запускать программу для любых целей.
2. Свободы изучать, как программа работает, и адаптировать ее для своих нужд (доступ к исходному коду — необходимое для этого условие).
3. Свободы повторно распространять копии программы.
4. Свободы улучшать программу и опубликовывать результаты работы по улучшению программы для пользы всего общества (доступ к исходному коду — необходимое для этого условие).

На любое ПО, и на свободное в том числе, всегда есть авторские права разработчиков. Все права на разработанное нами ПО переданы государству в лице Росинформтехнологии и Минздравсоцразвития России, и они определяют политику распространения системы. Сегодня подписаны лицензионные соглашения, по которым система передана в пилотные регионы от Росинформтехнологии. Готовится проект лицензионного соглашения Минздравсоцразвития России. В основе этих соглашений — принципы свободного ПО. Этим государственным органам власти и следует направлять подобные запросы.





Вопрос 4: В Вашем докладе было озвучено, что «Типовая МИС» уже является свободным ПО. Под какой лицензией она выпущена? Где можно скачать исходные коды, готовые дистрибутивы и документацию?

Ответ: Как сказано выше, Росинформтехнологии и Минздравсоцразвития России определяют порядок распространения и разрабатывают лицензионное соглашение. Под их лицензией система и распространяется. Исходные коды, готовые дистрибутивы и документация представляются ими же.

Минздравсоцразвития России планирует создание репозитория свободного ПО для здравоохранения, который обеспечит доступ всем медицинским учреждениям и другим организациям к Типовой МИС.

Кобринский Б.А., академик РАЕН, профессор, д.м.н., руководитель Медицинского центра новых информационных технологий

Вопрос 5: Идентификатор личности — как Вы решаете эту проблему?

Ответ: Федеральная типовая МИС была разработана в Санкт-Петербурге, где функционируют развитые региональные системы. В частности, региональные системы идентификации граждан в ОМС (Регистр застрахованных граждан по ОМС в Санкт-Петербурге и соответствующая информационная система) и в системе ОНЛС (Медико-социальный регистр населения и соответствующая информационная система). Поэтому Федеральная типовая МИС имеет развитые средства интеграции с внешними системами учета граждан.

В системе ведется локальная картотека обслуживаемого населения, которая использует свой внутренний идентификатор пациента. По каждому пациенту также хранятся все идентификаторы внешних систем:

НАША СПРАВКА:

О функциях типового решения

Типовая МИС предназначена для повышения качества лечебно-диагностического процесса, обеспечения возможности контроля обоснованности расходов на оказание медицинской помощи, снижения нагрузки на медицинский персонал, предоставления оперативного доступа к медицинской информации и статистическим данным ЛПУ для принятия управленческих решений за счет:

- автоматизации административной и медицинской деятельности;
- персонифицированного учета оказанных медицинских услуг населению;
- обеспечения эффективного и качественного информационного взаимодействия учреждений и организаций системы здравоохранения, в том числе прием и передачу как первичной, так и отчетной информации в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, территориальные органы управления здравоохранением и фонд социального страхования;

- обеспечения интеграции с процессами управления поставками лекарственных средств;
- обеспечения возможности взаимодействия с системами управления затратами для обработки и анализа затрат по оказанию медицинских услуг.

Типовая МИС автоматизирует следующие процессы:

- Ведение электронного расписания работы врачей, запись на прием, работу приемного отделения.
- Учет обслуживаемого населения.
- Персонифицированный учет обращений пациентов за лечебно-диагностической помощью или профилактическими мероприятиями и оказанной им медицинской помощи, ведение электронной медицинской карты амбулаторного и стационарного больного.
- Получение сводных аналитических данных о деятельности ЛПУ.
- Предоставление информации об оказанных услугах для осуществления финансово-экономического учета и планирования.



- ОМС (внутренний идентификатор региональной информационной системы и внешний идентификатор — неизменяемый и уникальный единый номер полиса, утвержденный Федеральным фондом ОМС в 2000 году, серия и номер бланка полиса ОМС);
- ОНЛС (используется СНИЛС);
- идентификаторы прочих систем учета (паспорт, свидетельство о рождении и прочие).

Эти идентификаторы используются при передаче информации в соответствующие системы. Но для внутренних операций в системе используется собственный локальный идентификатор. Алгоритмы импорта/ экспорта обеспечивают уникальность записей и необходимые преобразования.

Столбов А.П., д.т.н., заместитель директора МИАЦ РАМН

Вопрос 6: Насколько обкатана система в стационаре?



Ответ: Система проектировалась на основе многолетнего опыта эксплуатации МИС в ЛПУ (18 лет). Современная версия системы на базе свободного ПО учитывает этот опыт и разработана в 2005–2006 годах. Обеспечивает ведение электронных медицинских записей как для амбулаторно-поликлинических видов медицинской помощи, так и для стационарных. Средства настройки различных видов и параметров медицинской помощи и услуг доступны администраторам системы. Принципиально, что все виды электронных медицинских записей хранятся в единой базе данных. Система на момент начала проведения работ по заказу Росинформтехнологии и Минздравсоцразвития России была «обкатана» в более чем 20 амбулаторно-поликлинических учреждениях. В настоящее время начата обкатка системы на базе одного из стационаров. В каждом из пилотных регионов также планируется внедрение системы в стационаре.

- Обмен классификаторами и справочниками технико-экономической и социальной информации, а также персонально идентифицируемой информацией регистров прикрепленного населения и медицинских работников ЛПУ.

В системе реализованы конфигурации: «Поликлиника», «Стационар», «Параклиника» и «Персонал». Поддерживается возможность одновременного учета в одном модуле как стационарных, так и амбулаторно-поликлинических услуг и услуг параклиники.

В системе реализованы механизмы интеграции со следующими внешними информационными системами:

- региональной и федеральной системой нормативно-справочной информации: используются федеральные справочники: КЛАДР, ОКАТО, ОКВЭД, ОКСО, ОКИН, ОКФС, ОКПО, МКБ-10,

номенклатура диагностических исследований МЗСР РФ, справочник медикаментов на основе номенклатуры РЛС; система содержит вариант региональных справочников, но при внедрении в регионе должно производиться «интегрирование» со справочниками этого региона;

- региональными системами учета персонифицированных данных пациентов: медико-социальным регистром населения, регистром застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан;
- региональной системой взаиморасчетов за оказанные медицинские услуги, оплаты счетов за оказанную медицинскую помощь в страховых медицинских организациях;
- территориальным регистром сотрудников учреждений здравоохранения с выгрузкой данных о медицинских работниках в соответствии с международными стандартами ISO (HL7).

После проведения пилотных проектов внедрения Типовой МИС в регионах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации предоставит право свободного использования Типовой МИС любому государственному лечебно-профилактическому учреждению России.



От редакции:

Статья Ю.Ю. Зинчука «Влияние оплаты труда по конечному результату на показатели работы и качества медицинской помощи муниципального ЛПУ», опубликованная в № 5 нашего журнала за этот год, была неоднозначно воспринята нашими читателями. С одной стороны, описываемая система не является новой самой по себе. Тем не менее, опыт практического ее применения крайне интересен в кризисный период как во многом вынужденная мера, направленная на экономию. Но наши читатели выражают серьезные сомнения в том, что достигнутые показатели качества были следствием именно данной системы оплаты труда. Ниже мы публикуем отклик на статью одного из специалистов в сфере контроля качества.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

М.Р. Андреева,

начальник отдела контроля качества медицинской помощи населению Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

А НЕ «ЛУКАВЫЕ ЛИ ЦИФРЫ»?

Замечательно, что уменьшились расходы учреждения и увеличилась заработная плата медиков! Но разве это критерии качества медицинской помощи?

О чем говорит показатель частоты дефектов оказания медицинской помощи размером в 3%? И что каждого конкретного сотрудника проверили в объеме, позволяющем получить статистически достоверную информацию? И у всех одинаковое количество одинаковых «дефектов»? А что такое «дефект» медицинской помощи в данном случае? Насколько он отражает реальное качество?

Оценивая деятельность медицинского учреждения, мне как потенциальному пациенту было бы очень интересно узнать, а как там лечат, а какие новые эффективные технологии были внедрены в учреждении за этот период? А как изменился контингент пациентов? А летальность при инфаркте, инсульте, «остром животе»? А в каком состоянии выписываются пациенты после инсульта? В каком проценте они могут себя обслуживать, особенно если существенно уменьшилось количество боль-

ных, которым назначалась ЛФК? Не увеличилось ли количество инвалидов вообще в популяции населения, получающего медицинскую помощь в данном учреждении? И какой части больных с сахарным диабетом ампутировали ногу из-за несвоевременной диагностики и неадекватного лечения? И как вообще изменилась смертность? И сколько времени нужно ждать в очереди?

И уж совсем меня (как потенциального пациента) не интересует, сколько средств удержала страховая медицинская организация.

Очевидно, что в целом увеличилось количество больных, и при этом жители недополучили определенный объем медицинской помощи в форме физиотерапевтических услуг, лечебной физкультуры и т.д. Имеются ли неопровержимые доказательства того, что эти услуги были излишними?

Объективные критерии (индикаторы) качества медицинской помощи — это сегодня самая актуальная тема.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 № 913



«О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год» впервые установлены критерии доступности и качества медицинской помощи, ориентированные на результат.

«Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики следующих показателей:

- удовлетворенность населения медицинской помощью;
- число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;
- число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;
- смертность населения;
- смертность населения в трудоспособном возрасте;

- смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;
- смертность населения от онкологических заболеваний;
- смертность населения от внешних причин;
- смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;
- материнская смертность;
- младенческая смертность;
- доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке».

Мы не знаем, каковы эти показатели, как они изменились.

Можно дискутировать о критериях оценки качества медицинской помощи, но оценивать состояние здравоохранения без учета результата бессмысленно.

Ответ автора статьи:

Ю.Ю. Зинчук,

к.м.н., с.н.с. организационно-научного отдела МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

А НЕ «ЛУКАВЫЙ ЛИ ОТЗЫВ» НА КАК БУДТО «ЛУКАВЫЕ ЦИФРЫ»?

Очень рад, что моя статья стала объектом обсуждения. И очень приятно, что появился отзыв из родного для меня Питера, где учился в Военной медицинской академии в общей сложности девять лет.

Статья посвящена изложению методики оплаты труда по конечному результату и тому, какие изменения произошли в показателях работы Сходненской городской больницы (СГБ) после ее внедрения. В данной работе не ставилась задача изложить используемую в СГБ систему управления эффективностью и качеством медицинской помощи (КМП) — с ней можно познакомиться в статье «Экономические механизмы управления





качеством медицинской помощи», опубликованной в журнале «Экономика здравоохранения», 2009, № 2.

В отзыве четко прослеживается взгляд на управление КМП именно работника органа управления здравоохранением и не делается различия между индикаторами КМП, которые должны использоваться ЛПУ, и органами управления здравоохранением.

К сожалению, существующая система отчетности СМО и фондов ОМС по экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП) осуществляется по территориальному принципу и не подразумевает отчетности по лечебным учреждениям. Количественная оценка показателей ЭКМП возможна только на основе показателей таблиц ПГ («права граждан»). И если работника органа управления здравоохранением не интересует величина наложенных на ЛПУ штрафных санкций (одного из показателей таблиц ПГ), то им не осуществляется обратная связь: анализ и разбор совместно с ЛПУ допущенных дефектов КМП.

