

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№1. 2010



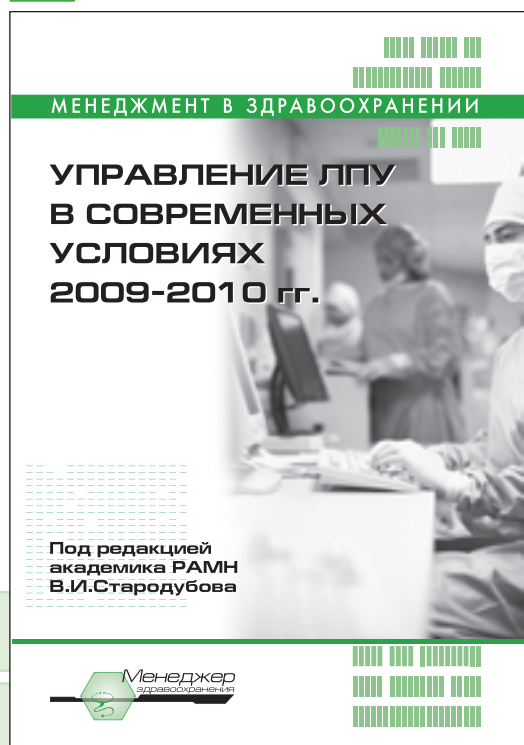
Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



Управление ЛПУ в современных условиях 2009-2010 гг.

Продолжающееся, ежегодно актуализируемое издание

Оглавление:

Раздел 1. Механизмы стабилизации финансового состояния медицинских учреждений.

Новые системы оплаты труда в здравоохранении, и перспективы замены ЕСН на страховые взносы в фонды ОМС, перевод отрасли на одноканальное финансирование через систему ОМС, введение механизмов хозяйственного расчета и «условного фондодержания» — раздел содержит анализ первых результатов апробирования на практике и оценку эффективности различных механизмов стабилизации финансового состояния медицинских учреждений.

Раздел 2. Платные услуги в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения

В разделе даны экспертные оценки конституционности платных медицинских услуг, предложены ответы на вопросы, иско-

ренимы ли причины, вызывающие необходимость оказания платных услуг и как возможные запреты скажутся на финансовом положении медицинских учреждений.

Раздел 3. Аутсорсинг как форма взаимодействия бюджетных медицинских учреждений со сторонними организациями

В разделе публикуются консультации экспертов, разъясняющие суть аутсорсинга в здравоохранении, примеры практического применения аутсорсинга, методические рекомендации о порядке выведения обеспечивающих функций органов исполнительной власти и бюджетных учреждений на аутсорсинг, методика расчетов целесообразности перевода отдельных функций на аутсорсинг и расчеты на примерах конкретных бюджетных учреждений.

Раздел 4. Обеспечение населения Российской Федерации специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощью

Предложен анализ новых тенденций и организационных мероприятий в вопросах обеспечения населения РФ высокотехнологичной медицинской помощью для комплексного структурного анализа деятельности больничных учреждений и их ресурсного обеспечения, а также для решения задач повышения медицинской и социальной эффективности систем здравоохранения регионов.

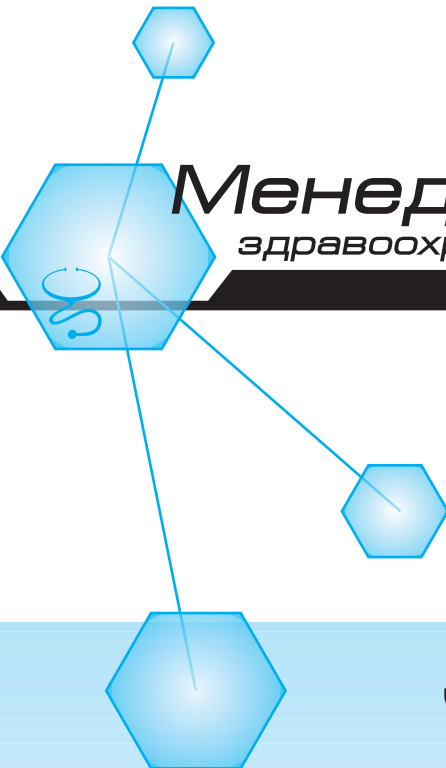
Раздел 5. Информатизация ЛПУ

Создание государственной информационной системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи гражданам, типовое программное обеспечение ЛПУ, правоприменительная практика в здравоохранении Федерального закона от 27.07.2006 № 152 ФЗ «О персональных данных» (далее — ФЗ № 152) — эти три актуальных вопроса информатизации ЛПУ в 2009–2010 гг. предмет рассмотрения настоящего отдела.

Раздел 6. Антикризисное управление в здравоохранении

В разделе рассматриваются такие элементы антикризисных мероприятий, как оптимизация затрат на оплату труда, приобретение медикаментов, перевязочных средств и других расходных материалов, организация и финансирование обновления основных фондов здравоохранения.

По вопросам приобретения обращаться: (495) 618-07-92, idmz@mednet.ru



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ Оценка эффективности программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи
- ✓ Регламентация деятельности государственных органов по организации оказания платных медицинских услуг
- ✓ Система технического обслуживания учреждений здравоохранения
- ✓ Выбор медицинской информационной системы: анализ типовых ошибок
- ✓ Новые медицинские технологии: проблемы разработки и внедрения
- ✓ Идеология, содержание и целеполагание первичной медицинской профилактики
- ✓ Дистанционные технологии социального и медицинского обслуживания пожилых людей

Менеджер здравоохранения

№ 1
2010

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:

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

Шеф-редактор:

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

Редакционная коллегия:

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

В номере:

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Подведены итоги голосования и определены победители в номинациях
Издательского дома «Менеджер здравоохранения»

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2010

4-5

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

Совершенствование нормативной базы Программы государственных гарантий
оказания населению бесплатной медицинской помощи как условие успешного
решения проблем здравоохранения

В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов,
Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева

6-8

9-19

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Краткий обзор систем оценки эффективности программ медицинской помощи
в условиях программно-целевого управления

С.А. Мартынчик, О.В. Осокина

20-27

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Саморегулирование в системе оказания медицинской помощи

28

Саморегулируемая организация сегодня малопонятна, а значит,
опасна для чиновника...

Интервью с руководителями первой саморегулируемой
организации в здравоохранении

29-37

Саморегулирование: определения и толкования...

38

Региональные инициативы...

Концепция (основные направления) развития саморегулируемых организаций
в Ростовской области на 2009-2011 годы

39-43

Работа над ошибками...

44-45

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Саморегулирование: зарубежный опыт

46

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

К вопросу о необходимости разработки федерального закона «Об обеспечении
качества медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации»

В.И. Перхов

47-55

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

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Закон «О персональных данных»: типовые угрозы для ЛПУ 2010 года...

56–60

КНИЖНАЯ ПОЛКА

Как организовать автоматизированную обработку персональных данных в медицинских учреждениях

61

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

Информационное письмо Администрации города Омска
и Департамента здравоохранения № 01-19/2958
от 3 ноября 2009 г. «Об обеспечении защиты персональных
данных в муниципальных учреждениях здравоохранения
города Омска»

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

62–68

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Федеральный бюджет на 2010 год — зеркало кризиса

Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров

70–76

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров

77–79

СРОЧНО В НОМЕР

Нормативные акты по пожарной безопасности

Ф.Н. Кадыров

80–82

КНИЖНАЯ ПОЛКА

Книги серии «Системы здравоохранения: время перемен»

83

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО

Национальная медицинская палата

Общероссийское объединение медицинских работников

Всероссийский союз организаций пациентов

84–85

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

86–96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Материалы рецензируются редакционной
коллекцией.

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

За содержание рекламы ответственность
несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

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

Главный редактор:

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

Зам. главного редактора:

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

Шеф-редактор:

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

Директор отдела распространения и развития:

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

Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

Л.И. Чекушкина

Подписные индексы:

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

Отпечатано в типографии
ООО «Принт сервис групп»
125438, г. Москва, 2-й Лихачёвский пер., д. 7
тел/факс 797-81-24

© ООО Издательский дом «Менеджер
здравоохранения»



ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ ГОЛОСОВАНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНЫ ПОБЕДИТЕЛИ В НОМИНАЦИЯХ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

На основании подведения итогов голосования членов редколлегии и читателей журнала победителем в номинации **«Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2009 года»** признан



Владимир Иванович Перхов

д.м.н., ведущий научный сотрудник
ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава

*за цикл публикаций по проблемам организации
высокотехнологичной медицинской помощи:*

- Как избавиться от стресса, возникающего при организации высокотехнологичной медицинской помощи (*«Менеджер здравоохранения», 2009, № 1, С. 46–49*).
- Для повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи необходимо преодолеть информационную и управленческую дезинтеграцию (*«Менеджер здравоохранения», 2009, № 9, С. 45–52*).
- Проблемы обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (*«Менеджер здравоохранения», 2009, № 12, С. 4–14*).





Победителями в номинации **«Наиболее оригинальное менеджерское решение в области управления региональным здравоохранением»** признаны



➔ Игорь Сергеевич Кицул

д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей



➔ Дмитрий Валентинович Пивень

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей



за статью *«О возможностях преобразований в деятельности стоматологической службы с позиции саморегулирования»* (*«Менеджер здравоохранения»*, 2009, № 11, С. 4–8) как исключительно нужное, интересное и заслуживающее тиражирования решение.

Редколлегия журнала поздравляет победителей номинаций, благодарит за содержательные публикации и направляет в их адрес дипломы, подписанные главным редактором журнала, академиком В.И. Стародубовым, а также годовую подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2010 год и новые книги серии «Менеджмент в здравоохранении» Издательского дома «МЗ».





С 1 ЯНВАРЯ 2010 ГОДА...



С 1 ЯНВАРЯ 2010 Г. ВСТУПАЕТ В СИЛУ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН № 212-ФЗ «О СТРАХОВЫХ ВЗНОСАХ В ПФ РФ, ФСС РФ, ФФОМС И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ»



Пенсионный фонд, Фонд социального страхования, Фонд обязательного медицинского страхования источником своих средств будут иметь прежде всего страховые взносы от работодателей. Ставка обязательного медицинского страхования в 2010 г. останется на прежнем уровне, но с 2011 г. произойдет ее увеличение с 3,1 до 5,1%.

В Министерстве здравоохранения и социального развития определяются приоритеты, на которые будут направлены эти дополнительные средства. Выделены несколько направлений, например, снижение нагрузки на участкового врача. Сегодня норматив составляет 1800 человек, а в мегаполисах он превышает 2000 человек. Нагрузка на участкового врача должна быть снижена хотя бы до 1500 человек. Второе направление — различные виды ранней диагностики. Третье — диспансеризация, хотя бы раз в три года. Четвертое — переобучение и повышение квалификации медицинских работников. Еще одно направление, которое может быть рассмотрено при определении приоритетов распределения дополнительных средств, — расходные материалы для высокоэффективной диагностики (например, компьютерной томографии).

Впервые при планировании бюджета на 2010 год предусмотрена норма: дотации из федерального фонда ОМС будут выделяться тем регионам, которые ежемесячно, без задержек и в полном объеме выполняют обязательства по платежам. Это должно послужить стимулом для регионов как минимум не снижать объемов финансирования.

В 2009 году бюджеты всех уровней, по оценкам ФФОМС, направили на здравоохранение примерно полтора триллиона рублей. Из них 1,1 триллиона — деньги субъектов и территориальных фондов ОМС, остальное — деньги федерального бюджета, которые идут на содержание федеральных учреждений здравоохранения. Доля системы обязательного медицинского страхования в здравоохранении субъектов в 2009 году составляла порядка 47%. Правительством поставлена задача: к 2012 году 70% средств здравоохранения должно проходить через систему ОМС. Остальные — через бюджеты.

Источник: Интервью руководителя ФОМС

Андрея Юрина «Российской газете»

Федеральный выпуск № 5045 (221) от 23 ноября 2009 г.



