

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№9. 2009



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003



ЭЛЕКТРОННЫЙ ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА (ШКОЛЬНИКА)

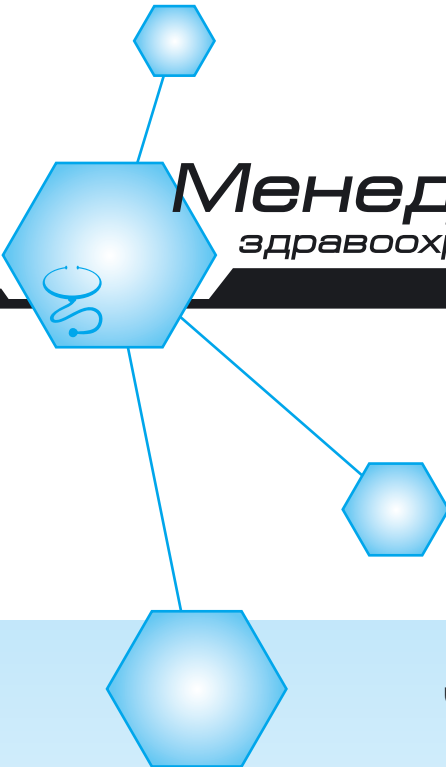
Позволяет родителям:

- 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, надежно защищена. Степень доступа к ней определяют родители.



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Определение путей решения организационных задач здравоохранения с применением модели экономической привлекательности медицины**
- ✓ **О необходимости формирования системы организации медицинской помощи в сфере косметологии и пластической хирургии**
- ✓ **Управление ценностью и стоимостью диагностического результата**
- ✓ **Логистический подход к оценке эффективности телемедицинских консультаций**
- ✓ **Технология предварительной электронной записи на консультативные приемы поликлиники областной больницы**
- ✓ **Современная технология лекарственного обеспечения медицинской помощи, оказываемой больным в стационарных условиях**
- ✓ **Эффективность работы врачей общей практики**

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

№ 9
2009

В номере:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2009

4

АНТИКРИЗИСНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Управляемая медицинская помощь как антикризисная модель
организации медицинской помощи

П.П. Кузнецов

5-12

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Проблемы переходы стационара на аутсорсинг

О.В. Емельянов, Л.В. Назарова

13-15

Механизмы хозяйственного расчета и «условного фондодержания» —
экономическая основа управления качеством медицинской помощи и
эффективностью лечебного процесса

Ю.Ю. Зинчук

16-24

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

Правовые вопросы сертификации и трудовых прав медицинских
работников при реализации приоритетного национального проекта в
сфере здравоохранения

А.Л. Угольников

25-34

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

Об утверждении методических рекомендаций о порядке выведения
обеспечивающих функций органов исполнительной власти Томской
области и бюджетных учреждений на аутсорсинг

Приказ Департамента финансов Томской области
от 12 марта 2007 г. № 6-1

35-44

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Для повышения доступности высокотехнологичной медицинской
помощи необходимо преодолеть информационную и управленческую
дезинтеграцию

Интервью с главным специалистом ЦНИИОИЗ В.И. Перховым

45-52

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

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

Главный редактор:

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

Зам. главного редактора:

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

Шеф-редактор:

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

Директор отдела распространения и развития:

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

Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

Л.И. Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — 20102
Полугодовая — 82614

Отпечатано в типографии

«Стрит принт»

Заказ № 847.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

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

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

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

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

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

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРАХ

Сколько персональных компьютеров нужно ЛПУ?

Из интервью CNews директора
Департамента информатизации Минздравсоцразвития
России Олега Симакова

53-54

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Платные услуги по родовспоможению: запретить, перевесть их «в тень», или регламентировать?

Г.В. Гриненко

55-59

К вопросу о страховании врачебной профессиональной ответственности

О.А. Каплунов

60-61

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Аутсорсинг в здравоохранении. Часть 2

Консультанты: заместитель главного редактора журнала, д.э.н. Ф.Н. Кадыров
и И.С. Хайруллина

62-68

ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы рубрики отвечает
заместитель главного редактора журнала, д.э.н. Ф.Н. Кадыров

70-72

АКТУАЛЬНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

О неотложных мерах по обеспечению гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

Приказ Министерства здравоохранения
социального развития Российской Федерации
от 29 июня 2009 г. № 377

73-74

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

75-80



В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОРГАНИЗУЕТСЯ РАБОТА ПО СОСТАВЛЕНИЮ И ВЕДЕНИЮ КАССОВОГО ПЛАНА ИСПОЛНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА В 2009 г.



Сведения для составления и ведения кассового плана формируются департаментами Министерства, ответственными за реализацию бюджетных полномочий, на основании сводной бюджетной росписи федерального бюджета. Не позднее 5 дней со дня получения росписи Финансовый департамент доводит до департаментов данные об объемах бюджетных ассигнований и о безвозмездных перечислениях организациям.

Департаменты формируют и представляют в Департамент учетной политики и контроля график платежей на 2009 г. по расходам федерального бюджета на текущий финансовый год с помесечной детализацией. При отклонении кассовых выплат по данному виду расходов в отчетном периоде от графика платежей на год более чем 15% представляется пояснительная записка с указанием причин такого отклонения.

На основании представленных графиков Департамент учетной политики и контроля формирует сводный и уточненный прогнозы отдельных кассовых выплат по расходам федерального бюджета и направляет их в Федеральное казначейство и Минфин России.

Источник: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 июля 2009 г. № 382 «О формировании сведений для составления и ведения кассового плана исполнения федерального бюджета в 2009 году по отдельным кассовым выплатам»

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ПРЕДЛАГАЕТ РЕГИОНАМ УСТАНОВИТЬ ПЛАНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, НЕПОСРЕДСТВЕННО КАСАЮЩИХСЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ



В расширенном перечне, помимо традиционных койко-дней и числа обращений в поликлиники и больницы, содержатся такие показатели, как число случаев социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ), случаи впервые установленной инвалидности, смертность в результате ДТП, сердечно-сосудистых или онкологических заболеваний, а также материнская и младенческая смертность.

С ОСЕНИ 2009 ГОДА В РОССИИ НАЧНУТ РАБОТАТЬ ПЕРВЫЕ ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ



Для тех, кто не успевает в рабочие часы поликлиник, в России постановлением Правительства было решено создать специальные центры здоровья в каждом регионе: более 500 в этом году и около 2 тысяч — в следующем. Главный принцип центров здоровья — экспресс-методы диагностики. Сейчас Минздравсоцразвития для центров здоровья выбирает самое передовое оборудование. Все исследования в подобных центрах будут бесплатными, так же, как и индивидуальная программа оздоровления, которую врачи будут разрабатывать для каждого человека. Первые профилактические центры начнут работать уже с начала сентября, а все 500 будут принимать пациентов к концу этого года.

Подробную информацию о центрах здоровья можно будет получить в Интернете. Их адреса и телефоны совсем скоро будут размещены на сайте Министерства здравоохранения и социального развития.

Источник: Сайт МЗСР РФ



П.П. Кузнецов,

д.м.н., профессор, директор МИАЦ РАМН, г. Москва

УПРАВЛЯЕМАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КАК АНТИКРИЗИСНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Разразившийся мировой кризис затронул практически все сферы жизнедеятельности человека, ведет к снижению уровня жизни населения. Последствия этого кризиса, несмотря на предпринимаемые Правительством РФ усилия, в той или иной степени могут отразиться и на социальной сфере, в том числе и медицине.

На открытии Всемирного экономического форума в швейцарском Давосе 29 января 2009 года Премьер-министр России В.В. Путин признал, что кризис «затронул и нас самым серьезным образом... Однако, в отличие от многих стран, мы действительно накопили значительные резервы, и они расширяют наши возможности уверенно пройти через период глобальной нестабильности...

Наша антикризисная политика направлена на поддержку внутреннего спроса, на социальную защиту населения...», — сказал Глава Правительства РФ.

Поддержку антикризисных мер в социальной сфере выразил Президент Российской Федерации Д.А. Медведев в своем вступительном слове на заседании Совета по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 24 декабря 2008 года: «Национальные проекты должны быть реализованы в полном объеме независимо от всяких кризисов, проблем и сложностей текущего периода». В беседе с ведущим программы «Вести в субботу» Сергеем Брилевым 16 мая 2009 года Президент России подтвердил: «Ни один из приоритетов, которые мы обозначали, в том числе когда начинали заниматься национальным проектом «Здоровье», мы не только не отменили, но даже не уменьшили по объему финансирования».

Министерством здравоохранения и социального развития РФ разработан проект Концепции развития здравоохранения до 2020 г., в котором описаны этапы реализации и механизмы финансирования. В числе приоритетных задач названы оптимизация государственных расходов на здравоохранение при повышении эффективности инвестиций, поэтапное и последовательное внедрение полноценного медицинского страхования, устранение неравноправной конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг.

На рабочем совещании по обсуждению Концепции было подчеркнуто, что «в период кризиса состояние здравоохранения становится архиважным». Это вопрос национальной безопасности.





ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ГАРАНТИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

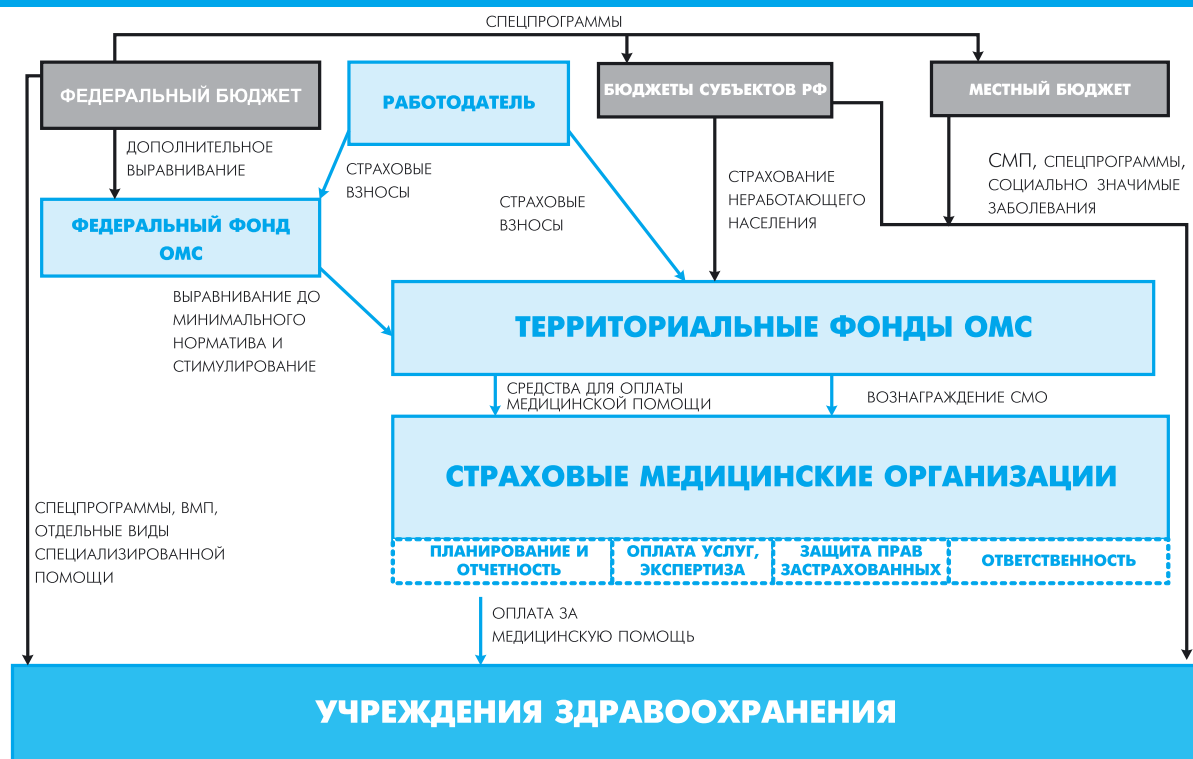


Рис. 1. Схема из проекта Концепции развития здравоохранения до 2020 г.

Как известно, в настоящее время в нашей стране часть расходов на здравоохранение берет на себя государство (система обязательного медицинского страхования — ОМС). Страховые компании также предлагают многочисленные программы добровольного медицинского страхования (ДМС), финансируемые либо за счет работодателя, либо самим клиентом, и, наконец, существует система оказания платных медицинских услуг населению, оплачиваемых самими гражданами.

Согласно предложенной Концепции развития здравоохранения, все средства на медицинскую помощь будут поступать в фонды ОМС, а затем страховые медицинские компании будут оплачивать счета учреждений здравоохранения (рис. 1).

Минздравсоцразвития России в первую очередь планирует развивать систему государственного здравоохранения. Ставка

делается на то, что государственные учреждения будут предоставлять качественные, бесплатные медицинские услуги. В министерстве считают, что если этого удастся добиться, то вряд ли у пациента появится желание получать платную помощь. Планируется, что иные организационные формы (частные, автономные и некоммерческие организации) также будут существовать в здравоохранении при условии их востребованности и эффективности. Тем более, что каждый больной получит право на выбор лечебного учреждения, врача, а модернизированная система ОМС позволит пациенту выбирать, где ему лечиться: в частной клинике или государственной. Однако пока не проведена модернизация отечественного здравоохранения, препятствий для развития платной медицинской помощи не будет.



Рынок платных медицинских услуг является новым быстроразвивающимся сегментом российского здравоохранения. Интерес к этому направлению обусловлен невысокой эффективностью системы ОМС (неполный спектр оказываемых медицинских услуг, сохранившаяся необходимость доплат и «благодарностей» медицинскому персоналу) и низкой привлекательностью системы ДМС (прикрепление к одному ЛПУ, ограниченное количество программ и их возможностей). Все это нередко вынуждает граждан искать самостоятельно места оказания медицинских услуг за собственные деньги. При этом они зачастую сталкиваются с трудностями выбора лечебного учреждения и специалиста.

В Послании Президента Федеральному Собранию Российской Федерации 5 ноября 2008 года были отмечены проблемы медицинского страхования: «...надо прямо сказать: оно (обязательное медицинское страхование — *примечание автора*) так и не стало у нас действенным. Права застрахованных граждан в полной мере не обеспечены. Несмотря на законодательно закрепленную возможность выбора страховых организаций, медицинских учреждений, выбора просто самого врача, в реальной жизни такой выбор практически отсутствует. А при росте платных медицинских услуг все еще медленно развивается добровольное медицинское страхование. Все это никак не способствует развитию конкурентной среды в здравоохранении».

Платная медицина существовала и в советские времена. Причина развития платных медицинских услуг была в низком качестве медицинского обслуживания в районных поликлиниках, а также в необходимости получения консультаций у высококвалифицированных специалистов ведущих медицинских учреждений.

В наши дни вряд ли найдутся противники платной медицины. Ведь любая медицинская помощь платная. Различны только источники финансирования: государственный бюджет, общественный фонд, страхо-

вая компания или собственные средства самого пациента.

Платное лечение в нашей стране оказывают частные медицинские центры, ведомственные медицинские учреждения, платные палаты «VIP» и даже отделения «люкс», существующие во многих стационарах и позволяющие получить качественную медицинскую помощь в комфортных условиях.

При этом работодатели регулярно оплачивают за своих работников взносы в Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). Но не всегда медицинскую помощь сотрудники получают в районных поликлиниках, а платят за нее либо сами, либо через страховые компании, которым платят их работодатели. В этом случае у ФОМС остается больше средств для оплаты медицинской помощи социально незащищенным слоям населения. И это, несомненно, является весомым аргументом в пользу развития платной медицины.

Однако медицинские организации и учреждения, получая деньги за оказанные услуги, заинтересованы искусственно увеличивать их количество, особенно если полученную помощь оплачивает страховая компания. Это в свою очередь приводит к росту расходов страховой компании и соответственно к увеличению страхового взноса для работодателей.

Кризис, снизивший платежеспособность населения на фоне возрастания стоимости медицинских услуг, породил проблему для страховых компаний: как снизить размер страхового взноса для клиента, но сохранить при этом собственные интересы.

Есть два традиционных пути удешевления страхового продукта. Первый — уменьшение количества страховых случаев, включенных в программу. Однако этот путь ухудшает качество продукта. Второй путь — использование принципов «управляемой медицинской помощи» (УМП), которая подразумевает выделение каждому застрахованному личного лечащего врача. Прообраз этой системы можно





найти, изучая опыт земских врачей в дореволюционной России, которые, по сути, являлись персональными врачами.

Концепция УМП заключается в том, что процесс оказания медицинской помощи гражданину управляется и контролируется его личным врачом, который несет персональную ответственность за каждого застрахованного пациента. В этом случае личный врач заинтересован не только в качественном лечении, но и в проведении профилактических мероприятий для своих пациентов. При этом такой врач владеет полной информацией о состоянии здоровья каждого застрахованного и поэтому способен дать квалифицированный совет или назначить необходимое обследование. Именно он, если не может помочь сам, решает, к какому специалисту направить пациента. Такая система позволяет экономить не только средства, но и время застрахован-

ного, обеспечивая при этом высокую эффективность лечения.

В зарубежных системах здравоохранения, например, в США, подобный вид организации медицинской помощи именуется «моделью управляемой конкуренции», или «управляемой медицинской помощью».

Модели организации и финансирования здравоохранения в развитых, развивающихся странах и в странах с переходной экономикой динамично видоизменяются. При этом вектор изменений при всех моделях направлен на повышение информированности лиц, принимающих ответственные административно-управленческие решения с целью сокращения расходов на медицинскую помощь и повышения эффективности использования финансовых, кадровых и материальных ресурсов. Опыт зарубежных стран свидетельствует, что и для отечественного здравоохранения

В книге доктора медицинских наук Ю.М. Комарова «Здравоохранение США: уроки для России» (1998 год) описывается система предварительно оплаченной управляемой медицинской помощи, которая реализуется в США в виде разных моделей: «...Одной из наиболее распространенных моделей является ОПЗ — организация по поддержанию здоровья, Health Maintenance Organization (HMO).

Основными принципами управляемой медицинской помощи ОПЗ являются:

- повышение ответственности поставщиков медицинских услуг за управление медицинской помощью для прикрепленного контингента;
- отчет ответственной организации за качество помощи, за затраты на ее оказание и полученную оплату по подушевому нормативу, размер которого не зависит от объема оказанной помощи;
- стимулирование организации управляемой помощи к сни-

жению объема необоснованно оказанных медицинских услуг.

В общем виде ОПЗ — это страховая компания, охватывающая комплексные медицинские услуги, включая амбулаторную и стационарную помощь, проведение диагностики и лабораторных анализов, отпуск лекарственных средств по рецептам. Страховка предусматривает и платежи из личных средств, в том числе при визите к врачу и при госпитализации. ОПЗ заключает контракты с работодателями и индивидуальными клиентами на основе авансовой подушевой оплаты по заранее оговоренной цене и независимо от фактического потребления медицинских услуг. Таким образом, ОПЗ несет полный риск стоимости медицинской помощи, хотя часть рисков они делят с поставщиками услуг в прямом или косвенном виде. В прямом виде — в контрактах с группой врачей, а в косвенном — в контроле за стоимостью услуг каждого врача по каждой группе пациентов с учетом возраста, пола и диагно-

за. Если у врача систематически фактическая стоимость превышает расчетную, то контракт с ним может не возобновиться.

Поводом для критики представленной системы является то, что для увеличения собственных доходов врачам выгодно не оказывать даже необходимые медицинские услуги либо уменьшить число дорогостоящих процедур. Этот недостаток частично компенсируется боязнью судебных преследований за врачебные ошибки (а в США это встречается весьма часто) и боязнью потерять пациента, который теоретически может перейти в другую программу (организацию).

Переход от стихии рынка к управляемой помощи — это, конечно, шаг вперед, но этот шаг также ведет к монополизации помощи, к отсутствию возможностей для пациента в выборе врачей и учреждений, то есть к тем же недостаткам, которые были присущи советской системе здравоохранения...»



создание оперативно реагирующей на требования времени, самоорганизующейся, частично или полностью самофинансируемой системы может стать эффективным, быстродействующим и наименее затратным инструментом реформирования здравоохранения, укрепления вертикали управления отраслью на базе современной информационной основы. Ведь основная цель государственно-частного стратегического партнерства — в привлечении дополнительных ресурсов и возможностей для реформирования системы здравоохранения. При этом должна серьезно изучаться и поддерживаться инициатива частных структур, бизнеса и общества, негосударственных организаторов здравоохранения. «Конечно, государство должно протянуть руку помощи, должно поддержать, но целиком перекладывать на плечи государства ответственность за происходящие события в отраслях и компаниях было бы неправильным и нецелесообразным», — заявил Премьер-министр России в Давосе.

С целью преодоления негативных последствий кризиса, повышения доступности квалифицированной медицинской помощи для различных групп населения Медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ) РАМН (www.mcramn.ru) предложил работодателям (для сотрудников и членов их семей), страховым организациям, другим юридическим лицам новую современную и эффективную форму организации медицинского обслуживания по программе **«Управляемая медицинская помощь»**. Программа УМП построена на сочетании существующих в нашей стране программ обязательного и добровольного медицинского страхования, бюджетов разных уровней, денежных средств работодателей, а также личных средств физических лиц, что позволяет существенно снизить расходы на приобретение пакета медико-социальных услуг.

В нашем понимании управляемая медицинская помощь — это комплекс управленческих, организационно-экономических и клини-

ческих мероприятий, направленных на преодоление фрагментарности системы оказания и финансирования медицинской помощи и обеспечение более высокой затратной эффективности функционирования всего комплекса медицинских учреждений.

Главная цель программы УМП — заставить эти средства «работать» и тем самым максимально снизить риск дополнительных, или необоснованных расходов наших клиентов на получение медицинской помощи надлежащего качества.

Для этого необходимо:

1. Правильно организовать информирование клиента. Это делают квалифицированные врачи специализированной структуры МИАЦ РАМН — Федеральной медицинской справочной (ФМС), используя поддерживаемую в течение 10 лет уникальную базу данных (рис. 2).

2. Правильно направить финансовые потоки с учетом того, что разные виды помощи оплачиваются из разных источников.

3. Интегрировать информацию о пациентах. Если раньше информация о диагнозе, лечении, стоимости и т.д. была разрозненной и хранилась в разных местах, то интегрированные системы концентрируют данные на пациента, что позволяет избежать дублирования в различных действиях и манипуляциях, исследовать соотношение между диагностикой, лечением и результатами, что ранее не представлялось возможным.

Координация оказания помощи осуществляется индивидуальным доверенным врачом (в экстренных случаях дежурным врачом МИАЦ РАМН). Программа подбирается индивидуально для каждой семьи.

Представитель работодателя или любой другой заказчик медицинской помощи совместно с врачами-консультантами Федеральной медицинской справочной МИАЦ РАМН определяют (рис. 3):

- перечень видов медицинской помощи (амбулаторная, «Семейный врач», госпитальная, «Стационар на дому», «Скорая», родо-



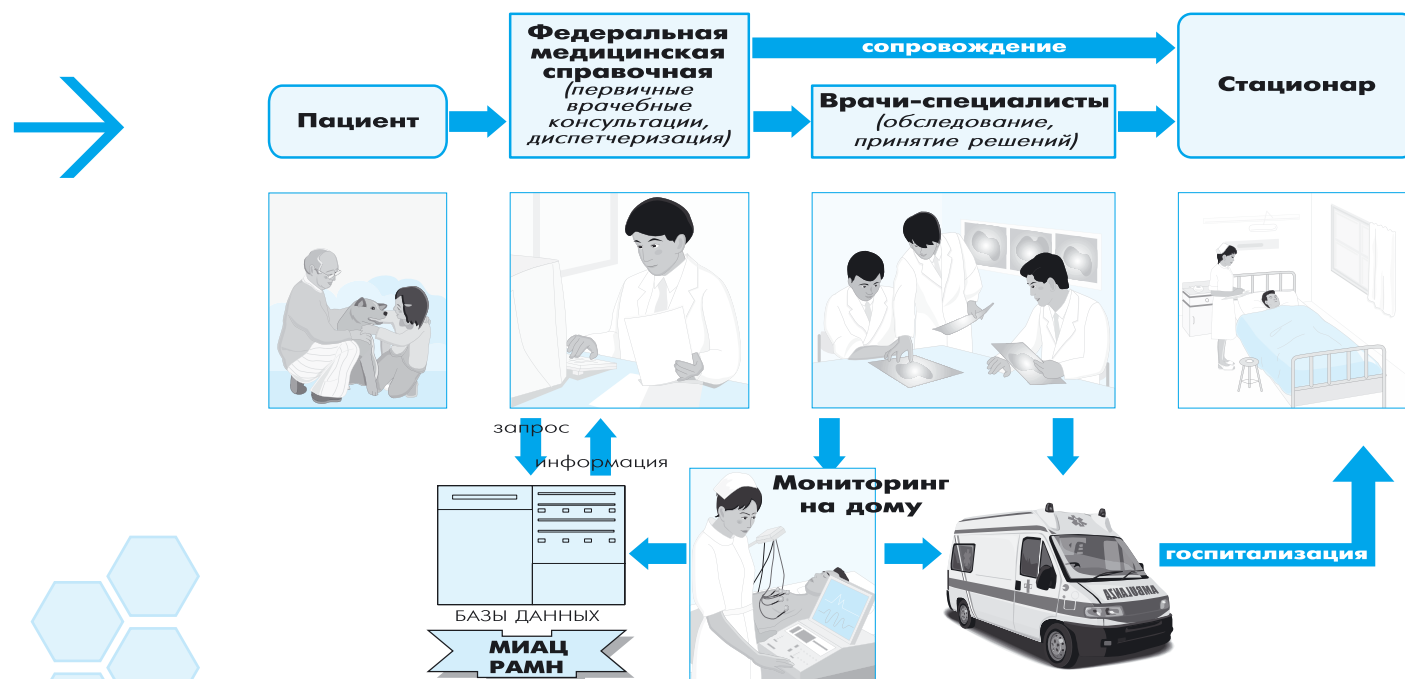


Рис. 2. Место и роль ФМС в программе «Управляемая медицинская помощь»



Рис. 3. Программа «Управляемая медицинская помощь» МИАЦ РАМН



вспоможение, стоматология, диспансеризация, профилактическая вакцинация, санаторно-курортная реабилитация и пр.);

- уровень комфортности оказания услуг;
- объем финансов.

Таким образом две стороны заранее определяют лимит финансовой ответственности работодателя или иного заказчика медицинской помощи. В результате на медицинскую помощь пациент дает информированное согласие.