Позиция работника органа управления здравоохранением не подразумевает интереса к экономической эффективности медицинской помощи ЛПУ. Нельзя бездоказательно утверждать, что механизм ресурсосбережения привел к ситуации, когда пациенты «недополучили» физиотерапевтические процедуры, сеансы ЛФК и т.д., и требовать доказательств того, что эти услуги были «лишними». Есть другая позиция: выполненный объем был достаточен, и доказать обратное невозможно, так как не существует данных, указывающих, в каком проценте от общего числа лечившихся и обратившихся в ЛПУ должны выполняться те или иные диагностические или лечебные процедуры. Их получить практически невозможно, да они и не нужны. Введенная в СГБ система «оплаты труда по конечному результату», основанная на принципах хозяйственного расчета и условного фондодержания (данные материалы ожидают публикации в следующем номере журнала

«Менеджер здравоохранения» — статья «Механизмы хозяйственного расчета и условного фондодержания — экономическая основа управления качеством медицинской помощи и эффективностью лечебного процесса»), позволяет определить именно тот базовый минимум лечебных и диагностических процедур, которым должен быть обеспечен тот или иной пациент. А государство (в лице министерств, комитетов здравоохранения и т.д.), вводя стандарты, может сужать или расширять размер тех или иных услуг. Важность этой позиции в том, что ресурсы всегда ограничены. При этом эффективное здравоохранение обеспечивает оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь.

Оппонент спрашивает: о чем говорит показатель частоты дефектов оказания медицинской помощи размером в 3%? Это значит, что в трех случаях из 100 ЭКМП были обнаружены дефекты КМП. Сравнение осуществляется по годам за ЛПУ в целом. Оценка качества работы отдельного врача — это задача внутреннего контроля КМП. Хотя введенная в СГБ система управления эффективностью и КМП позволила объединить внутреннюю и вневедомственную ЭКМП в один процесс.

И последнее: введенная в СГБ система «оплаты труда по конечному результату», основанная на хозяйственном расчете и условном фондодержании, впервые применена к структурным подразделениям стационара (отделениям) и отдельным специалистам в поликлинике. Таким образом были реализованы принципы «нового хозяйственного механизма» на более глубоком уровне. Методика необходима не только как механизм «ресурсосбережения» (особенно в условиях экономического кризиса), но и как «генератор прибыли», основанный на принципах всеобщего повышения качества (Total Quality Management), ее реализация необходима для осуществления реформирования ЛПУ в «автономные учреждения».



И СНОВА О ПЛАТНЫХ УСЛУГАХ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

От редакции:

Во втором номере нашего журнала за этот год был опубликован материал Ф.Н. Кадырова «Запретят ли платные услуги в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения?». Материал вызвал большой отклик. Сегодня мы публикуем новый материал, явившийся откликом на указанную публикацию. Редакция с уважением отнеслась к присланному нам материалу, который мы публикуем без купюр.

Мы всей душой поддерживаем тревоги авторов и их заботу о правах граждан. Тем не менее, хотелось бы дать небольшой комментарий.

Авторы упорно настаивают на неконституционности платных медицинских услуг, игнорируя общеизвестные юридические решения (приведенные, кстати, в публикации журнала, с которой авторы не согласны), в частности, Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 6 июня 2002 года № 115-0, в котором сказано, что оказание платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения (цитируем ред.) «...не противоречит статье 41 (часть 1) Конституции Российской Федерации...».

Оставим на совести авторов и ироничные фразы типа: «Общественному совету не известно ни одно учреждение здравоохранения, которое привлекло бы для этих целей кредитные средства». Редакции такие учреждения известны. Но суть в другом. Очевидно, уважаемые авторы не знакомы с Положением части 4 статьи 161 Бюджетного кодекса РФ, в которой закреплено, что «Бюджетное учреждение не имеет права получать кредиты (займы)». Странно при наличии подобной статьи в Бюджетном кодексе РФ сетовать на некорректность поведения учреждений. Кстати, известные нам учреждения не нарушали закон — они брали кредиты еще до выхода Бюджетного кодекса РФ.

Авторы приводят примеры некорректного оказания платных медицинских услуг, с которыми они не согласны. Отметим, мы тоже, включая автора нашего материала, не согласны с имеющими место нарушениями.

К сожалению, авторы данной публикации даже не пытаются дать ответы на поднятые в нашем материале вопросы, касающиеся того, а какие собственно платные услуги, в каких ситуациях должны быть запрещены. Запретить и все?

Поэтому хотелось бы посмотреть на проблему шире: самым ли эффективным методом решения проблем является запрет? Искоренены ли причины, вызывающие необходимость оказания платных услуг? Как возможные запреты скажутся на финансовом положении медицинских учреждений? На благо ли пациентов в конечном счете будет ситуация, когда бизнесмены будут претендовать исключительно на бесплатную медицинскую помощь в бюджетных учреждениях? Приглашаем наших читателей к продолжению дискуссии.

В заключение приведем принципиальную фразу из опубликованного нами в 2-м номере материала, на которую авторы предлагаемой в данном номере публикации, похоже, не обратили внимания, и которая, на наш взгляд, является ключевой, определяющей содержание публикации журнала и разделяемой редакцией: «платные услуги должны предоставляться как дополнение к бесплатной помощи либо как альтернатива, а не как замещение бесплатной помощи платной».

Давайте исходить из этой позиции и совместно искать пути решения действительно сложной проблемы.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова



**А.А. Старченко,**

д.м.н., профессор, советник генерального директора страховой медицинской компании «РОСГОССТРАХ-МЕДИЦИНА»; ответственный секретарь Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре

М.Ю. Фуркалюк,

к.х.н., адвокат «Адвокатского кабинета М.Ю. Фуркалюка»

И.В. Рыкова,

юрист Счетной Палаты РФ

РЕШЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ РОСЗДРАВНАДЗОРА И СТРАХОВЩИКОВ ПО ВОПРОСУ ПРАВА НА БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Во втором номере журнала «Менеджер Здравоохранения» за 2009 год опубликовано мнение заместителя главного редактора по вопросу о неизбежности и правомерности оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

На наш взгляд, сомнительными являются:

- тезисы о справедливости таковой правомерности;
- ссылка на неповоротливость российской чиновничьей машины при рассмотрении поправок или отмены Постановления Правительства РФ № 27 1996 года;
- ссылка на выживание учреждений здравоохранения в период финансового кризиса за счет личных сбережений пациентов.

Частью 1 ст. 41 Конституции РФ закрепляется право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии со ст. 25 Всеобщей декларации прав человека и ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, а также ст. 2 Протокола № 1 от 20 марта 1952 г. к Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. При этом специально оговаривается, что «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно...».

Часть 1 ст. 41 Конституции РФ также гарантирует бесплатность оказания медицинской помощи государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, устанавливая источники финансирования предоставляемой медицинской помощи: «...за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений...». Таким обра-



зом, Конституция РФ гарантирует, что в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь гражданам может быть оказана только бесплатно, то есть без взимания платы с пациента за оказанные ему услуги медицинского характера. Указанное обстоятельство ставит повсеместную организацию так называемых платных медицинских услуг государственными и муниципальными медицинскими учреждениями вне рамок Основного закона, поскольку ч. 1 ст. 41 Конституции РФ **не наделяет федерального законодателя правом устанавливать ограничительные условия ее реализации**. Конституционное право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не может быть ограничено федеральным законом, а следовательно, и иными подзаконными нормативными актами (как это сделано в ряде других статей Конституции оговоркой «иное определяется законом»).

Из буквального смысла положений части 1 статьи 41 Конституции РФ следует, что если предположить конституционность взимания денежных средств с граждан за платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения на основании «других поступлений», то статья 41 превращается в вариант Конституции по Ильфу-Петрову: *«Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет личных средств граждан»*.

Целью государственных и муниципальных медицинских учреждений является, согласно ст. 41 ч. 1 Конституции РФ, оказание бесплатной медицинской помощи населению. Следовательно, для решения цели бесплатной медицинской помощи не может служить взимание платы за те же услуги.

Существенное значение для понимания неконституционности взимания денежных средств с больного в государственном меди-

цинском учреждении имеет процесс возникновения оказания платных услуг, так называемый период первоначального накопления капитала. В определенный момент времени администрация государственного или муниципального лечебного учреждения, понимая, что следует заработать на больных», вводит платные медицинские услуги. Но на этот момент лечебное учреждение не располагает дополнительными средствами на новое оборудование, оплату труда персонала и пр., то есть не располагает ни финансовыми, ни имущественными, ни трудовыми ресурсами для начала оказания платных медицинских услуг населению. Общественному совету не известно ни одно учреждение здравоохранения, которое привлекло бы для этих целей кредитные средства. Лечебное учреждение надеется получить эти необходимые ресурсы в результате оказания самих платных услуг. А если отсутствуют новое оборудование, химические реактивы, финансовые средства на их приобретение, остается только сократить время оказания персоналом бесплатных услуг и снизить их объем или ввести сомнительную и совершенно немедицинскую услугу — продажу медицинских услуг «вне очереди». На практике это приводит к навязыванию платных услуг, которые должны были бы быть оказаны бесплатно. Это приводит к падению качества и сокращению оказываемых бесплатных услуг в системе государственных и муниципальных медицинских учреждений.

Другая ситуация — навязывание за оплату так называемых сервисных услуг: оказание услуг без очереди, пользование односторонней палатой и др. Такой регламент также противоречит законодательству по следующим основаниям.

1. Оказание услуг без очереди за определенную плату резко ущемляет право другого пациента, который не в состоянии заплатить за услугу, так как отодвигает получение им медицинской услуги на неограниченный срок. Пациент при этом теряет здоровье и испытывает моральный ущерб,





сознавая, что он имеет неравные права с другими гражданами социального общества, в то время как ч. 2 ст. 19 Конституции гарантирует равноправие и запрещение дискриминации граждан по имущественному положению (*«2. Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, а также других обстоятельств. Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной принадлежности»*). Ч. 1 и 2 статьи 21 Конституции гарантируют защиту достоинства личности: *«1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. 2. Никто не должен подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению»*.

Само по себе оказание медицинской платной помощи «вне очереди» абсурдно с юридической точки зрения: потребителю продается не сама медицинская услуга, а возможность получить ее «вне очереди». Ведь все другие пациенты в очереди на прием, операцию и т.д. тоже хотят получить медицинскую услугу в полном объеме и надлежащего качества, значит, разница между «платным» и «бесплатным» режимами оказания услуги заключается именно в ее внеочередности. Но в договоре с учреждением здравоохранения подобного наименования услуги типа «имя рек вне очереди» не указывается. В порядке дискуссии апологетам оказания платных услуг предлагается разъяснить читателям журнала и пациентам предмет такой услуги «вне очереди» и ее именно медицинскую составляющую.

2. Государственное медицинское учреждение, как правило, построено и функционирует на средства налогоплательщиков, при этом наличие одностенных и других комфортабельных палат было детерминировано потребностями государства. Гражданин через налоги финансировал планированное государством наличие индивидуальных и

общих палат, поэтому он вправе требовать предоставления ему этой так называемой сервисной услуги в качестве необходимой в соответствии с характером его заболевания. К примеру, тяжелый ожог лица с обезображиванием может требовать нахождения больного в индивидуальной палате, если таковая имеется в учреждении. Тогда как за деньги эта палата может быть предоставлена в качестве платной сервисной услуги другому пациенту, характер заболевания которого подчас не только не обуславливает индивидуальное размещение, а возможно, наоборот, требует наличия других больных в многоместной палате, которые в любой момент могут пригласить к этому пациенту персонал в случае наступления осложнения (гипертонический криз, гипо- и гипергликемическая кома, судорожный синдром и др.).

Совет не может согласиться:

— с тем, что те, у кого в силу имущественного положения имеются денежные средства, имеют право получать медицинские услуги, а те, кто не имеет, — ждать в очереди на бесплатную услугу. Это вопиющее неравенство перед законом и дискриминация по имущественному признаку;

— с тем, что те, у кого в силу должностного положения, а именно, чиновники МЗ и СР РФ, Правительства РФ получают медицинскую помощь в ведомственной сети и бесплатно, прокурорские работники — в своей сети бесплатно, судьи ВС РФ и КС РФ — в специально созданных учреждениях здравоохранения за счет налогоплательщика. Справедливости ради следует заметить, что Общественный совет не располагает ни одной жалобой члена ВС РФ или КС РФ на неправомерность оказания им платной медицинской помощи. Полагаем, что их права (да и их родственников) на бесплатную медицинскую помощь не нарушаются в РФ. А вот всем иным пациентам, как правило, отказывают в оказании бесплатной медицинской помощи в этих государственных учреждениях здравоохранения. Зато в них исправно функ-



ционируют «кассы» для оплаты медицинской помощи так называемому «неприкрепленно-му контингенту».