С 1 ЯНВАРЯ ПАЦИЕНТ СМОЖЕТ ВЫБИРАТЬ КЛИНИКУ, ДАЖЕ ЕСЛИ ОНА НАХОДИТСЯ В ДРУГОМ РЕГИОНЕ



Об этом сообщил директор Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России Владимир Зеленский, отвечая на вопросы читателей «Российской газеты». «С 2010 года начнет действовать поря-



док межтерриториальных расчетов. Пациент вместе с врачом или даже самостоятельно может выбрать медицинское учреждение, где оказывают необходимый ему вид помощи. Врач пишет направление, и, даже если эта клиника находится в другом регионе, человек с ней связывается, приезжает, ему делают операцию. Смысл в том, что, если в каком-то регионе нет возможности организовать специализированную медпомощь на своей территории, придется ее оплачивать там, где людям ее будут оказывать. Когда система межтерриториальных расчетов начнет действовать в нормальном режиме, причин для отказов просто не будет, потому что за каждого пациента клиника будет получать реальные деньги».

Источник: Российская газета



К 1 ЯНВАРЯ 2010 ГОДА УТВЕРЖДЕНО 35 ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



«В порядке описываются все этапы лечения», — пояснила заместитель Министра здравоохранения и социального развития Вероника Скворцова. «Сегодня, например, пневмонию в районной, городской больнице или московской клинике лечат абсолютно по-разному, и результаты соответственно сильно различаются. На самом деле так не должно быть, качество оказания медпомощи должно быть везде одинаковым. Аккредитовывать медучреждения будут в соответствии с этими порядками. Если больница не способна оказать медпомощь при конкретном заболевании по всем правилам, значит, она и не будет иметь право это делать, и пациенты будут направляться к тем врачам, у которых это право будет», — подчеркнула В. Скворцова. Параллельно разрабатываются стандарты оказания медпомощи. В них описано, какими лекарствами лечить пациента и их стоимость.

Источник: www.medvestnik.ru



С 1 ЯНВАРЯ РОСЗДРАВНАДЗОР ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ПЕРЕХОД НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ



Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 октября текущего года утвержден План перехода федеральных органов исполнительной власти на предоставление государственных услуг и исполнение государственных функций в электронном виде, включающий 74 государственные услуги.

Государственные функции Росздравнадзора, подлежащие переводу:

- регистрация изделий медицинского назначения, предоставление информации о зарегистрированных изделиях медицинского назначения;
- регистрация лекарственных средств, предоставление информации о зарегистрированных лекарственных средствах, об организациях, имеющих лицензии;
- лицензирование фармацевтической деятельности, предоставление информации, об организациях имеющих лицензии;





- лицензирование деятельности по производству лекарственных средств, предоставление информации об организациях, имеющих лицензии;
- лицензирование деятельности по производству медицинской техники;
- лицензирование деятельности по техническому обслуживанию медицинской техники, предоставление информации об организациях, имеющих лицензии;
- лицензирование деятельности по изготовлению протезно-ортопедических изделий по заказам граждан, предоставление информации об организациях, имеющих лицензии;
- лицензирование медицинской деятельности, предоставление информации об организациях, имеющих лицензии.

На официальном сайте Росздравнадзора реализовано ежедневное обновление информации в базе данных единого реестра лицензий, размещение информации о зарегистрированных лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, предоставление информации заявителям и соискателям лицензий о ходе рассмотрения поданных документов на регистрацию лекарственных средств и лицензирование фармацевтической деятельности.

Источник: Доклад заместителя руководителя Межрегионального информационно-аналитического управления Росздравнадзора К.Г. Поспелова «Направления развития информационной системы Росздравнадзора для предоставления первоочередных и массовых общественно значимых государственных функций в электронном виде».



С 1 ЯНВАРЯ 2010 г. НА 1 ЯНВАРЯ 2011 г. ПЕРЕНОСИТСЯ СРОК ПРИВЕДЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В СООТВЕТСТВИЕ С ЗАКОНОМ «О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ»



По оценкам директора Департамента информатизации Минздравсоцразвития России О.А. Симакова, на перевод медицинских систем в соответствие с требованиями 152-ФЗ потребуется не менее 15 млрд. рублей. «Мы всячески стараемся облегчить финансовую нагрузку, которая возникнет у ЛПУ в связи с 152-ФЗ, но сегодня нет ни одной МИС, полностью удовлетворяющей требованиям этого закона. Все финансовые затраты на это мероприятие ложатся на организацию. Ни средств, ни полномочий для создания новых специализирующихся на обеспечении соответствия закону организаций нет».

Собственный корреспондент «МЗ»



В.И. Стародубов,

д.м.н., профессор

В.О. Флек,

д.м.н., профессор

И.М. Сон,

д.м.н., профессор

С.А. Леонов,

д.м.н., профессор

Э.Н. Матвеев,

к.м.н.

М.Н. Бантьева,

ФГУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России, г. Москва

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ НАСЕЛЕНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК УСЛОВИЕ УСПЕШНОГО РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проект Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года определены приоритетные задачи повышения качества и обеспечения доступности медицинской помощи, гарантированной населению РФ, на основе конкретизации государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. В частности, это касается объемов помощи в части их видов, порядка и условий предоставления.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (ПГГ) на 2009 год, утвержденная Постановлением Правительства РФ от 05.12.08 № 013, является сегодня основополагающим документом, позволяющим обеспечить сбалансированность обязательств государства по предоставлению населению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет всех государственных источников финансирования: бюджетов всех уровней (муниципального, субъекта Российской Федерации, федерального) и средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Базовая программа ОМС является составной частью ПГГ.

Постановлением Правительства Российской Федерации ежегодно утверждаются нормативы объемов и стоимости единицы объема медицинской помощи (посещений, койко-дней, пациенто-дней, вызовов скорой помощи) и подушевые нормативы ее финансового обеспечения. В частности, Постановлением Правительства Российской Федерации (от 02.10.09 № 811) на 2010 год внесены некоторые коррективы в объемы медицин-



ской помощи, которые были учтены нами при разработке проекта нормативной базы ПГГ.

На основе ПГГ в субъектах Российской Федерации формируются территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (ТПГГ) путем адаптации федеральных и разработки территориальных нормативов с учетом региональных особенностей заболеваемости населения региона и его медико-демографических характеристик. Показатели ТПГГ становятся основой для проведения реструктуризации системы оказания медицинской помощи по интенсивности лечебно-диагностического процесса, формирования региональной модели сети учреждений здравоохранения.

Требуются дальнейшее развитие (уточнение) объемов помощи, устранение существующих проблем и недостатков, введение новых показателей в систему нормативных показателей ПГГ и переоценка роли прежних.

Анализ показывает, что за период своего 10-летнего существования нормативная база ПГГ не учитывала в полной мере тенденции изменений возрастного состава, заболеваемости населения, специализации медицинской помощи. Так, после включения в состав детского населения подростков каких-либо изменений в повозрастные объемные показатели нормативной базы внесено не было. Показатель, рассчитанный на возрастную группу 0–14 лет, был неправомерно распространен на вновь сформированную возрастную группу (0–17 лет).

Недостатком действующей ПГГ является отсутствие согласованности между перечнем врачебных специальностей, представленных в информационных письмах, и рекомендаций к Программе и перечнем должностей в амбулаторной сети учреждений здравоохранения, в результате чего из ПГГ выпало около десятка врачебных специальностей по поликлиническому разделу помощи (гастроэнтерология, пульмонология, нефрология, гематология, травматология, нейрохирургия,

челюстно-лицевая хирургия, проктология, сердечно-сосудистая хирургия).

Требуется также переоценка роли показателя койко-дней в системе нормативной базы ПГГ. Представляется необходимым избрать в качестве нормативного показателя объема стационарной помощи случай госпитализации. Показатель койко-дня (пациенто-дня), с нашей точки зрения, следует использовать только в качестве показателя, необходимого для планирования ресурсов и оценки их использования. Для оплаты же медицинской помощи следует шире использовать не койко-день, а случай госпитализации, и это позволит достигнуть оптимального уровня длительности пребывания больного пациента на больничной койке.

Нормативная база ПГГ имеет большое значение для управления системой здравоохранения. Роль ПГГ велика при решении ряда актуальных проблем здравоохранения: высокой предотвратимой смертности населения, особенно от болезней системы кровообращения, материнской и младенческой смертности; доли смертей в течение первого года после установления диагноза онкологических заболеваний и беспрецедентно высокой смертности от внешних причин, а также значительного роста заболеваемости населения. Особенно тревожен рост осложнений беременности, родов и послеродового периода. Высокий уровень инвалидизации населения как следствие недостаточного медико-организационного и ресурсного обеспечения этой проблемы.

Несомненно, что эти неблагоприятные тенденции в здоровье населения обусловлены в значительной мере недостатками в организации медицинской помощи населению и недостаточной проработанностью системы нормативного, а также правового обеспечения функционирования системы здравоохранения, адекватного финансового обеспечения.

Таким образом, для решения проблем, стоящих перед системой здравоохранения,



требуются ее переход на современные медико-организационные модели оказания медицинской помощи, инновационное развитие системы в целом, внедрение ресурсосберегающих технологий, что предполагает формирование прогрессивной нормативной базы, адекватной поставленным задачам. Нормативы должны стать действенным средством управления системой в условиях ограниченных ресурсов.

При уточнении нормативов объемов медицинской помощи был использован комплекс современных методов: статистический, структурного анализа по методу компонентов, штатно-нормативный, балансовый, экспертный, экстраполяции, моделирования. В качестве баз исследования были избраны территории: Чувашская Республика, Самарская, Калининградская области, Московская область.

Специальное углубленное изучение по данным обращаемости населения за медицинской помощью: частоты госпитализации и посещаемости населения по уровням оказания медицинской помощи (муниципальном, межмуниципальном, областном, федеральном), было проведено на базе нескольких муниципальных образований Московской области (Коломенский, Ступинский, Люберецкий, Мытищинский районы, г. Ивантеевка). Была проведена экспертиза первичной медицинской документации по разным врачебным специальностям с целью оценки обоснованности госпитализации, выявления потребности в развитии специализированных видов помощи, возможностей использования ресурсосберегающих технологий и развития медико-социальной помощи детям и взрослым, полноты предоставляемой помощи на амбулаторном приеме.

Исходным элементом разработки нормативов потребности населения в медицинской помощи является анализ динамики заболеваемости населения.

Проведенный ретроспективный анализ частоты общей заболеваемости населения РФ за период с 2000 по 2008 годы выявил тенденцию к росту на 19% (2000 год —

1317,5; 2008 год — 1561,5 на 1000 населения), при этом прирост заболеваемости детей за тот же период составил 25%, взрослых — 19%.

Заболеваемость новообразованиями выросла на 26%, в основном за счет детского населения (на 69%). Прирост болезней крови и кроветворных органов составил 20%. Заболеваемость болезнями эндокринной системы также выросла в 1,5 раза, болезней нервной системы выросла на 26% (в основном за счет роста заболеваемости детей — на 47%).

Тенденция к значительному росту отмечается в классе болезней системы кровообращения — в 2 раза, причем как у взрослых, так и у детей. Вырос уровень заболеваемости болезнями органов пищеварения. Заболеваемость болезнями мочеполовой системы выросла в основном за счет взрослого населения (на 36%).

Осложнения беременности, родов и послеродового периода возросли на 46%, при этом у детей — на 43%, у взрослых — на 39%.

Рост врожденных пороков развития составил: всего — на 32%, у детей — на 63%, у взрослых — на 15%. Врожденные аномалии системы кровообращения возросли у детей за вышеназванный период на 86%. Травмы, отравления и другие увеличились за период 2000–2008 гг. на 7%, при этом среди детского населения — на 20%, среди взрослого — на 4% (таблица 1).

Выявленные тенденции были учтены нами при формировании объемов помощи в разрезе врачебных специальностей.

Ретроспективный анализ статистических данных об объемах медицинской помощи по РФ за 2000–2008 годы выявил рост показателей частоты госпитализации детского (на 31%), взрослого населения (на 8%); посещаемости всего населения (на 5%). При этом по отдельным специальностям рост показателей оказался весьма значительным.