Для сбора и хранения личными врачами медицинской информации о каждом пациенте предусмотрено ведение электронных медицинских записей, позволяющих наиболее полно учитывать в электронном виде информацию о здоровье пациента на протяжении всей его жизни. С этой целью МИАЦ РАМН разработаны и реализованы IT-разработки: «Электронная карта здоровья» (www.zdravkarta.ru), «Электронный органайзер врача» (www.medorganizer.ru) и «Электронный паспорт здоровья ребенка».

Электронные медицинские записи позволяют врачам-экспертам МИАЦ РАМН (в рамках договоров с лечебными учреждениями) осуществлять контроль обоснованности объемов, качества и стоимости выполненных медицинских услуг. Если эксперт сомневается в обоснованности назначения и/или выполнения отдельной услуги, осуществляется проверка всех первичных медицинских документов; в случае необходимости к работе привлекаются независимые эксперты.

Схема финансового взаимодействия с работодателем выглядит следующим образом. Сразу после подписания договора сотрудники организации-заказчика могут обратиться за определенными видами медицинской помощи в пределах установленного лимита. Ежемесячно на основании информации о количестве и стоимости оказанных медицинских услуг составляется отчет МИАЦ РАМН и заказчику выставляется счет на оплату с указанием отдельной строкой суммы вознаграждения МИАЦ. Предоплата

Информатизация медицины является одним из приоритетных направлений внутренней политики нового Президента США Барака Обамы, предложившего в качестве антикризисных мер выделить \$825 млрд. для поднятия экономики. В информатизацию медицины планируется инвестировать \$20 млрд. за 2 года. Из них \$2 млрд. — на IT для компьютеризации медицинских карт поликлиник и госпиталей, которые пока еще пользуются бумажными носителями. Это улучшит качество медицинского обслуживания, уменьшит ошибки и понизит стоимость медицинских услуг, \$2.8 млрд. — на телемедицину и телеобразование населения в удаленных местах, \$400 млн. — на создание нового Национального компьютерного центра для системы социального обеспечения (Social security).

Команда Обамы считает, что вложения в информационные технологии являются более выгодными для экономики, создания рабочих мест и повышения конкурентоспособности страны, чем вложения в физическую инфраструктуру. В некоторых программах ожидается десятикратный возврат на вложения.

осуществляется только в случае дорогостоящего стационарного лечения.

Расходы, связанные с медицинским обслуживанием сотрудников, не включаются в состав расходов, учитываемых при определении налогооблагаемой базы по налогу на прибыль, поэтому не подлежат обложению единым социальным налогом. Кроме того, стоимость медицинского обслуживания не облагается налогом на доходы физических лиц, получивших медицинскую помощь.

Все вышеизложенное позволяет работодателю не только существенно минимизировать затраты, но главное — контролировать обоснованность затрат и корректировать их объем в процессе медицинского обеспечения.

«Управляемая медицинская помощь» — это принципиально новый вид организации медицинской помощи, отличной от существующих моделей медицинского обслуживания:

- в системе добровольного медицинского страхования,
- в системе прямых договорных отношений с лечебными учреждениями,





- в системе компенсаций затрат на платную медицинскую помощь.

К сожалению, до настоящего времени обоснованными считаются опасения работодателя в завышении величины страховых взносов на ДМС своих работников. Также работодатель, как правило, не готов к единовременному отвлечению большого объема денежных средств на оплату взносов до проведения страхования сотрудников. Кроме того, в договорах добровольного медицинского страхования в России не предусматривается возмещения затрат клиента на лечение, например, онкологических заболеваний, требующих дорогостоящих медицинских технологий (так называемые нестраховые случаи).

При заключении прямых договоров с медицинскими учреждениями клиенты сталкиваются с ограничениями на виды и объемы довольно большого числа медицинских услуг: ни одна, даже самая лучшая поликлиника или больница не сможет обеспечить всех видов медицинской помощи; уровень специализации ограничен возможностями каждого конкретного лечебного учреждения. В то же время участники программы «Управляемая медицинская помощь» в соответствии с медицинскими показаниями и собственным выбором могут получить медицинское обслуживание в любом лечебном учреждении.

Компенсация затрат сотрудников на медицинские услуги также не является оптимальным вариантом обеспечения доступности высококвалифицированной медицинской помощи по той простой причине, что пациент, не будучи хорошо информированным в медицинских аспектах и не ориентируясь на рынке медицинских услуг, получает, как правило, не те услуги, не того качества и не по той цене, которые бы максимально соответствовали его интересам и как пациента, и

как плательщика. Помощь в таких случаях фрагментарна, мало обоснована, часто избыточна и даже вредна для пациента: страдает здоровье пациента, ущемляются экономические интересы заказчика.

МИАЦ РАМН удастся добиться цели программы УМП за счет координации индивидуального маршрута пациента по медицинским организациям, предупреждения дублирования этапов и технологий диагностики и лечения. Лечение пациента в специализированных медицинских учреждениях, включая стационар одного дня, дневной стационар, стационар на дому, проводится в сопровождении семейного (офисного) врача, осуществляющего рационализацию лечения.

Участник программы (страховая организация, юридическое или физическое лицо) получает автоматический доступ в любую из медицинских организаций — партнеров МИАЦ РАМН, многие из которых реализуют собственные программы, такие, например, как «Мать и дитя», включающую активное наблюдение врачами всех специальностей беременных и новорожденных. Кроме того, клиент может рассчитывать на скидку, предоставляемую медицинскими учреждениями оптовым покупателям, то есть МИАЦ РАМН.

Конкурентное преимущество программы «Управляемая медицинская помощь», предлагаемой МИАЦ РАМН, — в обеспечении клиента актуальной и выгодной для него информацией в круглосуточном режиме.

Таким образом, разработанная МИАЦ РАМН программа УМП является сбалансированным антикризисным механизмом развития здравоохранения на современном этапе, обеспечивающим максимальную защиту интересов населения и работодателей путем рационального сочетания всех источников финансирования медицинской помощи.



О.В. Емельянов,

д.м.н., главный врач Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Городская Мариинская больница»

Л.В. Назарова,

заместитель главного врача по экономическим вопросам Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Городская Мариинская больница»

ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕХОДА СТАЦИОНАРА НА АУТСОРСИНГ

Аутсорсинг — сравнительно новый вид услуг в системе здравоохранения. Среди основных причин аутсорсинга можно назвать следующие:

- концентрация на основных видах деятельности;
- повышение качества обслуживания;
- снижение затрат.

Применение механизма аутсорсинга в коммерческом секторе направлено на повышение рыночной стоимости компании. Еще недавно основными потребителями этого рода услуг являлись иностранные компании и совместные предприятия. В последнее время все чаще появляется необходимость применения аутсорсинга в некоммерческом секторе, прежде всего в сфере здравоохранения. Это связано с тем, что в нынешних условиях учреждения здравоохранения и в первую очередь многопрофильные стационары, функционирующие в системе обязательного медицинского страхования, делают основной акцент на повышении эффективности своей деятельности, то есть увеличении качества и количества оказываемых диагностических и лечебных услуг. Таким образом, стремление передать выполнение различных второстепенных функций поставщику аутсорсинговых услуг совершенно закономерно.

Аутсорсинг можно определить как «перевод внутреннего подразделения или подразделений предприятия и всех связанных с ними активов в организацию поставщика услуг, предлагающего оказывать некую услугу в течение определенного времени по оговоренной цене»¹.

Нужно отметить, что в государственных учреждениях здравоохранения использование аутсорсинга не связано с необходимостью увеличения рыночной стоимости организации или переводом активов в организацию поставщика аутсорсинговых услуг. Акцент сделан на повышении качества медицинской помощи, повышении удовлетворенности пациентов услугами.

В нашем учреждении использование аутсорсинга в организации питания больных прежде всего вызвали причины стратегического характера:

¹ Дж. Брайан Хейвуд. Аутсорсинг. В поисках конкурентных преимуществ. — М., 2004.



необходимость максимально использовать имеющиеся ресурсы для выполнения основной функции — оказания высококвалифицированной медицинской помощи. «Городская Мариинская больница» — это многопрофильный стационар, старейший в Санкт-Петербурге, расположенный в самом историческом центре Санкт-Петербурга. Основными направлениями работы являются медицинская помощь по экстренным показаниям, плановая стационарная и амбулаторная медицинская помощь. Как уже сказано, это старейшее медицинское учреждение, большинство зданий и помещений которого также имеют внушительный возраст. Итак, было принято решение о сносе трех старых зданий больницы, в том числе пищеблока, для строительства нового многофункционального медицинского корпуса. Сложное месторасположение и конфигурация будущего строения дают возможность весьма ограниченного по площади корпуса, в котором с определенными трудностями могут разместиться основные медицинские структуры больницы.

Переход на аутсорсинг для нашего учреждения стал необходим. Организовать питание больных было решено путем заключения контракта с организацией общественного питания.

Организация работы по переходу на новый способ организации питания больных была структурирована следующим образом:

1. Оценка фактического уровня расходов на организацию питания больных. Анализ существующих расходов по организации питания больных, включая фактическую стоимость продуктов питания на 1 койко-день, расходы на оплату труда сотрудников пищеблока, на коммунальные услуги и текущее содержание оборудования и помещений пищеблока.

2. Маркетинговые исследования рынка организаций общественного питания с целью определения ориентировочной стоимости питания на 1 койко-день.

3. Планирование потребности в ассигнованиях на очередной финансовый год и плановый период (поскольку закон о бюджете принимается на период трехлетнего цикла). Подготовка необходимых расчетов и обоснований, внесение соответствующих изменений в смету учреждения. Принятие совместно с главным распорядителем бюджетных средств решения об изменении кодов бюджетной классификации, поскольку расходы на оплату услуг по договору с организацией общественного питания финансируются по коду ОСГУ 226 «Прочие услуги».

4. Организация процедур размещения государственного заказа. Подготовка технической документации для проведения конкурса с целью выбора поставщика для последующего заключения контракта с организацией общественного питания.

5. Оценка результатов перехода на новую систему питания.

Остановимся подробнее на каждом из перечисленных этапов.

1. Оценка фактического уровня расходов на организацию питания больных. По итогам 2008 года, расходы на питание больных на 1 койко-день составили 60 руб. Всего в 2008 году израсходовано на приобретение продуктов питания 19 232,7 тыс. руб. Фонд оплаты труда сотрудников пищеблока на 2008 год составил 2929,5 тыс. руб. (254,7 тыс. руб. в месяц). Затраты на текущее содержание пищеблока и оплату коммунальных услуг (финансирование за счет средств бюджета Санкт-Петербурга) в 2008 году составили 1154,1 тыс. руб. Кроме оценки финансовых аспектов, следовало признать недостаточный уровень качества питания, что регулярно отмечалось по результатам опроса пациентов.

2. Маркетинговые исследования рынка организаций общественного питания выявили существенный разброс цен на рынке подобных услуг. Необходимо отметить, что не все предприятия общественного питания могли соответствовать нашим требованиям. Это связано со значительным объемом приготав-



ливаемого диетического питания, необходимостью приготовления пищи для разных диетических столов и доставкой питания 3 раза в день в центр города. Ориентировочная цена питания на 1 койко-день, по итогам нашего исследования, составила 187,5 руб. на 1 койко-день.

3. На этапе планирования расходов была проанализирована и обобщена вся имевшаяся информация о количественных и стоимостных показателях. Для этого экономической службой проведены совещания и рабочие встречи со всеми руководителями структурных подразделений. Была определена потребность в дополнительных расходах на предусмотренные трудовым законодательством выплаты работникам пищеблока. Определена ожидаемая экономия в связи с сокращением расходов на оплату ремонта оборудования и здания пищеблока. Подготовлено письмо в Комитет по здравоохранению с расчетом потребности в ассигнованиях для организации питания больных в разрезе источников финансирования (обязательное медицинское страхование, платные услуги).

4. При подготовке технической документации к конкурсу обязательным условием было соблюдение установленного территориальной программой гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощи норматива финансовых затрат на продукты питания в размере 87 рублей на 1 койко-день.

5. Среди очевидных преимуществ отметим следующее. Предварительная оценка финансовых аспектов использования аутсорсинговых услуг позволила констатировать экономию в части содержания персонала пищеблока, отпавшие расходы на оплату содержания оборудования и зданий пищеблока. Изменилась структура учреждения, исключено подразделение, напрямую не связанное с предоставлением медицинской помощи. Поскольку отпала необходимость материально-технического обеспечения питания, упростился бухгалтерский учет про-

ведения процедур размещения государственного заказа по продуктам питания, соответственно уменьшились связанные с этим трудозатраты.

В учреждении появилась дополнительная возможность усилить степень эффективности медицинской помощи, результативности предоставляемых медицинских услуг. Степень удовлетворенности пациентов качественными характеристиками питания в нашем учреждении существенно повысилась, о чем свидетельствуют проводимые опросы пациентов.

Однако, оценивая предварительные результаты перехода на использование услуг аутсорсинга в сфере организации питания, следует сказать и о тех проблемах, с которыми столкнулось учреждение. Расходы по организации питания потребовали дополнительных средств. Это связано с оплатой накладных расходов — затрат на транспортировку питания до больницы несколько раз в день. Как уже отмечалось, наше учреждение расположено в самом центре города, транспортная инфраструктура которого испытывает существенные нагрузки. Поэтому решение проблем оперативной доставки питания не могло не быть одним из определяющих условий при формировании технического задания. Но это обстоятельство в конечном итоге обусловило и дополнительные финансовые затраты.

В связи с этим мы предприняли ряд мер по оптимизации работы учреждения. В частности, повышено внимание к соблюдению нормативных сроков лечения по заболеваниям, улучшено оперативное взаимодействие со страховыми компаниями. Однако главным вопросом остается то обстоятельство, что норматив финансовых затрат на питание в системе обязательного страхования на сегодня не в полной мере учитывает расходы учреждения. Таким образом, при очевидном улучшении качественных характеристик учреждения сталкивается с дополнительными финансовыми проблемами, решение которых — задача ближайшего будущего.





Ю.Ю. Зинчук,

к.м.н., старший научный сотрудник организационно-научного отдела МОНИКИ,
главный врач МУЗ «Сходненская городская больница» с 2005 по 2008 г.

МЕХАНИЗМЫ ХОЗЯЙСТВЕННОГО РАСЧЕТА И «УСЛОВНОГО ФОНДОДЕРЖАНИЯ» — ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОСНОВА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

С момента принятия в 1991 году закона «О медицинском страховании граждан в РФ» распределительная система бюджетного обеспечения учреждений здравоохранения как единственный источник финансирования перестала существовать. Государством ставилась задача увеличить объем финансирования медицинской помощи за счет внебюджетного источника (фонда ОМС), а как следствие, — улучшить качество медицинской помощи населению. Произошло изменение условий финансирования учреждений здравоохранения, их правил: возникла большая зависимость финансового обеспечения медицинских учреждений от результатов их деятельности, одним из главных критериев которых стало качество медицинской помощи (КМП).

В настоящее время уровень КМП, оказываемый в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), методы и организацию контроля за ним нельзя считать достаточными, адекватными современным требованиям населения к здравоохранению страны. Ведомства и организации здравоохранения используют различные объемные, количественные характеристики деятельности для отражения состояния КМП.

Так, начиная с 1996 года, руководством ЦКБ МЦ УДП РФ в рамках программы партнерства с союзом госпиталей «Премьер» (США) было принято решение об использо-

вании показателей качества Мэриленской ассоциации госпиталей (МАГ) и подключении ЦКБ к проекту «Индикаторы качества» этой ассоциации. Проект ставил задачу определять и развивать объективные показатели оценки КМП. В настоящее время проект приобрел в США общенациональный масштаб — в нем участвуют более 1000 больниц.

Устанавливая показатели для оценки КМП, обеспечивая их сравнительный анализ (как при изучении динамики показателей одного учреждения, так и при сравнении с показателями других больниц), проект помогает определять направления улучшения КМП [1].

В 1996 году проект «Индикаторы качества» предполагал 15 показателей:

- Приобретенные госпитальные инфекции.
- Хирургические раневые инфекции.
- Больничная летальность.
- Смертность новорожденных.
- Операционная летальность.
- Кесаревы сечения.
- Незапланированные регоспитализации.
- Незапланированные госпитализации в результате выполнения амбулаторных процедур
- Незапланированные возвраты в отделение специального лечения.
- Незапланированные возвраты в операционную.
- Незапланированные возвраты в отделение неотложной помощи в пределах 72 часов после первого визита.

© Ю.Ю. Зинчук, 2009 г.



- Пребывание пациента в отделении неотложной помощи свыше 6 часов.
- Случаи расхождения между начальными и заключительными рентгенологическими исследованиями пациента, имевшие место в отделении неотложной помощи и потребовавшие изменения в ведении пациента.
- Зарегистрированные случаи, когда пациенты покидали отделение неотложной помощи до завершения лечения.
- Прерывание амбулаторной процедуры в день ее проведения.

В течение ряда лет перечень индикаторов менялся: после апробации в список включались новые показатели, в то же время ранее использовавшиеся исключаются, как менее актуальные. К 2000 году «Индикаторы качества» уже включали 16 показателей, относящихся к стационарному и 5 — к амбулаторному лечению. Помимо этих индикаторов, относящихся к неотложной медицинской помощи, проект предполагает показатели, связанные с психиатрической помощью и длительностью лечения [1].

Таким образом прослеживается тенденция все большей «специализации» индикаторов, сохраняется отсутствие системности критериев (понятий), объединяющих эти индикаторы, позволяющих иметь общие подходы к КМП, например, в амбулаторном и стационарном звеньях медицинской помощи.

Функциональное измерение ценности или качеств показателей (индикаторов) выражается критериями (греч.: *kriterion* — признак для суждения) [6], то есть в нашем случае понятиями, которыми можно охарактеризовать КМП в различных структурах медицинского учреждения, добиваясь сопоставимости результатов [7].

Учитывая тот факт, что 73% ЛПУ оказывают медицинскую помощь на муниципальном уровне и до 80% всех обращений граждан за медицинской помощью должны заканчиваться именно на этом этапе [10], становится ясно, насколько важно иметь единые подходы к оценке КМП для муниципальных учреждений здравоохранения.

Однако в большинстве случаев решение вопросов качества медицинской помощи носит замкнутый ведомственный характер. Вневедомственный контроль (осуществляемый представителями страховых организаций; территориальных фондов ОМС; страхователями; исполнительными органами Фонда социального страхования РФ; обществ защиты прав потребителей) не имеет четко определенного регламента. Имеет место стабильный рост количества судебных исков граждан по вопросам качества медицинской помощи. Например, по данным Федерального фонда ОМС, в 2003 году в судебном производстве находилось 661 судебное дело против 602 в 2002 году. Только в 2003 году 288 судебных исков были удовлетворены, и сумма возмещения по этим искам составила 3714 тыс. рублей [9].

По данным Московского областного фонда ОМС, за период с 2003 по 2007 годы общая сумма удержания средств из-за частичной или полной неоплаты медицинских услуг по результатам экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) по ЛПУ Московской области возросла с 30 млн. до 285,9 млн. руб., а частота дефектов оказания медицинской помощи по вине ЛПУ от общего числа проведенных ЭКМП соответственно выросла с 1,6 до 3,5%.

С 2005 года государство улучшало финансирование здравоохранения, но оно недостаточно. Так, в 2006 году уровень финансирования был равен показателям 20-летней давности, что составляет 2,7% ВВП, или 500–600 долларов США подушевого расхода в год [3]. Ставится задача улучшить финансирование здравоохранения до 5,3% ВВП в ближайшие 10–15 лет. В настоящее время в странах ЕС на здравоохранение выделяется 6–8% ВВП, или от 3 до 6 тыс. долларов США подушевого расхода в год.

Нет сомнения в важности эффективного использования имеющихся средств. Но по данным Патрисии Маркез (представителя Всемирного банка, Департамент социального развития, регион Европы и Центральной





Азии), представленным на конференции в Москве 17 сентября 2008 г., показатели здоровья населения РФ такие же, как и в странах, тратящих на 30–40% средств меньше, чем РФ, то есть средства, вкладываемые в здравоохранение, используются неэффективно [3].

В условиях недофинансирования отрасли остро встал вопрос о необходимости сделать учреждения здравоохранения экономически эффективными, то есть эффективными на уровне организационных процессов, протекающих в ЛПУ.

Экономическая эффективность лечебного процесса — это отношение полученных результатов к затраченным ресурсам, то есть производительность коллектива в достижении цели оздоровления населения. Важность этой характеристики в том, что ресурсы всегда ограничены. При этом эффективное здравоохранение обеспечивает оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь [4].

Поэтому все неэффективные нормы, стандарты, действующие как в собственно лечебном процессе, так и в сфере его организации, должны быть ликвидированы.

Следовательно, в экономике здравоохранения должны действовать здравый смысл и рациональный подход, направленные на обеспечение рентабельности этого процесса.

Таким образом, КМП можно улучшить при одновременном снижении финансовых затрат (цепная реакция Э. Деминга) [2, 5, 8]. Другими словами, анализируя эффективность, можно выбрать наиболее экономичный метод повышения КМП.

Напрашивается безусловный вывод: заниматься вопросами повышения КМП нельзя, игнорируя вопрос эффективности лечебного процесса, то есть для оценки состояния ЛПУ необходимы индикаторы как КМП, так и экономической эффективности лечебного процесса.

В этой связи представляет интерес опыт МУЗ «Сходненская городская больница» (СГБ) по созданию системы управления КМП,

основанной на экономических и управленческих механизмах.

Сходненская городская больница является городским, муниципальным учреждением здравоохранения со стационаром на 220 коек и поликлиникой на 750 посещений в сутки. Стационар имеет неполный набор специализированных отделений (учреждение работает с МУЗ «Химкинская ЦРБ» по принципу разделенных потоков). Поэтому для использования в СГБ были отобраны только пять индикаторов качества МАГ. Это:

1. Приобретенные госпитальные инфекции.
2. Хирургические раневые инфекции.
3. Больничная летальность.
4. Операционная летальность.
5. Незапланированные возвраты в операционную.

Основным источником сбора информации для оценки этих индикаторов являются истории болезни, карты выбывших из стационара, амбулаторные карты, которые обрабатываются медицинскими статистиками и выявленные дефекты вносятся в ежемесячные и квартальные отчеты, предоставляемые главному врачу.

Дополнительно оценка этих индикаторов проводится на комиссиях по исследованию летальных исходов (КИЛИ), комиссиях по предупреждению внутрибольничных инфекций, в ходе клинических разборов сложных больных.

Кроме того, эти же индикаторы отслеживаются в ходе вневедомственной экспертизы КМП, проводимой страховыми медицинскими организациями (СМО). В «Перечне дефектов и размеров санкций, предъявляемых Страховщиком за нарушение договорных обязательств к медицинским учреждениям, реализующим Программу ОМС на муниципальном уровне» (Приложение 2 к Договору на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию), используемом СМО при экспертизе КМП, контролируются все выше перечисленные «индикаторы





качества» и при обнаружении «дефектов медицинской помощи» на ЛПУ налагаются штрафные санкции. Размер этих штрафных санкций за отчетный период, как и количество и характер самих дефектов, также являются индикаторами КМП.

Но данный набор клинических индикаторов не отражает все стороны деятельности учреждения как в смысле перечня видов деятельности, так и многообразия подразделений больницы.

Поэтому в Сходненской городской больнице для оценки КМП и эффективности лечебного процесса на основе комплексного подхода и принципа всеобщего управления качеством были использованы следующие общие для клинических, диагностических и вспомогательных кабинетов, отделений и подразделений учреждения критерии оценки:

- Медико-экономические.
- Экспертизы КМП.
- Статистические.
- Общественного мнения о КМП в больнице.

Для реализации этих критериев с января 2007 года был применен принцип оценки работы персонала больницы, выраженный через систему оплаты труда по конечному результату.

Примененная методика обеспечивает достоверную оценку экономической эффективности деятельности конкретных сотрудников, отделений с учетом качества исполнения ими своих обязанностей и привязывает заработную плату к конкретному экономическому результату, что выражается в оплате за интенсивность труда (% ИНТ).

Данный путь достижения более качественной и ответственной работы сотрудников учреждения был выбран как наиболее эффективный по влиянию на сознание персонала, повышение его ответственности за выполнение своих обязанностей и организацию слома старых стереотипов, существовавших в работе структурных подразделений больницы.

Механизмы реализации данного принципа включают следующие положения:

1. Выплата заработной платы сотрудникам больницы осуществляется по следующей схеме: базовая заработная плата по занимаемой должности выплачивается за текущий месяц, оплата за интенсивность труда — за предыдущий месяц (экономическая служба должна иметь время для обработки сведений и расчета % ИНТ).

2. Фонд базовой заработной платы подразделений и специалистов (то есть обязательные выплаты) формируется:

- в соответствии со штатным расписанием и тарификационными списками сотрудников (каждый сотрудник тарифицируется только по одной ставке);
- на основании должностных окладов и ставок с учетом квалификационной категории, ученой степени, почетного звания, руководства подразделением;
- с учетом доплат за работу в ночное время, выходные и праздничные дни, за совмещение профессий (должностей) или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника, врачам-руководителям и их заместителям — за работу по специальности в пределах рабочего времени по основной должности с оплатой в размере до 25% должностного оклада врача соответствующей специальности;
- с учетом надбавки за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения; за замещение на время основных и учебных отпусков; доплат, установленных в соответствии с постановлениями Правительства Московской области.

3. Расчет процента ИНТ для работников поликлиники и отделений стационара проводится по следующей схеме:

- Определение суммы заработанных средств отделением или специалистом по данным статистиков, отчетов подразделений и врачей.
- Вычитание суммы штрафных санкций за дефекты в оказании медицинской помощи (по результатам ЭКМП в учреждении СМО).





- Вычитание средств на закупку медикаментов и расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря.

Причем доля затрат на питание, мягкий инвентарь, медикаменты и расходные материалы от суммы средств ОМС, поступивших в лечебно-профилактическое учреждение за каждый календарный месяц текущего года, не должна быть меньше 90% от третьей части расчетного значения по статьям затрат, установленных в квартальном Протоколе стоимости.

- Определение суммы заработанных средств отделением или врачом.

- Исключение из оплаты ЕСН — 26,2%.

- Исключение из оплаты параклинических затрат по конкретному количеству заказанных анализов, сделанных рентгеновских снимков, физиотерапевтических процедур и т.д. (через внутреннюю стоимость этих услуг).