Что это, как не вопиющее неравенство перед законом и дискриминация по должностному признаку, причем за счет заявителя-налогоплательщика. Заявителю-налогоплательщику предлагается дважды оплатить медицинскую помощь: первый раз в виде подоходного налога, второй раз — в виде платных медицинских услуг. При этом вместо предоставления медицинской помощи в счет уплаченного подоходного налога эти средства Правительство тратит на оказание помощи должностным лицам. Или у апологетов платных услуг есть иное мнение? Мы готовы с ним познакомиться.

В 1996 году Генеральная прокуратура после проверки исполнения законодательства об охране здоровья детей в 20 регионах усмотрела в оказании платных медицинских услуг нарушение ст. 41 Конституции РФ. Предписание не аннулировано до настоящего времени. Причем Приказом МЗ и МП РФ № 304 от 1996 г. приказано устранить эти нарушения на местах.

Рядом постановлений Правительства РФ утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, которая определяет виды медицинской помощи (скорая медицинская помощь, амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь), предоставляемой населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, порядок определения статистических и финансовых нормативов, необходимых для организации надлежащего и повсеместного финансирования программы за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований, средств обязательного медицинского образования. Данная Программа содержит перечень видов заболеваний, при которых гарантированно оказывается бесплатная медицинская помощь.

Указанный перечень заболеваний составлен на основе «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Женева. 1995 г.» (МКБ-10, Женева, 1995 г.) и содержит все виды заболеваний, известные современной медицине, по которым гражданам должна оказываться бесплатная медицинская помощь.

В соответствии с требованиями ст. 20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан *«граждане имеют право на дополнительные медицинские услуги и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет своих личных средств...»*

Однако часть 2 ст. 55 Конституции РФ гарантирует: *«2. В Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина»*. А под каким еще углом должен рассматривать пациент требование заплатить за операцию, прием или консультацию? На наш взгляд, как умаление его права на бесплатную медицинскую помощь. Не зря в настоящее время отсутствуют определение «дополнительная медицинская помощь» и ее номенклатура. За столько лет существования нормы ст. 20 Основ чиновники не удосужились придумать такое определение. При рассмотрении данного вопроса в ВС РФ Кассационная коллегия ВС РФ указала, что при нарушении этой нормы закона каждый гражданин, подозревающий, что ему оказаны «недополнительные медицинские услуги», вправе обратиться в суд по месту своего жительства или нахождения государственного (муниципального) учреждения здравоохранения для восстановления своего нарушенного права на получение бесплатной медицинской помощи.

Ниже с целью информирования медицинских работников об умонастроениях пациентов и членов Общественного совета по их защите при Росздравнадзоре приводим решение по данному вопросу.





Решение от 23.10.2008 «О платных медицинских услугах в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения»

Заслушав участников расширенного круглого стола «Платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения», **изучив** представленные к расширенному заседанию Общественного совета **материалы**:

- Письмо Минздравсоцразвития № 5985 от 18.08.2008 о платных медицинских услугах, из которого, в частности, следует «Замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения недопустимо... Следует отметить, что дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий в субъектах Российской Федерации не является обоснованным аргументом замены обязательств государства по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами»;

- Справку «О неправомерности оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения»;

- Доклад Независимого института социальной политики при поддержке Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения «Отношение населения к доступности медицинской помощи»;

- Приказы Министерства здравоохранения Московской области «Об утверждении порядка предоставления платных медицинских услуг государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения Московской области» № 204 от 23.04.2008 и «Об утверждении перечня услуг, оказываемых государственными учреждениями здравоохранения Московской области на платной основе» № 224 от 15.08.2005, в который входит около 4000 видов медицинских услуг;

- Результаты соцопросов ВЦИОМ и центра «Ромир»,

обсудив на своем заседании проблемы платности в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, а также **изучив** последующие сообщения в СМИ, Общественный совет по защите прав пациентов при Росздравнадзоре **установил**: часть 1 статьи 41 Конституции России гласит: «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».

Во время жесткого дефицита государственного финансирования было принято Постановление Правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», которое в недавнем прошлом позволило здравоохранению выжить за счет денег граждан. Установленные правила определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению (**дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи**), в частности, и в государственных, и в муниципальных учреждениях здравоохранения.

В развитие этого Постановления в субъектах РФ были приняты приказы о предоставлении платных медицинских услуг населению в государственных и муниципальных учреждениях с утверждением перечней платных медицинских услуг, куда вошли все возможные медицинские услуги, а не только дополнительные к гарантированному объему бесплатной помощи, как это предписано вышеуказанным Постановлением Правительства РФ. Например, Приказ Министерства здравоохранения Московской области «Об утверждении перечня услуг, оказываемых государственными учреждениями здравоохранения Московской области на платной основе» № 224 от 15 августа 2005 г. содержит около четырех тысяч видов медицинских услуг.



В этой ситуации платность медицинских услуг в России приобрела массовый характер. Возрастание количества платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения происходит, в частности, из-за ухудшения качества медицинской помощи в бесплатной системе здравоохранения, создания различных препятствий при ее оказании. Граждан «выдавливают» из бесплатной в платную систему здравоохранения, не оставляя им порой выбора.

Таким образом, даже частичное разрешение оказания платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения предопределило неизбежность расширения этого сегмента за счет бесплатного.

Скрытая и явная платность в государственных и муниципальных учреждениях стала препятствием для получения медицинской помощи миллионами граждан России.

Большая часть населения России считает, что имеет право на медицинскую помощь, которая должна быть бесплатной и доступной, хотя уже не верит в возможность ее получения. Лишь малая часть населения способна оплачивать медицинскую помощь **в полном объеме** и меньше половины населения способно осуществлять частичную оплату.

По заявлению Федеральной антимонопольной службы России, в результате смешения платности и бесплатности в одном учреждении деформирована архитектура цен на медицинские услуги; частные медицинские организации не способны конкурировать с государственными и муниципальными учреждениями, поскольку последние работают на всем готовом, и все, что получают от граждан, является их прибылью. Постановление Правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» сегодня стало тормозом в развитии здравоохранения. Платные услуги развращают врачей. Денег в здравоохранении достаточно.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития сообщила, что провела массовую проверку платных медицинских услуг почти в половине субъектов РФ и выявила множество нарушений в этой сфере.

В то же время главные врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения сообщают о явной недостаточности государственного финансирования, которое не покрывает необходимых затрат на медицинскую помощь. Заработные платы врачей в 2–5 раз меньше, чем они хотели бы иметь, коммунальные платежи и иные расходы по содержанию имущества государственных и муниципальных учреждений оплачиваются за счет платных услуг. Все это, по их мнению, предопределяет необходимость сохранения платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

После расширенного заседания Общественного совета, состоявшегося 12.11.2008, обсуждение этой темы продолжил Президент России Д.А. Медведева, который на вопрос одного из журналистов (встреча в журналистами в Ижевске, 18.11.2008, Первый канал ТВ, <http://www.1tv.ru/news/polit/132699>) ответил следующее: «...все, что мы делали в рамках нацпроекта, — вот это дополнительное медицинское оборудование — это все, конечно, укладывается в действующий медицинский стандарт, и услуги на этом оборудовании должны оказываться абсолютно бесплатно. Если же кто-то пытается выкраивать и, по сути, на имуществе, медицинском оборудовании, приобретенном за счет федеральных средств, еще что-то там зарабатывать даже при понимании того, что это может быть и какая-то вполне легальная схема, значит, с этим нужно тоже разбираться и на самом деле за это тоже нужно наказывать. Если есть информация о том, что это оборудование реально используется за деньги, Вы мне дайте информацию, я поручу разобраться и Министерству здравоохранения, но и опять же той самой прокуратуре.





Потому что цель была ровно обратная: дать новое оборудование за счет федеральных средств, чтобы на нем можно было проводить обследования абсолютно бесплатно».

В сложившейся ситуации Совет считает необходимым отметить:

1. Оказание гражданам платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, где оказывается подавляющая помощь всех медицинских услуг в РФ, противоречит ч. 1 ст. 41 Конституции РФ, которую нельзя читать как «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет ... граждан».

2. Признание Конституционным Судом РФ Постановления Правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» не соответствующим ч. 1 ст. 41 Конституции РФ в части оказания платных услуг гражданам в государственных и муниципальных учреждениях повлечет за собой право граждан на возврат уплаченных за эти услуги средств. Это может обанкротить систему здравоохранения.

3. Понятие «дополнительных» услуг к гарантированному перечню бесплатных медицинских услуг, декларированное законодательством, создает хаос, поскольку это понятие невозможно нормативно определить.

4. Одну услугу можно одновременно «продать» разным источникам финансирования: бюджетам — федеральному, региональному, муниципальному, ОМС, ДМС, научным исследованиям, предприятиям и организациям, гражданам и т.п., что делает невозможным установить количество медицинских услуг в России, а также их истинную стоимость, а значит, провести корректные макроэкономические расчеты.

Совет считает необходимым:

1. Получить компетентные разъяснения законности оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

2. Вывести платные (за счет граждан) медицинские услуги из государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, поскольку их услуги уже оплачены из других источников финансирования.

3. Создать открытую, отвечающую возможностям и интересам населения России модель здравоохранения, не позволяющую манипулировать финансовыми потоками и возлагать бремя оплаты на граждан, уже оплативших медицинскую помощь посредством налогов, взносов, иных обязательных платежей, или тем более на граждан, не способных оплачивать медицинскую помощь вовсе.

Для достижения этих целей Совет решил:

1. Обратиться в Министерство здравоохранения и социального развития РФ, в Правительство РФ для получения разъяснений по вопросу правомерности оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, включая современную оценку конституционности Постановления Правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

2. Просить Министерство здравоохранения и социального развития РФ и Правительство РФ учесть содержащиеся в настоящем решении доводы и сведения при разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 года.

3. Просить Росздравнадзор на период принятия окончательного решения по вопросу правомерности оказания платных медицинских услуг разработать «Временный регламент проверки оказания платных медицинских услуг» или внести изменения в действующее аналогичное положение, в котором предусмотреть:



— определение дополнительной медицинской услуги, которая является, согласно законодательству, предметом заключения договора в соответствии с Постановлением Правительства № 27 от 13.01.1996;

— исчерпывающий перечень условий оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения;

— обязательное разграничение потоков больных по признаку оплаты;

— выделение специальных отделений и кабинетов только для оплативших медицинскую помощь больных;

— запрет на оказание несуществующей медицинской услуги — «оказание помощи вне очереди»;

— перечень сервисных и иных услуг, которые являются, согласно законодательству, предметом заключения договора в соответствии с Постановлением Правительства № 27 от 13.01.1996.

4. Ответственному секретарю Общественного совета Старченко А.А. донести данное решение до поименованных органов, разместить данное решение на сайте Совета в срок до 31 декабря 2008 года.

От редакции:

В качестве продолжения начатой дискуссии авторы прислали свои комментарии к Приказу Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.02.09 № 108 «Об упорядочении организации оказания платных медицинских услуг в акушерских стационарах г. Москвы», которые мы, наряду с другими экспертными мнениями, опубликуем в «МЗ» № 9 за 2009 г.