Проведенные научные разработки позволили на научной основе уточнить показатели





Таблица 1

**Динамика общей заболеваемости населения в Российской Федерации
в разных возрастных группах населения за 2000–2008 годы**

Наименование классов, групп и отдельных заболеваний	Число зарегистрированных заболеваний (на 1000 соот- ветствующего населения)				Темпы роста заболеваемости (в %)			
	2000 г.	2005 г.	2007 г.	2008 г.	2005 г. к 2000 г.	2007 г. к 2005 г.	2008 г. к 2007 г.	2008 г. к 2000 г.
Всего зарегистрированных заболеваний								
Дети (0–17)	1788	2077	2260	2354	116	109	104	132
Взрослые (18+)	1177	1303	1377	1389	110	105	100	118
Все население	1316	1464	1543	1562	111	106	101	119
В том числе по отдельным классам и группам болезней								
Новообразования	30,7	35,4	37,0	38,5	115	105	104	125
Болезни крови и кроветворных органов	8,8	10,9	12,7	12,6	124	117	99	144
Болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ	38,2	48,0	55,6	57,6	126	116	104	151
сахарный диабет	14,2	17,7	20,1	21,3	125	114	106	150
Болезни нервной системы	44,9	49,6	54,4	56,4	110	110	104	126
Болезни системы кровообращения	138,4	194,2	215,2	220,5	140	111	102	159
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	34,7	62,6	76,0	80,3	181	121	106	231
Болезни органов пищеварения	106,0	113,0	112,8	113,6	107	100	101	107
функциональные расстройства желудка	1,2	1,8	2,0	4,4	150	111	214	367
болезни поджелудочной железы	3,6	5,8	6,7	6,9	162	116	104	192
Болезни костно-мышечной систе- мы и соединительной ткани	87,7	110,1	121,7	125,0	126	110	103	143
артрозы	10,9	18,7	22,0	22,7	171	118	103	208
Болезни мочеполовой системы	79,1	98,6	107,4	109,0	125	109	102	138
болезни предстательной железы	4,4	6,5	7,6	7,9	149	117	104	180
Доброкачественная дисплазия и другие болезни молочных желез	2,2	3,8	4,6	4,9	173	121	106	223
Беременность, роды и послеро- довой период	17,2	21,6	23,9	25,0	126	111	105	146
Отдельные состояния перинаталь- ного периода	4,6	4,9	4,9	5,0	107	100	103	109
Врожденные аномалии и пороки развития	5,2	6,2	6,6	6,9	118	106	104	132
Несчастные случаи, отравления и травмы	87,7	91,5	93,7	93,6	104	102	100	107



объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи в рамках ППГ, включая дневные стационары всех типов: частоты госпитализации, посещаемости и поступлений в дневные стационары (ДС) детского и взрослого населения, обосновать рациональную этапность в оказании медицинской помощи.

Структурный анализ амбулаторных объемных нормативных показателей действующей ППГ выявил серьезные диспропорции: резкое отставание по ряду специальностей от достигнутого уровня помощи в действующей сети, в развитии отдельных специальностей (таблица 2). Проблемной оказалась ситуация с амбулаторной посещаемостью. Объемные нормативные показатели по педиатрии и терапии, соответственно 1014,3 и 2127,3 на 1000 населения (2008 год), не соответствуют потребности населения в объемах помощи и штатно-нормативным установкам по этим специальностям. Действующие нормативы посещаемости педиатров ниже фактических показателей (на 30%).

Что касается нормативных показателей по терапии, то объемные показатели (2127 посещений на 1000 населения) оказались также занижены.

Рассчитанные на основе этих объемов показатели обеспеченности должностями врачей-терапевтов (через функцию врачебной должности) оказались на 15% ниже штатных нормативов. Предложен норматив по терапии в количестве 2348 посещений (таблица 2).

Обращает на себя внимание неоправданно высокий уровень действующего норматива посещаемости стоматолога. При фактической частоте посещений на уровне 919 на 1000 населения (по отчетным данным РФ за 2008 год) норматив по стоматологии представлен показателем в 1572 посещения. Причина в том, что в состав показателя изначально неправомерно было включено расчетное число посещений по ортодонтии и зубопротезированию.

Нормативное число посещений установлено в проекте норматив ППГ на уровне 9500

посещений на 1000 населения, отдельно для детей и взрослых. Объемы деятельности врачей общей практики включены в показатели по врачебным специальностям, при необходимости блок может быть выделен в качестве самостоятельной расчетной системы.

Разработанные нормативы для стационарной помощи реализуют возможность более эффективного использования дорогостоящих специализированных коек областного уровня за счет формирования межрайонных центров, расширения дневных стационаров и коек медико-социальной помощи (сестринского ухода), а также отделений (коек) для долечивания больных на уровне районных систем расселения. Для ДС нормативы разработаны для каждого типа. Применение экспертной оценки позволило выявить случаи необоснованной госпитализации, что важно с учетом высокой частоты госпитализации в больничные стационары (220 случаев на 1000 населения).

Проект уточненных показателей числа случаев госпитализации Программы государственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи представлен в таблице 3. Норматив составляет 194 случая на 1000 населения в больничные учреждения.

Проект уточненных показателей среднего числа дней пребывания на койке ППГ составляет 14,3 дня для больничных коек и 12,6 дня для ДС.

Проект уточненных показателей числа койко-дней (пациенто-дней) ППГ пребывания на койке ППГ медицинской помощи представлен в таблице 4. Показатель составил 590 койко-дней на 1000 населения, кроме того, для коек сестринского ухода — 172.

Нормативная база ППГ играет важную регулирующую роль. Ее следует рассматривать в качестве инструмента модернизации существующей, как правило, ресурсозатратной, региональной сети учреждений здравоохранения в стране. С учетом дифференциации нормативных показателей по интенсивности лечебно-диагностического





Таблица 2

Проект уточненных показателей числа посещений врача Программы государственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи (на 1000 соответствующего населения)*

Профили врачебных специальностей	Россия 2008	ПГГ 2009	Уточненные нормативы		
	Всего	Всего	Всего	В том числе	
				Дети (0–17 лет)	Взрослые
Кардиология	107	216	127	105	132
Ревматология	24	–	29	11	33
Гастроэнтерология	31	–	28	55	22
Пульмонология	16	–	16	15	16
Эндокринология (т)	188	82	182	93	203
Нефрология (т)	12	–	11	31	7
Гематология	9	–	13	10	13
Аллергология	27	10	27	79	15
Педиатрия (общая)	1449	1014	1324	7001	8
Терапия (общая)	1915	2127	2348	х	2892
Инфекционисты	75	23	75	64	77
Травматология	250	–	250	338	229
Урология	100	100	100	24	118
Нейрохирургия	4	–	11	2	14
Челюстно-лицевая хирургия	2	–	2	2	3
Проктология	8	–	19	0	23
Сердечно-сосудистая хирургия	5	–	6	1	7
Хирургия (общая)	506	824	506	413	528
Онкология	111	0	106	11	128
Акушерство-гинекология	639	665	664	145	785
Отоларингология	389	504	504	734	450
Офтальмология	463	455	454	469	451
Неврология	464	455	456	470	453
Психиатрия	213	289	290	238	302
Наркология	135	138	138	66	154
Фтизиатрия	181	186	185	246	171
Дерматовенерология	356	540	429	388	438
Врачебные кадры	7681	7626	8302	11 012	7673
Стоматология	919	1572	1199	1410	1150
Всего	8600	9198	9500	12 422	8823

* С учетом 100 посещений на 1000 населения Центров здоровья и 300 посещений на 1000 населения среднего медицинского персонала (без посещений ФАП).



Таблица 3

Проект уточненных показателей числа случаев госпитализации Программы государственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи (на 1000 населения соответствующего возраста)

Профили коек	Россия, МЗСР РФ 2008 (всего)	ПГГ на 2009г	Уточненные нормативы		
			Дети	Взрослые	Всего
Кардиологические	9,3	6,5	2,2	9,8	8,4
Ревматологические	1,0	0,8	0,3	1,2	1,0
Гастроэнтерологические	2,5	3,3	2,8	2,5	2,5
Пульмонологические	2,8	2,8	2,4	2,8	2,7
Эндокринологические	2,0	1,5	1,4	2,1	2,0
Нефрологические	1,4	1,4	2,9	1,1	1,4
Гематологические	0,9	0,7	1,2	0,9	0,9
Аллергологические	0,5	0,4	1,3	0,3	0,5
Педиатрические (общие)	11,9	12,6	57,5	Х	10,8
Терапевтические (общие)	34,2	24,2	Х	28,8	23,4
Инфекционные	15,5	15,0	48,6	7,8	15,5
Патология новорожденных	1,2	1,2	6,6	Х	1,2
Травматологические	8,1	6,5	6,4	7,8	7,5
Ортопедические	1,3	1,2	2,1	1,1	1,3
Урологические	5,2	4,1	3,3	4,5	4,3
Нейрохирургические	2,8	2,0	2,3	2,9	2,8
Ожоговые	0,4	0,4	0,7	0,3	0,4
Челюстно-лицевой хирургии	1,4	1,1	1,7	1,3	1,4
Торакальной хирургии	0,6	0,5	0,4	0,7	0,6
Проктологические	0,7	0,6	0,1	0,9	0,7
Кардиохирургические	0,7	0,3	0,5	0,8	0,7
Сосудистой хирургии	1,2	0,6	0,2	1,3	1,1
Хирургические (общие)	27,5	26,5	16,1	24,0	22,6
Онкологические	5,7	6,2	0,7	7,8	6,5
Для беременных и рожениц	9,6	7,8	1,1	11,2	9,3
Патологии беременности	9,7	5,0	0,7	10,6	8,7
Гинекологические	18,9	20,1	2,1	21,6	18,0
Для производства аборт	2,7	5,0	0,3	2,6	2,2
Отоларингологические	5,1	5,7	9,0	4,2	5,1
Офтальмологические	6,2	4,5	4,4	6,6	6,1
Неврологические	12,7	9,5	5,0	11,4	10,2
Психиатрические	5,5	6,0	3,8	5,9	5,5
Наркологические	4,4	4,5	0,2	5,3	4,4
Фтизиатрические	2,0	4,0	0,9	2,3	2,0
Дерматовенерологические	2,2	2,8	2,1	2,2	2,1
ИТОГО	217,9	196,0	191,4	194,3	193,7
Сестринского ухода	1,4	3,0	0,4	3,5	3,0
Всего	220,1	199,0	191,9	197,8	196,7
Дневные стационары					
ДС больниц	14,8	15,7	11,4	16,5	15,6
ДС АПУ	24,5	24,2	23,7	27,1	26,4
Стационар на дому	3,6	5,8	3,5	4,9	4,7
ДС, всего	42,9	45,7	38,6	48,6	46,7



**Проект уточненных показателей числа койко-дней (пациенто-дней)
Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной
медицинской помощи**

Профили коек	Число койко-дней (пациенто-дней) на 1000 населения соответствующего возраста			Структура проведенных дней в разрезе профи- лей коек (мест), %	
	Дети	Взрослые	Всего	Дети	Взрослые
Кардиологические	31	152	130	1,4	4,9
Ревматологические	5	20	17	0,2	0,7
Гастроэнтерологические	39	39	39	1,8	1,3
Пульмонологические	32	45	42	1,5	1,4
Эндокринологические	20	33	30	0,9	1,0
Нефрологические	39	16	20	1,8	0,5
Гематологические	21	15	16	1,0	0,5
Аллергологические	17	4	7	0,8	0,1
Педиатрические	647	X	122	30,0	0,0
Терапевтические	X	377	306	0,0	12,0
Инфекционные	374	81	136	17,3	2,6
Патология новорожденных	118	X	22	5,5	0,0
Травматологические	64	123	112	2,9	3,9
Ортопедические	40	19	23	1,8	0,6
Урологические	34	52	49	1,6	1,7
Нейрохирургические	22	40	36	1,0	1,3
Ожоговые	13	6	7	0,6	0,2
Челюстно-лицевой хирургии	15	14	14	0,7	0,4
Торакальной хирургии	4	13	12	0,2	0,4
Проктологические	1	12	10	0,1	0,4
Кардиохирургические	7	11	10	0,3	0,3
Сосудистой хирургии	3	19	16	0,1	0,6
Хирургические (общие)	121	277	248	5,6	8,8
Онкологические	14	108	90	0,6	3,4
Для беременных и рожениц	9	101	84	0,4	3,2
Патологии беременности	6	101	83	0,3	3,2
Гинекологические	17	189	157	0,8	6,0
Для производства аборт	1	6	5	0,0	0,2
Отоларингологические	71	41	47	3,3	1,3
Офтальмологические	39	63	58	1,8	2,0
Неврологические	73	176	157	3,4	5,6
Психиатрические	124	448	387	5,7	14,3
Наркологические	3	78	64	0,1	2,5
Фтизиатрические	84	210	186	3,9	6,7
Дерматовенерологические	36	39	38	1,7	1,2
ИТОГО	2143	2927	2780	99,2	93,4
Сестринского ухода	17	208	172	0,8	6,6
Всего	2160	3135	2952	100,0	100,0
Дневные стационары					
ДС больниц	125	202	188	X	X
ДС АПУ	372	342	348	X	X
Стационар на дому	37	58	54	X	X
ДС, всего	534	602	590		