- Исключение из оплаты административно-хозяйственных расходов, премиального фонда, фонда дополнительной заработной платы — отпускных.

- Размер оплаты за интенсивность труда определяется полученной суммой за вычетом расчетной основной заработной платы.

Таким образом реализуется принцип хозяйственного расчета: затраты учреждения не превышают объем заработанных средств, потребности отделений и специалистов их доходы, то есть обеспечивается рентабельность экономики.

4. Проводится объединение работников стационарных отделений единой задачей и единым процентом оплаты за интенсивность труда (нерадивые работники, допускающие дефекты, находятся под моральным давлением трудового коллектива).

5. Врач и работающая с ним медицинская сестра поликлиники также объединены единой задачей и единым процентом оплаты за интенсивность труда.

6. Заведующие стационарных отделений получают тот же процент оплаты за интенсивность труда, что и их коллективы. Заве-

дующие поликлиническими отделениями — средний процент оплаты за интенсивность труда (% ИНТ), рассчитываемый из показателей работы подчиненных врачей участковой службы и отдельных кабинетов.

7. Оплата труда сотрудников диагностических, вспомогательных и обслуживающих кабинетов, отделений складывается из фактической суммы перечислений основной группы подразделений за параклинические исследования и процедуры, исходя из внутренних цен на эти услуги. Руководители отделений стационаров, участковые-терапевты (педиатры) и специалисты поликлиники выступают в роли «условных фондодержателей». При назначении ими тех или иных диагностических или лечебных процедур в других подразделениях больницы «фондодержатели» «оплачивают» их из своего фонда — из собственных заработанных средств, то есть имеет место реализация «нового хозяйственного механизма» (НХМ) на уровне структурных подразделений учреждения. Попытка внедрения НХМ в нашей стране имела место в конце 80-х годов прошлого столетия, но получила развитие за рубежом.

8. Решение о размере штрафных санкций за допущенные дефекты и осложнения и выплате % ИНТ принимает главный врач учреждения по согласованию с членами «Тарификационной комиссии по определению должностных окладов медицинских, фармацевтических работников, специалистов и служащих, ставок рабочих, величины месячных надбавок за интенсивность труда» (в состав комиссии входит председатель профсоюзного комитета учреждения). Заседания комиссии проходят ежемесячно, принятые решения заверяются подписями всех членов комиссии.

9. Размер оплаты за интенсивность труда заместителей главного врача зависит от совокупного результата работы курируемых ими подразделений учреждения и определяется главным врачом.

10. Процент интенсивности для хозяйственных и обеспечивающих подразделений устанавливается из возможностей больницы,



наличия финансовых средств, проводимой внутренней политики на стимулирование того или иного специалиста, внешней конъюнктуры.

11. Еще один из способов морально-материального стимулирования работников — это введение квартальной премии, в первую очередь для специалистов, имеющих хорошие экономические результаты. Для этого используется премиальный фонд. Решение о размере премирования принимает главный врач учреждения по согласованию с членами «Тарификационной комиссии по определению должностных окладов медицинских, фармацевтических работников, специалистов и служащих, ставок рабочих, величины месячных надбавок за интенсивность труда».

На основе выше перечисленных критериев и механизмов организации оценки работы персонала больницы для стационарных и поликлинических отделений, лечебно-диагностических и вспомогательных кабинетов, хозяйственных и обеспечивающих подразделений Сходненской городской больницы были введены следующие индикаторы КМП и экономической эффективности лечебного процесса:

- размер оплаты за интенсивность труда отделений и отдельных сотрудников;
- процент выполнения план-задания по количеству:
 - лечившихся в стационаре;
 - койко-дней, проведенных пролеченными больными;
 - посещений пациентами врачей амбулаторно-поликлинического звена за месяц;
- показатели средней длительности лечения;
- наличие умерших и причины летальных исходов;
- осложнения и дефекты в лечении больных;
- благодарности и обоснованные жалобы на работу сотрудников больницы.

Применение указанных индикаторов имело положительный эффект, позволило справиться с инертностью отрицательных организационных и человеческих факторов, действующих в СГБ последние 14–16 лет, значительно улучшить показатели работы учреждения.

Медико-экономические показатели:

- Значительно возросла эффективность работы больницы. Поступление средств ОМС с 2006 по 2007 год выросло в 1,69 раза (с 32 808,5 до 55 466,1 тыс. руб.), производительность труда на одного сотрудника в год поднялась в 1,4 раза (с 176,9 до 246,4 тыс. руб.). Если прирост финансирования больницы государством через систему ОМС (стоимость балла) с декабря 2006 по декабрь 2007 года составил 47,6%, то объем поступивших средств за этот же период вырос на 69,1%, то есть значительно возросла экономическая эффективность работы персонала больницы.

- Реформа соответствует интересам сотрудников больницы: средняя заработная плата врачей выросла в 3,5 раза (в декабре 2007 года составила 33,9 тыс. руб.), среднего медицинского персонала — в 4,0 раза (22 тыс. руб.).

- Сходненская городская больница стала более привлекательной для трудоустройства, произошло заполнение имевшихся должностных вакансий: число физических лиц основных работников на занятых должностях в целом по учреждению в 2006 году составляло 195 человек, в 2007 году — 224 сотрудника, то есть прирост составил 29 человек. В больницу пришли работать более квалифицированные специалисты, владеющие современными методами диагностики и лечения.

- Расходы на параклинические затраты и медикаменты сократились практически вдвое.

- Больница стала рентабельной.

Статистические показатели:

- Возросла конкурентоспособность подразделений и больницы в целом, имеется рост числа пролеченных иногородних больных на 34,5% за 2007 год.

- Введение нового способа оплаты труда стимулировало профилактическую работу: несмотря на вакансии всех должностей врачей и медицинских сестер школ и дошкольных учреждений, осмотры детей проводятся регулярно, в необходимом объеме. Регулярно по





Таблица 1

Динамика выполнения диагностических исследований в 2006–2007 гг.

Показатели:	2006	2007
Сделано исследований в стационаре:	14 505	9185
— обследованным пациентам в стационаре:	9244	4401
Клинические и биохимические анализы: — всего	217 283	165 622
— в стационаре	136 348	96 717
ЭКГ	12 999	7374
Рентгенологических исследований — всего:	5617	4698

Таблица 2

Показатели работы физиотерапевтического отделения и кабинета лечебной физкультуры в 2006–2007 гг.

Показатели:	2006	2007
Число лиц пролеченных в ФТО — всего:	7115	3502
— в том числе в поликлинике:	4985	1994
Число отпущенных ФТ-процедур — всего:	108 474	54 812
— в том числе в поликлинике:	73 959	36 293
Число лиц, закончивших лечение в кабинете ЛФК — всего:	1649	534
— в том числе в поликлинике:	992	308
Число процедур, отпущенных в кабинете ЛФК — всего:	17 759	9251
— в том числе в поликлинике:	11 053	5641

графикам проводятся осмотры работников с вредными условиями труда, ветеранов и инвалидов ВОВ, диспансеризация работающего населения.

- Количество проведенных исследований сократилось в 1,5 раза: если на одного стационарного больного в 2006 году приходилось в среднем 24,5 исследования, то в 2007 году — 16,1 (табл. 1).

- Общее количество пролеченных больных в ФТО и кабинете ЛФК уменьшилось в 3 раза, а отпущенных лечебных процедур этим больным — в 2 раза, то есть улучшилась полнота проводимых курсов лечения, а значит, и КМП (табл. 2).

- Показатели работы стационара СГБ говорят об эффективности стационар-замещающих технологий и снижении нагрузки на суточные койки: число лечившихся в дневном стационаре при круглосуточном стационаре увеличилось на 81,2%, занятость этих койко-

мест возросла до 336, оборот — до 30,7. По круглосуточным койкам занятость уменьшилась с 345 до 321. Снижение числа лечившихся больных в СГБ на круглосуточных койках (–4,3%), снижение их оборота (с 27,6 до 26,5) обусловлено приоритетом стационар-замещающих технологий, ресурсосбережением.

- С момента введения в практику с января 2007 года индикаторов МАГ случаев незапланированных возвратов в операционную, операционной летальности не отмечено. Также отсутствовали случаи приобретенной госпитальной и хирургической раневой инфекций. Столь положительные результаты обусловлены не только эффективностью примененной методики управления КМП, но и отсутствием в больнице отделения полостной хирургии (из хирургических отделений имеются офтальмологическое и ЛОР-отделения).

- Показатели работы поликлиники говорят об увеличении числа посещений врачей,



ведущим прием, на 21,9%, числа посещений врачей в системе ОМС — на 27,5%, в том числе показатели посещений профилактического характера выросли на 46,7%. Число посещений среднего медицинского персонала достигло 107 234, то есть прирост за 2007 год составил 721,2%.

- Хирургическая работа в амбулаторно-поликлиническом звене: число операций выросла на 615,1%: с 73 до 522 операций.

- Процент выполнения плановых объемов врачебных посещений по ОМС составил в 2006 году 102,4%, в 2007 году — 115%.

Результаты экспертизы качества медицинской помощи:

- Удержание средств из-за частичной или полной неоплаты медицинских услуг по результатам экспертизы качества медицинской помощи со стороны страховой медицинской организации уменьшилось с 239 до 114,9 тыс. рублей за 2006 и 2007 годы, соответственно.

- Частота дефектов оказания медицинской помощи по вине ЛПУ, включая необоснованное ограничение доступности медицинской помощи и действия, препятствующие проведению оценки КМП, от общего числа проведенных ЭКМП в СГБ составила в 2006 году 27%, в 2007 году — 3%, в то время как в среднем по Московской области эти показатели составили, соответственно, 14,1 и 17,6%.

- Количество благодарностей пациентов за добросовестное отношение персонала к своим обязанностям и оказание качественной медицинской помощи за последний год возросло в 1,6 раза.

Таким образом, показатели экспертизы качества медицинской помощи, медико-экономические, статистические показатели, отражающие результаты внедрения нового подхода к управлению КМП и эффективностью лечебного процесса, подтверждают правильность выбранного пути реформирования экономики ЛПУ.

Выводы

1. Необходимость реформирования системы оценки КМП и эффективности лечебного процесса с введением единых для муниципального здравоохранения критериев и индикаторов является объективной потребностью здравоохранения.

2. Механизмы повышения КМП и эффективности лечебного процесса неразделимы. Для оценки состояния лечебного учреждения необходимы индикаторы как КМП, так и экономической эффективности лечебного процесса.

3. Добиваясь эффективности лечебного процесса, можно выбрать наиболее экономичный метод повышения КМП.

4. Критерии оценки КМП и эффективности лечебного процесса должны быть общими (сопоставимыми) для стационарных, амбулаторно-поликлинических, диагностических и обеспечивающих подразделений медицинских учреждений, а также различных ЛПУ.

5. Анализ КМП и эффективности лечебного процесса должен осуществляться комплексно, с учетом медико-экономических, статистических показателей, результатов ЭКМП, объективного мнения граждан о работе сотрудников учреждения.

6. Механизм влияния на медицинский персонал, поддерживающий высокую ответственность работников за выполнение своих обязанностей, должен быть непрерывным и эффективным. Только экономический фактор позволяет в кратчайшие сроки справиться с инертностью отрицательных организационных и человеческих стереотипов, сложившихся за многие годы.

7. Реализация принципов хозяйственного расчета и «условного фондодержания» через оплату труда «по конечному результату», создание системы критериев и индикаторов КМП и эффективности лечебного процесса обеспечивает стабильное экономическое состояние учреждения, улучшение статистических показателей и результатов вневедомственной ЭКМП.

8. Принцип хозяйственного расчета и «условного фондодержания» в условиях дефи-





цита финансирования ЛПУ обеспечивают реализацию механизмов «ресурсосбережения», приобретающих все большую актуальность.

9. Предлагаемая методика стала «генератором прибыли» для СГБ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Введение механизма хозяйственного расчета и «условного фондодержания», реализованных в СГБ через оплату труда «по конечному результату», с разработкой критериев и индикаторов КМП и эффективности лечебного процесса привело к повышению производительности труда, росту эффективности использования средств, улучшению качества медицинского обеспечения населения, сокращению количества жалоб, повы-

шению заработной платы врачей и медицинских сестер, улучшению статистических показателей учреждения.

2. Предлагаемые критерии и индикаторы КМП и эффективности лечебного процесса могут быть тиражированы и применены во всех ЛПУ муниципального звена здравоохранения.

3. Данная апробированная на практике и подтвердившая свою эффективность методика обеспечит стабильное финансовое состояние учреждений в момент реформы здравоохранения (перехода ЛПУ в категорию «автономных» учреждений, к одноканальному финансированию), а следовательно, и их способность к оказанию качественной медицинской помощи населению.



Литература

- 1.** Бигичев А.Г., Вайнстин Ш.М., Иванова Е.Л., Николаев А.П., Перов Ю.Л., Романюк Г.Л., Семенова Н.С., Тарасов В.В., Чекайда О.П. Использование индикаторов качества Мэрилендской ассоциации госпиталей для оценки качества стационарной медицинской помощи. — Москва. Златограф, 2000. — 127 с.
- 2.** Вялков А. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи//Фармацевтический вестник. — 2001. — № 32.
- 3.** Маркез Патрисио. Основные задачи в области здравоохранения в Российской Федерации: реформы, результаты, затраты//В кн. Материалы научно-практических конгрессов IV Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России». — Т. 3. — С. 41–42.
- 4.** Михайлова Н.В., Калинина А.М., Олейников В.Г., Олейникова Н.В., Стоногина В.П., Гилязетдинов Д.Ф., Лахман Е.Ю. Качество медицинской помощи. Школа здоровья для пациентов — важнейший фактор КМП//Врачебная газета. — 2004. — № 1 (52).
- 5.** Михайлова Н.В., Комаров Ю.М., Федорова Л.А. и др. МС ИСО серии 9000:2000 как методология обеспечения качества медицинской помощи. Методы менеджмента качества//Врачебная газета. — 2001. — № 3 и 4.
- 6.** Толковый словарь русского языка: В 4-х т./Под ред. Д.Н. Ушакова. Репринтное издание. — М., 2000.
- 7.** Стальная М. Интернет-сайт «Система обработки информации об окружающей среде и здоровье населения» (EHIPS).
- 8.** Федорова Л.А., Михайлова Н.В., Комаров Ю.М. ИСО 9000:2000 — золотой стандарт качества медицинской помощи//Медицинская газета. — 2001. — № 91 (6219) //Предприниматель. — 2001. — № 4 (35).
- 9.** Хабриев Р.У., Юрьев А.С., Верткин А.Л., Никонов Е.Л. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов//Неотложная терапия. — 2005. — № 3–4.
- 10.** Хальфин Р.А. Состояние и перспективы развития муниципального здравоохранения Российской Федерации//Здравоохранение. — 2007. — № 12. — С. 14–19.



А.Л. Угольников,

заместитель директора, главный юрисконсульт Некоммерческого партнерства
«Центр социально-консервативной политики «Сибирь»

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ СЕРТИФИКАЦИИ И ТРУДОВЫХ ПРАВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Статья построена на базе реального объяснения в суде по реальной ситуации. Актуальность темы данной статьи обусловлена тем, что, с одной стороны, вопрос десятилетиями замалчивался, и в стране имеют оборот бланки сертификатов, которые очень давно отменены Минздравом. С другой стороны, в связи с реализацией национального проекта Генеральная прокуратура РФ обратила свое внимание на проблему сертификации медработников в одном документе с проблемой целевого использования бюджетных средств, однако не стала вникать в суть проблемы. До этого эти вопросы вместе в одном документе не встречались. В качестве реакции на «письма из центра» на местах активно послали проверять бухгалтеров, которые начали объявлять выплату зарплаты врачам без сертификатов как нецелевое использование средств, путая трудовое право с бюджетным правом. А следом, естественно, уже в суде встал вопрос: «Что такое сертификат медработника с правовой точки зрения?»

В связи с реализацией приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения вопросы сертификации профессиональной медицинской трудовой деятельности привлекли новую волну обостренного внимания как проверяющих органов, так и руководителей медицинских учреждений и самих медицинских работников. При этом далеко не все указанные участники процесса достаточно представляют себе, что каждый раз, затрагивая тему сертификации медицинской трудовой профессиональной деятельности, мы неизбежно касаемся проблемы регулирования прав и свобод человека и гражданина.

В соответствии с частью 1 статьи 34 Конституции России каждый имеет право на свободное использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной не запрещенной законом экономической деятельности.

В части 1 статьи 37 Конституции России закреплено, что труд свободен. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями





ми к труду, выбирать род деятельности и профессию.

Из статьи 37 (часть 1) Конституции Российской Федерации, гарантирующей каждому право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию, во взаимосвязи с ее статьями 19 и 32 (части 2 и 4) вытекает право граждан на равный доступ к профессиональной трудовой деятельности, доступ к которой и прохождение которой являются одновременно и осуществлением трудовых прав. Эти права, согласно статье 55 (часть 3) Конституции Российской Федерации, могут быть ограничены только федеральным законом соразмерно конституционно значимым целям.

Регулирование прав и свобод человека и гражданина, в том числе связанное с их ограничениями, находится в ведении Российской Федерации (статья 71, пункт «в» Конституции Российской Федерации) и осуществляется путем издания федеральных законов, имеющих прямое действие на всей территории Российской Федерации (статья 76, часть 1 Конституции Российской Федерации).

Осуществление права может быть ограничено федеральным законом, но лишь в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (ч. 3 ст. 17, ч. 3 ст. 55 Конституции Российской Федерации) [1].

Ограничение права больше, чем это необходимо для достижения целей, названных в ч. 3 ст. 17 и ч. 3 ст. 55 Конституции Российской Федерации, является неправомерным [2].

Конституционный принцип разделения государственной власти на законодательную, исполнительную и судебную (статья 10 Конституции Российской Федерации) в сфере правового регулирования предполагает разграничение законодательной функции, возлагаемой на Федеральное Собрание, и функции обеспечения исполнения законов, возлагаемой на Правительство Российской

Федерации. Поскольку Правительство Российской Федерации осуществляет меры по обеспечению прав и свобод граждан (статья 114, пункт «е» части 1 Конституции Российской Федерации) и действует на основании и во исполнение федеральных законов (статья 115, часть 1 Конституции Российской Федерации, статьи 2 и 3 Федерального конституционного закона «О Правительстве Российской Федерации»), ни оно само, ни другие органы исполнительной власти не вправе устанавливать не предусмотренные федеральным законом обязанности и обременения, ограничивающие конституционные права и свободы граждан [3].

В соответствии с частью 3 статьи 15 Конституции России любые нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, не могут применяться, если они не опубликованы официально для всеобщего сведения.

Граждане имеют право на равный доступ к профессиональной медицинской трудовой деятельности, доступ к которой и прохождение которой является одновременно и осуществлением трудовых прав. Эти права могут быть ограничены только федеральным законом. Это именно тот случай, когда сама Конституция Российской Федерации требует для решения конкретного вопроса принятия именно федерального закона [4].

Основные принципы трудового права изначально закреплены в ст. 37 Конституции РФ 1993 г. На основании принципов права дается толкование его норм, особенно в случае коллизии между нормами. Свобода труда является важным элементом свободы человека и гражданина, гарантированной Конституцией РФ и ТК РФ. Принцип свободы труда корреспондируется с рядом международно-правовых документов. В статье 23 Всеобщей декларации прав человека в качестве неотъемлемых и неотчуждаемых прав человека, в частности, провозглашено право на труд и свободный выбор профессии. В качестве правовой нормы указанное в Декларации поло-



жение закреплено в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. Более развернутое толкование права на труд содержится в положениях ст. 1 Европейской социальной хартии 1961 г. (в ред. 1996 г.). Система гарантий трудовых прав включает нормы, обеспечивающие свободное вступление в трудовые правоотношения и выход из них, беспрепятственное осуществление субъективных прав, восстановление нарушенных прав [5].

Одна из основных норм системы гарантий трудовых прав закреплена в статье 65 (документы, предъявляемые при заключении трудового договора) Трудового кодекса России. В этой статье закреплён перечень документов, предъявляемых при заключении трудового договора.

При заключении трудового договора лицо, поступающее на работу, предъявляет работодателю:

- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность;
- трудовую книжку, за исключением случаев, когда трудовой договор заключается впервые или работник поступает на работу на условиях совместительства;
- страховое свидетельство государственного пенсионного страхования;
- документы воинского учета для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу;
- документ об образовании, о квалификации или наличии специальных знаний — при поступлении на работу, требующую специальных знаний или специальной подготовки.

В отдельных случаях с учетом специфики работы настоящим Кодексом, иными федеральными законами, указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации может предусматриваться необходимость предъявления при заключении трудового договора дополнительных документов.

Запрещается требовать от лица, поступающего на работу, документы помимо пре-

дусмотренных настоящим Кодексом, иными федеральными законами, указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации.

Часть 1 ст. 65 предусматривает конкретный перечень документов, предъявляемых при поступлении на работу.

Если работа, для выполнения которой заключается трудовой договор, требует специальных знаний (подготовки), работник обязан предъявить соответствующий документ об образовании (специальности, квалификации), например, диплом врача.

В необходимых случаях и с учетом специфики выполняемой работы работодатель вправе потребовать от поступающего дополнительные документы, если это предусмотрено федеральными законами, указами Президента РФ и постановлениями Правительства РФ. Следует подчеркнуть, что в ч. 2 ст. 65 речь идет о нормативных правовых актах только федерального уровня и их перечень ограничен. Это федеральные законы, указы Президента РФ или постановления Правительства РФ. В связи с этим не могут быть установлены требования о дополнительных документах при приеме на работу, например, законом субъекта РФ или постановлением (приказом) министерства (пусть даже федерального уровня) [6].

Сертификат специалиста документом об образовании не является, поскольку в специальных законах об образовании его нет. Сертификат — это именно «дополнительный документ» и требование о его предоставлении может быть урегулировано только специальным федеральным законом.

Правовое регулирование в сфере сертификации медработников, лицензирования медработников, применения специальных званий медработников, работающих по трудовому договору (указанных в статье 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан), не отнесено к сфере правового регулирования Министерства, а в связи с ограничением





права на свободный труд находится в ведении Российской Федерации и осуществляет с путем издания федеральных законов.

Положение о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 321 [7].

Пункт 5 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации определяет осуществляемые Министерством полномочия.

В подпункте 5.2 Положения о Министерстве сказано, что на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации Министерство самостоятельно принимает нормативные правовые акты по вопросам в установленной сфере деятельности Министерства и подведомственных Министерству федеральных служб и федерального агентства, за исключением вопросов, правовое регулирование которых в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации осуществляется исключительно федеральными конституционными законами, федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации.

В пункте 8 Положения о Министерстве сказано, что Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации возглавляет Министр.

В пункте 10.20 Положения о Министерстве сказано, что Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации издает приказы, имеющие нормативный характер, а по оперативным и другим текущим вопросам организации деятельности Министерства — приказы ненормативного характера.

В пункте 7 Положения о Министерстве сказано, что Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в установленной сфере деятельности не вправе осуществлять функции по контролю и надзору, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации или постановлениями Правительства Российской Федерации.

При осуществлении правового регулирования в установленной сфере деятельности Министерство не вправе устанавливать не предусмотренные федеральными конституционными законами, федеральными законами, актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации функции и полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, а также не вправе устанавливать ограничения на осуществление прав и свобод граждан, прав негосударственных коммерческих и некоммерческих организаций, за исключением случаев, когда возможность введения таких ограничений актами уполномоченных федеральных органов исполнительной власти прямо предусмотрена Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами и издаваемыми на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации.

К вопросу о письмах федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения. Разного рода письма, не утвержденные актом компетентного органа, в данном случае — приказом Министра, и/или содержащие рекомендации, нормативными правовыми актами не являются.

Если рассматриваемый акт по своей правовой природе отвечает требованиям, которым должны соответствовать нормативные



правовые акты: содержит конкретные нормы, которые являются обязательными для исполнения; утвержден актом компетентного органа, имеющего право на издание нормативного правового акта; принят в пределах компетенции, предоставленной соответствующему органу, затрагивает права и законные интересы неопределенного круга лиц — этот акт является нормативным правовым актом. Если акт не отвечает указанным требованиям, он не является нормативным правовым актом [8].

Поскольку федеральным законом вопросы сертификации не урегулированы, то требование от медработника предоставления неизвестно каких сертификатов специалиста, специального звания и индивидуальной лицензии противоречит праву человека на свободный труд.

Тем не менее, относительно сертификации специалистов Министерством были изданы приказы — нормативные правовые акты органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, ограничивающие право медицинских работников на доступ к профессиональной медицинской деятельности. Рассмотрим, что же это за приказы?

Ни один из этих приказов не был официально опубликован и не вступил в силу. Приказы от 19.12.1994 № 286 и от 17.11.1995 № 318 еще и отменены самим Министром, а относительно приказа от 20 мая 1997 г. № 156 само Министерство дает обоснованное разъяснение о неприменимости приказа.

Перечислим эти приказы:

— Приказ Минздравмедпрома РФ от 19.12.1994 № 286 (ред. от 09.12.1999) «Об утверждении Положения «О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности». Утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 11.01.2000 № 4 [9].

— Приказ Минздравмедпрома РФ от 17.11.1995 № 318 «О Положении о квалификационном экзамене на получение серти-

фиката специалиста». Утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 30.08.2000 № 327 [10].

— Приказ Минздрава РФ от 30.08.2000 № 327 «Об отмене Приказа Минздравмедпрома России от 17.11.1995 № 318» [11].

— Приказ Минздрава РФ от 18.10.2002 № 316 «Об утверждении Перечня нормативных правовых актов Минздрава России и Минздравмедпрома России, утративших силу» [12].

— Приказ Минздрава РФ от 11.01.2000 № 4 «Об отмене Приказа Минздравмедпрома России от 19.12.1994 № 286 «Об утверждении Положения «О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности» [13].

— Приказ Минздрава РФ от 20 мая 1997 г. № 156 «О занятии медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации». По информации, полученной системой «ГАРАНТ» в Управлении кадровой политики Минздрава РФ, настоящий приказ не подлежит применению [14].

В указанных приказах не выполнено ни одно из условий вступления в силу нормативного правового акта, которыми являются:

- 1) обязательное официальное опубликование;
- 2) обязательная государственная регистрация нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти, затрагивающих права, свободы и обязанности человека и гражданина, устанавливающих правовой статус организаций или имеющих межведомственный характер (п. 10 Указа Президента РФ от 23.05.96 № 763). Причем государственной регистрации подлежат нормативные правовые акты, обладающие как одним из вышеуказанных признаков, так и несколькими (п. 12 «Разъяснений о применении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации», утвержденных Приказом Минюста РФ от 14.07.1999 № 217) [15].