Конкретным примером введения в заблуждение потребителя является приказ ДЗ г. Москвы от 06.02.09 № 108 «Об упорядочении организации оказания платных медицинских услуг в акушерских стационарах ДЗ г. Москвы». В п. 3.2 приказа указана цель: *«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»*. Далее в п. 4. «Положения об оказании в акушерских стационарах медицинских услуг за плату женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде» устанавливается: *«4. Оказание платных медицинских услуг должно осуществляться без снижения объема и качества основной*

(бесплатной для пациентов) лечебно-диагностической помощи. При наличии тяжелой экстрагенитальной патологии, тяжелых осложнений течения беременности и развития плода медицинская помощь не может быть оказана на платной основе». Сразу возникает вопрос о возможности получения бесплатной медицинской помощи при экстрагенитальной патологии средней тяжести, при осложнениях беременности средней тяжести. Этот вопрос не носит праздный или любознательный характер. Медицинская статистика и данные литературы однозначно указывают на частую возможность перехода нетяжелых осложнений беременности в тяжелые.

Но самым интересным является п. 10 «Положения об оказании в акушерских стационарах медицинских услуг за плату женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде». В нем указан исчерпывающий перечень поводов для взимания денежных средств:

«10. Сверх программы государственных гарантий беременным, роженицам и родиль-



ницам 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».

Вопрос № 1: «В чем заключается медицинская составляющая услуги «пребывание в палатах повышенной комфортности»?

Если существуют медицинские показания, любая роженица (родильница) должна находиться в такой палате и бесплатно. В этом случае такая услуга не может быть дополнительной медицинской услугой, как указано в ст. 20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Иначе получается, что одних по медицинским показаниям туда госпитализируют, а других — нет. Если медицинские показания отсутствуют, то это вовсе не медицинская услуга.

Вопрос № 2: «Что представляет собой услуга «индивидуальное ведение родов врачом и акушеркой»?

Если следовать п. 3.2 приказа о недопущении фактов оказания сотрудниками медицинской помощи вне рабочего времени, то становится ясно, что индивидуальное ведение родов врачом и акушеркой осуществляется в рабочее время, то есть штатными сотрудниками, которые обязаны в свое рабочее время выполнять функциональные обязанности в полном объеме в отношении всех без исключения пациенток. Из этого следует, что оказывая услугу «индивидуальное ведение родов» платной пациентке, врач и акушерка никак не могут одновременно оказывать в полном объеме необходимую и надлежащего

качества медицинскую помощь всем другим пациенткам, получающим помощь на бесплатной основе. Эти пациентки получают «неиндивидуальное ведение родов», по всей видимости, коллективное. Эта норма напоминает известный юмористический рассказ под названием «Кто шил костюм?»

Сама постановка вопроса об индивидуальном ведении родов подразумевает, что роды, которые выполняются всем остальным пациенткам в соответствии с п. 4 Положения (4. Оказание платных медицинских услуг должно осуществляться без снижения объема и качества основной (бесплатной для пациентов) лечебно-диагностической помощи), все же имеют снижение объема и качества, так как не являются индивидуальными.

Если под «индивидуальностью» понимать увеличение времени контакта между врачом и пациенткой, получающей помощь на платной основе — «врач постоянно находится рядом в течение всего периода родов», то нужно отметить, что эта услуга также оказывается без медицинской необходимости, иначе, если бы существовали медицинские показания, врач обязан был бы быть рядом с пациенткой вне зависимости от наличия оплаты. При таком понятии индивидуальности врач и акушерка, которые будут осуществлять индивидуальные роды пациентке, получающей помощь на платной основе, в свое рабочее время не смогут вообще никак оказать медицинскую помощь пациенткам, получающим помощь на бесплатной основе — даже неправо, связанные договором об индивидуальных родах, подойти к другим роженицам.

Выделение специальной группы врачей для оказания платной медицинской помощи в родильном отделении сомнительно, так как вызовет серьезный трудовой конфликт между медицинскими работниками.

Услуги типа «наблюдение и дополнительное динамическое обследование беременной при выбранном родильном доме с 36 недель беременности индивидуальным врачом», «круглосуточная консультативная



помощь пациентке индивидуальным врачом» также сомнительны с точки зрения их медицинской показанности. Если дополнительное динамическое наблюдение не показано, то его и не следует выполнять, так как любое медицинское вмешательство имеет свой риск. Подвергать ненужному необоснованному с точки зрения отсутствия показаний риску беременную женщину по меньшей мере неэтично. Это фактически навязывание ненужных услуг, что запрещается законом «О защите прав потребителей».

«Круглосуточная консультативная помощь пациентке индивидуальным врачом» не может быть осуществлена очно, так как противоречит п. 3.2 приказа о выполнении услуг исключительно в рабочее время. Этот пункт фактически запрещает вызов индивидуального врача к пациентке домой, так как он либо занят на работе и должен «бросить» других пациенток, либо находится вне своего рабо-

чего времени. Вызов индивидуального врача в родильное отделение вне рабочего времени запрещается, да и носит полукриминальный характер: кому нужна помощь врача, который устал в период предыдущего дежурства и не отдохнул в полном объеме, как предусматривает трудовое законодательство, в свое нерабочее время. Такой врач потенциально опасен! А его услуги еще надо и оплатить!

Таким образом, любая трезво рассуждающая пациентка, которая не в состоянии оплатить «индивидуальное ведение родов врачом и акушеркой», должна понимать, что родильный дом, где оказываются платные услуги при родовспоможении, ей противопоказан: все усилия штатного персонала в соответствии с приказом будут направлены на оказание помощи исключительно платным роженицам и родильницам. Удел иных — рожать самостоятельно! Таким образом планируются жертвы борьбы за качество медицинской помощи.

БОЛЬНИЦА
Санкт-Петербург

Совместно с:
ФАРМАЦИЯ
Санкт-Петербург

14-я Международная
выставка по здравоохранению

Ленэкспо
Санкт-Петербург

7-9 октября
2009

Организаторы:
primexpo, lenexpo.ru

Тел.: +7 (812) 380 6006
+7 (812) 380 6000
Факс: +7 (812) 380 6001
E-mail: med@primexpo.ru

www.primexpo.ru/hospital

Все лучшее для мира медицины!



АУТСОРСИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ЧАСТЬ 1

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



**ЭКОНОМИСТ КОМИТЕТА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
И.С. ХАЙРУЛЛИНА**



От редакции:

Сегодня мы поднимаем еще одну актуальную, но далеко не однозначную для здравоохранения тему — аутсорсинг. В этом номере мы публикуем консультацию наших экспертов. В следующем номере будет опубликована статья о практическом применении аутсорсинга в одном из учреждений Санкт-Петербурга, а также очень интересный документ — Приказ Департамента финансов Томской области от 12 марта 2007 г. № 6-1 «Об утверждении методических рекомендаций о порядке выведения обеспечивающих функций органов исполнительной власти Томской области и бюджетных учреждений на аутсорсинг». Этот приказ содержит методику расчетов целесообразности перевода отдельных функций на аутсорсинг и расчеты на примерах конкретных бюджетных учреждений.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова



Аутсорсинг обычно рассматривается как нечто совершенно новое в системе здравоохранения и, безусловно, прогрессивное. Поэтому это понятие стало популярным, даже модным. Хотя следует признать, что явление это само по себе далеко не новое. И прогрессивным оно является только при соблюдении определенных условий.

В целях оценки возможности внедрения такой формы взаимодействия бюджетных медицинских учреждений со сторонними организациями, как аутсорсинг, необходимо рассмотрение преимуществ и недостатков ряда существующих на сегодняшний день схем организации такового взаимодействия с правовых, организационных и финансово-экономических позиций.

Под аутсорсингом (англ. *outsourcing* — дословно «привлечение ресурсов извне») понимается передача традиционных неключевых функций организации внешним исполнителям — сторонним специализированным фирмам (аутсорсерам).

Упрощенно принцип аутсорсинга можно представить фразой: «Оставляю себе только то, что могу делать лучше других, передаю внешнему исполнителю то, что он делает лучше других».

В этом плане аутсорсинг, безусловно, — явление не новое, а имеющее древние корни. В основе аутсорсинга лежат общеизвестные принципы разделения труда и специализации, приводящие к более высокой производительности узкой профессиональной деятельности. Это рациональная кооперация. Все это имело место (естественно, в ограниченных масштабах) уже на этапе зарождения трудовой человеческой деятельности.

Поэтому правильнее говорить о новизне аутсорсинга лишь как современной формы разделения труда и кооперации, причем отчасти лишь в терминологическом плане.

Действительно, аутсорсинг не является новым ни сам по себе, ни для здравоохранения. Типичными формами аутсорсинга в здравоохранении традиционно являются:

- стирка белья в специализированных прачечных, а не в своем учреждении;
- передача выполнения технического обслуживания, ремонтов зданий и оборудования сторонним организациям;
- пользование централизованными или сторонними автобазами;
- бухгалтерский учет через централизованные бухгалтерии;
- выполнение лабораторных исследований в централизованных лабораториях;
- привлечение гардеробщиц из специализированных организаций;
- привлечение в качестве консультантов сотрудников других учреждений и т.д.

К числу сравнительно новых, но реально существующих форм аутсорсинга относится информационное обеспечение на основе компьютерных технологий, осуществляемое специализированными фирмами (разработка и сопровождение компьютерных программ и т.п.). Относительно недавно сторонним организациям стали передаваться функции охраны, мытья окон и т.д.

Тем не менее, аутсорсинг является достаточно перспективным направлением для здравоохранения. Актуальность аутсорсинга для здравоохранения обусловлена в первую очередь тем, что предоставление непосредственно медицинской помощи предполагает осуществление многих видов сопутствующей деятельности: гостиничной, транспортной, приготовление пищи и т.д.

Сегодня в любом медицинском учреждении значительная часть рабочего времени не только административно-управленческого и хозяйственного персонала, но и медицинского (например, сестринского) расходуется на функции, не связанные с оказанием медицинской помощи. Функции по управлению кадрами, эксплуатации оборудования и помещений, по снабжению, уборке и т.д. занимают много времени и могут быть переданы специализированным организациям в форме аутсорсинга.

Аутсорсинг как современное явление возник на этапе изменения многих технологий, в





том числе организационных. Это не просто передача ряда функций сторонним организациям, это отказ от видов деятельности, традиционно рассматриваемых как неотъемлемые от оказания медицинской помощи: таких как уборка помещений — клининг, приготовление пищи — кейтеринг (кейтеринг) и т.д.

Хотелось бы обратить внимание еще на один момент. В последнее время под аутсорсингом часто понимают привлечение к работе не собственных кадров, а поставляемых со стороны (оформленных в другой организации). Это очень распространенная в последнее время форма, которую часто отождествляют с аутсорсингом. На самом деле это лишь одна из разновидностей аутсорсинга, называемая аутстаффингом. Под аутстаффингом (англ. *outstaffing* — вывод персонала за штат) понимают вывод собственного сотрудника за штат компании-заказчика и оформление его в штат компании-провайдера, при этом он продолжает работать на прежнем месте и выполнять свои прежние обязанности, но обязанности работодателя по отношению к нему выполняет уже компания-провайдер. Это своеобразная аренда, или лизинг персонала, предполагающая так называемый «заемный труд». Подобная схема аутсорсинга применяется обычно в целях оптимизации налогов.

Налоговая экономия от аутстаффинга достигается, как правило, за счет применения провайдерами упрощенной системы налогообложения (УСН), что освобождает их от обязанности по уплате единого социального налога (ЕСН). Они производят уплату только страховых взносов на обязательное пенсионное страхование в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Добавим, что в здравоохранении в связи с необходимостью наличия лицензий и т.д. возможности аутстаффинга ограничены. Впрочем это больше касается аутстаффинга медицинского персонала, в отношении немедицинского персонала можно найти примеры давнего использования аутстаффинга в медицинских

учреждениях: еще в советские времена к нему относилась работа гардеробщиц, оформленных в организации, называемой «Труд», с которой медицинское учреждение заключало договор. К аутстаффингу можно отнести и привлечение охранников, оформленных в других фирмах, что в последнее время не является редкостью в здравоохранении.