Таблица 5

Распределение по уровням оказания стационарной круглосуточной помощи взрослому населению (в % к итогу)

Профили врачебных специальностей	Уровни организации					
	Муниципальный		Межмуниципальный	Субъекта РФ	Федеральный	Итого
	Основные	Специализированные				
Амбулаторная помощь детям						
Все врачебные профили	63	20	6	5	6	100
В том числе:						
Педиатрия и инфекционные болезни	93	1	0	2	4	100
Узкая специализация — педиатрия	0	30	9	44	17	100
Хирургия (общая)	0	84	10	5	1	100
Узкая специализация — хирургия	0	53	33	10	4	100
Онкология	0	0	0	48	52	100
Акушерство-гинекология	0	88	11	1	0	100
Амбулаторная помощь взрослым						
Все врачебные профили	53	36	3	6	2	100
Терапия (общая)	98	0	0	2	0	100
Инфекционные болезни	0	95	5	0	0	100
Узкая специализация — терапия	0	43	0	29	28	100
Хирургия (общая)	0	96	0	2	2	100
Узкая специализация — хирургия	0	75	0	22	3	100
Онкология	0	87	0	4	9	100
Акушерство-гинекология	93	0	0	7	0	100
Стационарная помощь детям						
Все врачебные профили	39	44	7	9	1	100
В том числе:						
Общая терапия	98	0	0	2	0	100
Инфекционные болезни	88	0	10	2	0	100
Узкая специализация — педиатрия	0	36	36	20	8	100
Хирургия (чистая)	100	0	0	0	0	100
Узкая специализация — хирургия	0	62	5	33	0	100
Онкология	0	65	0	29	0	94
Акушерство-гинекология	26	0	57	17	0	100
Стационарная помощь взрослым						
Все врачебные профили	47	27	14	11	0	100
В том числе:						
Общая терапия	98	0	0	2	0	100
Инфекционные болезни	88	0	10	2	0	100
Узкая специализация — терапия	0	91	0	8	1	100
Хирургия (чистая)	84	0	10	6	0	100
Узкая специализация — хирургия	34	0	25	40	1	100
Онкология	0	0	92	7	1	100
Акушерство-гинекология	77	0	16	7	0	100





процесса и уровням (этапам, порядку) оказания медицинской помощи прогрессивные нормативы становятся мощным средством повышения эффективности использования имеющихся в регионах ресурсов.

В таблице 5 представлены предложения по распределению объемов стационарной и амбулаторной помощи (детей и взрослых) по этапам организации.

Таким образом, представленный проект нормативов ПГГ предлагает дальнейшее развитие нормативной базы ПГГ на основе научного обоснования потребности населения в медицинской помощи по материалам специально проведенного исследования.

Устранены выявленные структурные диспропорции в действующей нормативной базе, вновь разработаны нормативы для 11 специальностей терапевтического и хирургического профилей, объемные показатели проекта ПГГ представлены в расчете на детское и взрослое население.

Выводы

1. Выраженные тенденции к росту уровня заболеваемости, показателей госпитализа-

ции и посещений врачей поставили вопрос об углублении реструктуризации отрасли на основе расширения объемов помощи на амбулаторном уровне (ДС, центры амбулаторной хирургии, центры здоровья).

2. Выявленные диспропорции в структуре врачебных специальностей ПГГ потребовали существенного уточнения нормативных объемов по отдельным профилям.

3. Дифференциация нормативов по интенсивности лечебно-диагностического процесса, по уровням иерархии оказания медицинской помощи позволит использовать обновленные нормативы для разработки сбалансированных территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и проведения на этой базе рациональных многоуровневых региональных моделей сети учреждений здравоохранения.

4. Разработка нормативов частоты госпитализации детского и взрослого населения позволяет в значительной мере более эффективно использовать государственные ресурсы здравоохранения.



Литература

1. Алексеев Н.А. Анализ эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений//Здравоохранение Российской Федерации. — 2004. — № 5.
2. Дементьев А.И. Научное обоснование эффективности использования коечного фонда центральных районных больниц//Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — 2002.
3. Злобин А.Н. Социально-гигиеническое обоснование потребности населения пожилого и старческого возраста в медико-социальной помощи//Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — 1996.
4. Коротков Ю.А. Научные основы реформирования первичного звена здравоохранения на принципах общей врачебной/семейной практики//Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. — 1999.
5. Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс//Проблемы управления здравоохранением. — 2005. — №4.
6. Леонов С.А., Матвеев Э.Н. Проблемы нормативной базы Программы государственных гарантий на современном этапе развития здравоохранения//Здравоохранение Российской Федерации. — 2009. — № 3. — С. 14–16.



7. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 2000 год (Минздрав России, ФФОМС, Минфин России, 2000).
8. Методические указания «Дифференцированные нормативы медицинской помощи населению и ресурсного обеспечения здравоохранения» (Минздрав России, ЦНИИОИЗ, 1999).
9. «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год»//Совместное письмо Минздравсоцразвития и ФФ ОМС от 22 августа 2005 года № 4076-ВС, № 3986/40-З/и.
10. Постановление о Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год от 26.11.04, № 690.
11. Постановление Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 года № 811 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год»
12. Роговой М.А. Методические вопросы нормирования труда медицинского персонала и особенности проектирования штатных нормативов городских больниц для долечивания, поликлиник и больниц восстановительного лечения//В сб. статей. ВНИИСГОЗ им. Н.А.Семашко. — Москва, 1981.
13. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. — М.: Медицина, 2007. — 261 с.
14. Флек В.О. Финансирование здравоохранения: проблемы и перспективы. — Москва, 2005. — 156 с.
15. Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда ОМС о формировании и реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2009 году. № 10 407 от 31 декабря 2008 года.

Здравоохранение-2010



Признан утратившим силу приказ Минздравсоцразвития России, определивший меры оперативного реагирования на обращения граждан о нарушениях гарантий оказания бесплатной медпомощи. Речь идет, в частности, о рассмотрении сведений о незаконном взимании денежных средств врачами или в кассу медорганизаций.

В настоящее время соответствующие нормы закреплены в Административном регламенте Минздравсоцразвития России о порядке рассмотрения обращений граждан.

*Источник: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 2 декабря 2009 г. № 937
«О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2009 г. № 377
«О неотложных мерах по обеспечению гарантий оказания
гражданам бесплатной медицинской помощи»*



С. А. Мартынчик,

заведующая лабораторией проблем эффективности в здравоохранении НИИ
общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова

О.В. Осокина,

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

КРАТКИЙ ОБЗОР СИСТЕМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОГО УПРАВЛЕНИЯ

Введение

Управление программами медицинской помощи, ориентированное на результат¹ (программно-целевое управление), рассматривается как новое государственное управление, которое включает ожидания потребителей в отношении прозрачности использования ресурсов, контроль государственных расходов и новые методы государственного регулирования [8].

Программно-целевое управление включает такие аспекты, как измерение показателей деятельности от вводимых ресурсов до конечных результатов программы.

Области анализа результатов программы:

1. Качество медицинской помощи.
2. Удовлетворение нужд и запросов населения.
3. Введение инноваций и развитие деятельности.
4. Результативность и экономическая эффективность.

Проблемой внедрения методов управления программой по результатам являются отсутствие моделей управления по результатам² с принятием ресурсных решений, единых стандартов качества³, обилие различного рода индикаторов деятельности⁴ [12].

¹ Управление по результатам (программно-целевое управление) — принцип управления, основанный на обеспечении взаимосвязи целей, результатов и ресурсов на всех стадиях планирования (планирование, реализация и контроль), способствующий наиболее эффективному достижению целей программы.

² Модель и методы управления по результатам — систематические руководства, планирование и контроль, которые применяются к решению всех проблем управления результатом.

³ Стандарты качества — реально достижимый и нормативно утвержденный уровень медицинской помощи. Стандарты устанавливаются на структуру (ресурсы), процесс (технологии) и результаты, относимые на группы пациентов, классифицируемых с учетом исходного состояния и достижения результатов лечения.

⁴ Индикаторы деятельности — показатели, позволяющие оценить текущую деятельность и результаты деятельности (непосредственные, ближайшие, отдаленные).



1. Модели оценки программ медицинской помощи и стратегии международных организаций

К моделям планирования и оценки эффективности программ медицинской помощи относятся: «модель достижения цели», «модель на основе процессного подхода», «нормативная модель рациональных действий», «интегрированная модель организационной деятельности» [2].

Среди специалистов здравоохранения наиболее распространенным подходом к планированию и оценке программ медицинской помощи является «модель достижения цели» [13]. Считается, что каждая программа медицинской помощи реализуется для достижения конкретных целей, от которых зависит система управления. Оценка достижения организацией установленных целей — это прежде всего измерение результатов деятельности. Механизм финансирования или оплаты программы медицинской помощи осуществляется в зависимости от результатов, включая различные стимулы или санкции.

«Модель на основе процессного подхода» — это ориентированное на результат управление с учетом производственных процессов в рамках медицинской организации или системы [9]. Преимущества данной модели: акцент на устойчивости, координации и общем контроле производственных процессов оказания медицинской помощи, рациональности деятельности участвующих субъектов системы.

«Нормативная модель рациональных действий» — это система управления, ориентированная на результат и основанная на нормах, направленная не только на достижение результатов, но и улучшение производственных процессов и структуры [10]. В модели акцент делается на измерение характеристик качества программ здравоохранения и производственных процессов.

«Интегрированная модель организационной деятельности» — это комплексный подход к

организации и управлению программами медицинской помощи на основе устойчивости функционирования и развития деятельности [1].

В модели организационная деятельность в рамках программы медицинской помощи реализуется на основе выполнения различных функций: адаптация к условиям внешней среды, достижение целей, улучшение производственных процессов, сохранение организационных ценностей.

Адаптация к условиям внешней среды означает деятельность по планированию и получению ресурсов, изучению потребностей населения и возможностей системы к инновациям и изменениям. В отношении достижения целей программ медицинской помощи используются следующие понятия: качество, доступность, результативность, эффективность. Производственная деятельность в рамках программы оценивается по характеристикам: производительность, объемы и качество медицинской помощи. Сохранение организационных ценностей означает деятельность по улучшению системы организационного взаимодействия и мотивации участников.

При любом подходе к планированию и оценке эффективности программ медицинской помощи в качестве основы для систем оценок используются показатели и распределение показателей: общего уровня здоровья населения, соответствие требованиям и ожиданиям потребителей медицинских услуг, участие в обеспечении финансовой защиты при ухудшении здоровья.

К основным индикаторам уровня здоровья населения ВОЗ относит следующие: ожидаемая продолжительность жизни и продолжительность жизни, скорректированная с учетом нарушения здоровья, уровень детской смертности [2].

К показателям соответствия требованиям потребителей медицинских услуг отнесены: ограничения с точки зрения времени и списков ожидания, наличие услуг и условия доступа к ним, уважительное отношение к пациентам.