Более того, то же самое Минздравсоцразвития РФ совершенно понятно разъясня-





ет процедуру официального опубликования правового акта на примере сроков вступления правового акта в силу в Письме Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.07.2006 № 1556-12 [16].

Для сравнения ситуации скажем, что в тех случаях, когда Минздрав имеет полномочия, основанные на федеральном законе, он на основе и во исполнение нормы федерального закона издает приказы, которые проходят и регистрацию в Минюсте, и официальное опубликование. Такие приказы впоследствии не имеют замечаний по порядку издания и у Верховного Суда РФ [17].

Часть 1 статьи 54 (Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью) «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 02.02.2006) гласит следующее:

«Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности».

Как следует из анализа текста указанной статьи, она не дает федеральному органу исполнительной власти в области здравоохранения права на регулирование ограничений прав человека на свободный труд в части доступа к профессиональной медицинской трудовой деятельности, а именно: права на занятие медицинской деятельностью в Российской Федерации, в том числе права на получение высшего или среднего медицинского образования в Российской Федерации, получение диплома и специального звания, а также сертификата специалиста и лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Регулирование права на получение высшего или среднего медицинского образо-

вания в Российской Федерации, получение диплома осуществляется специальными федеральными законами в области образования.

Указанные выше нормативные правовые акты (приказы) федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, касающиеся ограничения прав человека на свободный труд — сертификации доступа к профессиональной медицинской трудовой деятельности, изданы с превышением полномочий Министерства, изданы не на основе статьи 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», неслучайно само Министерство дает разъяснение об их неприменимости.

Таким образом, правовое регулирование получения специального звания, сертификата специалиста и лицензии на профессиональную медицинскую трудовую деятельность законодатель на уровне федерального закона не произвел.

На сегодняшний день нет ни одного нормативного правового акта федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, вступившего в законную силу и регулирующего получение медицинским работником сертификата.

Требование от медицинского работника диплома о высшем или среднем профессиональном образовании основано на законе.

Требование от медицинского работника документов о специальном звании, а также сертификата специалиста и лицензии на осуществление медицинской деятельности не обеспечено нормативно-правовыми актами, противоречит статье 37 Конституции России и нарушает право человека на свободный труд.

Рассматривая проблему дополнительных документов медицинских работников, в том числе сертификатов, нельзя отвлекаться от изначальной цели медицинской деятельности. Вспоминая классиков, решая проблемы деревьев, надо думать обо всем лесе. Профессиональная медицинская трудовая деятельность медицинских работников — это не самоцель. Она обеспечивает здоровье всего



населения, реализует права всех граждан на охрану здоровья, на жизнь, на сам факт существования человека как высшей ценности социального государства.

Н.Б. Найговзина и М.А. Ковалевский в ходе научного толкования организационно-правовых аспектов системы здравоохранения в Российской Федерации справедливо указывают, что в пунктах 1 и 2 статьи 41 Конституции Российской Федерации установлено, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Иными словами, как право на охрану здоровья, так и право на медицинскую помощь являются основными (конституционными) правами каждого.

Ряд конституционных прав можно систематизировать путем иерархического упорядочивания, то есть расположить в такую последовательность, где каждое предыдущее право будет гарантировать последующее. Такую же систему прав можно выстроить и для прав на охрану здоровья и медицинскую помощь. При этом выглядеть она будет следующим образом.

Правом на медицинскую помощь гарантируется право на охрану здоровья. В свою очередь право на охрану здоровья гарантирует два конституционных права более высокого уровня: право на достойное существование и право на свободное развитие, закрепленные в норме пункта 1 статьи 7 Конституции. А эти два права гарантируют конституционное право на жизнь, закрепленное в норме пункта 1 статьи 20 Конституции.

Именно признание и защита (обеспечение) двух основных прав: права на достойную жизнь и права на свободное развитие (исходя из содержания и структуры норм п. 1 ст. 7 Конституции), и позволяют характеризовать государство как социальное [18].

Следует отметить, что право на охрану здоровья гарантирует в конечном итоге также и право на человеческое существование как высшую ценность, закрепленное в статье 2 Конституции.

Таким образом, главной конституционной обязанностью системы здравоохранения

является обеспечение права на охрану здоровья, права на жизнь и само существование человека как высшей ценности. Этой задаче должно быть подчинено все правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Застаревшая и даже по-своему забытая проблема правового регулирования сертификации медицинских работников остро проявилась в связи с реализацией приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. Непосредственным механизмом, всколыхнувшим обостренное внимание к проблеме сертификации медицинских работников, явилось Представление Генеральной прокуратуры Российской Федерации от 22.01.2007 № 72/3-10-07 Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации М.Ю. Зурабову «Об устранении нарушений законодательства, при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

На странице 5 указанного Представления сказано следующее: «Вопреки ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее — Основы) Информационным письмом Росздравнадзора от 14.04.2006 № 01И-309/06 было разрешено в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения производить выплаты медицинским работникам независимо от наличия сертификата специалиста и лицензии на осуществление медицинской деятельности у лечебного учреждения. Только в ходе проверки Генеральной прокуратуры Российской Федерации 21.11.2006 указанное Письмо признано недействительным» [19].

Что сказать об этом абзаце Представления?

Во-первых, информационное письмо правовым актом не является и ничего разрешить или отменить не может. А Прокуратура утверждает, что оно чему-то там противоречит и даже может быть признано недействительным.

Во-вторых, если рассматривать этот абзац Представления как на позицию Генпрокура-





туры об обязательном и полном исполнении статьи 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», включая наличие сертификатов специалиста, специального звания и личной лицензии у медработника, при заключении трудового договора как условия допуска к профессиональной медицинской деятельности, то тогда эта позиция есть прямое требование тотально нарушить взаимосвязанные статью 41, статью 20, статью 7 и статью 2 Конституции России.

Как было сказано выше, законодатель, декларативно объявив об ограничении конституционных прав на свободный труд, не дал определения, что такое сертификат специалиста, что такое специальное звание и личная лицензия медработника (не путать с лицензией учреждения!). Также законодатель не уполномочил, да и не мог уполномочить, на подобное правовое регулирование органы исполнительной власти.

В настоящее время ни один медицинский работник в России не имеет и не может на основании указанной статьи 54 иметь указанные дополнительные документы. Если всем медработникам отказать в заключении трудового договора на этом основании, то некому будет обеспечивать права граждан, установленные взаимосвязанными статьей 41, статьей 20, статьей 7 и статьей 2 Конституции России.

В-третьих, следует отметить определенную недосказанность в позиции Генпрокуратуры по этому вопросу. Если Вы выявили нарушение статьи 54 относительно «дополнительных выплат», а ссылаетесь на статью, которая регулирует ограничения прав на свободный труд медицинских работников, то почему же Вы молчите, что основной трудовой договор и «выплаты» (зарплата) по нему тоже «противоречат» статье 54? Вы же ведь это уже «выявили». Почему Генпрокуратура молчливо разрешает делать «выплаты» медицинским работникам по основному трудовому договору и запрещает делать «выплаты» (то есть

платить зарплату) по дополнительному соглашению к тому же договору?

В-четвертых, следует помнить, что законодательно урегулировано федеральным законом, как и положено, установленное статьей 54 ограничение в части образовательного ценза. Федеральными законами об образовании и о высшем образовании все ясно и понятно урегулировано. Соответствующие органы исполнительной власти получили необходимые полномочия и основу для своей деятельности. И в этой части статья 54 может применяться при регулировании справедливого ограничения права медработников на свободный труд, на доступ к профессиональной медицинской трудовой деятельности.

В-пятых, повсеместно медицинские ВУЗы Минздравсоцразвития выдают медработникам сертификаты на бланках, утвержденных либо отмененными и/или не вступившими в силу приказами Министерства. А проверяющие прокуроры принимают эти отмененные и/или неопубликованные официально бланки за законные и требуют их от медработников вместо того, чтобы проверить законность их оборота. Это все равно, что водительские права (водительскую лицензию) выдавали бы на старых бланках, да еще и не в ГИБДД, и куда с ними ехать?

Итак, Представление — это индивидуальный правовой акт (ненормативный правовой акт). Оно адресовано конкретному должностному лицу — Министру Минздравсоцразвития России, а не всем медучреждениям России. Как отреагировал Министр на Представление?

Появилось всего лишь Письмо Минздравсоцразвития России от 17.04.2008 № 2835-РХ. В этом Письме Минздравсоцразвития России сообщило всем о Представлении Генпрокуратуры от 11.03.2008 № 72/3-10-07 «О нарушениях законодательства в субъектах Российской Федерации, препятствующих реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» [20].

А еще Минздравсоцразвития России «настоятельно рекомендует» органам управ-



ления здравоохранением субъектов Российской Федерации повысить персональную ответственность руководителей медицинских учреждений за несвоевременный ввод в эксплуатацию поставленного медицинского оборудования, нарушение прав женщин в период беременности и родов на бесплатную медицинскую помощь, трудовых прав медицинского персонала на получение дополнительных денежных выплат, а также за нецелевое использование бюджетных средств, выделенных на реализацию приоритетного национального проекта, в сфере здравоохранения.

А вот что делать со «статьей 54», где взять федеральным законом определенные сертификат специалиста, специальное звание, лицензию медработника? Во-первых, никакого нормативного правового акта на эту тему Министерство самостоятельно издать не может по причинам, изложенным выше. Во-вторых, необходимо с учетом принципа здравоохранения «Не навреди!» концептуально определиться с указанными понятиями и только после этого инициировать процедуру законодательного процесса по закреплению этих понятий на уровне федерального закона.



Литература

1. Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 15.12.2003 № 19-П «О проверке конституционности отдельных положений Закона Ивановской области «О муниципальной службе Ивановской области» в связи с запросом Законодательного Собрания Ивановской области».
2. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 31.10.1995 № 8 «О некоторых вопросах применения судами Конституции Российской Федерации при осуществлении правосудия».
3. Постановление Конституционного Суда РФ от 22.11.2001 № 15-П «О проверке конституционности пункта 2 статьи 16 Закона Российской Федерации «О сертификации продукции и услуг» в связи с жалобой гражданина В.П. Редкопа».
4. Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 25.06.2001 № 9-П «О проверке конституционности Указа Президента Российской Федерации от 27.09.2000 № 1709 «О мерах по совершенствованию управления государственным пенсионным обеспечением в Российской Федерации» в связи с запросом группы депутатов Государственной Думы».
5. Комментарий к Трудовому кодексу Российской Федерации (с изменениями, внесенными Федеральным законом от 9 мая 2005 г. № 45-ФЗ и Постановлением Конституционного Суда Российской Федерации от 15 марта 2005 г. № 3-П)/Под общей редакцией профессора Л.Н. Анисимова.
6. «Комментарий к Трудовому кодексу Российской Федерации (постатейный)»/Под ред. Ю.П. Орловского (КОНТРАКТ, ИНФРА-М, 2006) Номер в ИБ: 83146//Материал подготовлен с использованием правовых актов по состоянию на 10.07.2006.
7. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 321 (ред. от 02.06.2008) «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации»//Российская газета. — № 144. — 08.07.2004.
8. Ответ на вопрос 18 главы «Вопросы по делам, возникающим из публичных правоотношений» раздела «Ответы на вопросы» Обзора законодательства и судебной практики Верховного Суда РФ за первый квартал 2006 года (Утвержден Постановлением Президиума Верховного Суда Российской Федерации от 7 и 14 июня 2006 г.)





9. Приказ Минздравмедпрома РФ от 19.12.1994 № 286 (ред. от 09.12.1999) «Об утверждении Положения «О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности»//Первоначальный текст документа НЕОФИЦИАЛЬНО опубликован в издании «Библиотека «Российской газеты», № 19, 1995//УТРАТИЛ СИЛУ в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 11.01.2000 № 4.

10. Приказ Минздравмедпрома РФ от 17.11.1995 № 318 «О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста»//НЕОФИЦИАЛЬНАЯ публикация «Библиотека «Российской газеты», № 19, 1995, «Здравоохранение», № 1, 1996//УТРАТИЛ СИЛУ в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 30.08.2000 № 327.

11. Приказ Минздрава РФ от 30.08.2000 № 327 «Об отмене Приказа Минздравмедпрома России от 17.11.95 № 318»//НЕОФИЦИАЛЬНАЯ публикация «Новая аптека», № 2, 2001; сборник «Приказы: Минздрав России./Сборник. 2000 год — Часть 2», М.:«Интерсэн», 2001.

12. Приказ Минздрава РФ от 18.10.2002 № 316 «Об утверждении Перечня нормативных правовых актов Минздрава России и Минздравмедпрома России, утративших силу»//НЕОФИЦИАЛЬНАЯ публикация «Здравоохранение». — № 1. — 2003, «Новая аптека». — № 3. — 2003. «Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в РФ». — т. 16. — ФФОМС. — М., 2003.

13. Приказ Минздрава РФ от 11.01.2000 № 4 «Об отмене Приказа Минздравмедпрома России от 19.12.1994 № 286 «Об утверждении Положения «О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности»//НЕОФИЦИАЛЬНАЯ публикация «Здравоохранение». — 2000. — № 4.

14. Приказ Минздрава РФ от 20 мая 1997 г. № 156 «О занятии медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации»//Текст приказа официально опубликован не был//По информации, полученной системой «ГАРАНТ» в Управлении кадровой политики Минздрава РФ, настоящий приказ не подлежит применению.

15. «Об утверждении Разъяснений о применении правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации» Приказ Министерства юстиции РФ от 14.07.1999 № 217 [Электронный ресурс]//Консультант-Плюс: [справочно-поисковая система].

16. «О дате официального опубликования правового акта» Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.07.2006 № 1556-12//[Электронный ресурс]//КонсультантПлюс: [справочно-поисковая система].

17. Решение Верховного Суда РФ от 28 сентября 2006 г. № ГКПИ06-746//Текст решения размещен на сайте Верховного Суда РФ в Internet (<http://www.supcourt.ru>)//Определением Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 27.09.2006 № КАС06-433 настоящее решение оставлено без изменения.

18. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. — М.: Классик-Консалтинг, 1999. — 192 с.

19. Представление Генеральной прокуратуры Российской Федерации от 22.01.2007 №72/3-10-07 Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации Зурабову М.Ю. «Об устранении нарушений законодательства при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

20. Письмо Минздравсоцразвития России от 17.04.2008 № 2835-РХ.



От редакции:

Сегодня мы публикуем 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 конкретных функций на аутсорсинг и расчеты на конкретных примерах бюджетных учреждений.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

ДЕПАРТАМЕНТ ФИНАНСОВ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

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

В целях повышения эффективности расходов областного бюджета, повышения точности оценки затрат органов исполнительной власти Томской области и бюджетных учреждений, в рамках реализации Программы реформирования системы управления общественными финансами Томской области, утвержденной Распоряжением Главы Администрации (Губернатора) Томской области от 27 октября 2005 г. № 627-р (в редакции Распоряжения Главы Администрации (Губернатора) Томской области от 10.11.2006 № 591-р), приказываю:

1. Утвердить Методические рекомендации о порядке выведения обеспечивающих функ-

ций органов исполнительной власти Томской области и бюджетных учреждений на аутсорсинг согласно Приложению.

2. Использовать положения настоящих Методических рекомендаций при подготовке проекта областного бюджета на очередной финансовый год и среднесрочный период.

3. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя начальника Департамента финансов Плиеву В.И.

4. Настоящий Приказ вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2007 года.

*Начальник Департамента финансов
А.М. ФЕДЕНЕВ*



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ О ПОРЯДКЕ ВЫВЕДЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ФУНКЦИЙ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ И БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА АУТСОРСИНГ

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Методические рекомендации о порядке выведения обеспечивающих функций органов исполнительной власти Томской области и бюджетных учреждений на аутсорсинг (далее — Методические рекомендации) разработаны в соответствии с Программой реформирования системы управления общественными финансами Томской области, утвержденной Распоряжением Главы Администрации (Губернатора) Томской области от 27 октября 2005 г. № 627-р (в редакции Распоряжения Главы Администрации (Губернатора) Томской области от 10.11.2006 № 591-р), в целях стандартизации деятельности по идентификации и выводу обеспечивающих функций органов исполнительной власти Томской области (далее — ОИВ) и бюджетных учреждений на аутсорсинг и определяют механизм расчета полной себестоимости обеспечивающих функций, порядок идентификации обеспечивающих функций, которые возможно передать на аутсорсинг, и оценки экономического эффекта от передачи обеспечивающих функций на аутсорсинг.

2. В настоящих Методических рекомендациях используются следующие понятия и термины:

— основная деятельность — деятельность ОИВ, бюджетного учреждения, непосредственно связанная с достижением целей и решением задач, закрепленных за ОИВ, бюджетным учреждением;

— обеспечивающая деятельность — деятельность, не направленная на решение конкретной тактической задачи ОИВ, бюджетного учреждения, а ориентированная на

обеспечение функционирования ОИВ, бюджетного учреждения, включая организационное, документационное и информационное обеспечение, делопроизводство, работу с кадрами, защиту сведений, составляющих государственную тайну, материально-техническое обеспечение, архивное хранение документов, непосредственно связанная с обеспечением осуществления основной деятельности ОИВ, бюджетного учреждения;

— основная функция — функция ОИВ, бюджетного учреждения, непосредственно направленная на реализацию основной деятельности ОИВ, бюджетного учреждения;

— обеспечивающая функция — функция ОИВ, бюджетного учреждения, непосредственно связанная с обеспечением надлежащей реализации основной деятельности и основных функций ОИВ или бюджетного учреждения, а также обеспечения управленческих функций ОИВ;

— аутсорсинг — выполнение сторонней организацией определенных функций, которые не являются профильными для ОИВ или бюджетного учреждения, но, тем не менее, необходимых для полноценного решения стоящих перед ними задач;

— внешний исполнитель — любая организация (государственная или негосударственная), которой передается на исполнение конкретная функция.

II. ПОРЯДОК ВЫДЕЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ И ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ФУНКЦИЙ

3. Основные и обеспечивающие функции имеются как у ОИВ, так и бюджетного учреждения, оказывающего бюджетную услугу.



Основными функциями ОИВ являются функции по управлению бюджетными учреждениями, все остальные функции можно рассматривать как обеспечивающие и в случае наличия экономической целесообразности их возможно передать на аутсорсинг.

Критерием отнесения функций бюджетного учреждения к основным является направленность на предоставление бюджетных услуг. Остальные функции бюджетного учреждения, не попадающие под этот критерий, следует относить к обеспечивающим.

Структура и содержание перечня обеспечивающих функций бюджетных учреждений определяются по форме согласно Приложению 1 к настоящим Методическим рекомендациям.

4. Для определения обеспечивающих функций ОИВ, бюджетного учреждения, которые возможно передать на аутсорсинг, проводится процедура «качественной оценки», которая заключается в следующем:

4.1. Устанавливается, является ли оцениваемая функция универсальной или специализированной.

Универсальная функция — содержание функции не меняется или меняется незначительно применительно к различным ОИВ, бюджетным учреждениям (например, представительское автотранспортное обеспечение, канцелярское обеспечение).

Универсальная функция может быть централизованна или выведена на аутсорсинг.

Специализированная функция — содержание функции меняется существенно в зависимости от ОИВ, или ее исполнение в каждом органе исполнительной власти носит индивидуальный характер (например, специальные средства и виды связи, специализированные каналы связи).

Вопрос о способе исполнения специализированной функции должен решаться в индивидуальном порядке. Данные функции не всегда могут быть переданы на аутсорсинг в связи с возможными рисками или отсутствием возможностей у рыночных поставщиков.

4.2. Определяется возможность четко сформулировать для оцениваемой функции требования к процессу ее выполнения и конечному результату.

Если оцениваемая функция и результат ее исполнения могут быть формализованно описаны любым доступным способом (текстовым, графическим или смешанным), данная функция является формализуемой и может быть выведена на аутсорсинг в связи с тем, что ОИВ, бюджетное учреждение могут четко сформулировать требования по отношению к внешнему исполнителю (поставщику) и закрепить их в договоре (соглашении).

Если оцениваемая функция и результат ее исполнения не могут быть четко формализованы, данная функция является неформализуемой. В случае выявления данной функции ее выведение на аутсорсинг будет затруднено в связи со сложностью формулирования предмета договора (соглашения), заключаемого с внешним исполнителем (поставщиком).

4.3. Устанавливается, есть ли на открытом рынке предложение, аналогичное или схожее с функциями, которые оцениваются.

Оценка рыночного предложения проводится следующими способами:

- сбор информации о предложении из открытых источников;
- рассылка предварительных запросов поставщикам (без оферты).

Функции, для которых существуют аналоги на открытом рынке, то есть на открытом рынке существует предложение со стороны поставщиков, которое соответствует формализованным требованиям ОИВ, бюджетного учреждения, целесообразно выделить на аутсорсинг.

Если для функции явных аналогов не существует, то есть действующие на открытом рынке предложения поставщиков не соответствуют формализованному описанию требований к содержанию функции и ее результату, следует оценить возможность и целесообразность фрагментации функции на составляющие и поиск аналога для ее элементов.





5. Обеспечивающую функцию ОИВ, бюджетного учреждения можно передавать на аутсорсинг, если «качественная оценка» показала, что функция является:

- универсальной;
- формализуемой;
- рыночной (для нее существуют аналоги на открытом рынке).

III. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ (ФОРМИРОВАНИЯ) СЕБЕСТОИМОСТИ ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ФУНКЦИЙ

6. Расходы, образующие себестоимость, группируются в соответствии с их экономическим содержанием по следующим элементам:

- а)** материальные затраты;
- б)** затраты на оплату труда;
- в)** отчисления на социальные нужды;
- г)** амортизация;
- д)** прочие затраты.

7. Затраты ОИВ, относящиеся к осуществлению им управленческой деятельности, являются прямыми затратами ОИВ. Затраты, связанные с выполнением ОИВ обеспечивающих функций, являются накладными затратами.

Калькуляционной единицей для бюджетного учреждения является бюджетная услуга. В рамках расчета себестоимости оказания бюджетной услуги к прямым относятся затраты, непосредственно связанные с ее оказанием, к накладными относятся затраты на выполнение обеспечивающих функций.

8. При расчете полной себестоимости деятельности ОИВ все затраты на исполнение управленческих функций относятся к группе «Прямые затраты», все затраты на исполнение обеспечивающих функций — к группе «Накладные затраты».

Для расчета стоимости исполнения обеспечивающих функций необходимо распределить суммарные накладные затраты по элементам затрат между действующими статьями затрат.

9. При расчете полной себестоимости по оказанию бюджетной услуги все затраты на

исполнение основных функций относятся к группе «Прямые затраты», все затраты на исполнение обеспечивающих функций — к группе «Накладные затраты». Для расчета полной себестоимости исполнения основных функций накладные затраты распределяются по бюджетным услугам.

Распределение накладных затрат следует производить пропорционально:

- численности персонала, задействованного при оказании каждой бюджетной услуги;
- фонду оплаты труда персонала, задействованного при оказании каждой бюджетной услуги;
- сумме основных затрат в стоимости каждой функции при оказании бюджетной услуги.

Для расчета стоимости исполнения обеспечивающих функций необходимо распределить суммарные затраты по элементам накладных затрат между действующими статьями затрат.

10. Расчет затрат ОИВ, бюджетного учреждения по обеспечивающим функциям, расчет стоимости оказания бюджетных услуг осуществляются по формам согласно Приложению 2 к настоящим Методическим рекомендациям. Указанные формы являются примерными и должны уточняться для каждого ОИВ и бюджетного учреждения.

11. Калькулирование себестоимости обеспечивающих функций осуществляется путем распределения накладных расходов:

- по элементам затрат;
- по распределению сумм по элементам затрат между статьями затрат.

12. Учет затрат производится путем последовательного осуществления следующих действий:

- документального оформления операций;
- принятия затрат к учету;
- ввода данных о расходах в информационную систему в разрезе статей учета;
- первичной обработки данных о произведенных хозяйственных операциях.



IV. ПОРЯДОК ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРЕДАЧИ ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ФУНКЦИЙ НА АУТСОРСИНГ

13. Определение экономической целесообразности передачи на аутсорсинг обеспечивающих функций, выявленных по результатам процедуры «качественной оценки», осуществляется путем оценки экономической эффективности от передачи функции на аутсорсинг.

14. Оценка экономической эффективности от передачи функции на аутсорсинг производится после осуществления калькулирования себестоимости обеспечивающих функций в следующем порядке.

14.1. Определяется стоимость аналога функции на открытом рынке (для функций, у которых по итогам рыночного исследования был выявлен аналог).

В стоимость включаются следующие элементы:

- непосредственно стоимость договора на оказание аналогичной услуги внешним исполнителем;
- расходы на ведение и сопровождение договора (оценка юридической чистоты, расходы на регистрацию и прочие расходы, вытекающие из договора).

14.2. Оценивается экономический эффект от вывода исполнения функции за пределы ОИВ, бюджетного учреждения путем сопоставления расходов и оценки будущих расходов.

В рамках прямого сопоставления расходов проводится сравнение стоимости исполнения функции ОИВ или бюджетным учреждением со стоимостью аналога на открытом рынке.

Решение о выводе функции на исполнение внешним исполнителем рекомендуется принимать в том случае, если расходы, связанные с выводом функции за пределы ОИВ или бюджетного учреждения, будут ниже, чем расходы ОИВ или бюджетным учреждением по исполнению данной функции.

В рамках оценки будущих расходов рассматриваются следующие элементы:

— расходы ОИВ, бюджетного учреждения по содержанию служащих, работников, высвободившихся в связи с передачей функции на аутсорсинг,

— расходы ОИВ или бюджетного учреждения по управлению активами (зданиями, сооружениями, материальными ценностями), высвободившимися в результате передачи функции на аутсорсинг.