Что касается правовых основ аутсорсинга, то понятие «аутсорсинг» в российском законодательстве отсутствует, как и в нормативных документах Минздравсоцразвития России. Тем не менее, можно воспользоваться ст. 421 ГК РФ, согласно которой граждане и юридические лица свободны в заключении договора. При этом стороны могут заключить как предусмотренный, так и не предусмотренный законом или иными правовыми актами договор, а также договор, в котором содержатся элементы различных договоров, предусмотренных законом или иными правовыми актами (смешанный договор).

Договоры на передачу части функций сторонней организации в большинстве случаев являются классическим подрядом (гл. 37 ГК РФ) или договором возмездного оказания услуг (гл. 39 ГК РФ) в зависимости от того, что именно — работы или услуги — являются предметом договора. В этом отношении они практически ничем не отличаются от иных договоров, регулируемых указанными главами Гражданского кодекса РФ. Так, по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик — оплатить эти услуги (ст. 779 ГК РФ).

Можно выделить две составляющие аутсорсинга в здравоохранении:

- непосредственно в сфере медицинской деятельности;

- в сфере услуг, обеспечивающих поддержание жизнедеятельности учреждения.

Возможность и целесообразность аутсорсинга непосредственно в сфере медицинской деятельности определяются прежде всего



специализацией учреждения, его местом в иерархической системе здравоохранения. При этом следует отметить, что выполнение лабораторных и иных исследований, лечебных процедур в специализированных учреждениях или учреждениях более высокого иерархического уровня в общем случае не может рассматриваться как аутсорсинг, поскольку такой порядок обусловлен иерархической структурой здравоохранения и принятой этапностью оказания медицинской помощи. ФАПы или амбулатории, направляя своих пациентов (или материалы на исследования) в ЦРБ, не передают ЦРБ никакую из своих функций и не оплачивают ЦРБ выполнение этих функций (услуг), поскольку указанные функции изначально не были заложены в их деятельность. Эти функции (как и финансирование) изначально предусматриваются для ЦРБ.

Очень актуален аутсорсинг для частных производителей медицинских услуг. Как правило, это небольшие клиники, которые не имеют возможностей осуществления всего комплекса диагностической или лечебной деятельности.

Немаловажен и механизм финансирования. В целом ряде случаев медицинские учреждения де-факто используют псевдоаутсорсинг там, где ни этапность оказания медицинской помощи, ни аутсорсинг не предполагаются. Например, учреждения, расположенные недалеко от диагностического центра, часто используют его технологические возможности в качестве способа уменьшения собственных затрат на диагностику, направляя туда своих пациентов даже в тех случаях, когда в состоянии (и обязаны!) сами выполнить необходимые исследования, притом средства на диагностику заложены в тарифы оказываемых ими услуг или в подушевое финансирование. За внешней эффективностью подобного варианта аутсорсинга для конкретного учреждения кроется элементарное перераспределение финансовых потоков, приводящее к общей неэффективности территориальной системы здравоохранения.

Как и любая система организации деятельности, аутсорсинг имеет свои достоинства и недостатки. Отметим некоторые из достоинств аутсорсинга.

Достоинства аутсорсинга рассматривают прежде всего, конечно, с точки зрения экономических выгод. Возможность экономии на аутсорсинге обусловлена такими факторами, как более высокая производительность труда при специализированном выполнении функций, возможность аутсорсера закупать материалы и т.д. (например, продукты питания) по более крупному опту с большей скидкой.

Достоинства аутсорсинга для бюджетного медицинского учреждения можно продемонстрировать на примере передачи выполнения ряда лабораторных исследований сторонней организации (неважно бюджетной или частной) вне предусмотренной этапности оказания медицинской помощи:

- бюджетное учреждение не несет затрат на организацию оказания ряда лабораторных услуг (на приобретение оборудования и т.д.);
- бюджетное учреждение не несет риска коммерческой неэффективности оказания услуг (в первую очередь с точки зрения объема востребованных услуг — он должен превышать точку безубыточности);
- отпадает необходимость контроля за использованием дорогостоящих расходных материалов, отслеживать уровень рыночных цен, соотношение затрат и цены и т.д.;
- появляется возможность комплексного (максимально полного) оказания лабораторных услуг с использованием диагностической базы аутсорсера, то есть развитие лабораторной службы как таковой независимо от форм собственности;
- бюджетное учреждение имеет возможность приобретать услуги в тех объемах, которые ему необходимы.

Но у аутсорсинга имеются и другие выгоды. Например, аутсорсинг позволяет руководителям не отвлекаться на управление второстепенными обслуживающими функциями и уделять больше внимания основной деятельности





учреждения. Для иллюстрации важности данного момента для самих руководителей медицинских учреждений приведем мнение главного врача Детской инфекционной больницы № 5 им. Н.Ф. Филатова (Санкт-Петербург) А.Я. Голышева: «Я выступаю за аутсорсинг управления ЛПУ. Почему? Сегодня руководитель лечебного учреждения 80% своего времени тратит на управление инфраструктурой: организацией питания, ремонта, уборки помещений, закупкой мебели и т.д. При этом времени на управление врачебной деятельностью не остается совсем. Вот и возникает вопрос: зачем же на эту должность выдвигать человека с медицинским образованием? Это нерационально. Чтобы стать хорошим врачом, человек тратит довольно много времени: учеба в ВУЗе, ординатура, практика, постоянное повышение квалификации. И вот на самом пике своей врачебной карьеры он получает назначение на должность руководителя ЛПУ. Что происходит потом? Как правило, начинается абсолютно бестолковое управление вверенным ему учреждением. Учась на ходу, в спешке осваивая менеджерские дисциплины, главный врач стремительно деградирует именно как врач, так как на занятие медициной времени уже не остается. В итоге из рядов врачей-профессионалов высшей квалификации он выдернут и назначен на менеджерскую позицию, на которой ему снова предстоит осваивать множество дисциплин. Лучший рецепт эффективного управления ЛПУ — аутсорсинг и разделение обязанностей: главный врач должен организовывать работу медучреждения так, чтобы пациенты получали квалифицированную медицинскую помощь, а управлять финансами, земельными ресурсами, недвижимостью и т.д. должен квалифицированный менеджер, нанятый со стороны»¹. Отдельно отметим, что возможность аутсорсинга управления как такового целиком для бюджетного учреждения требует серьезных изменений законодательства, прежде всего законодательных основ

самой организационно-правовой формы «учреждение», тем не менее, аутсорсинг отдельных хозяйственных процессов (организация питания, ремонта, уборки, закупки), как не однократно упоминалось, возможен и при нынешнем состоянии законодательства. Безусловно, для главного врача учреждения внедрение аутсорсинга отдельных процессов не снимет полностью нагрузки по управлению инфраструктурой, как это было бы при аутсорсинге управления. Тем не менее, приведенное мнение ярко иллюстрирует востребованность любых продвижений по внедрению аутсорсинга в бюджетных медицинских учреждениях.

Важным преимуществом аутсорсинга является возможность использования чужого профессионального опыта, накопленного при решении аналогичных задач, и постоянный доступ к новым технологиям и знаниям. Компания, аутсорсер, специализирующаяся на предоставлении определенных услуг, первой сталкивается с возникающими проблемами в данной области, инвестирует в выработку решений задач, развитие соответствующих технологий и постоянное повышение квалификации своего персонала. Чтобы обеспечить такое же качество самостоятельно, заказчику (медицинскому учреждению) необходимы значительные инвестиции в развитие персонала, оборудование, программное обеспечение.

Более обобщенно выгоды от использования механизма аутсорсинга можно выразить следующим образом:

- экономия средств (правда, только в том случае, когда стоимость услуг по аутсорсингу ниже, чем затраты на выполнение функций собственными силами). Не в последнюю очередь это связано с более жестким контролем сохранности и рационального использования ресурсов (например, продуктов питания в аутсорсинговых компаниях по сравнению с ситуацией в пищеблоках медицинских учреждений);
- экономия времени (при выполнении новых функций, на освоение которых нет

¹ Е. Григорьева Главный врач в тисках бюрократии//Медицинский вестник. — 2008. — № 35.



времени, проще воспользоваться услугами сторонней организации, в которой инфраструктура, технологии и необходимые специалисты уже имеются);

- как правило, более высокое, гарантированное качество передаваемых функций (услуг), обеспечиваемое узкой специализацией и тем, что аутсорсинговая компания обладает опытом выполнения соответствующих функций;

- создание условий для повышения качества медицинских услуг (за счет лучшего качества потребляемых учреждением необходимых ему услуг: питания, технического обслуживания оборудования и т.д.);

- возможность привлечения ресурсов аутсорсера в условиях отсутствия у бюджетных учреждений возможности получения кредитов (аутсорсинговая компания зачастую вкладывает значительные суммы собственных средств для закупки необходимого оборудования и т.д.) — это высвобождает внутренние ресурсы для других целей;

- перераспределение финансовых средств, обеспечивающих более эффективное использование имеющихся ресурсов;

- перекалывание рисков, в том числе и финансовых (например, связанных с ростом цен на продукты питания), на внешнюю фирму;

- возможность сосредоточиться на более значимых, с точки зрения приоритетов, направлениях деятельности;

- совершенствование качества и эффективности управления за счет отсутствия необходимости контроля за сферами деятельности, в которых компетенция руководителей медицинских учреждений невысока (ремонт, техническое обслуживание и т.д.). Отпадает необходимость контроля за процессами (например, за процессом приготовления пищи) — он заменяется контролем за результатами (например, за качеством поставляемых обедов), что менее трудоемко, чем контроль за процессами. Высвобождение времени руководителей позволяет осуществить перенос усилий от административно-хозяйственной деятельности к качеству непосредственно медицинского процесса.

Аутсорсинг нередко сопровождается уменьшением численности управленческого аппарата;

- возможность решения вопроса, связанного с низкой укомплектованностью низкооплачиваемых должностей (дворники, санитарки, прачки и т.д.), например, при клининге;

- экономия затрат на обучение персонала при необходимости решения специфических задач (учреждение получает готовых «узких специалистов» без вложений на их подготовку);

- непрерывная безотказная работа (нет понятий «отпуск» и «больничный лист») — аутсорсер сам обеспечит замену временно отсутствующих работников;

- легче решать проблему неудовлетворенности исполнителями — сменить поставщика услуг проще, чем сменить штатный персонал;

- более высокая ответственность аутсорсера перед медицинским учреждением (гражданско-правовая, финансовая) по сравнению с ответственностью сотрудников собственного учреждения, ограниченная обычно дисциплинарной в рамках трудового законодательства. Повара своего учреждения, испортившего блюдо, финансово практически никак не наказать, убытков не вернуть, а от аутсорсера не всегда даже нужно требовать возмещения убытков — они автоматически падают на аутсорсера, если блюдо испорчено;

- возможность получения в готовом виде и внедрения лучшей практики в определенных сферах;

- лучшие возможности отстаивания своего бюджета в случаях сокращения бюджетных ассигнований. Сокращению фонда оплаты труда работников (поваров, дворников и т.д.) учреждение противодействовать не может. А если заключен контракт на выполнение работ с внешней фирмой, то возможностей получить (сохранить) финансирование гораздо больше. В зависимости от ситуации это может быть подведение под так называемую «санкционированную» кредиторскую задолженность, получение дополнительных ассигнований по судебному решению (по иску



аутсорсера) и т.д. Это достоинства аутсорсинга крайне актуально в кризисный период;

- снижение налогового бремени (ЕЧН, налога на прибыль) — обычно при такой форме аутсорсинга, как аутстаффинг;

- возможность высвобождения в ряде случаев площадей (например, площадей пищеблока при организации привозного питания; гаражей при пользовании услугами внешней транспортной организации);

- возможность расширения предоставления новых профильных (медицинских) услуг и т.д.