В качестве критериев эффективности программ медицинской помощи, принятых в Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), предложены [2]:

- улучшение здоровья, повышение эффективности мероприятий по укреплению, восстановлению и сохранению здоровья;
- соответствие требованиям потребителей медицинских услуг;
- равенство в здравоохранении с точки зрения доступа и финансирования;
- эффективность на макро- и микроуровнях системы.

2. Стандартизация программ как основа повышения эффективности

Оценка доступности и качества программ медицинской помощи осуществляется путем сравнительной эффективности — соответствия достигнутых результатов стандартам и нормативам, а также на основе изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинских услуг по данным социологического опроса и анализа дефектов по обращениям и жалобам граждан [6].

Оценочная система оценки программы отвечает задачам:

- ориентирование мероприятий по улучшению;
- оценивание собственных результатов;
- выявление успешных практик (повышенная оценка).

Наиболее перспективными методиками оценивания результатов в ходе реализации программы считаются методики, основанные на использовании нормативной модели «конечных результатов» деятельности, отражающие доступность, качество и эффективность использования ресурсов.

Модели «конечных результатов» деятельности должны содержать [5, 6]:

- набор показателей, характеризующих результаты деятельности и использования ресурсов;

- нормативные значения, установленные по каждому показателю;

- шкалу численной оценки достигнутых результатов (оценка норматива, знак отклонения, оценка отклонения на единицу измерения).

В качестве основы для повышения эффективности программ медицинской помощи рассматривается внутренняя стандартизация.

При этом в качестве эталона деятельности и использования ресурсов на макроуровне выступают стандарты федеральных и территориальных программ медицинской помощи (подушевые нормативы), на микроуровне — стандарты деятельности медицинских организаций (клинико-экономические стандарты, медико-экономические нормативы) [14].

В настоящее время разрабатываются новые стандарты целевых программ высокотехнологичной помощи — клинико-экономические группы (технологические, расходные и финансовые нормативы) [11].

Считается, что клинико-экономические группы (синоним «диагностически связанные группы») являются усовершенствованным аналогом стандарта высокотехнологичной медицинской помощи, отражающие наличие статистически устойчивой связи между потреблением ресурсов и полезными промежуточными и конечными результатами деятельности медицинских учреждений. Большая роль в продвижении этих стандартов принадлежит информационным и коммуникационным технологиям, формированию персонифицированных регистров больных социально значимыми заболеваниями и организации систем управленческого учета.

Внешнее сравнение с базовым уровнем оказания медицинской помощи в сети медицинских учреждений (наилучшая, эталонная практика) или с внешней моделью (международный стандарт) рассматривается как внешняя стандартизация с использованием технологии сопоставительного сравнения (benchmarking) [6].

Сопряжение внутреннего стандарта деятельности медицинской организации и стандарта эталонной практики сети организаций способствует снижению вариабель-



ности показателей результата в системе в целом.

Стандарты могут быть выражены по-разному и иметь достаточное количество модификаций в зависимости от того, какие элементы (компоненты, аспекты, параметры и т.д.) и на каком уровне системы измеряются, в какой очередности, каким образом, какова взаимосвязь между тем, что измеряется, и тем, что считается адекватным [5].

Некоторые элементы процесса оказания медицинской помощи измеряются в индексированной форме, они отражают структурные характеристики. К таким показателям относятся коэффициенты потребления ресурсов, весовые коэффициенты стоимости, коэффициенты финансирования, позволяющие определить уровень использования ресурсов и стоимость лечения.

Другие элементы стандартов измеряются при помощи более сложной числовой шкалы, например, длительность лечения, отражающая технологические характеристики процесса оказания помощи. Для таких элементов возможна разработка скалярных стандартов с учетом взвешенной средней дисперсии вариационного ряда, формирования границ допуска (верхней и нижней).

Элементы стандарта, которые оцениваются по их интенсивности: чем больше/меньше, тем хуже/лучше, идентифицируют общественно значимый результат, например, показатели рождаемости, материнской и перинатальной смертности.

3. Методы, уровни и инструменты планирования и оценки эффективности программ медицинской помощи

В системе управления по результатам оценивание является неотъемлемой частью планирования программ медицинской помощи.

Принцип планирования и оценки деятельности в системе управления по результатам означает, что при составлении и исполнении бюджета программы требуется исходить из необходимости достижения заданных результатов (*результативность*) с использованием наименьшего объема средств (*экономичность*) или достижения наилучшего результата с использованием определенного бюджетом объема средств (*эффективность*) [4].

При этом результативность (effectiveness) — степень соответствия фактических результатов деятельности запланированным результатам.

Результативность характеризует уровень достижения установленных целей и выполнения поставленных задач.

Эффективность (efficiency) — соотношение результатов и использованных ресурсов.

Экономичность (economy) — достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема ресурсов или наилучшего результата с использованием заданного объема ресурсов. Экономичность трактуется как минимизация расходов при обеспечении требуемого качества работы.

На уровне программы медицинской помощи определяются стратегические показатели эффекта и эффективности.

При оценке эффективности управления программой необходимо комплексное применение системы обобщающих (эффективность⁵) и частных показателей (эффект⁶).

Медико-социальный эффект программы оценивается общественно значимым результатом в отношении уровня здоровья.

Медико-социальная эффективность программ измеряется предотвращенным социальным ущербом, то есть предупреждением преждевременной смертности, инвалидности, снижением заболеваемости.

⁵ Эффективность, в отличие от эффекта, учитывает не только результат деятельности (прогнозируемый, планируемый, достигнутый, желаемый), но рассматривает условия, при которых он достигнут. Эффективность отличается от эффекта тем, что в ней вычисляется не разность между результатами и затратами, а отношение достигнутых результатов к затратам [7].

⁶ Эффект — отражение результата деятельности [7].





Экономический эффект предполагает результат, выраженный в стоимостной оценке. Для оценки эффекта программы используются показатели: средняя себестоимость и цена медицинской услуги, отнесенные на пролеченного больного.

В отличие от экономического эффекта, экономическая эффективность — величина относительная. Определить ее можно, лишь сопоставив экономический эффект как результат деятельности с затратами, которые обусловили этот эффект. Целевая ориентация такого отношения — стремление к максимизации. При этом ставится задача: максимизировать результат, приходящийся на единицу затрат. Возможно и обратное соотношение, когда показатель затрат относят к показателю результата. В этом случае сравнительный показатель минимизируется.

В зависимости от решаемых задач анализа, оцениваемых эффектов и уровня анализа экономической эффективности применяются индексные показатели⁷: коэффициент продуктивности (экономичности)⁸, коэффициент эффективности затрат⁹ и коэффициент результативности затрат¹⁰, определяющие приоритеты программы и распределение затрат [3].

По существу, результативность относится к достижению целей программы, она отражает степень реализации некоторой стратегии, а эффективность скорее относится к оценке использования ресурсов программы в ходе реализации стратегии. Результативность программы напрямую связана с целями, участниками и средствами программы, она определяет достижение ожидаемых результатов, степень отклонений от поставленных целей.

Нет прямой автоматической связи между результативностью программы (результатами деятельности) и выделенными ресурсами (компоненты деятельности): между ними находится менеджмент качества (использование

рычагов воздействия, управление человеческими ресурсами, реинжиниринг процессов, бенчмаркинг, реструктуризация и др.). Однако результативность не может быть определена без учета имеющихся финансовых средств. Знание параметров ответственности и имеющихся средств является основополагающим при определении целей и показателей результативности программы.

Составляющими элементами в системе управления программой медицинской помощи по результатам являются: определение целей, планирование, мониторинг результатов, анализ и прогноз [4].

Отправной пункт управления по результатам — определение целей и тактических задач программы на каждом управленческом уровне системы здравоохранения.

Для каждой цели (задачи) должны быть приведены количественно измеримые показатели, отражающие уровень решения в отчетном, текущем и плановом периодах.

Показатели применяются для оценки эффективности программы медицинской помощи по достижению стратегических целей. Оценка предполагает определение конечных результатов программы при эффективном управлении ресурсами.

Для оценки и прогнозирования результатов программы используется система регулярного наблюдения (мониторинга) и оценки результатов, своевременного выявления и устранения ошибок и отклонений в работе, контроля достоверности полученных результатов.

Понятие эффективности, используемое по отношению к программе, также применимо по отношению к результативности регулятивной деятельности органов исполнительной власти. Результативность отражает публичную политику и реализуется органом управления здравоохранением или органом местного управления.

⁷ Индексные показатели — соотношение показателей одинаковой размерности при их сопоставлении.

⁸ Коэффициент продуктивности (экономичности) — это соотношение затрат на результат.

⁹ Коэффициент эффективности затрат — это соотношение результата с затратами [7].

¹⁰ Коэффициент результативности затрат — это отношение фактических затрат к планируемым затратам [7].



Под эффективностью применительно к управлению программой понимается количественно определенное влияние «нового» управления на результаты деятельности органа власти, отнесенного к затратам на получение этого результата. В данном контексте можно рассматривать эффективность как определенную оценку правильности и неправильности принятого решения по отношению к полученному результату.

4. Механизмы и инструменты внедрения управления по результатам в здравоохранении

Управление по результатам рассматривается как комплексный подход к повышению эффективности программ здравоохранения.

Этот подход рассматривается как совокупность интегрированных процессов мониторинга (индикаторы ресурсной обеспеченности, доступности, качества, уровня здоровья), планирования (нормирование, ранжирование, многокритериальное оценивание, бюджетирование) и выработки управленческих воздействий (реструктуризация, новации, госзаказ) [4].

Ключ к управлению по результатам — переход от планирования и финансирования деятельности к планированию и финансированию (программно-целевое бюджетирование) результатов. Бюджетирование, ориентированное на результат (БОР), является составной частью управления по результатам и направлено на обеспечение учета результатов в процессе планирования, исполнения и контроля за исполнением бюджета.

К принципам БОР относят: целеполагание, планирование измеримых результатов, ответственность за полученные результаты, индикативную систему оценки эффективности и результативности, мониторинг результатов

деятельности, наличие общественной и экономической обоснованности расходов, включенных в бюджет.

Повышение эффективности государственного управления требует расширения применения программно-целевых методов управления. Этому способствуют принятые в РФ концепции административной реформы¹¹, реформирования бюджетного процесса¹² и указы Президента РФ¹³.

Основные направления программно-целевых методов управления [4]:

- Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений с элементами частичного аккумулирования средств (частичное фондодержание).

- Расчет медико-экономических стандартов. Введение механизма оплаты медицинской помощи в стационаре за пролеченного больного в соответствии с медико-экономическими стандартами.

- Создание системы персонифицированного учета объемов оказанной медицинской помощи. Оплата по стандартам клинико-экономических групп.

- Реформирование оплаты труда медицинских работников с ориентацией на оплату оказанной медицинской помощи в соответствии с конечными результатами труда.

В качестве механизмов совершенствования управления результатом рассматриваются: подготовка предложений по обоснованию стратегических целей; мониторинг и оценка результатов; управленческий и бюджетный учет; аудит результативности; конкурентное распределение ресурсов; премирование по результатам; корректировка целей, ресурсов и результатов по данным оценки.

Инструментами внедрения управления по результатам на уровне системы здравоохранения являются [4]:

¹¹ Концепция административной реформы в Российской Федерации 2006–2010 гг. (Распоряжение Правительства РФ № 1789-р от 25.10.2005).

¹² Концепция реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004–2006 гг. (Постановление Правительства РФ № 249 от 22.05.2004).

¹³ Указ Президента Российской Федерации № 825 от 28.06.2007 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».





- система стратегического планирования федерального и регионального уровней;
- проекты по реализации Основных направлений деятельности Правительства РФ на период до 2012 года;
- бюджетные целевые программы (долгосрочные и ведомственные);
- национальные проекты;
- конкурентное распределение бюджетных ассигнований;
- система оплаты по результатам;
- реструктуризация бюджетной сети;
- госзадания на предоставление государственных (муниципальных) услуг.

Инструментами внедрения управления по результатам на уровне медицинских учреждений являются:

- национальный проект «Здоровье»;
- федеральные, территориальные и муниципальные целевые программы, выделяемые в бюджетах отдельными строками;
- пилотный проект, направленный на повышение качества услуг и внедрение одноканального финансирования.