Общий экономический эффект от передачи обеспечивающей функции на аутсорсинг в среднесрочной перспективе можно определить по формуле:

$$\text{ЭЭ} = (\text{CC}_0 - \text{PC}_0) + \sum_{i=1}^3 \frac{(\text{CC}_i + \text{ДР}_i - \text{PC}_i)}{(1 + \text{E})^i},$$

где:

ЭЭ — общий экономический эффект от передачи обеспечивающей функции на аутсорсинг;

CC₀ — полная себестоимость реализации функции за последний отчетный год;

i — номер года с момента передачи функции на аутсорсинг;

E — ставка дисконтирования в процентах;

PC₀ — текущая стоимость приобретения услуги по исполнению функции на рынке;

CC_i — прогнозная себестоимость реализации функции в *i*-м году;

PC_i — прогнозная стоимость приобретения услуги по исполнению функции на рынке в *i*-м году;

ДР_i — дополнительные расходы бюджета области после передачи функции на аутсорсинг, связанные:

— с содержанием служащих, работников, высвободившихся в связи с передачей функции на аутсорсинг;

— с управлением активами (зданиями, сооружениями, материальными ценностями), высвободившимися в результате передачи функции на аутсорсинг.

Функция подлежит передаче на аутсорсинг, только если общий экономический эффект положителен.





Пример расчета общего экономического эффекта приведен в Приложении 3 к настоящим Методическим рекомендациям.

V. ПОРЯДОК ПЕРЕДАЧИ ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ФУНКЦИЙ НА АУТСОРСИНГ

15. После принятия решения о том, что обеспечивающая функция подлежит передаче на аутсорсинг, ОИВ или бюджетное учрежде-

ние, ранее исполнявшее эту функцию самостоятельно, в рамках действующего законодательства определяет механизм и процедуры передачи этой функции стороннему исполнителю.

16. Предложения о передаче функций на аутсорсинг должны формироваться в рамках процедуры по актуализации перечня функций, исполняемых ОИВ или бюджетным учреждением.

*Приложение 1
к Методическим рекомендациям
о порядке выведения обеспечивающих
функций органов исполнительной власти
и бюджетных учреждений на аутсорсинг*

СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПЕРЕЧНЯ ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ФУНКЦИЙ БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

1. В перечне функций используются сокращения, принятые для перечня бюджетных услуг, а также могут использоваться другие дополнительные сокращения и аббревиатуры. Расшифровка сокращений и аббревиатур, не предусмотренных перечнем бюджетных услуг, дается после табличных форм.

2. Для перечня обеспечивающих функций бюджетных учреждений Томской области, необходимых для предоставления бюджетных услуг, устанавливается следующая форма (форма 1).

3. Форма «Перечень обеспечивающих функций бюджетного учреждения» заполня-

ется в соответствии со следующими правилами:

В строке «Название бюджетного учреждения» в поле, заполненном курсивом, вместо надписи «Вписывается название бюджетного учреждения» вставляется название бюджетного учреждения.

Графы «Наименование услуги», «Содержание услуги» заполняются в соответствии с содержанием одноименных граф Перечня.

В графе «Обеспечивающие функции» для каждой бюджетной услуги указываются функции, которые обеспечивают оказание данной бюджетной услуги.

Форма 1. Перечень обеспечивающих функций бюджетного учреждения

Название бюджетного учреждения	<i>Вписывается название бюджетного учреждения</i>	
<i>Наименование бюджетной услуги</i>	<i>Содержание бюджетной услуги</i>	<i>Обеспечивающие функции</i>
1	2	3



Приложение 2 к Методическим рекомендациям
о порядке выведения обеспечивающих функций органов
исполнительной власти и бюджетных учреждений на аутсорсинг

ФОРМА РАСЧЕТА ЗАТРАТ НА ИСПОЛНЕНИЕ ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ФУНКЦИЙ ОИВ, БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Элемент затрат	Статьи затрат				
	коммунально-эксплуатационные расходы	связь	охрана	юридическое обеспечение	прочие затраты
Материальные затраты					
Затраты на оплату труда					
Отчисления на социальные нужды					
Амортизация					
Прочие затраты					

ФОРМА РАСЧЕТА СТОИМОСТИ ОКАЗАНИЯ БЮДЖЕТНЫХ УСЛУГ

Бюджетная услуга	Прямые затраты	Накладные затраты по элементам				
		материальные затраты	затраты на оплату труда	отчисления на социальные нужды	амортизация	прочие затраты
Бюджетная услуга 1						
Бюджетная услуга 2						
Бюджетная услуга 3						

Приложение 3 к Методическим рекомендациям
о порядке выведения обеспечивающих функций органов
исполнительной власти и бюджетных учреждений на аутсорсинг

РАСЧЕТ ОБЩЕГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА НА ПРИМЕРЕ ОБЛАСТНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УНПО «ТЕХНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ЛИЦЕЙ № 11»¹

Таблица 1

Расчет стоимости исполнения основных функций (тыс. руб.)

Бюджетная услуга	Прямые затраты	Накладные затраты по элементам				
		материальные затраты	затраты на оплату труда	отчисления на социальные нужды	амортизация	прочие затраты
Начальное профессиональное образование	6602,6	2702,2	2026,6	675,5	675,5	675,5

¹ Исходные цифры были представлены Управлением начального профессионального образования по запросу консультантов.



Таблица 2

Расчет затрат на исполнение обеспечивающих функций (тыс. руб.)

Элемент затрат	Статьи затрат										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Материальные затраты	148,8	570	64,8	15,6	146,8	168	555,2	181,2	447,36	280	124,4
Затраты на оплату труда	111,6	427,5	48,6	11,7	110,1	126	416,4	135,9	335,52	210	93,3
Отчисления на социальные нужды	37,2	142,5	16,2	3,9	36,7	42	138,8	45,3	111,84	70	31,1
Амортизация	37,2	142,5	16,2	3,9	36,7	42	138,8	45,3	111,84	70	31,1
Прочие затраты	37,2	142,5	16,2	3,9	36,7	42	138,8	45,3	111,84	70	31,1

Статьи затрат:

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| 1. Уборка помещений. | 7. Столовая (питание). |
| 2. Коммунальные расходы. | 8. Столовая (содержание). |
| 3. Обслуживание площадей. | 9. Меры социальной поддержки учащихся |
| 4. Связь. | (в том числе сирот). |
| 5. Охрана. | 10. Ремонт. |
| 6. Бухгалтерия. | 11. Общежитие (содержание). |

Текущая себестоимость обеспечивающих функций составляет:

Наименование функции	Стоимость (тыс. руб.)
Уборка помещений	372,0
Коммунальные расходы	1425,0
Обслуживание площадей	162,0
Связь	39,0
Охрана	367,0
Бухгалтерия	420,0
Питание	1388,0
Содержание столовой	453,0
Меры социальной поддержки учащихся (в том числе сирот)	1118,4
Ремонт	700,0
Общежитие (содержание)	311,0

Принято решение о возможности передачи на аутсорсинг функций по уборке помещений, ремонту, охране, ведению бухгалтерии. После анализа рыночного предложения выяснилось, что стоимость закупки указанных услуг на рынке составляет:

Наименование функции	Стоимость (тыс. руб.)
Уборка помещений	300,0
Охрана	320,0
Ремонт	600,0
Бухгалтерия	500,0

Кроме того, после анализа среднесрочной перспективы выяснилось, что и себестоимость исполнения функций собственными силами, и стоимость их рыночных аналогов будут расти в среднем на 10% в год.



Таблица 3

Себестоимость функции при выполнении собственными силами (тыс. руб.)

Наименование функции	Себестоимость в текущем году (CC_0)	Себестоимость через 1 год (CC_1)	Себестоимость через 2 года (CC_2)	Себестоимость через 3 года (CC_3)
Уборка помещений	372,00	409,20	450,12	495,13
Охрана	367,00	403,70	444,07	488,47
Ремонт	700,00	770,00	847,00	931,70
Бухгалтерия	420,00	462,00	508,20	559,02

Таблица 4

Стоимость функции на рынке

Наименование функции	Стоимость в текущем году (PC_0)	Стоимость через 1 год (PC_1)	Стоимость через 2 года (PC_2)	Стоимость через 3 года (PC_3)
Уборка помещений	300,00	330,00	363,00	399,30
Охрана	320,00	352,00	387,20	425,92
Ремонт	600,00	660,00	726,00	798,60
Бухгалтерия	500,00	550,00	605,00	665,50

Дополнительные расходы бюджета равны 0 ($ДР = 0$).

Рассчитаем общий экономический эффект передачи на аутсорсинг для каждой функции.

$$\text{ЭЭ} = (CC_0 - PC_0) + \sum_{i=1}^3 \frac{(CC_i + ДР_i - PC_i)}{(1 + E)^i},$$

где:

ЭЭ — общий экономический эффект от передачи обеспечивающей функции на аутсорсинг;

CC_0 — полная себестоимость реализации функции за последний отчетный год;

i — номер года с момента передачи функции на аутсорсинг;

E — ставка дисконтирования в процентах;

PC_0 — текущая стоимость приобретения услуги по исполнению функции на рынке;

CC_i — прогнозная себестоимость реализации функции в i -м году;

PC_i — прогнозная стоимость приобретения услуги по исполнению функции на рынке в i -м году;

$ДР_i$ — дополнительные расходы бюджета области после передачи функции на аутсорсинг, связанные:

— с содержанием служащих, работников, высвободившихся в связи с передачей функции на аутсорсинг;

— с управлением активами (зданиями, сооружениями, материальными ценностями), высвободившимися в результате передачи функции на аутсорсинг.





Для упрощения примера проведем расчеты без использования ставки дисконтирования:
Уборка помещений:

$$\text{ЭЭ} = (372 - 300) + (409,2 - 330) + (450,12 - 363) + (495,13 - 399,3) = 334,15.$$

Охрана:

$$\text{ЭЭ} = (367 - 320) + (403,7 - 352) + (444,07 - 387,2) + (488,48 - 425,93) = 218,12.$$

Ремонт:

$$\text{ЭЭ} = (700 - 600) + (770 - 660) + (847 - 726) + (931,7 - 798,6) = 461,4.$$

Бухгалтерия:

$$\text{ЭЭ} = (420 - 500) + (462 - 550) + (508,2 - 605) + (559,02 - 665,5) = -371,28.$$

Выводы

Общий экономический эффект по каждой из четырех функций составит

Наименование функции	ЭЭ (тыс. руб.)
Уборка помещений	334,15
Охрана	218,12
Ремонт	464,1
Бухгалтерия	- 371,28

На аутсорсинг целесообразно передавать уборку помещений, охрану и ремонт. Функции по ведению бухгалтерии следует оставить внутри органа исполнительной власти.

Кроме того, возможна обратная ситуация, при которой какая-либо функция выполняется на принципах аутсорсинга, но, с точки зрения общего экономического эффекта, это невыгодно.

Например, бюджетное учреждение пользуется услугами такси для перевозки собственного руководства, себестоимость этой услуги за год составляет 100 тыс. руб. После проведения анализа выяснилось, что себестоимость этой услуги в том случае, если купить, нанять в штат водителя с собственным автомобилем, составит 80 тыс. руб. в год.

Для упрощения примера расчета экономического эффекта исключим из рассмотрения рост цен и ставку дисконтирования.

Таким образом, общий экономический эффект за текущий год, три последующих составит:

$$\text{ЭЭ} = (80 - 100) + (80 - 100) + (80 - 100) + (80 - 100) = -80$$

Это означает, что бюджетное учреждение за 4 года сэкономит 80 тыс. руб., следовательно, целесообразно отказаться от аутсорсинга этой функции и исполнять ее самостоятельно.



ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ВЫСОКО-ТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО ПРЕОДОЛЕТЬ ИНФОРМАЦИОННУЮ И УПРАВЛЕНЧЕСКУЮ ДЕЗИНТЕГРАЦИЮ



К такому выводу после шестилетнего исследования вопроса пришел Владимир Иванович Перхов, данные диссертационного исследования которого стали предметом заинтересованного обсуждения организаторов здравоохранения.



В условиях кризиса вопросы рационального использования ресурсов здравоохранения, повышения качества управления в отрасли, являются не просто актуальными, но и стратегически значимыми. Для всех очевидна необходимость совершенствования подходов к использованию имеющихся ресурсов с заданной клинической и экономической эффективностью. Лишь часть материалов В. Перхова вошла в его диссертацию, еще меньше — в автореферат, доступный для ознакомления, поэтому сегодня шеф-редактор «МЗ» Наталия Куракова обсуждает с экспертом круг практически значимых вопросов, которые в первую очередь важны для руководителей регионального здравоохранения.

Корр.: Уважаемый Владимир Иванович! Согласно Вашему исследованию, мощности учреждений здравоохранения федерального подчинения, оказывающих ВМП населению, загружены недостаточно. Почему простаивает особенно дорогая койка в ФМУ? Ведь ее простой влечет за собой и простой дорогостоящего лечебного и диагностического оборудования, неполную занятость высококвалифицированных кадров, а это огромный экономический ущерб.



Владимир Перхов: Действительно, федеральные койки не полностью загружены. Как показали результаты диссертационного исследования, общие объемы финансирования из средств федерального бюджета обеспечивают в среднем занятость одной койки на уровне 170–190 дней в году. При этом только 27% мощностей федеральных клиник используются для оказания высоких медицинских технологий. С учетом всех источников финансирования (включая ОМС, платные услуги) удельный вес высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой населению в федеральных учреждениях за счет средств федерального бюджета, еще меньше и составляет 14,2%.

Проведенный анализ также показал, что объемы оказываемой в ФМУ за счет средств федерального бюджета специализированной медицинской помощи (не относящейся к ВМП) значительно превышают объемы оказываемой ВМП (в 3,0 и





в 2,7 раза в 2006 и 2007 гг., соответственно). Это свидетельствует о наличии у ФМУ значительных резервов для оказания дополнительных объемов ВМП.

На загруженность учреждений здравоохранения федерального подчинения влияет целый комплекс факторов, основные из них: высокая стоимость медицинских услуг, избыточность числа федеральных клиник, исполняющих государственное задание на высокотехнологичную помощь, недостаточный объем и несовершенство механизмов финансирования клиник из государственных источников.

Например, в 2007 году объемы плановых расходов средств федерального бюджета на оказание ВМП одному больному в ФМУ почти в 10 раз превышали средние фактические затраты на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи одному больному в региональных медицинских учреждениях за счет консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств системы ОМС.

В медицинских учреждениях субъектов РФ и муниципальных образований оказываются значительные объемы ВМП, составляющие до 73% всех объемов высокотехнологичной медицинской помощи в стране.

Проблемой в настоящее время является также то, что законодательство и нормативные акты, регулирующие разработку и применение высоких медицинских технологий, не формируют организационного единства всех звеньев существующей системы оказания населению ВМП.

Корр.: Какие Вы видите пути интенсификации использования коечного фонда учреждений здравоохранения федерального подчинения?

В.П.: Это сложная, многоплановая и прежде всего организационная проблема. Простое увеличение объемов финансирования федеральных клиник не приводит к желаемым результатам.

На фоне увеличения на 42,7% общих объемов финансирования ФМУ из средств федерального бюджета в 2007 году (в сравнении с 2006 годом) число пролеченных «бесплатно» больных увеличилось всего на 9%. При этом отмечен рост объемов денежных поступлений в ФМУ от оказания платных медицинских услуг на 45%, а также на 15% рост числа пациентов, пролеченных платно.

Вопрос платности или бесплатности помощи не должен решаться на интра-госпитальном этапе путем установления вариаций состава, а значит, и качества медицинских технологий. Недопустимо уже госпитализированному больному предоставлять возможность выбора: вида устанавливаемых стентов или, например, отечественного или зарубежного имплантируемого устройства. Этот вопрос должен решаться на догоспитальном этапе, с учетом индивидуальных финансовых возможностей пациента, в том числе путем своевременного добровольного медицинского страхования. В реальной жизни, к сожалению, этого не происходит. В результате часть учреждений здравоохранения федерального подчинения снискали репутацию клиник, где за все приходится платить. Этот фактор, безусловно, сдерживает и лечащих врачей и самих пациентов при рассмотрении вопроса о возможности обращения в ФМУ за медицинской помощью.

Часть федеральных учреждений здравоохранения оказывают незначительные объемы высокотехнологичной медицинской помощи, и, предоставляя населению не содержащую высоких медицинских технологий помощь, эти клиники выполняют



функции региональных ЛПУ. Поэтому необходимы инвентаризация сети федеральных клиник и сокращение их числа, в том числе путем передачи отдельных учреждений в собственность органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Это позволит увеличить объемы целевых ассигнований федерального бюджета для ведущих профильных учреждений федерального подчинения, что, безусловно, будет способствовать интенсификации использования коечного фонда.

Проблемой является участие ФМУ в территориальных программах ОМС. За счет оказания помощи в рамках ОМС федеральные медицинские учреждения заполняют значительную часть имеющегося коечного фонда, но при этом получают оплату по тарифам, разработанным для региональных ЛПУ. В результате в общем объеме финансовых средств, расходуемых ФМУ при оказании стационарной медицинской помощи, средства ОМС составляют 6%, а число пролеченных в рамках территориальных программ ОМС — 29% от общего числа пролеченных.

С учетом более чем семикратного различия в размерах затрат между «бюджетными» больными и больными, госпитализированными по линии ОМС, можно сделать вывод о том, что существенная часть объемов денежных средств, полученных ФМУ из федерального бюджета, неявно направляется на восполнение дефицита финансирования территориальных программ ОМС. Причем такое субсидирование является чрезвычайно неравным, поскольку его получают в основном жители тех регионов, где расположены сами федеральные клиники.

Следующая проблема — это существующее сочетание финансирования ФМУ из одного и того же источника (федерального бюджета) по смете и по средне-профильным нормативам затрат в рамках государственного задания на оказание ВМП. В структуре нормативов финансовых затрат по профилям высокотехнологичной медицинской помощи, а также в смете расходов содержатся одни и те же предметные статьи расходов. В среднем почти треть расходов на заработную плату и более 40% расходов на медикаменты, оборудование и изделия медицинского назначения покрываются ФМУ за счет целевых ассигнований из федерального бюджета на оказание ВМП.

В ходе исследования также установлено, что из 24 видов ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» только по 7 видам помощи фактические затраты ФМУ не превышают норматив финансовых затрат. Это приводит к тому, что случаи оказания ВМП с фактическими затратами меньше, чем финансовый норматив, не компенсируют затрат, возникающих у ФМУ при оказании ВМП в случаях, когда расходы превышают финансовый норматив. За счет сметного финансирования ФМУ восстанавливают затраты, обусловленные ограниченным размером нормативов финансовых затрат на оказание ВМП по ее профилям, и сокращают объемы специализированной (не относящейся к ВМП) помощи.

Для наиболее полной загрузки имеющихся у ФМУ мощностей необходимо не только увеличивать объемы финансирования, но и конкретизировать финансовые обязательства ФМУ по оказанию государственных услуг.

С учетом того, что попытка стандартизации ВМП на федеральном уровне, начатая в 2006 году, потерпела известное фиаско, альтернативным способом такой конкретизации является разработка клиникозатратных групп, основным элементом которых являются высокие медицинские технологии, которые в дальнейшем целесообразно объединить в рамках единого классификатора. Именно этот класси-





фактор целесообразно использовать для совершенствования отчетных форм, а также для детализации и последующей стандартизации состава самих технологий.

В дальнейшем с учетом того, что доведение до ФМУ ассигнований бюджета одновременно по смете и по нормативам финансовых затрат создает проблему неполной совместимости применяемых механизмов финансирования, представляется своевременным принять меры по реализации системы одноканального финансирования ФМУ, что потребует издания соответствующего нормативного акта.

Для увеличения зависимости объемов финансирования ФМУ от результативности их работы необходимо также расширение полномочий и усиление ответственности органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, главных распорядителей бюджетных средств и медицинских учреждений за результативность бюджетных расходов. Необходимо также прекратить практику мелочной регламентации их деятельности и дебюрократизировать процедуры доступа населения к высоким и высокозатратным медицинским услугам.

Корр.: А каков механизм отнесения медицинской помощи к высокотехнологичной? Где проходит граница между высокотехнологичной и невысокотехнологичной медицинской помощью?

В.П.: В настоящее время высокотехнологичная медицинская помощь определяется по принадлежности к исчерпывающему ее перечню, который формируется и актуализируется экспертным путем. Этот перечень ежегодно утверждается Минздравсоцразвития России, а также пересматривается с учетом новых достижений медицинской науки. При этом медицинские технологии, ставшие рутинными ввиду их массового освоения, исключаются из перечня.

Корр.: Вы рекомендуете использовать клиникозатратные группы для планирования и финансирования объемов ВМП. В чем преимущество этого метода?

В.П.: Перспективным является планирование и финансирование объемов ВМП при конкретных нозологических формах, оказание помощи при которых осуществляется с применением конкретных технологий.

Клиникозатратная группа (или КЗГ) — это группировка больных, сходных по клиническим параметрам и затратоемкости их лечения. Впервые метод КЗГ был разработан и внедрен в США в 1983 г. как альтернатива оплате фактических расходов по государственной программе «Медикэр» (страхование лиц пожилого возраста). Исходной медико-экономической информацией стали 467 клинко-статистических групп. В качестве критериев их выделения выбраны, во-первых, однородность заболеваний и однотипность лечебно-диагностических процедур, во-вторых, однородность объемов и состава использованных при лечении ресурсов.

Все клинические заболевания объединены в 23 крупные диагностические категории. В пределах каждой из них заболевания делятся на требующие хирургического и терапевтического лечения. Далее формируются мелкие группы диагнозов в зависимости от возраста и пола пациента, наличия сопутствующих заболеваний, среднего срока госпитализации.

Детальные расчеты были сделаны специалистами Йельского университета на основе анализа свыше 700 тысяч историй болезни в 170 больницах. Рассчитаны статистически значимые показатели затрат по диагностическим группам в боль-



нице, регионе и в целом по стране. Средние расходы на один клинический диагноз были приняты за единицу, а затем определены отклонения от этого среднего показателя по каждой диагностической группе. Для каждой больницы был определен свой индекс структуры (case-mix) — отклонение от средней величины как результат специфики контингента ее пациентов.

Жесткость стандартного подхода к оплате больничных услуг по этой системе смягчается весьма существенными корректировками по целому ряду направлений. Во-первых, учитываются территориальные различия в стоимости медицинской помощи. Во-вторых, определенным категориям больниц предоставляются дополнительные надбавки. В-третьих, средний базовый тариф по КЗГ корректируется во времени на так называемый «индекс обновления» (up-to-date-index), в котором учитываются прогнозируемые или желательные изменения в будущем году в сравнении с текущим. Перераспределение средств в соответствии со всеми корректировками осуществляется в рамках фиксированного годового бюджета, так что повышение индекса для одних больниц означает его снижение для других. Ежегодные пересмотры норматива создают разумный баланс между принципами стандартизации и индивидуализации.

Медико-экономические стандарты (МЭС), разработанные во многих регионах России, кроме цены, предусматривают описание технологии диагностики и лечения, то есть являются клиническими стандартами помощи, содержащими ее стоимость (тариф). Оплата по МЭС не получила широкого практического распространения. Процессы стандартизации и тарификации ВМП, видимо, следует направить в сторону разработки не клинических стандартов помощи и формирования на их основе медико-экономических стандартов (МЭС), а КЗГ. Созданные на основе клинических стандартов помощи МЭС являются набором заданных диагностических и лечебных процедур с определенной стоимостью, которые зачастую не выполняются на практике. МЭС, как поваренная книга (то есть набор жестко заданных рецептов лечения), не могут серьезно интересовать ни медиков, ни экономистов. Медиков потому, что, во-первых, подчинение стандартному перечню назначений лишает врача свободы принятия решений в отношении конкретного пациента; во-вторых, качество лечения (традиционно приводимый аргумент в пользу клинических стандартов и МЭС) должно контролироваться не столько по соответствию выполненным назначениям стандарту, сколько по исходу лечения. Вместе с тем требования к исходу лечения в клинических стандартах отсутствуют. Скептическое отношение к МЭС со стороны экономистов предопределено тем, что тарифы, ориентированные на абстрактные клинические протоколы, значительно выше сложившихся затрат. Отсутствие связи между тарифами, основанными на МЭС, и реальными затратами превращает работу по формированию МЭС в бесплодное упражнение. КЗГ противоположны МЭС в том отношении, что в их основе лежит не экспертное мнение, а статистика, то есть КЗГ синтезируются на информационной основе случаев реально оказанной помощи. Тарифы, основанные на КЗГ, вырастают не из благих пожеланий экономистов, сколько надо потратить на больного, а из реальной затратной картины лечебной работы. Кроме того, стандарты в здравоохранении являются факультативными, но могут быть использованы в судебных процессах и, скорее всего, не в пользу врачей.

КЗГ позволяют детализировать расчеты, а также решить задачу балансировки доходов и расходов при оказании любого вида медицинской помощи, в том числе





высокотехнологичной. Поэтому следующий этап совершенствования механизмов планирования и финансирования ВМП — формирование КЗГ. При этом предварительно необходимо разработать и согласовать с ведущими профильными специалистами единый классификатор высоких медицинских технологий. Именно эти технологии станут основой затратной части КЗГ ввиду того, что в структуре расходов на ВМП основные затраты связаны с высокой стоимостью изделий медицинского назначения и используемых лекарственных средств, входящих в состав технологии. Клиническая часть КЗГ должна отражать прежде всего основной диагноз и формироваться с учетом возраста, тяжести состояния пациента, наличия сопутствующих заболеваний. Обе части КЗГ и определяют в конечном итоге ожидаемые расходы на оказание помощи.

Именно по нозологическим формам можно разработать, например, КЗГ пациентов, которые целесообразно использовать в качестве медико-экономических единиц планирования объемных и финансовых показателей задания на ВМП, а также для мониторинга результатов его исполнения.

КЗГ, построенные на согласованном классификаторе видов высоких медицинских технологий, должны постепенно подменить существующие виды ВМП, которые в настоящее время представляют собой в части наименования нагромождение терминов из МКБ и номенклатуры медицинских услуг.

Таким образом, разработка плановых показателей ВМП при конкретной нозологической форме вполне укладывается в стратегию совершенствования методологии формирования и обеспечения исполнения медицинскими учреждениями задания на оказание ВМП, если она будет основана на создании КЗГ пациентов или других подобных методиках объединения пациентов в группы, родственные по нозологическому признаку, затратам на оказание помощи, технологиям лечения.

Корр.: В своем исследовании Вы показали, что объемы финансирования ФМУ находятся в слабой зависимости от результативности работы федеральных клиник. Методика планирования является несовершенной. Что в связи с этим можно порекомендовать руководителям региональных систем здравоохранения?

В.П.: Для увеличения этой зависимости нами был разработан и практически Росмедтехнологиями реализован алгоритм доведения до территориальных органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и ФМУ плановых и скорректированных показателей государственного задания на оказание ВМП, основанный на использовании обеспеченных финансированием резервных объемов ВМП.