Конечно же, необходимо учитывать и недостатки аутсорсинга, возникающие в связи с его применением, возможные угрозы. К их числу можно отнести следующие:

- зависимость от внешнего исполнителя. Например, медицинские учреждения часто попадают в зависимость от фирмы-производителя программного продукта при необходимости модификации автоматизированной системы, внедрении сопряженных программ и т.д.;

- ограничение доступа к значимой информации (о составе блюд для пациентов, к информационным базам и т.д.);

- монополизм, отсутствие на рынке конкурирующих компаний по обслуживанию ЛПУ;

- неопределенность финансовой перспективы: аутсорсер, не являющийся монополистом в настоящий момент, но став в дальнейшем монополистом (чему нередко способствует сам контракт с учреждением), может взвинтить цену;

- опасности неисполнения контракта (например, из-за фиксированности цены контракта по обеспечению стационара питанием, но невозможности его исполнить со стороны аутсорсера из-за роста цен на продукты питания и т.д.);

- возможность необеспечения надлежащего качества со стороны аутсорсера (особенно в ситуации ценового демпинга в конкурентной борьбе за контракт);

- сложность возврата функции обратно к учреждению при появлении такой необходимости в результате изменения законодательства, системы финансирования и т.д.;

- снижение качества услуг инфраструктуры ЛПУ вследствие недостаточности финансовых средств, выделяемых бюджетом для качественного выполнения аутсорсером своих обязательств и т.д. Имеется в виду, что при недостаточном финансировании аутсорсер в целях сокращения собственных затрат может элементарно снизить качество (приготавливаемой пищи, уборки и т.д.).

Существует множество факторов, как способствующих внедрению аутсорсинга в здравоохранение, так и препятствующих широкому его применению.

Так, аутсорсинг объективно обусловлен технологическим прогрессом — оборудование, информационные системы и т.д. становятся все сложнее. Обслуживать, ремонтировать их зачастую могут только специализированные фирмы.

К аутсорсингу в настоящее время подталкивают и ужесточающиеся требования к качеству, санитарно-эпидемиологическим условиям. Так, например, жесткие требования GMP делают практически невозможным по финансовым соображениям создание во многих бюджетных учреждениях удовлетворяющих их условий для самостоятельного производства таких лекарственных форм, как мази, порошки, стерильные растворы и т.д. Поэтому они переходят на их закупку в виде готовых лекарственных форм.

Аутсорсинг получает все большую поддержку и на официальном уровне. В последнее время аутсорсингу уделяется достаточно большое внимание не только в научных публикациях, но и в провозглашаемой политике государственных и муниципальных органов. В качестве документов, демонстрирующих серьезное внимание к аутсорсингу, можно назвать следующие:

- Приказ Департамента финансов Томской области от 12 марта 2007 г. № 6-1 «Об утверждении методических рекомендаций о порядке выведения обеспечивающих функций органов исполнительной власти Томской области и бюджетных учреждений на аутсорсинг»;



— Постановление Администрации Тульской области от 10 сентября 2008 г. № 527 «Об утверждении механизма выделения основных и обеспечивающих функций органов исполнительной власти и государственных учреждений области и методических рекомендаций по выведению обеспечивающих функций органов исполнительной власти и государственных учреждений области на осуществление внешними исполнителями (аутсорсинг)»;

— Приказ Департамента здравоохранения Иркутской области от 15 октября 2007 г. № 1035 «О применении аутсорсинга»;

— Распоряжение Комитета экономического развития, промышленной политики и торговли Санкт-Петербурга от 2 июля 2008 г. № 573-р «Об утверждении специальной программы «Аутсорсинг»»;

— Постановление Администрации Липецкой области от 29 декабря 2006 г. № 201 «Об утверждении регламента применения аутсорсинга в работе исполнительных органов государственной власти Липецкой области, управления, контроля и мониторинга эффективности исполнения переданных на аутсорсинг видов деятельности»;

— Постановление Администрации Тамбовской области от 12 июля 2007 г. № 775 «О механизме аутсорсинга в деятельности органов исполнительной власти области»;

— Постановление Правительства Кабардино-Балкарской республики от 14 ноября 2008 г. № 252-пп «Об использовании аутсорсинга исполнительными органами государственной власти Кабардино-Балкарской республики».

Есть примеры и практической поддержки аутсорсинга. Например, в Санкт-Петербурге (как и во многих регионах) реализуется политика создания централизованных лабораторий на базе наиболее оснащенных поликлиник. При этом услуги по диагностике для сторонних учреждений отдельно оплачиваются страховыми организациями по тарифам в системе ОМС, что делает выгодным аутсор-

синг и для тех поликлиник, которые пользуются услугами централизованных лабораторий, и для тех поликлиник, на базе которых созданы централизованные лаборатории.

В то же время возможности широкого внедрения аутсорсинга в здравоохранение ограничиваются целым рядом факторов. Проблемы внедрения аутсорсинга в здравоохранение можно разделить на две части:

— объективные причины, не зависящие от самих учреждений;

— субъективные причины на уровне самих учреждений.

Среди объективных причин, препятствующих аутсорсингу, в качестве основных можно выделить следующие:

— организационно-правовая форма бюджетного учреждения;

— административные барьеры;

— различия в уровнях расходов у государственных (муниципальных) учреждений и в частных фирмах;

— существующие способы финансирования;

— система конкурсных закупок.

Например, в силу особенностей организационно-правовой формы бюджетного учреждения неприемлемы такие формы аутсорсинга, как:

- ведение бухгалтерского учета частными фирмами (хотя централизованные бухгалтерии имеют место);

- передача функций управления внешней управляющей компании и ряду других;

- ограничены возможности аутсорсинга (аутстаффинга) персонала.

Кроме того, многие формы аутсорсинга в бюджетных учреждениях в силу особенностей организационно-правовой формы являются не выражением воли самих учреждений, а отражают решения вышестоящих органов управления (централизация транспортного обеспечения, бухгалтерского учета, лабораторной диагностики и т.д.).

Продолжение — в следующем номере





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



Нагрузка на врачей постоянно растет. Какие последние документы имеются по нагрузке на врачей амбулаторного приема?

В письме Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2005 г. № 26-МЗ «Об организации работы по медицинскому обеспечению отдельных категорий граждан, получателей набора социальных услуг» рекомендовано в связи с увеличением нагрузки на врача увеличить норматив времени на прием одного больного до 20 минут при первичном посещении и до 18 минут при повторном посещении врача отдельными категориями граждан с соответствующим увеличением тарифа на одно посещение.

Напомним, что речь идет о дополнительной нагрузке в связи с выпиской рецептов для отдельных категорий граждан и ведением соответствующей документации.



Какими последними документами по номенклатуре специальностей и должностей следует руководствоваться?

В отношении номенклатуры специальностей следует руководствоваться Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

Что касается номенклатуры должностей, то ранее действовала «Номенклатура должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим профессиональным образованием в учреждениях здравоохранения», утвержденная Приказом Минздрава РФ от 15 октября 1999 г. № 377 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения». Однако Приказ № 377 утратил силу с 1 декабря 2008 года в связи с изданием Приказа Минздравсоцразвития России от 28.10.2008 № 598н.

По имеющимся у нас сведениям, в ближайшее время будет издан новый приказ Минздравсоцразвития России, утверждающий номенклатуру должностей.



Большинство приказов по штатным нормативам очень старые, например, № 600. Есть ли более свежие документы по этому поводу?

Приказом Минздрава СССР от 15.07.1988 № 566 Приказ Минздрава СССР от 06.06.1979 № 600 (ред. от 08.06.1987) «О штатных нормативах медицинского, фарма-

Таблица

**Рекомендуемое значение показателей нагрузки на одну должность врача
(среднего медицинского работника) в многопрофильной больнице**

Профиль отделения	Число коек на 1 врачебную должность	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	10–12	15
Ревматология	10–12	15
Гастроэнтерология	10–12	15
Пульмонология	10–12	15
Эндокринология	10–12	15
Нефрология	10–12	15
Гематология	10	10
Аллергология	10–12	15
Сосудистая хирургия	10–12	15
Травматология	10–12	15
Ортопедия	10–12	15
Ожоговая травма	10–12	15
Урология	10–12	15
Нейрохирургия	10–12	15
Челюстно-лицевая травма	10–12	15
Торакальная хирургия	10–12	15
Онкология	10–12	15
Проктология	10–12	15
Общая хирургия	10–12	15
Патология беременности	10–12	15
Гинекология	10–12	15
Отоларингология	10–12	15
Офтальмология	10–12	15
Неврология	10–12	20
Педиатрия	10–12	15
Инфекционное	20	10
Акушерское	15	10
Кожно-венерологическое	30	25
Туберкулезно-легочное	30	20

цветического, педагогического персонала и работников кухонь городских и детских городских больниц, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек» признан утратившим силу. Однако Приказом Минздрава СССР от 31.08.1989 № 504 этот документ признан рекомендательным.

Среди свежих документов по штатам можно сослаться на Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 декабря 2008 г. № 10407-ТГ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год». В соответствии с п.2.1 определение необходимого числа врачей и среднего медицинского персонала в больничных учреждениях рекомендуется проводить на основе показателей нагрузки на одну должность врача (среднего медицинского работника) (таблица 6.1 указанного Письма).

Однако следует иметь в виду, что письма не относятся к нормативным документам.



**Каковы перспективы внедрения одноканального финансирования в здравоохранение? Будет оно вводиться или все ограничится пилотными проектами?**

В «Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года», утвержденных Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р говорится: «Предстоит внедрить преимущественно одноканальное финансирование организаций здравоохранения и осуществить поэтапный переход на оплату медицинской помощи по полному тарифу за счет средств обязательного медицинского страхования. Для медицинских организаций всех видов собственности будут обеспечены равные возможности участия в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

В рамках мероприятий по осуществлению поэтапного перехода субъектов Российской Федерации к одноканальному финансированию в настоящее время разрабатывается пакет нормативных правовых актов, определяющих включение в систему обязательного медицинского страхования видов медицинской помощи, ранее финансируемых из средств бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов, переход на оплату медицинской помощи по полному тарифу, а также порядок взаимодействия субъектов обязательного медицинского страхования и органов исполнительной власти в условиях перехода преимущественно к одноканальному финансированию.

Среди уже изданных документов можно сослаться на Приказ Минздравсоцразвития России от 3 марта 2009 г. № 84 «О плане мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по реализации задач, поставленных в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации 2008 года, и выполнению плана подготовки актов по реализации в 2009–2010 годах основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденного Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2008 г. № 1996-р». В числе планируемых мероприятий — подготовка проекта постановления Правительства Российской Федерации об утверждении формы соглашения между высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о взаимодействии в условиях перехода преимущественно к одноканальному финансированию через систему обязательного медицинского страхования.

Следует указать и на Приказ ФФОМС от 09.06.2009 № 138 «О мониторинге перехода субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования».

Одноканальному финансированию посвящено Письмо ФФОМС от 17 июня 2009 г. № 2699/26-1/и «О направлении приказа ФОМС и разъяснениях по представлению информации», которым был разослан вышеуказанный приказ.



ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ

Перхов Владимир Иванович

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Специальность: 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

Работа выполнена: Федеральное государственное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»)

Ведущая организация: Государственное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН»

Диссертационный совет: Д.208.110.01 при Федеральном государственном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Диссертация на соискание ученой степени: доктора медицинских наук

Размещено на сайте: http://vak.ed.gov.ru/ru/announcements_1/medical_sciences/index.php?id4=1760

Дата и место защиты: Москва, 2009

Цель исследования:

Научно обосновать организационные технологии формирования и обеспечения исполнения государственного задания на объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях.

Научно-практическая значимость:

Внедрение разработанной в ходе исследования методики планирования объемов ВМП в разрезе субъектов Российской Федерации и ФМУ, а также формирования и корректировки плановых показателей государственного задания на оказание ВМП позволило повысить обоснованность формирования показателей государственного задания на оказание ВМП, связать объемы целевого бюджетного финансирования ФМУ с результатами исполнения каждым ФМУ установленного государственного задания, пролечить за счет средств федерального бюджета дополнительное число больных из субъектов Российской Федерации с наименьшим уровнем обеспеченности ВМП.