Таким образом, в настоящее время в здравоохранении осуществляется переход к полномасштабному внедрению управления по результатам с использованием системных контрольных показателей определения доли расходов по программному принципу, пока-

зателей эффективности и показателей аудита результативности деятельности

Заключение

В основе системы оценки эффективности программ медицинской помощи, ориентированных на результат, лежит нормативная модель рациональных действий. Это система управления, основанная на стандартах, направленная на достижение результатов. В модели акцент делается на измерение характеристик качества, повышение доступности и эффективности бюджетных расходов программ здравоохранения.

В рамках этой модели оценочная система эффективности программ медицинской помощи включает набор показателей, характеризующих результаты деятельности и использования ресурсов; нормативные значения, установленные по каждому показателю; шкалу численной оценки достигнутых результатов.

Для принятия ресурсных управленческих решений, направленных на повышение эффективности бюджетных расходов программ здравоохранения, требуется разработка новых принципов и механизмов программно-целевого бюджетирования и планирования, ориентированных на измерение показателей деятельности от вводимых ресурсов до конечных результатов программы.



Литература

1. Бедорева И.Ю. Научное обоснование менеджмента качества медицинской помощи // Автореф. дисс... д.м.н. — Новосибирск, 2009. — 49 с.
2. Белланжер М.М., Пейре П. Показатели деятельности системы медицинского обслуживания и стратегии международных организаций: подходы Всемирной



организации здравоохранения (ВОЗ) и Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСР)//Материалы семинара «Управление по результатам в секторе государственного здравоохранения. — Анапа (Краснодарский край), 29 сентября — 3 октября 2008 г.

3. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях//Научные труды. № 105Р. — М: ИЭПП, 2007. — 112 с.

4. Дуганов М.Д., Морозова Е.В. Управление по результатам: комплексный подход к повышению эффективности системы здравоохранения//Материалы семинара «Управление по результатам в секторе государственного здравоохранения». — Анапа (Краснодарский край), 29 сентября — 3 октября 2008 г.

5. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. — Изд. ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава, 2007. — 522 с.

6. Егорова И.А., Патокина О.А., Голубина К.А. Проблемы оценки эффективности деятельности медицинской организации//Кремлевская медицина. — 2009. — № 1. — С. 78–80.

7. Лопатников Л.И. Экономико-математический словарь: Словарь современной экономической науки/5-е изд., перераб. и доп. — М.: Дело, 2003. — 520 с.

8. Найговзина Н.Б., Флек В.О. Программно-целевой подход к управлению здравоохранением — основа дальнейшего совершенствования обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь//Вопросы государственного и муниципального управления. — 2008. — № 1. — С. 28–37.

9. Одинцова В.В. Использование программно-целевого метода планирования и управления при решении приоритетных задач здравоохранения//Автореф. дисс... к.м.н. — М, 2008. — 33 с.

10. Олесов А.Е. Методологические основы управления социально-экономической эффективностью подсистем государственного здравоохранения//Автореф. дисс... д.э.н. — Санкт-Петербург, 2009. — 36 с.

11. Перхов В.И. Научно-организационное обоснование повышения доступности для населения Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях//Автореф. дисс... д.м.н. — М, 2009. — 45 с.

12. Стародубов В.И., Флек В.О. Финансирование медицинской помощи населению Российской Федерации, ориентированное на результат. — М.: МЦФЭР, 2007. — 400 с.

13. Флек В.О., Шильникова Н.Ф. Анализ эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении на основе комплексной оценки качества и доступности медицинской помощи населению Читинской области/Ред. В.О. Флек, Н.Ф. Шильникова. — Чита: Экспресс-издательство, 2008.— 120 с.

14. Шипунов Д.А., Задорин В.В. Стандартизация качества медицинских услуг — организационно-правовой принцип модернизации здравоохранения//В сб. науч. трудов ФГУ ЦНИИОЗ. Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России. — М., 2006. — С. 158–161.





САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

От редакции:

Тема развития саморегулирования в здравоохранении и все, что с ней связано, стала одной из самой обсуждаемой в последнее время. Как показывает опыт Европы и США, саморегулируемые организации (СРО) в здравоохранении, принимая на себя часть государственных функций по регулированию и контролю в сфере здравоохранения, становятся гарантами должной профессиональной квалификации врачей.

В начале сентября 2009 г. на совещании в Комитете по собственности Госдумы РФ обсуждалась возможность применения федерального закона «О саморегулируемых организациях» (СРО) в сфере здравоохранения. Участники обсуждения были единодушны во мнении о целесообразности внедрения принципа саморегулирования и снижения роли государственного регулятора в системе оказания медицинской помощи.

В конце сентября в ходе расширенного заседания Комиссии Общественной палаты по здравоохранению представители медицинских общественных организаций и практикующие врачи из различных регионов России поддержали инициативу создания Национальной медицинской палаты как объединения, которое обеспечит централизованный переход российского здравоохранения на принцип саморегулирования. Идею создания такой организации поддержала и Министр здравоохранения и соцразвития Татьяна Голикова, а также крупнейшие отечественные медицинские ассоциации.

24–25 ноября в Москве прошел саммит «Роль медицинского сообщества в развитии здравоохранения и саморегулируемых организаций». Основным меседж мероприятия состоял в следующем: система здравоохранения России неоднородна и включает в себя три ветви — государственную, муниципальную и частную, из чего следует, что новая структура должна включать в себя механизмы регулирования, удовлетворяющие эти составляющие части здравоохранения. Можно добиваться единого подхода к профессиональным требованиям, создавать единые условия законодательного поля и т.д., но неоднородность интересов и проблем этих трех ветвей останется. При наличии федерального и региональных министерств регулирующих моментов у государственной и муниципальной ветвей предостаточно. Поэтому саморегулирование в этих медицинских учреждениях само по себе проблематично. А в частной медицине, где субъекты медицинской деятельности разобщены, представляют собой в подавляющем большинстве микропредприятия, саморегулирование насущно необходимо. Поэтому уже сегодня представители частной медицины поставили перед собой задачу: выработать единые требования к предпринимательской деятельности частных медицинских организаций на уровне субъектов Российской Федерации, чтобы сделать их едиными для всех субъектов частной медицины РФ, после чего осуществить переход на саморегулирование в ближайшие 2–3 года.

Несмотря на столь частное и предметное обсуждение проблемы саморегулирования в здравоохранении, автор законопроекта о СРО, председатель Комитета по собственности Виктор Плескачевский предупреждает, что *«не надо рассчитывать на то, что саморегулируемые организации в сфере здравоохранения появятся в понедельник»*. Между тем в ноябрьском номере журнала «МЗ» мы рассказали о первых результатах деятельности СРО в здравоохранении. Сегодня мы продолжаем обсуждать эту тему с авторами этой публикации.

Шеф-редактор журнала Наталия Куракова



САМОРЕГУЛИРУЕМАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СЕГОДНЯ МАЛОПОНЯТНА, А ЗНАЧИТ, ОПАСНА ДЛЯ ЧИНОВНИКА...



→ Своим видением перспектив создания и развития саморегулируемых организаций в системе оказания медицинской помощи делятся Дмитрий Валентинович Пивень и Игорь Сергеевич Кицул, создатели первой в Российской Федерации организации в сфере стоматологии, действующей на принципах саморегулирования.

Наталья Куракова: В Вашей недавней публикации упоминалось о том, что в Иркутской области уже создана организация в сфере стоматологии, действующая на принципах саморегулирования. Означает ли это, что инициатива «снизу» опережает осторожные прогнозы авторов закона о СРО относительно сроков появления первых подобных объединений в здравоохранении?

→ **Дмитрий Пивень:** Действительно весной 2009 года мы инициировали создание такой организации в нашем регионе. Организация создана в форме некоммерческого партнерства. Руководителем партнерства является профессор И.С. Кицул, известный в профессиональном сообществе своими работами как по проблемам управления качеством медицинской помощи, так и по вопросам организации стоматологической помощи, я же являюсь его заместителем в данной организации. В этой связи развитие саморегулирования и все, что с ним связано, для нас отнюдь не только теория, а вполне конкретный прикладной проект. Сейчас наша организация накапливает первый опыт своей деятельности, о котором мы непременно будем информировать читателей журнала.

Н.К.: Действующее законодательство дает исключительно большие возможности Ассоциациям, которые, как показывает практика, ни одна из ныне существующих 183 профессиональных медицинских ассоциаций в РФ не





использовала и на четверть. Чего не хватило в формате ассоциации, почему понадобился формат СРО?

Д.П.: На мой взгляд, в данном случае все зависит от того, какие конкретно задачи решает та или иная ассоциация. Как известно, профессиональных медицинских ассоциаций у нас очень много. При этом предусмотренные действующим законодательством полномочия, которые могут реализовывать ассоциации, действительно весьма широки. В то же время за последние 15 лет в абсолютном большинстве ассоциаций сформировался и строго определенный круг вопросов, решаемых этим типом профессиональных объединений. Чаще всего это работа по двум направлениям: проведение профильных научно-практических конференций и аттестация медицинских кадров. Думаю, что не ошибусь, если предположу, что 90% профессиональных медицинских ассоциаций Российской Федерации работают исключительно в этом формате. Нет никаких сомнений, что это важная и нужная работа. Но достаточно ли ее для защиты собственных профессиональных интересов, для активной деятельности по повышению качества оказываемой медицинской помощи? Очевидно, что нет.

Н.К.: Но что мешает ассоциациям решать все эти вопросы? Тем более, что базовое законодательство, в рамках которого они существуют, это позволяет?

И.К.: Структура действующих в нашей стране ассоциаций неоднородна, и эта неоднородность нарастает и будет нарастать. Здесь я не имею в виду направления профессиональной деятельности, по которым они чаще всего и создаются. Речь идет о другом. Большинство ассоциаций, работающих по отмеченным мной выше двум направлениям, а это, как я уже сказал, более 90% всех ассоциаций, объединяют специалистов государственной и муниципальной систем здравоохранения. Сюда относятся региональные ассоциации терапевтов, хирургов, кардиологов и т.д. И занимаются эти ассоциации тем, чем им позволили и пока позволяют заниматься соответствующие органы управления. Теперь представьте, что если орган управления делится с ассоциацией функцией разработки стандартов, правил оказания услуг, делится функциями контроля качества медицинской помощи, работы с обращениями населения. Тогда это будет означать, что орган управления делится с ассоциациями управленческими полномочиями, проще говоря, властью. А властью, как известно, добровольно никто и никогда не делится. Именно поэтому ассоциации, объединяющие специалистов государственной и муниципальной систем здравоохранения, решают и, вероятно, будут решать весьма ограниченный круг вопросов.

Другое дело ассоциации, объединяющие специалистов частной или преимущественно частной систем здравоохранения, где зависимость от органов управления минимальна. Их гораздо меньше, но активность и спектр решаемых задач, как правило, шире.

Н.К.: Тогда как в таком случае соотносятся выделенные Вами разные виды ассоциаций с возможностью появления СРО ?

Д.П.: Пока мы можем только предполагать, как будут развиваться события. Вероятность создания СРО, объединяющих только муниципальные и (или) государственные медицинские учреждения, мне кажется минимальной. Хотя закон



«О саморегулируемых организациях» этого и не запрещает. Органы управления этого просто не допустят. Причина простая: в государственной и муниципальной системах здравоохранения они сами играют роль саморегулирования.

Что касается частной системы здравоохранения и тех направлений медицинской деятельности, где медицинская помощь оказывается преимущественно частными организациями, то здесь перспективы создания СРО самые благоприятные.

Во-первых, и это самое главное, полномочия и функции СРО в соответствующем законе описаны более широко и гораздо более четко, чем полномочия ассоциаций в «Основах...». При этом указанные полномочия вполне реализуемы внутри СРО, в то время как часть полномочий ассоциаций, описанная в «Основах...», просто не может быть реализована, так как нет соответствующих механизмов или правил.

Во-вторых, именно тема СРО, а не ассоциаций описана еще в ряде новых и весьма важных федеральных законов.