Согласно этому алгоритму, плановые показатели государственного задания на оказание ВМП доводились одновременно до ФМУ и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения и ежеквартально корректировались.

Алгоритм работает сразу по пяти параметрам: **1)** предварительная оплата плановых объемов ВМП; **2)** доплата за фактически оказанные дополнительные объемы ВМП; **3)** корректировка плановых объемов ВМП с учетом фактически оказанных дополнительных объемов ВМП; **4)** корректировка плановых объемов ВМП с учетом дополнительных плановых объемов ВМП на следующий отчетный период; **5)** предварительная оплата скорректированных плановых объемов ВМП, и обеспечивает сочетание действия факторов внутреннего и внешнего регулирования на объемы оказываемой ВМП.



Основным фактором внутреннего регулирования является появление у ФМУ экономической заинтересованности в выполнении установленного государственного задания на объемы ВМП, показатели которого в этом случае увеличиваются на следующий отчетный период (квартал). Одновременно ФМУ компенсируются сверхплановые затраты за уже пролеченных больных в пределах плановых резервных объемов ВМП.

Внешнее регулирование основано на ежемесячном мониторинге и анализе показателей и результатов оказания ВМП и управлении плановыми резервными объемами ВМП, которые в начале финансового года не распределялись ни по медицинским учреждениям, ни по субъектам Российской Федерации и которые должны составлять не менее 12% от плановых объемов помощи.

Внедрение указанного механизма позволило повысить обоснованность формирования показателей государственного задания на оказание ВМП, усилить связь между объемами целевого бюджетного финансирования ФМУ и результатами исполнения каждым ФМУ установленного государственного задания, пролечить за счет средств федерального бюджета дополнительное число больных — жителей субъектов Российской Федерации, наименее обеспеченных ВМП, а также в неотложном порядке, то есть по факту выявления реальной потребности в ВМП.

Руководителям региональных систем здравоохранения я ничего не могу порекомендовать, кроме как набраться терпения.

По мнению академика О.П. Щепина, «дистанция огромного размера пролегает между тем, что является проблемой, с точки зрения пациента, и тем, что является проблемой, с медицинской точки зрения».

Здравоохранение не в состоянии обеспечить здоровый образ жизни населения, а также рост его численности. Пагубное влияние на образ жизни, здоровье и численность населения России оказывают экономические, социальные, психологические и иные факторы, способствующие возникновению в мирное время так называемого «социального стресса», основной специфической причиной развития которого является отсутствие у подавляющей части населения страны эффективной трудовой мотивации и возможности реализовать свой трудовой потенциал. Никакие медицинские мероприятия не компенсируют отсутствие у населения должной мотивации к труду, а значит, к здоровой, продолжительной и качественной жизни.

Корр.: Как, по Вашему мнению, можно усовершенствовать систему обеспечения населения ВМП?



В.П.: Усовершенствовать систему обеспечения населения ВМП невозможно без преодоления информационной и управленческой дезинтеграции в общественном здравоохранении, повышения качества нормативных правовых актов и управления.

Следует признать, что в настоящее время управленческая деятельность недостаточно обеспечена информацией о состоянии объекта управления. Никто сейчас не обладает полной обобщенной аналитической информацией о том, что происходит в системе, следовательно, целенаправленное управление системой затруднено.

Для обеспечения оперативных и стратегических управленческих решений информацией мы в свое время создали информационно-координационный центр высоких медицинских технологий, который должен был стать частью глобальной информационной системы и заниматься не только сбором данных, но и обеспечивать круглосуточное оперативное управление потоками больных.



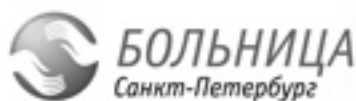


Был также организован постоянно действующий совещательный орган в виде Научно-лечебного координационного совета по ВМП. Деятельность Совета была направлена на уменьшение дисбаланса в объеме мер научно-организационной и финансовой поддержки трех основных составляющих процесса обеспечения населения ВМП: создание высокой технологии и ее трансфер в практическое здравоохранение, наиболее полное удовлетворение потребностей населения в ВМП, а также оценка последствий оказания ВМП и эффективности самих технологий.

Также был создан институт головных по каждому профилю ВМП федеральных медицинских учреждений, которые должны были обеспечить эффективную научно-методическую курацию региональных клиник, оказывающих ВМП. Результатом должно было явиться создание системы оказания ВМП населению, основанной не только на ясном понимании того, что происходит в системе, а также на интеграционных процессах между медицинскими учреждениями федерального, регионального (субъектового) и муниципального подчинения. Эти процессы должны были быть построены на принципе единства информации и управления, который придал бы системе обеспечения населения ВМП законченный пирамидальный вид с развитым нижним уровнем, где населению предоставляются наибольшие объемы помощи.

Корр.: Большое спасибо, Владимир Иванович, за экспертные и аналитические оценки! Хотелось пожелать Вам возможности деятельного и активного участия в процессе совершенствования системы оказания ВМП нашим соотечественникам!

Беседу провела Н.Куракова



БОЛЬНИЦА
Санкт-Петербург



Совместно с:
ФАРМАЦИЯ
Санкт-Петербург

14-я Международная
выставка по здравоохранению

Ленэкспо
Санкт-Петербург
7-9 октября
2009

Организаторы:



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!



СКОЛЬКО ПЕРСОНАЛЬНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ НУЖНО ЛПУ?



Ответы на этот и другие вопросы в большом и развернутом интервью CNews дал Олег Симаков, директор Департамента информатизации Минздравсоцразвития России. Приводим лишь отдельные выдержки из этого интервью, полный текст которого доступен на сайте: <http://www.cnews.ru/reviews/free/publichealth/int/simakov/>

CNews: По мнению специалистов, работающих в отрасли, уровень информатизации российской системы здравоохранения не превышает 50%. Проводились ли министерством исследования в этом направлении? Если да, то каковы показатели уровня информатизации российских ЛПУ на настоящий момент?

Олег Симаков: Минздравсоцразвития России проводило такое исследование. Средняя обеспеченность одного лечебно-профилактического учреждения составляет 37 компьютеров. Это мало или много? Для ответа на этот вопрос мы, на примере медсанчасти № 7 г. Тулы, которая обслуживает все оборонные заводы города, подсчитали, сколько компьютеров необходимо для большой поликлиники, и вместе с главным врачом пришли к выводу, что для такого ЛПУ достаточно около 40 ПК. В настоящее время в среднем по стране, без учета данных из Москвы и Санкт-Петербурга, где этот показатель, скорее всего, выше, мы имеем 37 компьютеров на одно медучреждение, что позволяет утверждать, что дела обстоят не так уж плохо.

- **Средняя обеспеченность одного лечебно-профилактического учреждения составляет 37 компьютеров**

Что касается технических параметров имеющейся техники, то 60–80% — это современные компьютеры Pentium 4. К сожалению, только 40% ПК подключены к локальным сетям, а остальные используются исключительно как печатные машинки.

- **60–80% — это современные компьютеры Pentium 4**

Около 22% компьютеров имеют выход в интернет, и в этой ситуации есть, как ни странно, и плюсы, и минусы. С одной стороны, хотелось бы, чтобы информационные ресурсы использовались в полную силу. С другой, понятно, что интернет — это не деловой ресурс, и в нем содержится очень много лишней, развлекательной информации. Кроме того, подключение к интернету компьютеров, на которых обрабатываются персональные данные, само по себе противоречит всем мыслимым нормам. Это прямой канал утечки любых данных. Поэтому, когда мы говорим об обеспечении 100% доступа медучреждений к сети интернет, это означает, что необходимо создать защищенный канал для обмена информацией со специализированными ресурсами регионального и федерального уровня, а не с открытым интернетом как таковым.

- **Около 22% компьютеров в ЛПУ имеют выход в интернет**

Какое же программное обеспечение установлено на имеющихся компьютерах? В 88% учреждений имеются офисные приложения, в 82% — бухгалтерские программы, 68% учреждений имеют правовые системы, 43% — кадровые, и примерно 18% — собственно медицинские информационные системы. Таким образом, компьютер в ЛПУ используется для формирования различного рода





отчетов, для того, чтобы поддерживать правовую грамотность своих руководителей, для учета кадров, но практически не применяется для оптимизации основной деятельности. Вот это и является проблемой, которую бы хотелось устранить в ближайшее время.

- **Лишь 18% программного обеспечения представлено собственно медицинскими информационными системами**



По нашим расчетам для крупного амбулаторного учреждения необходимо 35–40 компьютеров, для 500-коечной больницы — 110–130 компьютеров, для 1000-коечной — 150–180 компьютеров, колебания оценок зависят от структуры ЛПУ и сложившейся ситуации с автоматизацией управленческого персонала. С учетом того, что в стране около 50% медучреждений являются амбулаторными, для полного оснащения ЛПУ необходимой техникой целесообразно увеличить средний показатель укомплектованности с 37 до 80–90 ПК, то есть всего в 2–2,5 раза.

- **Для крупного амбулаторного учреждения необходимо 35–40 компьютеров, для 500-коечной больницы — 110–130 компьютеров, для 1000-коечной — 150–180 компьютеров**



Таким образом, проблема компьютерного обеспечения не столь существенна. Главное — это создать единое (федеральное) информационное обеспечение и прежде всего нормативно-справочную информацию, а также систему обмена данными на основе каналов связи, обеспечить взаимодействие лечебного учреждения с региональным ресурсом.

Для создания единой информационной системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи гражданам России нам необходимо решить две основные проблемы. Первая — это связать лечебные учреждения с неким региональным ресурсом, в котором будет храниться деперсонифици-

рованная информация о пролеченных больных, а также регистр медперсонала и паспорт ЛПУ. Вторая — создать в ЛПУ условия для внедрения медицинских информационных систем. В нашем собственном фонде алгоритмов и программ будут храниться типовые системы, а все остальное можно будет приобрести на открытом рынке. Кроме того, в каждое медучреждение будет поставлен минимальный комплект аппаратуры — один или два сервера и несколько компьютеров.

Когда мы говорили о 37 ПК, которые в среднем имеются в каждом российском ЛПУ, речь шла о персональных компьютерах, обладающих низким уровнем защиты от несанкционированного хищения информации. Я думаю, что при создании системы персонифицированного учета правильнее переходить на так называемого «тонкого клиента». Во-первых, его стоимость существенно ниже стоимости рабочей станции даже с учетом повышения требований к производительности сервера. Во-вторых, в таком случае значительно легче и дешевле обеспечить защиту обрабатываемых персональных данных, а на сэкономленные деньги доукомплектовать медучреждения необходимой компьютерной техникой.

CNews: Планируется ли подключить к интернету все ЛПУ?

Олег Симаков: Да, мы планируем подключить все лечебные учреждения к сети интернет. Мы ставим перед руководством Минздравсоцразвития России и Фонда обязательного медицинского страхования вопрос о том, чтобы расходы на информатизацию были дополнены плановыми затратами на оплату интернет-трафика. Таким образом, я надеюсь, нам удастся спланировать расходы не только на момент подключения, но и на время постоянной работы. В настоящее время уже существует часть регионов, самостоятельно решающих проблему доступа ЛПУ к интернету. Например, все медучреждения Тюмени, практически все ЛПУ Московской области, 80% ЛПУ Москвы имеют выход в сеть.



От редакции:

Мы продолжаем дискуссию по вопросам оказания платных услуг. В «МЗ», № 8 за 2009 г. (стр. 47–57) был опубликован отклик А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюка и И.В. Рыковой на публикацию в рубрике «Консультирует Менеджер здравоохранения», посвященную платным услугам. Сегодня мы публикуем Приказ Департамента здравоохранения Правительства Москвы от 6 февраля 2009 года № 108 «Об упорядочении организации оказания платных медицинских услуг в акушерских стационарах города Москвы», на который ссылаются А. Старченко с соавторами, и комментарии профессионала в вопросах родовспоможения — главного врача одного из родильных домов Санкт-Петербурга Г.В. Гриненко.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Г.В. Гриненко,

к.м.н., главный врач Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Родильный дом № 18»

ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ ПО РОДОВСПОМОЖЕНИЮ: ЗАПРЕТИТЬ, ПЕРЕВЕДЯ ИХ «В ТЕНЬ», ИЛИ РЕГЛАМЕНТИРОВАТЬ?

Приказ Департамента здравоохранения Правительства Москвы от 6 февраля 2009 года № 108 «Об упорядочении организации оказания платных медицинских услуг в акушерских стационарах города Москвы» в целом хороший и юридически грамотный. Очень правильно сформулированы цели положения: усиление контроля, упорядочение практики и пресечение незаконного взимания платы, так как отсутствие четкости и ясности этих вопросов вводит в заблуждение не только потребителей, но и медицинский персонал, оказывающий услуги.

Старченко А.А. с соавторами, комментируя совершенно обоснованный и не вызывающий сомнений пункт 4 «Положения об оказании в акушерских стационарах медицинских услуг за плату женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде» (запрещающий оказание на платной основе медицинской помощи при нали-

чии тяжелой экстрагенитальной патологии, тяжелых осложнений течения беременности и развития плода), ставят вопрос о возможности получения бесплатной медицинской помощи при экстрагенитальной патологии средней тяжести, при осложнениях беременности средней тяжести. Странная логика. Этот пункт, похоже, плох уже только потому, что не содержит тотального запрета оказания платных услуг. Но ведь ни данный пункт, ни приказ в целом не лишают права женщин на получение на бесплатной основе любых видов медицинской помощи, предусмотренных Программой госгарантий.

Возможность перехода нетяжелых осложнений беременности в тяжелые никто не отрицает. Равно, как возможность любого заболевания или состояния перейти в тяжелое. Но если такое случится, данный пункт Положения как раз и будет обеспечивать защиту прав пациентов.

© Г.В. Гриненко, 2009 г.



В Положении речь идет о тяжелой экстрагенитальной патологии, тяжелых осложнениях развития плода — это заранее известный неблагоприятный исход беременности. Пациентка, неспособная объективно оценить тяжесть патологии, заведомо ставит под сомнение объем и качество бесплатной медицинской помощи, пытается, заключив договор, приобрести дополнительные гарантии того, что будет сделано все, что необходимо. В данном случае, чтобы не способствовать заблуждению, пресечь возможность злоупотребления медиками, сложившейся ситуацией, медицинская помощь на платной основе не должна оказываться, что очевидно, но это не исключает возможности заключения договора на получение бесплатной медицинской помощи в условиях повышенной комфортности.

При остро возникшем тяжелом осложнении беременности: кровотечение, преждевременная отслойка плаценты, преэклампсия, эклампсия, речь должна идти только и спасении жизни, а ни о выяснении источника финансирования. Решение вопроса в экстренной ситуации всегда в пользу бесплатной медицинской помощи. Кроме того, и это мое убеждение, договор на платные медицинские услуги не может быть заключен с пациенткой при поступлении в родильный дом с началом родовой деятельности и в послеродовом периоде, то есть когда медицинская помощь уже оказывается.

Если договор заключен в 20–30 недель беременности, при отсутствии данных о патологическом течении беременности, а на более поздних сроках возникают проблемы, то задача врача, с которым заключен договор на индивидуальное ведение беременности и родов, не допустить развитие тяжелых осложнений, вовремя госпитализировать, поставить вопрос о родоразрешении. И если это не сделано или сделано с опозданием, то ставится под сомнение качество оказания медицинской помощи этим врачом. В нашем роддоме при ведении беременности и родов

индивидуальным врачом за два года не было ни одного клинически пропущенного случая, приведшего к тяжелому состоянию пациентки. Объяснение этому факту одно: индивидуальная ответственность врача перед пациенткой, коллегами, администрацией за конечный результат. И тогда вопрос: «Кто пришивал пуговицы?» неуместен.

Пункт «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 не рабочее время, получение денег с пациенток, в том числе в приемных отделениях за госпитализацию и предоставление отдельных палат» сформулирован в четком понимании механизмов мздоимства в родовспомогательных учреждениях, возможно, несколько неточен, но исчерпывающий и позволяющий предотвратить контакт медицинского персонала с денежными средствами пациентов. Возможно, более приемлема будет формулировка: «С целью профилактики нарушения прав пациентов, а также недопущения в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях фактов оказания сотрудниками медицинской помощи вне рабочего времени без заведомо оформленного договора 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». Хочется отметить, что введение этого пункта в Положение об оказании платных услуг нашего роддома позволило в разы увеличить поступление денежных средств в кассу роддома и свести на нет количество жалоб о незаконном взимании денег медперсоналом.



Важно, что в Положении отмечена необходимость проведения в роддомах занятий по правовым вопросам, в том числе и об оказании платных услуг.

В соответствии с декларативными правами части 1 ст. 41 Конституции РФ — 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.

Такие же права закреплены в статье 17 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (далее — Основы) — граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья.

Следует сразу обратить внимание, что Основы гарантируют оказание медицинской помощи как на безвозмездной основе (государственные гарантии), так по договорам ДМС (ст. 30 Основ) и по гражданско-правовым договорам за счет личных средств граждан (ст. 56 Основ).

Таким образом, законодательно лечебным учреждениям разрешено заключать договоры на оказание медицинской помощи, которые оплачиваются из личных средств граждан или юридических лиц. При этом важной составляющей является воля пациента на получение медицинской помощи вне рамок государственных гарантий (в случае получения информированного добровольного согласия). Очень уместно в Положение включена форма информированного согласия на получение платных медицинских услуг, конечно, ее можно расширить, изменить, но главное — она есть и утверждена.

В отношении критики пункта 10 Положения. В рамках государственных гарантий пациенту предоставляются для прохождения лечения места в палатах с определенным количеством койко-мест, с соблюдением норм и правил Сан Пин. Но государство не гарантирует размещение в одноместных

палатах, с предоставлением в индивидуальное пользование бытовой техники (в случае отсутствия противопоказаний), индивидуальных санузлов и т.п. Речь идет о ситуациях, когда такие условия пребывания в лечебно-профилактическом учреждении никак не связаны с медицинскими показаниями, это лишь волеизъявление пациента на получение дополнительного вида услуг.

Авторы патетично заявляют: «Если существуют медицинские показания, любая роженица (родильница) должна находиться в такой палате и бесплатно». Имеется в виду *«пребывание в палатах повышенной комфортности»*. Извините, но я как профессионал вынуждена объяснить авторам, что нет таких медицинских показаний, при которых пациентке полагался бы телевизор, персональный холодильник, диван и т.д., то есть все то, что как раз и входит в понятие «повышенная комфортность».

Конечно, проще всего все запретить. Но как быть в случаях, если при отсутствии медицинских показаний пациентка желает получать данные конкретные медицинские услуги в условиях повышенной комфортности (в палате): измерение АД, забор анализов, инъекции, диагностические исследования: УЗИ, кардиотокографическое исследование, ЭКГ и др., определив для себя лечебное учреждение и выбрав лечащего врача? В данном случае на помощь пациенту приходит гражданское законодательство, которое регулирует взаимоотношение сторон при заключении договоров на оказание услуг, в том числе и медицинских. При этом следует строго разделить медицинские услуги, медицинские услуги в условиях повышенной комфортности и сервисные услуги.

Что касается индивидуального ведения родов, то данная услуга не предусмотрена программой государственных гарантий и оказывается сверх нее. Авторы, наверное, будут удивлены, но «неиндивидуальное ведение родов», действительно, по сути, коллективное. При существующей организации аку-





шерско-гинекологической помощи у роженицы на протяжении родового акта происходит смена в среднем 2–3, а иногда и более докторов, что связано с окончанием рабочей смены, вызовом врача на отделение роддома, необходимостью экстренного оперативного родоразрешения. Именно поэтому в роддомах особо четко формировалась преемственность и единство взглядов на тактику ведения беременности, родов и послеродового периода, в настоящее время это отражено в стандартах и алгоритмах. Требовать четкого учета затрат рабочего времени на каждую конкретную роженицу при оказании экстренной помощи бессмысленно. Врач самостоятельно организует свое рабочее время в зависимости от сложившейся ситуации, количества пациенток и т.д. Надо оценивать законченный случай, результат деятельности врача, а не время, проведенное на рабочем месте.

Конечно, А.А. Старченко с соавторами правы, выражая беспокойство тем, не приведет ли практика индивидуальных родов к ухудшению объемов и качества оказания медицинской помощи остальным пациентам. Но, во-первых, запрет индивидуального ведения родов вовсе не означает, что врачи тут же бросятся уделять большее внимание другим пациенткам. Во-вторых, приказ Департамента здравоохранения Правительства Москвы вовсе не снимает ответственности за качественное оказание медицинской помощи ни с администрации учреждения, ни с самих врачей. При этом большая роль отводится работе администрации (начмеда) по контролю за необходимым объемом и одинаковым качеством оказанной медицинской помощи всем пациенткам вне зависимости от источника финансирования.

Опыт нашего учреждения показывает также необходимость регулирования нагрузки врача (количество заключенных договоров) в зависимости от опыта, качества и стажа работы, квалификации. В данном случае платные услуги выступают мощным фактором

воздействия на сотрудников и рычагом стимулирования повышения качества медицинской помощи, так как комиссионно принятое решение об индивидуальном отстранении врача от оказания платных услуг заставляет максимально в короткие сроки реабилитироваться для восстановления своего права участия в хозрасчетной деятельности.

Рассмотрим наглядный пример необходимости наличия платных медицинских услуг в родильном доме — анестезиологическое пособие в родах в настоящий момент проводится по медицинским показаниям, более широкому применению анестезиологического пособия препятствует штатный ресурс родильного дома. Региональная анестезия — манипуляция, требующая постоянного наблюдения анестезиолога. Следовательно, один дежурный анестезиолог не может обеспечить современными методами обезболивания в родах всех пациенток, одновременно находящихся в родильном отделении, кому могла бы быть выполнена данная процедура (в том числе и по желанию при отсутствии противопоказаний). В такой ситуации основным критерием отбора становятся медицинские показания. Складывается парадоксальная ситуация: при возможности по медицинской ситуации проведения обезболивания родов и желании пациентки манипуляция не может быть выполнена в рамках Программы государственных гарантий из-за недостатка штатного ресурса, тем самым ущемляются права пациента. Очевидно, что данная процедура может быть осуществлена на хозрасчетной основе, но она не рентабельна роддому, так как стоимость анестезии — 4–5 тыс. руб., а при проведении платной анестезии в родах роддом теряет 6 тыс. руб. по Программе родовых сертификатов. Выход возможен при рассмотрении Программы софинансирования и взаимозачетов медицинских услуг, что предусмотрено в частных медицинских центрах, работающих в системе ОМС.

Услуги типа «наблюдение и дополнительное динамическое обследование беремен-



ной при выбранном родильном доме с 36 недель беременности индивидуальным врачом», «круглосуточная консультативная помощь пациентке индивидуальным врачом» вовсе не сомнительны с точки зрения их медицинской обоснованности. Ни у кого не возникает сомнения в необходимости после 36 недель беременности наблюдения в ЖК, почему же при реализации права на выбор врача и медицинского учреждения наблюдение становится не «показано». Например, в нашем роддоме имеется амбулаторно-консультативный центр, где врач акушер-гинеколог на основании заключенного договора осуществляет ведение беременности вне основного рабочего времени. Консультативная помощь необходима каждой пациентке. Только при моральном (душевно) комфорте пациентки можно говорить о качестве лечения. Желание пациентки общаться со своим лечащим врачом неограниченно в течение суток не должно пресекаться в случае согласия врача на такое общение. И регулируются такие взаимоотношения врача—пациента договорами платного оказания услуг. Дополнительные консультации, или разговор «по душам» могут быть и не показаны пациентке, как именно медицинские услуги, но принесут дополнительную пользу для достижения конечного результата лечения. В наш век высоких технологий, урбанизационного давления на каждого человека, полученных эмоциональных стрессов нельзя не учитывать, что врач оказывает не только медицинскую помощь по непосредственной специальности, но и является в какой-то степени психологом, другом, выполняет функции священников, повышая самооценку пациента, заботясь о его эмоциональном настрое, выслушивая исповеди и помогая в решении задач, порой имеющих отдаленное отношение к медицине. Такая нагрузка на врача не учтена министерскими приказами и другими нормативными документами. Она не оплачивается и не включается в стаж. Вопрос компенсации врачу за такое внимание решается между

врачом и пациентом путем заключения гражданско-правового договора. При этом нельзя утрировать и утверждать, что в рамках оказания медицинской помощи по ОМС пациенту «не улыбнутся и не выслушают». Доброжелательное отношение к пациенту закреплено Основами. Здесь речь идет о дополнительном общении, дополнительном комфорте, сверх того, что гарантировано государством.

Поражает, что критике удостоилась даже «Круглосуточная консультативная помощь пациентке индивидуальным врачом». На возмущения авторов отметим, что, во-первых, далеко не всегда требуется очная консультация. Во-вторых, п.3.2 Приказа не допускает лишь **несанкционированные** выезды врачей на роды в ночное и нерабочее время, но вполне допускает **санкционированные**. И это правильно. Речь идет не о тотальном запрете, а о контроле за порядком оказания платных услуг. Собственно в этом и состоит задача этого приказа.

В заключение отметим следующее. Авторы пророчат ухудшение качества оказания медицинской помощи при реализации рассматриваемого приказа, регламентирующего платные услуги по родовспоможению (по мнению авторов, позволяющего недопустимые вещи). Практика свидетельствует об обратном. В Санкт-Петербурге самый либеральный в стране порядок оказания платных услуг, и все то, что описано в Приказе Департамента здравоохранения Правительства Москвы от 6 февраля 2009 года № 108, является давней повседневной практикой. При этом в Санкт-Петербурге самые низкие показатели детской смертности в России, находящиеся на среднеевропейском уровне. Очевидно, это вовсе не случайное совпадение. Принятый в Санкт-Петербурге порядок оказания платных услуг беременным и роженицам — один из элементов строго отлаженного и продуманного механизма организации оказания медицинской помощи при родовспоможении.



**О.А. Каплунов,**

д.м.н., ортопедический центр МУЗ ГКБ № 3, г. Волгоград



К ВОПРОСУ О СТРАХОВАНИИ ВРАЧЕБНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ



Комментарии к статье Ф.А. Куракова «Страхование ответственности врачей как Система противоречий и конфликтов интересов» (*Менеджер Здравоохранения. — 2009. — № 6. — С. 54–57*)

Все, что касается медицины, какой бы то ни было ее стороны, в нашей стране развивается через массу споров, противоречий и иных замысловатых по траектории организационных шагов. Ничего подобного не наблюдается в банковской, бюджетной и многих других сферах. В них как-то сразу все ветви власти приняли общемировые правила, порядок и устройство. Уверен, что работа наших банков в принципе ничем не отличается от банков Европы и Америки. Но как только вопрос касается здравоохранения, идеомы «Бесплатное и Общедоступное» и «Пациент всегда прав!» затмевают разум даже весьма адекватным экспертам и организаторам.