Предложения по изменению механизма компенсации затрат ФМУ при оказании ВМП, основанные на введении новых учетных единиц объемов медицинской помощи — КЗГ, могут быть использованы также для планирования и финансирования из средств федерального бюджета не только высокотехнологичной, но и специализированной медицинской помощи, что позволит конкретизировать обязательства ФМУ по оказанию гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий.



Полученные в результате исследования данные о структуре ВМП, оказанной в ФМУ, по числу пролеченных больных в разрезе ее профилей и субъектов Российской Федерации, могут быть использованы при формировании нормативных значений объемных показателей ВМП, подлежащих включению в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также для актуализации и реструктуризации перечня видов ВМП, финансируемой из средств федерального бюджета.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы для расчета величины норматива обеспеченности населения федеральных округов и субъектов Российской Федерации ВМП по каждому из ее профилей, а также для расчета объема субсидий из федерального бюджета региональным бюджетам на цели финансирования государственного задания на оказание ВМП.

Тихомиров Алексей Владимирович

КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Специальность: 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

Работа выполнена: ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»

Ведущая организация: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Диссертационный совет: Д 208.122.01 при ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»

Диссертация на соискание ученой степени: доктора медицинских наук

Размещено на сайте: http://vak.ed.gov.ru/ru/announcements_1/medical_sciences/index.php?id4=1223&from4=3

Дата и место защиты: Ростов-на-Дону, 2008

Цель исследования:

Разработка и научное обоснование концепции социально ориентированной модернизации здравоохранения.

Научная новизна исследования

состоит в разработке концепции социально ориентированной модернизации здравоохранения, трансформации отрасли непроизводственной, социальной сферы в индустриальную отрасль народного хозяйства.

На основе проведенного комплексного анализа существующей организации общественного здравоохранения:

- определена необходимость и сформулированы основы концепции модернизации и развития здравоохранения на современном этапе;
- разработаны пути преобразования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения без приватизации государственного и муниципального имущества, а также имущественной консолидации отрасли на основе создания сети объектов здравоохранения;



— сформулированы основы реструктуризации финансирования здравоохранения с учетом консолидации и централизации соответствующих фондов и их банковского размещения, а также передачи функций держания этих фондов в индивидуализированных пределах гражданам, которым они предназначены.

Новым для отечественного здравоохранения является его приведение в результате модернизации к системе координат товарной организации, создание для товаропроизводителей экономической привлекательности удовлетворения социальных интересов граждан как путь реализации государственной социальной политики.

Впервые на основе проведенного исследования предложен механизм влияния на цену оплачиваемых государством медицинских услуг через себестоимость их производства, устраняя зависимость от их рыночного удорожания.

Научно обоснованные рекомендации по модернизации здравоохранения на инновационной основе приведут к повышению эффективности экономических отношений в здравоохранении, ориентированных на положительный социальный результат.

Практическая значимость работы

состоит в том, что содержащиеся в ней основные положения и выводы могут быть реализованы в масштабах страны. Предложенное в ходе исследования бесприватизационное сохранение объектов здравоохранения при партикуляризации учреждений здравоохранения позволит на основе их объединения по-новому сформировать системообразование здравоохранения.

Изученные характеристики состояния отечественного здравоохранения по результатам общественного мнения могут быть положены в основу стратегии развития здравоохранения в ближайшей перспективе.

Создание системы объектов здравоохранения, передаваемых в аренду субъектам медицинской деятельности, а также организация компенсации им арендных платежей и налоговые льготы из государственной казны позволят управлять себестоимостью медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств финансирования здравоохранения, сократить затраты на этапе их образования и не влиять на рентабельность медицинских организаций.

Размещение находящегося в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием единого медико-социального фонда в специализированном медико-социальном банке, единственным владельцем которого является государство, допускает воспроизводство временно депонированных средств, в отличие от того, как если они находятся в казначействе. Кроме того, в отличие от казначейских, банковские операции позволяют оперативно направлять эти средства на цели оплаты товаропроизводителям сделанных гражданам предоставлений.

Ликвидация института учреждений здравоохранения и позиционирование государства в договорных отношениях оплаты медицинской помощи на стороне граждан позволят создать персонализированную платежную систему с предоставлением каждому гражданину в любом месте пребывания на территории страны в любой медицинской организации медицинской помощи по единым тарифам.

Основные положения диссертационной работы могут быть использованы при разработке нормативных и нормативно-правовых актов в области охраны здоровья граждан, в учебном процессе и в методических материалах кафедр экономики, юриспруденции, общественного здоровья и здравоохранения высших учебных заведений.





Новокрещенова Ирина Геннадьевна

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО (МУНИЦИПАЛЬНОГО) ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Специальность: 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

Работа выполнена: ГОУВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Ведущая организация: ГОУВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Диссертационный совет: Д 208.086.02 при ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Диссертация на соискание ученой степени: доктора медицинских наук

Размещено на сайте: <http://www.teoriya.ru/dissert/avtorefdr/index.php?nid=5301>

Дата и место защиты: Санкт-Петербург, 2009

Цель исследования:

Научное обоснование социально-экономических и организационных технологий выполнения программ государственных гарантий на региональном (муниципальном) уровне с помощью комплексного социально-экономического исследования системы муниципального здравоохранения.

Научная новизна исследования:

Проведен ретроспективный анализ развития и результатов деятельности системы медицинской помощи крупного муниципального образования г. Саратова за более чем тридцать лет (с 1977 по 2007 гг.), включая дореформенный период и основные этапы активных социально-экономических преобразований. Проанализирована динамика показателей обеспеченности населения г. Саратова лечебно-профилактическим обслуживанием (больничными койками, кадрами, амбулаторно-поликлинической помощью), а также основных показателей деятельности стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений.

На основе комплексного изучения практики формирования и реализации целевых муниципальных программ, муниципальных соглашений и территориальных программ государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью на муниципальном уровне дано научное обоснование подходов к управлению и параметров деятельности муниципального здравоохранения.

На основе комплексного социологического исследования мнений всех участников медицинского процесса продемонстрирована роль социальных факторов при реформировании муниципального здравоохранения и реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

Разработаны концепция и технологии оптимизации медицинского обеспечения населения на региональном (муниципальном) уровне, включающие выявление основных проблемных зон современного состояния муниципального здравоохранения и обоснование направлений его развития.

Разработана методология и обоснована структурно-функциональная модель развития муниципального здравоохранения в современных условиях.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации

17 июня 2009 г.

№ 20-0/111

Департамент развития медицинского страхования направляет для использования в работе Письмо Фонду обязательного медицинского страхования Республики Татарстан по вопросу порядка применения пункта 2 Правил предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами

участковыми врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2008 № 1087.

Департамент развития медицинского страхования рекомендует довести данную информацию до сведения руководителей территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Приложение: 2 л.

Директор Департамента В.А. Зеленский

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан

8 июня 2009 г.

№ 20-0/10/2-4509

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации рассмотрело обращение по вопросу порядка применения пункта 2 Правил предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковыми, врачей-педиатров участковыми и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2008 № 1087 (далее — Правила).

Согласно пункту 2 Правил, денежные выплаты стимулирующего характера перечисленным в указанном пункте категориям медицинских работников осуществляются с учетом предоставления им гарантий, установленных Трудовым кодексом Российской Федерации (далее — Трудовой кодекс).

Исходя из положений статьи 165 Трудового кодекса, к гарантиям, с учетом которых осуществляются выплаты стимулирующего характера указанным категориям медицинских работников, в частности, относятся:

- оплата ежегодного оплачиваемого отпуска в соответствии со статьей 114 Трудового кодекса;
- сохранение среднего заработка при направлении

работника в служебную командировку на основании статьи 167 Трудового кодекса;

- оплата дополнительного отпуска работникам, совмещающим работу с обучением в образовательных учреждениях высшего профессионального образования, и работникам, поступающим в указанные образовательные учреждения, согласно статье 173 Трудового кодекса;

- выплаты работникам пособий по нетрудоспособности в соответствии со статьей 183 Трудового кодекса;

- сохранение средней заработной платы при направлении работодателем работника для повышения квалификации, согласно статье 187 Трудового кодекса;

- иные гарантии, установленные трудовым законодательством Российской Федерации, при предоставлении которых предусмотрено сохранение за работником места работы (должности) и средней заработной платы по основному месту работы.

Кроме того, необходимо учитывать особенности регулирования труда лиц, работающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях. В районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях к денежным выплатам стимулирующего характера участковым врачам-терапевтам и врачам-педиатрам, врачам общей практики (семейным врачам) и их медицинским сестрам применяются соответствующие районные коэффициенты и процентные надбавки к заработной плате (статьи 315–317 Трудового кодекса).

В.С. Белов



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

В 2009 ГОДУ ОТДЕЛЬНЫЕ РЕГИОНЫ ПОЛУЧАТ СУБСИДИИ НА СТРОИТЕЛЬСТВО И РЕКОНСТРУКЦИЮ БОЛЬНИЦ

Постановление Правительства РФ от 7 мая 2009 г. № 395 «О предоставлении в 2009 г. субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства государственной собственности субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, не включенных в федеральные целевые программы, бюджетные инвестиции в которые осуществляются из бюджетов субъектов Российской Федерации, и (или) на предоставление соответствующих субсидий из бюджетов субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства муниципальной собственности в сфере здравоохранения, не включенных в федеральные целевые программы, бюджетные инвестиции в которые...»

В 2009 г. некоторым регионам выделяют субсидии на софинансирование объектов капитального строительства в сфере здравоохранения, не включенных в федеральные целевые программы и относящихся к собственности субъектов РФ или муниципальных образований.

Речь идет об объектах, инвестиции в которые осуществляются за счет бюджетов субъектов РФ или муниципальных образований.

Закреплен перечень указанных объектов.

Субсидии направляются на строительство или реконструкцию больниц, отдельных корпусов. За счет средств федерального бюджета инвестиции в эти объекты составят до 2 217 703,9 тыс. руб.

Для получения субсидии необходимо заключить соглашение с Минздравсоцразвития России.

В РЕГИОНАХ СОЗДАДУТ ЦЕНТРЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Постановление Правительства РФ от 18 мая 2009 г. № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

В 2009 г. из федерального бюджета региональным бюджетам выделяются субсидии на закупку для региональных и местных учреждений здравоохранения оборудования в целях формирования здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака. Всего на указанные цели из федерального бюджета выделяется 454,3 млн. руб.

Обязательными условиями предоставления субсидий являются: наличие региональных целевых программ формирования здорового образа жизни; выделение площадей в учреждениях здравоохранения для организации центров здоровья; подготовка необходимых медицинских кадров; софинансирование регионом мероприятий по формированию здорового образа жизни в размере не менее 30%.



Субсидии предоставляются на основе соглашений, заключаемых региональными властями с Минздравсоцразвития России. Указанные соглашения должны быть подписаны до 30 июня 2009 г.

Приведено распределение субсидий по субъектам РФ. Размер субсидий определен исходя из среднего размера стоимости приобретаемого оборудования.

Регламентирован порядок перечисления и предоставления отчетности о расходовании субсидий.

НОВЫЕ ФОРМЫ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СУБСИДИЙ НА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ-СИРОТ

Приказ Федерального фонда ОМС от 16 апреля 2009 г. № 76 «О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 года № 945»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 мая 2009 г. Регистрационный № 13 923.

В 2009–2011 гг. территориальным фондам обязательного медицинского страхования (ТФОМС) из бюджета ФФОМС выделяются субсидии на диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

ТФОМС перечисляют полученные субсидии учреждениям здравоохранения. Последние обязаны вести реестры счетов по законченным случаям на оплату расходов по проведенной диспансеризации.

Определен новый порядок ведения указанных реестров. Это связано с внесением изменений в Правила предоставления субсидий (ранее субсидии предусматривались на 2008–2010 гг.).

Правила заполнения, периодичность и сроки представления реестра остались прежними. Кроме того, установлены новые формы реестра; заявки ТФОМС на предоставление субсидий; сведений ТФОМС для завершения расчетов по финансовому обеспечению проведенной диспансеризации.