В-третьих, само наличие активных ассоциаций у частных и надо рассматривать как готовую площадку для трансформации их в СРО. Я не имею в виду, что все ассоциации, объединяющие частных врачей или частные организации, непременно перерастут в СРО, но часть непременно. Там же, где этого не произойдет, все равно появятся СРО, а ассоциации же либо будут решать только традиционные задачи (конференции, аттестация), либо просто отомрут.

Н.К.: Вы сказали, что тема СРО нашла отражение еще в ряде важных федеральных законов. Что это за законы?

→ **И.К.:** Речь идет о Федеральном законе от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» и о Федеральном законе от 25 декабря 2008 г. № 273-ФЗ «О противодействии коррупции». Как известно, эти законы содержат конкретные инициативы Президента РФ Д.А. Медведева.

В первом четко определен целый ряд преференций для членов СРО при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля. И это совершенно справедливо, так как организация внутреннего контроля — одна из функций СРО.

Во втором саморегулирование обозначено как одно из основных антикоррупционных направлений.

Н.К.: Каким образом саморегулирование может способствовать борьбе с коррупцией?

→ **Д.П.:** Федеральный закон «О противодействии коррупции» в качестве антикоррупционного механизма предполагает передачу части функций государственных органов саморегулируемым организациям. Возникает вопрос: «Какие же это могут быть функции?» Ответ мы находим в законе «О саморегулируемых организациях», который предусматривает самостоятельную разработку СРО-стандартов и правил оказания услуг, соответствующих федеральным законам и принятым в соответствии с ними иным нормативным правовым актам. Для того, чтобы эти требования федерального закона были выполнены, и должно быть налажено взаи-





модель взаимодействия между СРО и надзорными органами. Закон, по сути, к этому взаимодействию обязывает. Крайне важно, чтобы разрабатываемые СРО-стандарты и правила соответствовали регламентам органов государственного и муниципального контроля и надзора. Иными словами, саморегулирование дает возможность проверяющим и проверяемым работать по одним правилам. Сегодня же есть немало документов, которые по отношению к лицу, оказывающему те или иные услуги, выдвигают требования, допускающие их неоднозначное толкование. Как раз это и создает наилучшие условия для коррупции. Не для кого ни секрет, что однозначность толкования тех или иных требований нередко достигается противоправными методами. СРО же во взаимоотношениях с любыми надзорными органами всегда будет отстаивать ясность и четкость формулировок любых требований. Качество и действенность государственного и муниципального контроля (надзора) от этого только вырастут.

Н.К.: Вы сказали, что государственные и муниципальные органы управления не заинтересованы в появлении СРО, а сейчас говорите о взаимодействии СРО с этими же органами в части контроля и надзора. Нет ли здесь противоречий?

Д.П.: Противоречий здесь нет. Еще раз отмечу, что, на мой взгляд, государственные и муниципальные органы управления не заинтересованы в появлении СРО, объединяющих государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, так как это приведет к потере их функций. А вот что касается СРО, объединяющих частные или преимущественно частные организации, то здесь как раз саморегулирование и создает платформу для взаимодействия по всем вопросам, касающимся медицинских услуг. В данном случае саморегулирование можно назвать конкретным механизмом частно-государственного партнерства в сфере обеспечения качества медицинской помощи.

Н.К.: А готовы ли к такой форме частно-государственного партнерства, как саморегулирование, государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, а также надзорные органы?

Д.П.: Мне кажется, что интерес у разных государственных (муниципальных) структур к появлению и развитию СРО в частном здравоохранении тоже разный. По-моему прежде всего в появлении СРО должен быть заинтересован Росздравнадзор. Ведь функции СРО и Росздравнадзора во многом схожи и при этом совпадают в главном — в решении задачи повышения качества медицинских услуг. Росздравнадзору без взаимодействия с СРО в случае их активного создания просто не обойтись, так как для эффективного контроля за частным сектором, с одной стороны, у него просто не хватит сил и средств, а это уже имеет место быть. В то же время, с другой стороны, упомянутый выше закон «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» существенно ограничивает возможности надзорных органов. Поэтому сама жизнь уже подготовила Росздравнадзор к взаимодействию с СРО в сфере здравоохранения, дело только за появлением последних.

Что касается непосредственно органов управления здравоохранением, то сегодня их влияние на частное здравоохранение минимально, за исключением процедуры



лицензирования со стороны региональных министерств. Создание СРО и здесь предоставляет возможность конструктивного взаимодействия государства с частной медициной. При этом надо подчеркнуть, что речь идет не об администрировании частных, а исключительно о партнерских отношениях. Думаю, что к этому большинство органов управления еще не готовы и здесь им надо будет поучиться. Ведь любая СРО — это фактически система управления, лучше сказать, даже система обеспечения деятельности ее членов, направленная на защиту интересов производителей и получателей услуг. Поэтому и появление такого партнера органы управления могут воспринять достаточно ревниво.

Н.К.: С Росздравнадзором все понятно. Здесь СРО и надзорные органы могут достигнуть синергии в осуществлении функций контроля. А в чем содержание возможных партнерских отношений, о которых Вы говорите, с органами управления здравоохранением?

→ **Д.П.:** У органов управления здравоохранением интерес к взаимодействию с СРО должен быть не меньший, чем у Росздравнадзора. Только большинство из них об этом пока не догадываются. Поясню, о чем идет речь. Как известно, в соответствии с действующим законодательством функция разработки стандартов в сфере здравоохранения возложена на федеральные и региональные органы исполнительной власти. И те, и другие сейчас активно разрабатывают и утверждают стандарты. В то же время по закону «О техническом регулировании» в Российской Федерации нет обязательных для выполнения стандартов, за исключением образовательных, то есть все принимаемые указанными выше органами стандарты носят *рекомендательный характер*. СРО же по закону «О саморегулируемых организациях» разрабатывает и принимает *обязательные* для выполнения всеми членами организации стандарты и правила. В свою очередь эти стандарты и правила должны соответствовать государственным. Это и есть важнейший предмет партнерских отношений.

А вообще в действующей правовой ситуации взаимодействие государственных органов с СРО, вероятно, будет развиваться крайне медленно.

Н.К.: На чем основан такой прогноз?

→ **И.К.:** Первое. Чиновный мир, как правило, боится всего нового, и СРО здесь исключением, наверняка, не будут. Что за СРО? Зачем СРО? Почему СРО? Кто сказал СРО? В общем сегодня СРО малопонятно, а значит, опасно для чиновника. Во всяком случае по его логике. Не берусь утверждать, что так будет происходить везде, но это весьма распространенная ситуация и не только с СРО.

Второе. Как известно, без команды сверху большинство чиновников никогда и ни с кем взаимодействовать не будут. А команды по взаимодействию с СРО пока ни от кого не поступало.

Н.К.: Что Вы имеете в виду? В законе «О саморегулируемых организациях» достаточно много говорится о взаимодействии СРО с государственными органами. Разве это недостаточная правовая основа?

→ **И.К.:** Думаю, что нет.
Во-первых, сегодня в здравоохранении Российской Федерации есть некоммерческие организации, работающие по принципам саморегулирования, но нет





организаций, которые имели бы официальный статус саморегулируемой. Это связано с тем, что в соответствии с Федеральным законом от 28.04.2009 № 62-ФЗ «О внесении изменения в статью 20 Федерального закона «О саморегулируемых организациях» ведение реестра саморегулируемых организаций должно осуществляться органом, уполномоченным Правительством Российской Федерации, а орган этот, насколько я знаю, пока еще не определен.

Во-вторых, даже если такой орган появится, то маловероятно, что это даст толчок к быстрому развитию СРО и пробудит к ним интерес со стороны государственных (муниципальных) структур.

Н.К.: И что же, по Вашему мнению, эволюционно правильно сделать?



Д.П.: Законодательно закрепить обязательное участие частных медицинских организаций в СРО. Подчеркну, только для частных. Что касается государственных, муниципальных учреждений и специалистов, в них работающих, то для них это должно остаться правом добровольного выбора. Не надо этого бояться. С частным здравоохранением у нас ведь очень непростая ситуация. Сегодня никто (!!!) в стране не знает, что делается у нас в частном секторе медицинской помощи: нет представления ни об объемах, ни о качестве оказываемой помощи, ни о потребностях в ней, ни о проблемах самих частных и т.д. От участия в СРО все только выиграют: и сами частники, и государство, и пациент.

В противном случае есть реальная угроза того, что своевременный и нужный закон «О саморегулируемых организациях» практически не будет реализован в здравоохранении. Это мы уже наблюдаем и с федеральным законом «Об автономных учреждениях», и с законом «О концессионных соглашениях». В нашем здравоохранении реализация этих законов не получила сколько-нибудь широкого развития. Можно сказать, что у нас сложилась печальная традиция, когда появляются все более нужные, но при этом все более неработающие законы. Здесь давно есть, над чем задуматься. Ведь и закон о СРО принят не вчера, а уже два года назад.

Н.К.: А Вы смогли бы сейчас сказать, в чем заключается выгода обязательного участия частных организаций в СРО и для самих частных, и для государства, и для пациента? Может быть, эта выгода не так очевидна, потому и саморегулирование развивается не так быстро?



Д.П.: Думаю, что Вы правы, поэтому кратко постараюсь эту выгоду обозначить. Первое. Для частных медицинских структур выгода от участия в СРО заключается в следующем.

- Формирование системы защиты собственных профессиональных интересов, которая включает наличие стандартов и правил профессиональной деятельности; механизмы *досудебной защиты* интересов производителя услуг (третейские суды, имущественная ответственность); квалифицированное юридическое обеспечение участников СРО *с учетом специфики их деятельности*; отбор и использование медицинских технологий, только *разрешенных к применению* в установленном законодательством порядке.

- Обучение членов СРО по тем вопросам, которые им необходимы здесь и сейчас. В общем СРО вполне может организовать гибкое и действительно непрерывное



обучение медицинских кадров, то есть то, чего не может предложить система последипломного образования. Представители частной медицины прекрасно понимают, что обучение один раз в 5 лет и профессиональная деградация — это одно и то же. Для них же формула: обучение — качество — прибыль, является очевидной. И это вполне нормально.

- Весьма значимы и недавно определенные действующим законодательством преференции для членов СРО при осуществлении государственного и муниципального контроля и надзора.

- Возможность влияния через СРО на принятие государственными (муниципальными) органами тех или иных решений, касающихся субъектов данного вида профессиональной деятельности.

- Возможность оперативного получения необходимой нормативно-правовой информации и комментариев к ней применительно к специфике профессиональной деятельности.

- Все указанное выше непременно должно обеспечить повышение качества оказываемых услуг. А повышение качества в свою очередь всегда благоприятно влияет на бизнес.

Второе. В чем выгода от СРО государству?

- Саморегулирование это новый дополнительный инструмент проведения государственной политики в частном здравоохранении через обязательные для членов СРО стандарты и правила, которые при любых условиях должны соответствовать федеральным.

- В частном секторе через СРО формируются принципиально новые механизмы самоконтроля. И как бы подозрительно к самоконтролю не относились государственные органы, мировая практика показывает, что без самоконтроля никакие формы внешнего контроля не могут быть эффективны.

- И самое главное. Создание СРО — это не что иное, как дополнительные негосударственные инвестиции в качество медицинской помощи. Государство, не тратя ни одной государственной копейки, может очень быстро привлечь колоссальные ресурсы в разработку и реализацию стандартов; повышение квалификации кадров; формирование системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников частного здравоохранения.

По-моему, это очевидные выгоды государству от развития СРО в сфере здравоохранения, на что и следует обратить самое серьезное внимание.

Третье. В чем же выгода от СРО пациенту?

- Пациент — главная фигура на рынке медицинских услуг. И главное, что ему должно и может дать саморегулирование, так это качественную услугу. Ведь именно за качество он и платит. Задача повышения качества, как известно, актуально всегда и для всех. СРО же существенно способствуют ее решению.

Н.К.: Как Вы прокомментируете первый опыт и возникшие проблемы создания отраслевой СРО в строительстве?