Попытки сохранить советскую систему организации здравоохранения обречены на гибель и тянут туда всю систему, но власть и общество упорно отказываются принимать давно устоявшиеся, проверенные временем принципы построения здравоохранения развитых стран. При этом угрозы вполне реальны: медицина испытывает катастрофический дефицит профессионалов, оставшиеся сегодня подготовленные кадры в большинстве своем пенсионеры, смены нет. Через 7–10 лет при сохранении современных тенденций России придется «выписывать» врачей из стран третьего мира.

Одним из факторов, отпугивающих потенциальных абитуриентов медицинских ВУЗов, является катастрофическая незащищенность российского врача ни перед законом, ни перед чиновником, ни перед пациентом. В условиях страха и оглядки далеко не всегда принимаются лечебные решения в пользу пациента. Все чаще врачу в случаях рискованного тактического решения приходится исходить из позиций собственной безопасности. Все это самым непосредственным образом связано с вопросами страхования врачебной ошибки.

Довольно лирики, аргументы в пользу страхования (в том числе и по личному опыту):

1. Прецедентный. Все цивилизованные страны в течение последних пяти десятилетий в обязательном порядке используют этот инструмент в



организации здравоохранения. А, как известно, ничего лишнего они, цивилизованные страны, в своем народном хозяйстве не используют.

2. Страхование защищает врача. *Добросовестного* врача. Защищает *от ошибки*. Недобросовестного врача от халатного, а тем более преступного отношения к пациенту оно *не защищает*.

3. Страхование защищает пациента. Ошибки в работе врачей неминуемы. Это аксиома, которую больно признать, которая стоит трагических последствий, но вместе с тем от которой никто не застрахован. Не ошибается, известно, только бездельник, а в условиях запредельных нагрузок российский врач практически обречен. Но пациент при наличии института страхования гарантирован в получении компенсаций. В отсутствие страховой системы, как указано в обсуждаемой работе, он может рассчитывать лишь на какие-то жалкие проценты от действительно объема ущерба.

4. Взаимоотношения в системе «пациент — врач — медучреждение — страховая компания (страховщик) — суд» не стоит переусложнять. Выглядят они в нормальном виде так. Застрахован врач лично или через учреждение, неважно, назовем этот субъект «страхователь». Схема самого страхования давно отработана в мире и здесь в деталях (сумма страхового взноса, возмещения и т.п.) не обсуждается. При возникновении страхового случая страхователь доводит информацию до сведения страховщика. Сотрудники последнего устраивают обмен мнениями страхователя и пациента со своей экспертной оценкой. Если приходят к общему знаменателю — страховая выплата, инцидент исчерпан (наибольшее число страховых случаев — более 80% — на Западе разрешается именно по этой схеме). Если страхователь и страховщик имеют общее мнение, отлич-

ное от мнения пациента, последний обращается в суд. Если страховщик и пациент едины во мнении, с которым не согласен страхователь (таких прецедентов немало в европейской практике), он подает в суд. При подобной структуре взаимодействий страховщик четко дифференцирует свои риски с учетом стажа, квалификации и опыта персонала страхователя, при возникновении страхового случая он действует в целом весьма независимо, поскольку хорошо представляет реальную перспективу отстаивания своей позиции в суде. Остальные субъекты взаимоотношений также действуют в досудебном процессе, понимая полноту ответственности своей позиции.

5. В вопросе определения врачебной ошибки в качестве варианта можно исходить из определения халатности или преднамеренной врачебной вины. Если эти категории законом определены, то все остальные действия, повлекшие ущерб здоровью пациента, следует трактовать как профессиональную ошибку. При сомнениях в градации действий врача, повлекших ущерб здоровью, окончательной, да и, наверное, единственной инстанцией, будет оставаться суд. В любом случае пострадавший имеет право на компенсацию: в случае ошибки — через механизм страхования, при халатности — из средств учреждения (регрессно — из средств врача).

6. Здравоохранительная прокуратура — еще один «сборник» вымогателей. Существует, например, природоохранная прокуратура, однако ее наличие несколько не снижает остроту экологических проблем, если не сказать обратного (закрывание глаз на нарушения за «некоторые» встречные шаги). И без того, как уже много об этом говорилось, над медиками достаточно надзорных структур, нет только хотя бы минимально достаточного финансирования их работы.



АУТСОРСИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ЧАСТЬ 2

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



И.С. ХАЙРУЛЛИНА

Несмотря на декларируемую административную поддержку аутсорсинга, он на практике сталкивается с целым рядом сложностей. Так, в Санкт-Петербурге недавно казначейство приостановило платеж одного из медицинских учреждений, которым должны были быть перечислены средства на оплату услуг уборщикам, не состоящим в штате учреждения (с ними у медицинского учреждения был заключен договор подряда). Представители казначейства поставили под сомнение обоснованность уровня оплаты труда уборщиков.

В другом случае в Санкт-Петербурге проверяющие указали как нарушение, приведшее к излишним расходам учреждения, то, что учреждение заключило со специализированной организацией договор на составле-

ние расчетов по объему выброса в атмосферу и размещения опасных отходов и расчетов платы за негативное воздействие на окружающую среду. Основным аргумент проверяющих заключался в том, что учреждение обладает всеми сведениями для составления расчетов и имеет достаточный штат сотрудников финансово-экономической и технической служб и могло бы выполнить эту работу само. При этом проверяющие не брали в расчет отсутствие специальных знаний у сотрудников учреждения в этой специфической сфере, не оценивали дополнительные расход на обучение, дополнительные затраты времени персонала учреждения на указанные расчеты и т.д.

Далее. Формой развития системы централизованных лабораторий могут выступать



частные лаборатории. В ряде случаев это позволяет экономить серьезные средства на отсутствии необходимости приобретения лабораторного оборудования за счет бюджетных средств. Но нередко по формальным причинам частные лаборатории не хотят включать в систему ОМС. Одна из таких причин — то, что по действующему законодательству в системе ОМС могут принимать участие медицинские учреждения всех форм собственности, оказывающие медицинскую помощь. А частные лаборатории чаще всего по своей организационно-правовой форме не являются учреждениями. Сомнительно, что законодатель, употребляя понятие учреждения, собирался ограничивать возможность участия в системе ОМС для организаций других организационно-правовых форм, так как, помимо прочих аргументов, в пользу возможности участия в системе ОМС медицинских организаций любых организационно-правовых форм на сегодняшний день существует множество примеров нормативных документов, где обобщающее понятие организации — производителя медицинских услуг подменено понятием учреждения, не взирая на четкость и конкретность, установленные ГК РФ для понятия учреждения, что влечет за собой не предусмотренные законодателем юридические последствия из-за использования в качестве обобщающего термина с четко заданными характеристиками, в рамки которых не вписываются подразумеваемые обобщаемые компоненты. Тем не менее, как известно, изложенное в нормативных документах подлежит буквальному толкованию, что и дает почву отказам по формальным причинам. Кроме того, лаборатории медицинскую помощь непосредственно населению в этой ситуации не оказывают — они оказывают услуги юридическим лицам — бюджетным медицинским учреждениям.

Препятствием для внедрения аутсорсинга являются и различия в уровнях расходов у государственных (муниципальных) учреждений и в частных фирмах. Эти различия выражают-

ся прежде всего в том, что в коммерческом секторе, как правило, более высокая зарплата, что создает сложности в поисках вариантов аутсорсинга, обеспечивающих его выгодность с экономической точки зрения. К этому следует добавить накладные расходы фирмы-аутсорсера; прибыль, закладываемую ею в цену; необходимость уплаты налога на добавленную стоимость (если услуга подпадает под соответствующее налогообложение); дополнительные расходы учреждения, связанные с взаимодействием с аутсорсером, с осуществлением контроля выполняемых аутсорсером функций и т.д.

Что касается ограничений с точки зрения способов финансирования, то существенной проблемой на пути аутсорсинга становится многоканальное финансирование. Так, при ставшей в России классической модели обязательного медицинского страхования (ОМС), когда в систему ОМС входят только пять основных статей (зарплата, начисления, медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь), затраты на содержание персонала (в том числе и занятого приготовлением пищи, уборкой помещений, территории и т.д.) входят в систему ОМС. А оплата услуг сторонних организаций финансируется в основном из бюджета. Поэтому, например, средства на закупку продуктов питания для пациентов, на оплату труда поваров, кухонных работников заложены в тарифы в системе ОМС, а заключение и исполнение договоров в рамках аутсорсинга на питание пациентов должно осуществляться в рамках сметного бюджетного финансирования. Реализация модели аутсорсинга в этой ситуации предполагает исключение из тарифов в рамках ОМС части статей (или уменьшение их уровня).

Для решения этой проблемы по логике необходимы снижение тарифов в системе ОМС (причем только для данного конкретного учреждения), соответствующее уменьшение платежей на неработающее население из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда ОМС и увеличение бюджетного финансирования данно-





го учреждения. Как видим, аутсорсинг в этом случае требует существенного изменения структуры финансирования учреждений за счет различных источников. Самостоятельно решить эту проблему не могут ни учреждение, ни даже местные органы власти, поскольку это требует изменений на уровне не только местного бюджета или бюджета субъекта Федерации, но и бюджета территориального фонда ОМС. Все эти изменения могут быть осуществлены лишь путем изменений в соответствующих законах о бюджетах, в том числе о бюджете территориального фонда ОМС. Неслучайно финансовые органы крайне негативно реагируют на подобные инициативы.

Тем не менее, в ряде регионов эта проблема частично решена. Так, в территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге ежегодно фиксируется, что нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС, учитывают расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока). Кроме того, указывается, что при выполнении нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС, в состав затрат на оказание медицинской помощи за счет средств ОМС могут быть включены иные расходы.

Данное препятствие отпадет только при переходе на одноканальное финансирование, когда в систему ОМС войдут все основные статьи расходов. Правда, и в этом случае потребуются совместные действия (так называемые «передвижки») с участием главного распорядителя бюджетных средств и финансовых органов по изменению кодов бюджетной классификации, по которым осуществляются расходы, поскольку, например, продукты питания проходят по подстатье 340 «Увеличение стоимости материальных запа-

сов», а оплата услуг по договору с аутсорсером — по подстатье 226 «Прочие услуги».

Еще одно препятствие связано со следующим. Аутсорсинг нередко предполагает довольно существенные первоначальные инвестиции со стороны аутсорсера — организации, берущей на себя передаваемые медицинским учреждением функции. Эти инвестиции могут включать ремонт помещений, модернизацию коммуникаций и оборудования пищеблока, приобретение уборочной техники и т.д. Окупаемость подобных инвестиций рассчитана на относительно длительный период деятельности аутсорсера в стенах данного медицинского учреждения. Поэтому требование законодательства в сфере государственного (муниципального) заказа, предполагающего ежегодное проведение конкурсных процедур для отбора организации, которая будет заниматься данным видом услуг, резко сокращает число потенциальных аутсорсеров, приводит к росту цены предложения с их стороны и т.д.

К субъективным причинам, сдерживающим внедрение аутсорсинга на уровне самих учреждений, относится прежде всего страх:

- опасение утраты контроля за определенной сферой деятельности. Для многих руководителей характерно стремление к тотальному контролю и появление сферы, где его влияние будет ограничено, его может не устраивать;

- опасение неисполнения или ненадлежащего исполнения аутсорсером своих обязательств. К сожалению, современная отечественная практика полна примеров недобросовестности со стороны подрядчиков (в данном случае — аутсорсеров);

- страх доверить постороннему коммерческие тайны, просто информацию, которую не хотелось бы афишировать;

- страх проведения реорганизации, возможно, связанной с увольнением части работников;

- просто страх перемен, свойственный большинству людей.

Среди других субъективных причин можно отметить возможные потери со стороны отдель-



ных сотрудников медицинских учреждений части заработков. Это может быть потеря в уровне оплаты труда руководителей, группы по оплате которых зависят от числа врачебных должностей при передаче ряда медицинских функций другому учреждению (например, выполнение исследований — централизованной лабораторией). Сокращение числа ставок может привести к тому, что учреждение опустится по группе оплаты труда. Но это решаемый вопрос. В Санкт-Петербурге, например, при сокращении численности работников (или числа коек) по инициативе руководителей медицинских учреждений группа по оплате труда не изменяется.

Аутсорсинг в ряде случаев может привести и к потере (уменьшению) теневых заработков ряда сотрудников, связанных с «откатами» при закупке продуктов питания и т.д. Эти сотрудники будут активно противодействовать внедрению аутсорсинга.

И, конечно же, препятствием на пути аутсорсинга являются недостаточные знания руководителей медицинских учреждений в области экономики и управления в целом и аутсорсинга, в частности.

Общих рекомендаций по поводу того, передавать или не отдавать определенную функцию на аутсорсинг, безусловно, быть не может. Этот вопрос каждое учреждение решает само для себя, исходя из своих целей, своего понимания путей их достижения и имеющихся ресурсов.

Аутсорсинг — не самоцель. Если экономические расчеты свидетельствуют об отсутствии экономии, если нет твердых гарантий улучшения качества и т.д., перевод на аутсорсинг нецелесообразен.

Он оправдан только в том случае, если обеспечивает решение ключевых задач в конкретной сфере:

- экономия финансовых средств;
- повышение качества;
- выполнение определенной функции при отсутствии или недостатке собственных кадров и т.д.

Определение перечня конкретных функций (услуг), оказание которых целесообразно

осуществлять с помощью аутсорсинга, необходимо строить на основе проведения экономической оценки. Она предполагает сопоставление рыночной стоимости этих услуг и бюджетных расходов на их оказание медицинскими учреждениями.

Экономическая оценка эффективности аутсорсинга прежде всего включает оценку уровня расходов на осуществление выполнения рассматриваемой функции собственными силами. При этом важно, во-первых, оценить реальный уровень затрат. Например, питание пациентов включает не только стоимость продуктов питания, но и расходы на оплату труда сотрудников пищеблока, на амортизацию кухонного оборудования, его техническое обслуживание, ремонт, содержание помещений пищеблока, на коммунальные услуги и т.д. Во-вторых, в расчетах следует учитывать только те расходы, экономия которых может быть реально получена. Так, в стоимость подлежащих передаче функций в соответствующей части входят и накладные расходы, связанные с оплатой труда административно-управленческого персонала. Однако, если при передаче функции (например, уборки территории) не предполагается сокращение административно-управленческого персонала (АУП), нельзя рассматривать накладные расходы как расходы, которые будут сокращены при аутсорсинге. В то же время в ряде случаев сокращение затрат на содержание АУП возможно. Например, при отказе от содержания собственного пищеблока уменьшаются затраты труда бухгалтеров на достаточно трудоемкий учет продуктов питания, а также затраты труда других представителей АУП на подготовку и проведение сложных процедур по обеспечению государственного (муниципального) заказа по продуктам питания.

Необходим также учет дополнительных расходов, вытекающих не из самой передаваемой функции, а из организационных мероприятий, связанных с введением аутсорсинга (например, на выплаты сокращаемым работникам ликвидируемых подразделений).



И, конечно, нужно уметь правильно оценить рыночную стоимость услуг у аутсорсеров с учетом таких факторов, как:

— возможное снижение цен в результате осуществления мероприятий по размещению государственного (муниципального) заказа;

— учет налога на добавленную стоимость (НДС), если услуга облагается этим налогом, декларируемые цены аутсорсера могут не учитывать НДС и т.д.

Естественно, что в ситуации, когда решения об аутсорсинге (например, о централизации лабораторной диагностики и т.д.) принимают вышестоящие органы управления, именно они должны проводить оценку экономической эффективности, целесообразности подобных мер.

При этом крайне важен правильный выбор схемы аутсорсинга. Так, аутсорсинг в сфере питания пациентов может быть организован по двум основным схемам:

— закупка готовой пищи, приготовленной на базе аутсорсинговой компании и доставляемой в учреждение. Это наименее обременительная для учреждения, но одновременно и наиболее затратная для него схема;

— приготовление пищи аутсорсинговой компанией на базе пищеблока самого медицинского учреждения. При этом достигается экономия на амортизации оборудования (если имеющееся у учреждения оборудование не требует полной модернизации), на транспортных издержках. Возможна экономия и на арендных платежах. В последнем случае ситуация неоднозначна. С одной стороны, помещения предоставляются аутсорсинговой фирме не для ее собственной деятельности, а для организации питания пациентов учреждения. Теоретически в этом случае можно обойтись и без аренды. С другой стороны, позиция КУГИ (КУМИ) может быть иной: они могут настаивать на заключении полноценного договора аренды с учетом всех платежей. Если средства от аренды возвращаются в полном объеме самому учреждению (что принято не во всех регионах), то ситуация для учреждения более благоприятна.

Хотя аутсорсинговая фирма на стоимость аренды как составляющей общей суммы расходов «накрутит» прибыль, общий баланс все равно будет не в пользу бюджетного учреждения.

Нужно учитывать и возможные дополнительные выгоды аутсорсинговых компаний. Например, фирма, организующая аутсорсинг в форме питания пациентов при временной организации питания и для сотрудников учреждения и посетителей, получит дополнительную прибыль (как минимум снижение накладных расходов, связанных с приготовлением пищи для пациентов).

Конечно, экономическая эффективность — не единственный критерий, определяющий целесообразность аутсорсинга. Теоретически аутсорсинг может вводиться и в случае более высокой стоимости затрат на закупку услуг у аутсорсера по сравнению с затратами на осуществление этой функции в самом учреждении, если более значимым фактором является другой — например, улучшение качества (уборки, питания, ремонтов и т.д.). Но при этом возникает серьезная дилемма: можем ли мы позволить себе более высокие расходы ради более высокого качества при нынешнем уровне финансирования?

Проиллюстрируем возможные критерии выбора на примере аутсорсинга лабораторных услуг. Среди критериев выбора лабораторных услуг, которые целесообразно передать аутсорсеру, можно выделить следующие:

— отсутствие у бюджетного учреждения оборудования, необходимого для выполнения определенных лабораторных исследований. По сути, учреждение отказывается от приобретения дорогостоящего оборудования, перекладывая эту обязанность на аутсорсера, обеспечивая тем самым значительную экономию бюджетных средств;

— виды исследований не являются основными, а также теми, без которых невозможна экстренная диагностика. Это важно как с точки зрения обеспечения независимости от аутсорсера в организационном плане, так и с точки зрения возможных попыток аутсорсера диктовать цены;



— потребность в объемах исследований относительно невелика, что позволяет прогнозировать убыточность для учреждения при выполнении небольшого количества исследований своими силами;

— наличие альтернативных вариантов закупки необходимых услуг (наличие других аутсорсеров — производителей подобных услуг).

Безусловно, это лишь ориентировочные критерии — они должны корректироваться с учетом конкретной ситуации. Например, критерий отсутствия оборудования не является абсолютным. Услуга может быть передана для оказания аутсорсеру и при наличии в учреждении оборудования, например, для выполнения аллерготеста. В этом случае допускается вариант передачи аутсорсеру возможности использования соответствующего оборудования на условиях аренды.

Более конкретно к видам услуг, передаваемых для оказания аутсорсеру, могут относиться:

— иммуноферментные исследования, которые будут выполняться при помощи оборудования, отсутствующего в бюджетном учреждении;

— дорогостоящие молекулярно-генетические исследования (качественное и количественное определение возбудителя методом полимеразной цепной реакции — ПЦР-диагностика);

— иные малорентабельные дорогостоящие виды услуг.

Практика показывает, что попытки аутсорсинга нередко неудачны (как минимум с экономической точки зрения). Причины неудач, неэффективного внедрения аутсорсинга, зачастую связаны со следующим:

— недостаточное обоснование, наличие ошибок в расчетах;

— неполная реализация планов по экономии, связанной с сокращением собственных затрат (сохранение ставок, планировавшихся к сокращению, и т.д.).

Следует указать и на неоднозначные моменты, связанные с внедрением аутсорсинга.

Например, при такой форме аутсорсинга, как закупки готовых лекарственных форм в специализированных организациях (аптеках). Они обычно обходятся гораздо дороже, чем

приготовление в собственных внутриучрежденческих аптеках мазей, порошков, стерильных растворов и т.д.

Другой пример неоднозначной ситуации при аутсорсинге: компания, обеспечивающая пациентов учреждения питанием в соответствии с заключенным контрактом не может снизить количество и состав продуктов питания, используемых для приготовления пищи. С одной стороны, пациенты оказываются более защищенными. Но, с другой стороны, учреждение лишено возможности гибко регулировать уровень расходов по подстатье 340 «Увеличение стоимости материальных запасов»: удешевить в период кризиса питание, заменив часть продуктов на более дешевые, перераспределить средства с продуктов питания на медикаменты и т.д.

Необходимо отметить и влияние на возможности аутсорсинга политики «местечковости», когда каждое медицинское учреждение, муниципальное образование стремится иметь максимальный набор диагностического и лечебного оборудования. При этом дополнительное финансирование, как фактор положительный сам по себе, становится препятствием для аутсорсинга. Оборудование же при этом используется неэффективно.

Серьезные барьеры для аутсорсинга в медицинской сфере создает современная система административно-территориального деления. Так, некоторые учреждения могли бы пользоваться диагностической базой медицинских учреждений, находящихся в ведении другого муниципального образования, с оплатой по тарифам, отражающим затраты по статьям, входящим в систему ОМС (как правило, пять статей). Но тогда медицинское учреждение другого муниципального образования, оказывающее услуги, не получит возмещения затрат по амортизации оборудования, коммунальным платежам и т.д., которые не войдут в тарифы, — а это все затраты, возмещаемые из бюджета соответствующего муниципального образования. Это нередко создает барьеры на пути создания межрай-



онных диагностических центров, лабораторий, родильных домов и других учреждений.

Приоритетный национальный проект «Здоровье» также внес свою «лепту» в создание сложностей для аутсорсинга в медицинской сфере. Имея шанс получить оборудование за счет федерального бюджета, учреждения не скупилась на заявки лабораторного и другого диагностического оборудования. В итоге поликлиники оказались перенасыщенными лабораторным оборудованием (сверх возможностей рационального использования их потенциальной производительности), и вопросы аутсорсинга на время (на срок работоспособности поступившего оборудования) оказались неактуальными.

Уже приводился пример, когда в Санкт-Петербурге казначейство приостановило платеж, которым должны были быть перечислены средства на оплату услуг уборщикам, поставив под сомнение обоснованность уровня оплаты труда уборщиков. Но эту ситуацию нельзя однозначно рассматривать как умышленное препятствие на пути аутсорсинга, ведь необходимость рационального расходования средств аутсорсинг не исключает.

Но, так или иначе, у вышестоящих и контролирующих органов аутсорсинг вызывает настороженность. И это не просто боязнь новизны, косность и т.д. При аутсорсинге актуальной является проблема обоснованного использования средств: отсутствие дублирования функций, обоснованность аутсорсинга при наличии собственной аналогичной службы, уровень цен и т.д.

В целях контроля за обоснованным использованием средств при аутсорсинге Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 7 февраля 2008 г. № 118 «О методике определения штатной численности работников государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга» предусмотрено, что при формировании штатного расписания не вводятся и не используются для замены (по ведомости замены должностей) должности, полагающиеся учреждению здравоохранения в случаях, когда

функции, которые должны выполняться работниками, замещающими данные должности, переданы для выполнения в соответствии с заключенными договорами сторонним организациям в форме аутсорсинга (выполнение лабораторных исследований централизованной лабораторией, уборка помещений, техническое обслуживание зданий, приготовление пищи и т.д.).

К числу новых тенденций аутсорсинга в здравоохранении можно отнести следующие:

- передача информационного обеспечения в части информирования пациентов о порядке предоставления медицинской помощи по различным источникам и т.д. — справочная служба;

- консалтинговые, аудиторские услуги;

- юридическое обеспечение (во многих случаях учреждению периодически требуется квалифицированная юридическая помощь в различных узких сферах, которая обычно не может быть обеспечена штатным юрисконсультантом, не являющимся специалистом в данной узкой сфере);

- рекрутинговые услуги (услуги по набору персонала);

- услуги по созданию условий повышенной комфортности, дополнительного сервиса. Так, услуги по предоставлению улучшенных условий пребывания можно передать по договору частной фирме, оставив за бюджетным учреждением непосредственное оказание медицинской помощи. Кроме прочих достоинств, подобная схема служит хорошим пособием для работников бюджетного учреждения по обеспечению сервиса.

В заключение следует отметить, что динамичность изменения экономической ситуации, действующего законодательства и других факторов требует пристального внимания к возможности использования различных схем организации деятельности своего учреждения. Аутсорсинг в ряде случаев может оказаться выгодной для медицинского учреждения формой реализации определенных функций. Однако выявить это могут только четкие экономические расчеты, другие способы обоснования.



ОБРАТИТЬСЯ В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ С ЗАЯВЛЕНИЕМ, ПРЕДЛОЖЕНИЕМ ИЛИ ЖАЛОБОЙ МОЖНО ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ

→ **Р**оссийский или иностранный гражданин, а также лицо без гражданства вправе обратиться с устным или письменным заявлением (предложением, жалобой) в Минздравсоцразвития России.

Письменные обращения могут передаваться лично, по почте, через официальный сайт Министерства либо по факсимильной связи.

Обращение должно содержать Ф.И.О. гражданина, обратный адрес, суть предложения (заявления, жалобы), личную подпись гражданина и дату написания. В случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.

Обращения рассматриваются в течение 30 дней со дня их регистрации. В случае направления дополнительного запроса срок может быть продлен, но не более чем на 30 дней.

Обращение, не относящееся к компетенции Министерства, передается по подведомственности в другой орган.

Не подлежат рассмотрению анонимные обращения, а также обращения, в которых содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения и угрозы. Отказ последует и в том случае, если текст обращения не поддается прочтению, а также если в обращении обжалуется судебное решение или в нем содержится вопрос, на который уже многократно давались письменные ответы.

Содержание устного обращения заносится в карточку личного приема гражданина. Если изложенные факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ может быть дан устно в ходе личного приема. В остальных случаях дается письменный ответ.

Граждане приглашаются на личный прием в порядке очереди. На личном приеме заявитель должен предъявить свой паспорт.