Теперь в заявке не указываются суммы засчитанных средств после завершения расчетов; поступивших средств на диспансеризацию; израсходованных на диспансеризацию средств.

Также сократился перечень сведений, необходимых для завершения расчетов.

БОЛЬНИЦЫ ФСИН РОССИИ: ВРАЧАМ, РАБОТАЮЩИМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ, ДОЛЖНЫ ПРЕДОСТАВЛЯТЬСЯ ЖИЛИЩНЫЕ ЛЬГОТЫ

Определение Конституционного Суда РФ от 5 февраля 2009 г. № 149-О-П «По жалобам граждан Мельниченко Татьяны Анатольевны и Харченковой Людмилы Адольфовны на нарушение их конституционных прав пунктом 50 статьи 35 Федерального закона «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»

До 1 января 2005 г. медработникам, работающим и проживающим в сельской местности и поселках городского типа, бесплатно предоставлялись квартиры с отоплением и освещением.

С 2005 г. решение вопроса соцподдержки таких работников передано Правительству РФ в отношении федеральных специализированных организаций здравоохранения; субъектам РФ и муниципалитетам — по находящимся в их ведении учреждениям.





Таким образом, медработники больниц, находящихся в ведении ФСИН России, оказались лишенными возможности приобрести право на устанавливаемые меры соцподдержки, а те из них, кто, работая и проживая в сельской местности, до 1 января 2005 г. пользовался жилищно-коммунальными льготами, фактически утратили на них право без какой-либо компенсации.

Как отметил КС РФ, такое правовое регулирование, не предусматривающее порядок определения с 1 января 2005 г. мер соцподдержки медработников федеральных организаций здравоохранения, не относящихся к специализированным, является недопустимым.

С учетом этого федеральный законодатель должен урегулировать порядок предоставления мер соцподдержки указанной категории медработников для недопущения ущемления их социальных прав. До установления такого порядка на РФ лежит обязанность по сохранению жилищно-коммунальных льгот для тех медработников, которые, работая и проживая в сельской местности, пользовались этими льготами до 2005 г.

ОПРЕДЕЛЕНА ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 марта 2009 г. № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 16 апреля 2009 г. Регистрационный № 13 787.

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина — независимо от возраста и наличия детей.

Утвержден перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации.

Перечень содержит наименования заболеваний и их характеристики (форма, стадии, степень, фаза). Так, в перечень вошли некоторые инфекционные и паразитарные болезни, злокачественные новообразования, болезни крови и кроветворных органов, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, психические расстройства, болезни нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, органов дыхания и органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также болезни мочеполовой системы.

При этом указано, что вопрос о медицинской стерилизации женщин должен решаться с учетом заключения специалистов по профилю основного заболевания.

БОЛЬШЕ СРЕДСТВ, СОВРЕМЕННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ И СВОЕВРЕМЕННОЕ РЕАГИРОВАНИЕ – ЗАЛОГ УСПЕХА В БОРЬБЕ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Постановление Правительства РФ от 9 апреля 2009 г. № 319 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 280»

Уточнены основные показатели ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)».

Увеличены объемы финансирования ФЦП. За весь период реализации из бюджетов и внебюджетных источников предполагается выделить 81 895,4 млн. руб. (вместо 77 092,3 млн. руб.).



Дополнительно выделенные средства планируется направить на усовершенствование работы по снижению заболеваемости такими заболеваниями, как сифилис (в том числе у детей), гипертония, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез, ВИЧ-инфекция и др. Предполагается усовершенствовать мероприятия по улучшению качества жизни, медицинской помощи, снижению смертности населения. Увеличены значения показателей, по которым оценивается уровень реализации ФЦП.

Перераспределены средства на строительство и реконструкцию учреждений здравоохранения и санаториев, в которых предполагается реализовывать мероприятия по предупреждению и борьбе с социально значимыми заболеваниями.

Кроме того, в рамках ФЦП региональным бюджетам выделяются субсидии на закупку медикаментов, оборудования и расходных материалов.

Субсидии предоставляются на основании соглашения между регионом и главным распорядителем бюджетных средств. При расчете объема субсидий для каждого региона учитывается ситуация с заболеваемостью социально значимыми болезнями, а также готовность обеспечить своевременную установку и ввод в эксплуатацию закупаемого оборудования.

В целях поставки оборудования заключается государственный контракт.

Закупленное оборудование передается в собственность регионов.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ АТТЕСТАЦИОННАЯ КОМИССИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ – СОВЕЩАТЕЛЬНЫЙ, А НЕ ЭКСПЕРТНЫЙ ОРГАН

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 марта 2009 г. № 127 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2005 г. № 82 «О Центральной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Уточнен порядок работы Центральной аттестационной комиссии Минздравсоцразвития России.

Напомним, что комиссия занимается оценкой профессиональной подготовки и деловых качеств специалистов с высшим и средним профобразованием.

Согласно изменениям, комиссия является совещательным органом (а не экспертным).

Комиссия больше не осуществляет функцию по подготовке заключений о целесообразности создания аттестационных комиссий в подведомственных Министерству учреждениях.

Отменена обязанность комиссии по представлению в Минздравсоцразвития России отчета о своей деятельности. Ранее отчет направлялся ежегодно.

КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ?

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13 февраля 2009 г. № 9 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2485-09»
Зарегистрировано в Минюсте РФ 20 марта 2009 г. Регистрационный № 13 548.

С 1 мая 2009 г. для всех лечебных организаций вводятся правила по профилактике внутрибольничных инфекций (ВБИ) в стационарах (отделениях) хирургического профиля.

Профилактика ВБИ включает в себя комплекс организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения этих заболеваний.





В рамках профилактических мероприятий предусмотрены обязательное прохождение медперсоналом инструктажа и обследования, учет и регистрация случаев заболевания ВБИ у пациентов, эпидемиологический надзор за ВБИ, введение эпидемиологического режима, проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

Установлены особенности проведения профилактики ВБИ в операционных, перевязочных, а также в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

.....

ОТКАЗ ИНВАЛИДА ПОДПИСАТЬ СФОРМИРОВАННУЮ ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПЯТСТВИЕМ ДЛЯ ЕЕ ПОЛУЧЕНИЯ НА РУКИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 марта 2009 г. № 116н «О внесении изменений в порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 августа 2008 г. № 379н»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 марта 2009 г. Регистрационный № 13 625.

Ранее если инвалид (его законный представитель) отказался подписать сформированную индивидуальную программу реабилитации, то программа не выдавалась ему на руки.

Теперь, согласно внесенным изменениям, ему может быть выдана копия программы. Для этого инвалид должен подать соответствующее заявление.

.....

РАССМОТРЕНИЕМ ВОПРОСОВ ПРАВОВОЙ ОХРАНЫ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ ЗАЙМЕТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЙ ОРГАН

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 апреля 2009 г. № 215 «О Комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по рассмотрению вопросов правовой охраны и использования объектов интеллектуальной собственности, патентов и товарных знаков и результатов интеллектуальной деятельности»

При Минздравсоцразвития России создается комиссия по рассмотрению вопросов правовой охраны и использования объектов интеллектуальной собственности, патентов, товарных знаков и результатов интеллектуальной деятельности. Определены ее полномочия и порядок организации деятельности.

Данный постоянно действующий координационный орган призван повышать эффективность использования результатов научной (научно-технической) деятельности, полученных за счет средств федерального бюджета.

Комиссия, в частности, рассматривает от имени Министерства уведомления исполнителей госконтрактов о создании объектов интеллектуальной собственности в сфере науки и технологий; вносит предложения руководству о проведении конкурсов на передачу хозяйствующим субъектам прав РФ на полученные за счет бюджетных средств результаты научной (научно-технической) деятельности для вовлечения их в хозяйственный (гражданско-правовой) оборот.

Данный орган состоит из работников Минздравсоцразвития России. Возглавляют комиссию сопредседатели. Решения принимаются большинством голосов присутствующих на заседании членов.



ЧТО ЕЩЕ НУЖНО УКАЗЫВАТЬ В ЗАЯВКЕ НА ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВОК?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 апреля 2009 г. № 167 «О внесении изменений в Приказ Минздравсоцразвития России от 11 ноября 2008 г. № 636 «О заявках на медицинские иммунобиологические препараты для проведения прививок, предусмотренных Национальным календарем профилактических прививок, на 2009 год и отчетах об использовании»

Установлено, что Роспотребнадзор должен во втором квартале 2009 г. представить в Минздравсоцразвития России на утверждение сводный заказ и технические задания на препараты для иммунизации населения в рамках Национального календаря профилактических прививок в 2009 г.

Внесены изменения в форму заявки на препараты, предусмотренные Национальным календарем, на 2009 г.

В заявке также должна быть информация о необходимом количестве вакцины для профилактики гриппа у детей, посещающих дошкольные учреждения, и учащихся 1–11 классов.

При иммунизации этих детей рекомендуется использовать вакцину без консерванта (тиомерсала).

ОПРЕДЕЛЕН РАЗМЕР ПЕРЕЧИСЛЕНИЙ ОТ ПРИБЫЛИ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ В 2009 Г. ФГУП МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 апреля 2009 г. № 229 «Об утверждении размера части прибыли федеральных государственных унитарных предприятий, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, подлежащей перечислению в федеральный бюджет в 2009 году»

Федеральные органы исполнительной власти ежегодно утверждают программы деятельности подведомственных им ФГУП. При этом часть прибыли предприятия за прошедший год подлежит перечислению в федеральный бюджет в текущем году. Размер отдаваемых средств определяется на основании отчета о деятельности ФГУП за прошлый год и утвержденной программы деятельности предприятия.

Утвержден размер части прибыли, подлежащей перечислению в федеральный бюджет в 2009 г. 76 ФГУП Минздравсоцразвития России.

СКОРРЕКТИРОВАН ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ БЮДЖЕТНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РФ

Приказ Минфина РФ от 12 мая 2009 г. № 44н «О внесении изменений в Указания о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденные Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 25 декабря 2008 г. № 145н»

Дополнен перечень кодов подвидов доходов, уточнена классификация расходов бюджетов РФ в сфере здравоохранения.

В связи с выделением средств на поддержку финансового рынка, рынка труда и отраслей экономики РФ расширен перечень целевых статей бюджетных расходов.

Уточнен перечень доходов, администрируемых отдельными федеральными органами власти.





В связи с переименованием Федеральной регистрационной службы в Федеральную службу государственной регистрации, кадастра и картографии внесены соответствующие коррективы в перечни прямых получателей средств из федерального бюджета, главных администраторов доходов бюджетов и главных администраторов источников финансирования дефицита федерального бюджета.

ФМБА РОССИИ ОБЕСПОКОЕНО СЛОЖИВШЕЙСЯ ОБСТАНОВКОЙ ПО БЕШЕНСТВУ

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 23 апреля 2009 г. № 287 «О совершенствовании мероприятий по профилактике бешенства и оказанию антирабической помощи»

На территории Российской Федерации сохраняется напряженная эпизоотологическая и эпидемиологическая обстановка по бешенству. Приведены конкретные цифры по указанному заболеванию.

Разработан комплекс мероприятий по профилактике и борьбе с бешенством среди обслуживаемого ФМБА России населения.

Так, начальникам ЦМСЧ/МСЧ, главным врачам клинических больниц и директорам медицинских центров надо обеспечить своевременное оказание антирабической помощи пострадавшим и наличие постоянного запаса антирабической вакцины и специфического иммуноглобулина. Также необходимо ежегодно проводить подготовку врачей-хирургов (травматологов) по оказанию населению антирабической помощи.

Руководители территориальных органов ФМБА России в свою очередь должны контролировать своевременность и полноту оказания антирабической помощи пострадавшим, наличие необходимого запаса антирабической вакцины и иммуноглобулина и соблюдение условий их хранения.

Важной профилактической мерой также является проведение регулярной информационно-разъяснительной работы среди населения.

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



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



Продолжается 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