Источник: Сайт МЗСР

«ЧЕРНЫЙ СПИСОК» ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КОМПАНИЙ

→ **Ф**едеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития составила очередной рейтинг отечественных и зарубежных лидеров среди фармацевтических производителей. На этот раз речь идет об объемах недоброкачественной продукции за первое полугодие 2009 года, сообщает пресс-служба Росздравнадзора. Чаще других подделывали дешевые парацетамол и ацетилсалициловую кислоту и более дорогие нифепидин и преднизол. Основной причиной браковки этих лекарств стало отсутствие у производителей документов на их производство.

Источник: Infox.ru





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



Руководство нашей области планирует запретить платные медицинские услуги под лозунгом обеспечения 100%-ного финансирования учреждений здравоохранения. Лишь кризис отложил реализацию этих планов. Каковы критерии 100%-ного финансирования?

Иначе, как уловкой, такое решение назвать трудно. Во-первых, 100%-ное бюджетное финансирование (за исключением финансирования отдельных служб) не может обеспечить ни одна страна в мире. Имеется в виду, что ни одно государство не может выделить средства, обеспечивающие оказание бесплатной медицинской помощи с применением самых современных технологий, медикаментов и т.д. Во-вторых, под 100%-ным финансированием у нас обычно понимают 100%-ное обеспечение заработной платой (исходя из весьма скромных окладов и нередко усеченных штатных расписаний), медикаментами, продуктами питания в расчете на 1 койко-день и т.д. по самим же регионом установленным нормативам (далеким от реальной потребности) и т.п. В-третьих, уж если и говорить об отказе от платных услуг, то как минимум нужно компенсировать учреждению потерю доходов (направлявшихся на дополнительную оплату труда, ремонты и т.д.) от платных услуг при их запрете.

Добавим, что и сам запрет не будет легитимным.



Насколько вероятен запрет платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях? Кто это может сделать? В какой форме?

Конечно, нельзя полностью отрицать возможности запрета на оказание платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях. В последнее время на разных уровнях этот вопрос поднимается все чаще. Тем не менее, нужно отметить следующее. В свете нынешнего разделения полномочий между различными уровнями государственной (на федеральном и региональном уровнях) и муниципальной власти тотальный запрет оказания платных услуг маловероятен. Так, отраслевые федеральные органы исполнительной власти в рамках выделенных им полномочий могут прини-



мать решения только в отношении федеральных учреждений здравоохранения. Например, Минздравсоцразвития России не имеет полномочий запретить оказание платных медицинских услуг в областных или муниципальных учреждениях здравоохранения. Да, и в отношении подведомственных ему тоже. Имеется в виду, что Министерство не может просто запретить оказывать платные медицинские услуги подведомственным учреждениям — оно может лишь не выдать специальное разрешение на оказание платных медицинских услуг. Но может сделать это только мотивированно — при непредставлении необходимых документов и т.д. При устранении нарушений учреждение имеет право претендовать на получение специального разрешения.

Реально вмешаться в этот вопрос оказания платных медицинских услуг может только Правительство РФ. Однако его позиция в этом отношении достаточно взвешенная. 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: «Следует расширить финансово-хозяйственную самостоятельность и повысить прозрачность деятельности организаций здравоохранения. В частности, легализации платежей граждан за оказание медицинских услуг будет способствовать снятие ограничений по доле платных услуг в общем объеме доходов учреждений здравоохранения, конкретизация Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и определение перечня услуг, оказываемых за плату».



Администрация нашего региона вынашивает планы запретить работникам бюджетных медицинских учреждений работать по совместительству в частных медицинских организациях. Насколько законным будет такое решение? Есть ли где-нибудь еще подобный опыт?

Конечно же, такое решение будет незаконным, нарушающим действующее трудовое законодательство. Медицинские работники имеют право работать по совместительству в частных медицинских организациях. Так, статья 60.1. Трудового кодекса РФ (ТК РФ) гласит: «Работник имеет право заключать трудовые договоры о выполнении в свободное от основной работы время другой регулярной оплачиваемой работы у того же работодателя (внутреннее совместительство) и (или) у другого работодателя (внешнее совместительство)»

Статья 282 ТК РФ определяет, что заключение трудовых договоров о работе по совместительству допускается с неограниченным числом работодателей, если иное не предусмотрено федеральным законом.

В настоящее время нет федеральных законов, запрещающих совместительство медицинских работников.

Правда, указанная статья содержит еще один пункт, имеющий отношение к медицинским работникам: «Особенности регулирования работы по совместительству для отдельных категорий работников (педагогических, медицинских и фармацевтических работников, работников культуры), помимо особенностей, установленных настоящим Кодексом и иными федеральными законами, могут





устанавливаться в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений».

В целях реализации статьи 282 ТК РФ было издано Постановление Правительства Российской Федерации от 4 апреля 2003 г. № 197 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры», которым установлено, что особенности работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры определяются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации по согласованию с Министерством культуры и массовых коммуникаций Российской Федерации и Министерством образования и науки Российской Федерации и с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

В момент принятия данного постановления эти полномочия касались Министерства труда и социального развития Российской Федерации.

В свою очередь Министерство труда и социального развития Российской Федерации выпустило Постановление от 30 июня 2003 г. № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры», где также нет подобных ограничений.

Кроме того, следует добавить, что запрет медицинским работникам совмещать в частных (коммерческих) медицинских организациях имел бы негативное значение, прежде всего именно для общественного здравоохранения и для населения. Во-первых, встав перед выбором единственного места работы, наиболее квалифицированные работники предпочтут полностью перейти в коммерческие структуры, что ухудшит возможности оказания качественной медицинской помощи бюджетными учреждениями. Во-вторых, лишение возможности совместительства в частных клиниках все же нанесет урон и им из-за того, что они лишатся части кадров (не готовых полностью перейти в коммерческие структуры, но которые готовы были совмещать работу). Это приведет к уменьшению объемов медицинской помощи в коммерческих клиниках, росту цен на платные медицинские услуги. Из-за всего этого значительная часть тех пациентов, которая сейчас лечится в частных клиниках, устремится в бюджетные учреждения, увеличив и без того высокую нагрузку на медицинский персонал и усугубляя бюджетный дефицит.

Подобный печальный опыт имеет, например, Швеция. В свое время там были введены подобные ограничения, что отбросило как общественное, так и частное здравоохранение далеко назад. Запрет на работу по совместительству в частных клиниках был отменен, но Швеция еще долго пожинала плоды необдуманного решения.



От редакции:

Продолжая тему, связанную с платными услугами, публикуем приказ Минздравсоцразвития России, касающийся работы с жалобами со стороны граждан по вопросам взимания денег. Обращают на себя внимание несколько моментов. Во-первых, хотя речь идет о федеральных структурах, проверять-то будут любые учреждения (не только федеральные, но и областные, муниципальные), на которые поступили жалобы. И к этому подключаются федеральные структуры, которые теперь, очевидно, не будут ограничиваться пересылкой жалоб для разбора на места. То есть этот документ имеет отношение ко всем учреждениям. Во-вторых, устанавливаются очень краткие сроки для разбора жалоб. В-третьих, чувствуется весьма серьезный настрой Министерства на борьбу с нарушениями, явное ужесточение в этой сфере. В-четвертых, на закономерный вопрос о том, не является ли это отражением тенденции к сворачиванию платных услуг, отметим, что перспективы платных медицинских услуг во многом зависят от самих медицинских учреждений — от того, насколько они придерживаются действующего законодательства. Чем больше будет выявляться нарушений, тем больше аргументов будет в руках сторонников запрета платных услуг.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

29 июня 2009 г.

№ 377

**О НЕОТЛОЖНЫХ МЕРАХ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГАРАНТИЙ
ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

Приказываю:

1. Установить, что если в личном или письменном обращении граждан в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации содержится информация о нарушениях гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в том числе:

- незаконном взимании врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций денежных средств за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государствен-

ных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее — программа);

- незаконном взимании денежных средств в кассу медицинских организаций за оказание за плату медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной программой;

- взимании денежных средств за предоставление платных медицинских услуг, не предусмотренных программой, на осуществление которых у медицинской организации не имеется специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранением;



• незаконном взимании денежных средств за выдачу справок, направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств и др., Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения, Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения, Департамент высокотехнологичной медицинской помощи, Департамент развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в рамках своей компетенции в 3-дневный срок со дня поступления соответствующей информации готовят проект поручения заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития проверить поступившую от граждан информацию о нарушениях гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

2. Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в недельный срок проверять информацию, указанную в пункте 1 настоящего Приказа, информировать о результатах проверки Министерство, при необходимости в рамках возложенных на Службу полномочий принимать меры по устранению выявленных нарушений гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и предотвращению их

совершения, а также при наличии в действиях проверяемых лиц признаков правонарушений, предусмотренных Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях, либо преступлений, предусмотренных Уголовным кодексом Российской Федерации, незамедлительно информировать об этом соответствующие правоохранительные органы.

3. Департамент, ответственный за рассмотрение информации, указанной в пункте 1 настоящего Приказа, с учетом представленной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития информации при необходимости вносит Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации предложение о привлечении к ответственности руководителей федеральных бюджетных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, допустивших нарушения гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, либо готовит проект письма в адрес иного органа управления здравоохранением, в чьем ведении находится соответствующее медицинское учреждение, допустившее указанные нарушения, с просьбой о принятии соответствующих мер ответственности.

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Министр Т. ГОЛИКОВА



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

КАК ФОРМИРУЕТСЯ ПРОЕКТ ПЕРЕЧНЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 мая 2009 г. № 276н «О порядке формирования проекта перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 мая 2009 г. Регистрационный № 14 020.

Государство регулирует цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства путем регистрации предельных отпускных цен производителей и установления предельных надбавок к ценам.

Закреплен порядок формирования в Минздравсоцразвития России проекта перечня таких лекарственных средств.

Проект составляется ежегодно с учетом структуры наиболее распространенных заболеваний, социально значимых заболеваний, стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций для врачей, а также предложений, рекомендаций и заключений главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития России и органов управления здравоохранением субъектов РФ.

Определены требования к содержанию указанных предложений, рекомендаций и заключений, критерии для включения и (или) исключения лекарства при формировании проекта.

Проект согласовывается с заинтересованными федеральными органами власти и представляется в Правительство РФ.

Кроме того, создана специальная комиссия, которая координирует работу по формированию проекта.

Комиссия запрашивает предложения, рекомендации и заключения (до 15 мая текущего года), проводит их комплексный анализ (до 15 июня текущего года).

ЗА ЦЕНАМИ И АССОРТИМЕНТОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НАБЛЮДАЕТ РОСЗДРАВНАДЗОР

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 27 мая 2009 г. № 01Н-291/09 «О проведении мониторинга доступности лекарственных средств по цене и ассортименту в стационарных лечебно-профилактических и аптечных учреждениях (организациях) Российской Федерации»

Вводится ежемесячный мониторинг цен и ассортимента лекарств в стационарных лечебно-профилактических и аптечных учреждениях. Перечень отслеживаемых лекарственных средств приведен в Приложении.

Также решено организовать ежемесячный мониторинг фармацевтического рынка в регионах. Данные мониторинга будут использованы для подготовки аналитического доклада для Правительства РФ.

Мониторинг проводится территориальными управлениями Росздравнадзора.

Приведены формы для представления данных мониторинга, установлены порядок и сроки их представления.





ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОХОДИТЬ СВОЕВРЕМЕННО И ПОЛНО

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 7 апреля 2009 г. № 19 «О совершенствовании мероприятий по реализации национального календаря профилактических прививок и дополнительной иммунизации населения в Российской Федерации»

Проанализированы проведенные в 2008 г. мероприятия по иммунизации населения.

В целом наблюдается снижение заболеваемости рядом инфекций. Уменьшилось число больных гриппом.

Отмечено, что в 2008 г. не удалось полностью завершить иммунизацию против гепатита В. Привито только 31% от запланированной численности подростков и взрослых 18–55 лет.

Для вакцинации детей против гепатита В в 2009 г. закуплена вакцина из штаммов, циркулирующих на территории России, не содержащая консервант.

Учитывая изложенное, а также в целях дальнейшего совершенствования вакцинопрофилактики региональным властям рекомендуется оказывать поддержку учреждениям здравоохранения в проведении иммунизации населения, выделять дополнительные средства на закупку необходимых лекарственных препаратов. Роспотребнадзору следует контролировать процесс транспортировки вакцин.

ВСЕ ПОСТАВЛЕННЫЕ В РЕГИОН МАШИНЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНЫ ЭКСПЛУАТИРОВАТЬСЯ!

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 24 июня 2009 г. № 01И-345/09 «О проведении камеральных проверок по вопросу использования автомобилей скорой медицинской помощи, полученных в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения»

За I квартал 2009 г. выявлено 25 автомобилей скорой медпомощи, поставленных в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в регионы в 2006–2007 гг., но не введенных в эксплуатацию.

Управлениям Росздравнадзора по Ставропольскому, Приморскому и Хабаровскому краям, Иркутской, Кировской, Пермской и Камчатской областям поручено проверить использование указанного транспорта. Информацию об итогах с указанием причин простоя автомобилей и принятых мерах следует представить в Росздравнадзор до 15 июля 2009 г.

МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАСЧЕТЫ МЕЖДУ ТФОМС ЗА ОКАЗАНИЕ МЕДПОМОЩИ В ОБЪЕМЕ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОМС: ЧТО НОВОГО?

Приказ Федерального фонда ОМС от 8 мая 2009 г. № 97 «Об утверждении инструкции «О порядке проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования, оказанную гражданам в Российской Федерации вне территории страхования»

Обновлен порядок проведения ТФОМС межтерриториальных расчетов за медпомощь в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Межтерриториальные расчеты осуществляются также за медпомощь, оказанную иностранным гражданам и лицам без гражданства, застрахованным в одном из регионов, постоянно или временно проживающим (работающим) в России.



Медпомощь оплачивается, как и ранее, ТФОМС по месту оказания по тарифам, действующим на данной территории.

Оплаченные суммы возмещаются ТФОМС по месту страхования лица. Направляются реестр и счет (формы приводятся в Приложении).

Предусмотрено представление необходимых документов в электронном виде. Это позволяет ускорить проведение межтерриториальных расчетов.

Установлена необходимость проведения медико-экономического контроля полученных документов. Он осуществляется в течение 30 календарных дней. В этот же срок должен быть оплачен счет.

По согласию между фондами оплата счета может быть произведена позже. Причины задержки должны быть обоснованными. К ним относятся нарушения, выявленные при медико-экономическом контроле, несоответствие медуслуг базовой программе, неверно применяемые тарифы и др.

Медпомощь, превышающая объемы базовой программы либо оказываемая за счет средств бюджетов всех уровней, не подлежит межтерриториальным расчетам. Это распространяется и на помощь, предоставленную при несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях.

Определены новые особенности проверки счетов и реестров.

Приказ вступает в силу с 1 июля 2009 г.

ВЫСОКОЗАТРАТНЫЕ НОЗОЛОГИИ: СКОРРЕКТИРОВАН ПОРЯДОК ФЕДЕРАЛЬНОГО УЧЕТА БОЛЬНЫХ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 мая 2009 г. № 255н «О внесении изменений в Приказ Минздравсоцразвития России от 4 апреля 2008 г. № 162н «О порядке ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 19 июня 2009 г. Регистрационный № 14 113.

Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов ведется в целях учета таких больных и оказания им государственной социальной поддержки.

Согласно вносимым изменениям, в регистр теперь будут вноситься сведения о больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (вместо сведений о больных миелолейкозом).

Выдаваемые учреждениями здравоохранения направления на включение в регистр, а также извещения об исключении из него учитываются в отдельном журнале. Установлено, что такой журнал заполняется секретарем врачебной комиссии и подписывается ее председателем. Ранее журнал заполнялся специально уполномоченными работниками медучреждения.

В случае впервые установленного диагноза вышеуказанное направление представляется в региональный орган или ФМБА России не позднее пяти рабочих дней (ранее — трех дней) с момента обращения больного в медучреждение.

Сведения о лекарственных средствах, отпущенных указанным больным, направляются аптечными учреждениями до 10 числа месяца, следующего за отчетным (до этого — не позднее 5 числа).

Скорректированы формы некоторых документов, применяемых в процессе ведения регистра.





ПЕРЕСМОТРЕНО ГОСЗАДАНИЕ НА ОКАЗАНИЕ В 2009 г. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РОССИЙСКИМ ГРАЖДАНАМ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 мая 2009 г. № 251н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2008 г. № 786н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 19 июня 2009 г. Регистрационный № 14 114.

Уточнено госзадание на оказание в 2009 г. высокотехнологичной медицинской помощи российским гражданам за счет ассигнований федерального бюджета.

В новой редакции изложены перечни федеральных и региональных медицинских учреждений, участвующих в выполнении госзадания.

Скорректированы плановые объемы оказания медпомощи в 2009 г.

В частности, увеличено число больных, которым планируется оказать помощь в сфере абдоминальной и сердечно-сосудистой хирургии. Уменьшены показатели госзадания по неврологии, трансплантации, урологии.

Пересмотрены объемы бюджетных ассигнований на выполнение госзадания.

В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ УВЕЛИЧИЛОСЬ ЧИСЛО ГЛАВНЫХ ВНЕШТАТНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 мая 2009 г. № 250 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 ноября 2004 г. № 283 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Дополнена номенклатура главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития России.

В номенклатуру включены колопроктолог, торакальный хирург, ревматолог, гастроэнтеролог, токсиколог, гинеколог детского и юношеского возраста, детские специалисты по офтальмологии, фтизиатрии и инфекционным болезням.

Главный внештатный специалист, в частности, формирует номенклатуру специалистов с высшим, послевузовским, средним медицинским и фармацевтическим образованием, планирует и организует кадровое обеспечение здравоохранения по профильным медицинским специальностям.

ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАН В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОМС РАССМАТРИВАЮТСЯ В СРОК НЕ БОЛЕЕ 60 ДНЕЙ

Письмо Федерального фонда ОМС от 6 мая 2009 г. № 1530/36-3/и «О рекомендациях ФОМС о порядке рассмотрения обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования»

Определены общие правила приема и рассмотрения обращений граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования. Правила носят рекомендательный характер.

В частности, приведены права граждан при обращении, требования к обращениям в письменной форме, порядок их регистрации и сроки рассмотрения, а также порядок личного приема граждан.



В письменном обращении указываются адресат (наименование фонда либо Ф.И.О. или должность получателя), Ф.И.О. подавшего его гражданина, почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ или уведомление о переадресации обращения. Обращение также должно содержать данные о месте жительства, работы или учебы гражданина. В тексте обращения излагается суть предложения, заявления или жалобы, под текстом ставится личная подпись и дата. Для подтверждения своих доводов гражданин может приложить к обращению необходимые документы (возвращаются вместе с ответом).

Все письменные обращения регистрируются в течение 3 дней, на каждом проставляется регистрационный штамп, дата регистрации и регистрационный номер. Срок рассмотрения составляет 30 дней, но может быть продлен еще на 30 дней, если необходимо провести проверку, изучить и потребовать дополнительные материалы и т.п.

Ответ на обращение не дается, если не указаны фамилия гражданина и почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, а также если текст обращения нечитаем. Анонимные сообщения о противоправном деянии направляются в компетентный государственный орган.

При личном приеме допускаются как устные, так и письменные обращения. Если посетитель не может самостоятельно изложить свою просьбу в письменной форме, принимающее лицо обязано оказать ему необходимую помощь. Если устно изложенные факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема. Устные ответы также даются в случае приема обращений по телефону. В остальных случаях ответ дается в письменной форме по существу поставленных вопросов.

МОНИТОРИНГ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ОНЛС И ВЗН: НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 11 июня 2009 г. № 01И-330/09 «О контроле за ходом реализации программы ОНЛС и ВЗН»

Приводятся наиболее типичные ошибки, допускаемые респондентами в рамках проведения мониторинга реализации госпрограмм по обеспечению отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, а также препаратами для лечения высокочастотных нозологий.

Среди таких ошибок неправильное указание временного периода, за который вносится информация; повторный многократный ввод данных (дублирование строк); выбор препаратов, срок действия нормативных документов которых давно истек; выбор упаковок in bulk и «для стационаров».

В связи с этим рекомендуется перейти к автоматической загрузке данных, а также проверить ранее внесенные сведения и исправить ошибки.

Руководителям территориальных управлений Росздравнадзора предписано оказывать органам управления здравоохранением всемерную помощь в сборе и своевременном предоставлении информации, а также установить контроль за достоверностью и своевременностью ее ввода в базу данных.

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ЦЕНТРЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ: ЗАДАЧИ, ПОРЯДОК РАБОТЫ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 июня 2009 г. № 302н «О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федера-





ции 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»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 18 июня 2009 г. Регистрационный № 14 111.

В 2009 г. на базе региональных и местных медучреждений планируется создать центры по формированию здорового образа жизни. Финансирование указанных центров будет осуществляться за счет бюджетов субъектов РФ и субсидий из федерального бюджета.

Установлены требования к организации деятельности центров здоровья.

Центры здоровья функционируют на основании решений региональных органов исполнительной власти. Их основными задачами являются пропаганда здорового образа жизни; обучение медицинских специалистов и граждан эффективным методам профилактики заболеваний; разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья; мониторинг в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни и др.

Руководителем центра здоровья может быть лицо, имеющее высшее медицинское образование и сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Персонал центра формируется из врачей-специалистов, получивших дополнительное профессиональное образование по программам в области формирования здорового образа жизни и медицинской профилактики.

Утвержден перечень оборудования, закупаемого для оснащения центров здоровья, а также перечень специальностей, по которым будет осуществляться подготовка медицинских кадров для этих центров.

Установлена форма соглашения между Минздравсоцразвития России и региональным органом власти о предоставлении субсидий.

УСОВЕРШЕНСТВОВАН ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОВЕРОК МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ, ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОМС

Приказ Федерального фонда ОМС от 7 мая 2009 г. № 96 «О внесении дополнений в Приказ ФОМС от 17.12.1998 № 100 «Об утверждении и введении инструкции «О порядке проведения территориальными фондами ОМС контрольных проверок целевого и рационального использования средств ОМС в медицинских учреждениях, функционирующих в системе ОМС»

Уточнен порядок проведения ТФОМС контрольных проверок целевого и рационального использования средств ОМС в медицинских учреждениях.

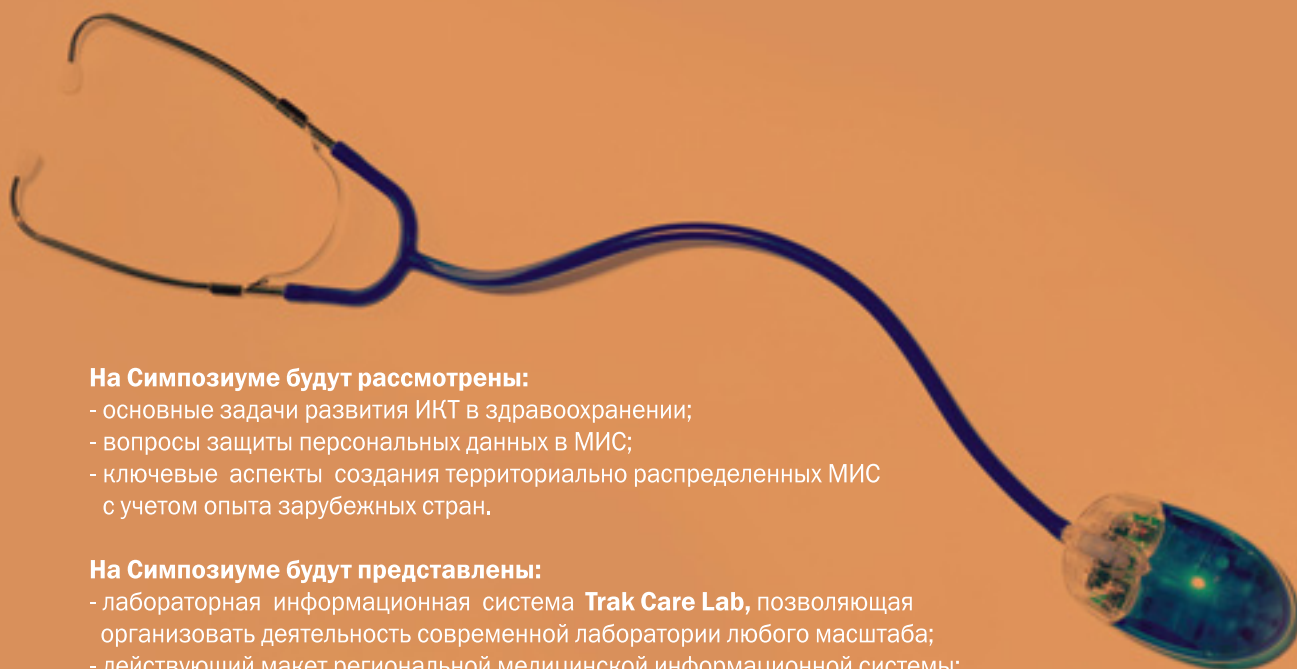
В ходе проверок дополнительно устанавливается наличие договоров между медицинским учреждением и ТФОМС по осуществлению мероприятий по использованию средств федерального бюджета.

Дополнен перечень документов, устанавливающих порядок проведения контрольных проверок и процедуру ведения бухучета в медицинских учреждениях. К ним отнесены законодательные и нормативные правовые акты, регламентирующие осуществление мероприятий, финансируемых из средств федерального бюджета.

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

Мы занимаемся информатизацией здравоохранения более 30 лет.

Реклама



На Симпозиуме будут рассмотрены:

- основные задачи развития ИКТ в здравоохранении;
- вопросы защиты персональных данных в МИС;
- ключевые аспекты создания территориально распределенных МИС с учетом опыта зарубежных стран.

На Симпозиуме будут представлены:

- лабораторная информационная система **Trak Care Lab**, позволяющая организовать деятельность современной лаборатории любого масштаба;
- действующий макет региональной медицинской информационной системы;
- решения партнеров компании **InterSystems**.

Подробная информация о докладчиках и их выступлениях, регистрация на сайте:
www.intersystems.ru

фото: Flickr.com

Компания **InterSystems**
приглашает Вас принять участие в работе конференции
InterSystems Симпозиум – 2009.

Дата: 15 сентября

Место: Москва, Центр Международной Торговли, зал «Ладога»
Краснопресненская наб., 12, под. 7

Время: 10.00 – 18.00

Ждем Вас на нашем мероприятии!

INTERSYSTEMS
Symposium
'09



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