И.К.: Как известно, по законодательству участие СРО в строительной сфере является обязательным. Наличие появившихся и еще не появившихся проблем в этой области оцениваю как совершенно нормальное явление. Важно другое. Сегодня обязательное участие СРО в строительстве заставило государство и



всех участников этого процесса тщательно анализировать и оценивать ситуацию в этой области. Пошел реальный процесс передачи избыточных государственных функций. Об этом говорят уже лет десять, но ничего не происходило. Какие-то ошибки здесь неизбежны просто потому, что раньше ничего подобного в России не было. Самое главное — вовремя корректировать движение. Если необходимо, то оперативно вносить изменения, дополнения в законодательство и другие нормативно-правовые акты. Пытаться минимизировать ошибки, безусловно, надо, но самая главная ошибка — это, когда из-за страха ее допустить, никто ничего не делает. Поэтому позитивный и негативный опыты становления СРО в строительстве сегодня крайне важны и полезны.

Н.К.: По уровню терминологической неряшливости разговоры о СРО я могу сравнить только с рассуждениями об инновациях и инновационной деятельности: лишь по прошествии 15 лет игнорирования экономической сущности этих терминов внесенный месяц назад законопроект впервые дал их четкое определение. По меньшей мере в 6 докладах о саморегулировании в сфере здравоохранения их авторами предлагался «свой набор» «классифицирующих признаков» СРО. Как бы Вы сформулировали такие признаки?



Д.П.: Классифицирующие признаки СРО достаточно четко обозначены в федеральном законе «О саморегулируемых организациях».

К этим признакам относятся следующие:

- в СРО объединяются субъекты предпринимательской деятельности, исходя из единства отрасли производства товаров (работ, услуг) или рынка произведенных товаров (работ, услуг) либо объединяющие субъектов профессиональной деятельности определенного вида;

- наличие стандартов и правил предпринимательской или профессиональной деятельности, обязательных для выполнения всеми членами саморегулируемой организации;

- СРО признается некоммерческой организацией, созданной в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Федеральным законом от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях», объединяющей не менее двадцати пяти субъектов предпринимательской деятельности или не менее ста субъектов профессиональной деятельности определенного вида;

- обеспечение саморегулируемой организацией дополнительной имущественной ответственности каждого ее члена перед потребителями произведенных товаров (работ, услуг) и иными лицами.

Кроме того, в указанном законе обозначены и такие принципиально важные функции СРО, как:

- обеспечение контроля за выполнением членами СРО принятых стандартов и правил;

- создание таких инструментов досудебной защиты производителей и получателей услуг, как третейские суды;

- организация профессионального обучения членов СРО.

Эти функции, по-моему, также вполне можно отнести к отличительным признакам СРО.





Н.К.: Когда, по Вашему мнению, целесообразно законодательно закрепить обязательное участие частных медицинских организаций в СРО и нужен ли отдельный закон о саморегулировании в здравоохранении?



И.К.: Я предлагаю выдержать некоторую этапность, но при этом не растягивать ее на долгие годы.

Чтобы решение об обязательном участии частных медицинских организаций в СРО для тех органов, от которых зависит его принятие, было максимально взвешенным и продуманным, здесь я имею в виду Госдуму, Минздравсоцразвития РФ, Росздравнадзор, было бы целесообразно уже сейчас организовать ряд пилотных проектов по развитию саморегулирования в здравоохранении. Такой пилотной площадкой вполне могла бы стать и наша некоммерческая организация, действующая на принципах саморегулирования в стоматологии. Пилотный проект, а лучше несколько проектов позволят:

- отработать конкретные формы взаимодействия государственных органов и саморегулируемых организаций;
- проанализировать первые шаги по внедрению саморегулирования в здравоохранении;
- разработать предложения по формированию нормативно-правовой базы в части развития саморегулирования;
- выявить неочевидные достоинства и недостатки такой организационной технологии, как саморегулирование.

В этой связи первым шагом, который необходимо сделать Правительству уже сейчас, — это определить уполномоченный орган на ведение реестра саморегулируемых организаций в сфере здравоохранения. На мой взгляд, таким органом должен быть определен Росздравнадзор. Функции по контролю за деятельностью СРО в сфере здравоохранения тоже целесообразно возложить на эту структуру. Появится реестр СРО, появится первый опыт, будет что анализировать.

Далее, через год—полтора, необходимо законодательно закрепить обязательное участие частных медицинских организаций в СРО. Это можно сделать внесением дополнений в «Основы...» или, как мы предложили с профессором И.С. Кицулом, отразить эту позицию в отдельном законе «Об обеспечении качества медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации», проект которого был опубликован в 11-м номере «Менеджера здравоохранения».

Следующим этапом в развитии саморегулирования в здравоохранении как раз и могли бы стать разработка и принятие соответствующего отраслевого закона. Полагаю, что к этому можно подойти через 3–5 лет, когда будет накоплен пусть небольшой, но собственный опыт, который и необходимо будет учесть при разработке данного закона.

Лично я не сомневаюсь, что развитие саморегулирования в отечественном здравоохранении неизбежно и имеет большие перспективы.

Н.К.: Спасибо, Дмитрий Валентинович и Игорь Сергеевич! Высказанные Вами соображения имеют особую ценность в связи с тем, что эволюция саморегулирования может происходить лишь «снизу» и быть результатом только практической деятельности СРО. Поэтому, в отличие от Плескачевского, Вам, судя по всему, не придется говорить: «Доживем до понедельника...»





САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ТОЛКОВАНИЯ...

Общепризнанного определения **саморегулирования** не существует. В самом общем виде **саморегулирование представляет собой свод правил, сформулированных частными организациями для регулирования отраслевых рынков и определенных сфер деятельности.**

В проекте федерального закона «О саморегулируемых организациях» (статья 2) **«под саморегулированием понимается самостоятельная и инициативная деятельность субъектов предпринимательской или профессиональной деятельности, содержанием которой являются разработка и установление правил и стандартов предпринимательской или профессиональной деятельности, а также осуществление контроля за соблюдением требований законодательства в части осуществляемой предпринимательской или профессиональной деятельности и требований указанных правил и стандартов».**

Саморегулирование занимает промежуточную позицию между государственным регулированием и свободным действием рыночных сил. Но, в отличие от свободного рынка, саморегулирование предполагает установление конкретных «правил игры» участников рынка. Кроме того, саморегулирование предлагает санкции за нарушение этих правил и механизмы разрешения конфликтов внутри СРО, а также между членами СРО и потребителями. Причем правила саморегулирования могут дополнять, расширять или ужесточать правила государственного регулирования.

В статье 3 вышеупомянутого законопроекта **«саморегулируемыми организациями признаются созданные в целях саморегулирования на условиях членства негосударственные некоммерческие организации, объединяющие субъектов предпринимательской деятельности по признаку единства отрасли или рынка производимых товаров (работ, услуг) или объединяющие субъектов одного вида профессиональной деятельности».** Другими словами, это бизнес-ассоциации, устанавливающие правила и стандарты ведения деятельности для своих членов, осуществляющие мониторинг соблюдения установленных правил, применяющие санкции по отношению к нарушителям, а также внедряющие внесудебные методы разрешения споров и защищающие коллективные интересы бизнеса.

Следовательно, три элемента составляют суть саморегулирования: **стандарты, мониторинг и третейские способы разрешения споров.**



РЕГИОНАЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ...

ПРОЕКТ
(извлечения)

КОНЦЕПЦИЯ (ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ) РАЗВИТИЯ САМОРЕГУЛИРУЕМЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2009–2011 ГОДЫ

1. Общие положения

Концепция (основные направления) развития саморегулируемых организаций в Ростовской области на 2009–2011 годы (далее по тексту — Концепция) подготовлена с учетом необходимости создания правовых, методологических, финансовых и организационных условий для становления и развития региональной системы саморегулирования как инструмента реализации экономической политики Ростовской области, региональных целевых и отраслевых программ.

Основанием для разработки Концепции служит действующая законодательная база (перечень законодательных актов указан в Приложении 1 к Концепции).

Основные задачи Концепции с учетом необходимости системного развития саморегулируемых организаций в Ростовской области:

- определение предпосылок для развития саморегулируемых организаций в Ростовской области;

- создание условий для развития саморегулируемых организаций в различных отраслях экономики.

Концепция определяет принципы и механизмы развития саморегулируемых организаций, их взаимодействия с органами исполнительной власти и местного самоуправления.

К основным принципам относятся:

- *системность* — обеспечение функциональной взаимозависимости всех элементов областной системы саморегулирования;

- *комплексность* — создание благоприятных условий для развития саморегулируемых

организаций с учетом всего спектра государственной поддержки;

- *прозрачность* — обеспечение открытого доступа к информации о деятельности саморегулируемых организаций через статистический учет, средства массовой информации и органы аудита в целях защиты интересов членов этих организаций;

- *распределение функций* — привлечение общественных организаций, хозяйствующих субъектов к участию в реализации Концепции.

К механизмам развития саморегулируемых организаций относятся:

- формирование правового поля для развития саморегулируемых организаций посредством внесения предложений по совершенствованию действующего законодательства;

- отработка системы контроля деятельности саморегулируемых организаций, в том числе внедрение аудита;

- создание рабочих групп на муниципальном уровне с целью оказания консультационного содействия развитию системы саморегулирования.

Основные понятия, используемые в Концепции:

Саморегулируемые организации (далее — СРО) — некоммерческие организации, основанные на членстве, объединяющие субъектов предпринимательской деятельности, исходя из единства отрасли производства товаров (работ, услуг) или рынка произведенных товаров (работ, услуг) либо объединяющие субъектов профессиональной дея-





тельности определенного вида, созданные в целях снижения чрезмерного вмешательства государства в предпринимательскую сферу путем разработки и установления стандартов и правил указанной деятельности, а также контроля за соблюдением требований указанных стандартов и правил.

Понятия «саморегулирование» и «саморегулируемые организации» в Концепции используются взаимозаменяемо.

Областная система саморегулирования — совокупность саморегулируемых организаций и объединений предпринимателей (представителей профессий), обладающих отдельными атрибутивными признаками саморегулируемых организаций, зарегистрированных на территории Ростовской области, а также областных органов государственной власти и органов местного самоуправления, заинтересованных в развитии саморегулирования.

Сроки реализации Концепции

Концепция рассчитана на 2009–2011 годы, что обусловлено необходимостью комплексного решения данной проблемы наряду с реализацией отраслевых региональных программ¹, реализация которых приходится на данный период, таких как: Областная целевая программа развития субъектов малого и среднего предпринимательства в Ростовской области на 2009–2011 годы; Областная целевая программа «Молодежь Дона» на 2006–2010 годы; Областная целевая программа «Онкология» на 2007–2010 годы; Областная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения на территории Ростовской области» на 2007–2012 годы; Областная целевая программа профилактики правонарушений в Ростовской области на 2007–2010 годы; Областная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2008–2009 годы»;

Областная целевая программа улучшения демографической ситуации в Ростовской области на 2008–2010 годы; Областная целевая программа «Развитие службы детства и родовспоможения в Ростовской области на 2008–2010 годы», Областная целевая программа «Развитие туризма в Ростовской области на 2008–2010 годы», Областная адресная программа «Капитальный ремонт многоквартирных домов и создание условий для управления многоквартирными домами на территории Ростовской области в 2007–2011 годах», а также федеральная целевая программа «Социальное развитие села до 2010 года».

2. Ожидаемые результаты реализации Концепции

- 1) увеличение эффективности контроля за соблюдением норм и стандартов за счет использования механизма саморегулирования;
- 2) вытеснение с рынка неэффективных и недобросовестных производителей товаров и услуг;
- 3) повышение ответственности предприятий — членов саморегулируемых организаций перед потребителями;
- 4) создание альтернативных механизмов разрешения споров, предприятий — членов саморегулируемых организаций и потребителей, а также членов саморегулируемых организаций и государства;
- 5) снижение уровня административных барьеров для хозяйствующих субъектов;
- 6) защита прав и интересов членов саморегулируемых организаций от незаконных действий органов государственной власти;
- 7) снижение численности органов исполнительной власти путем более эффективного выполнения членами саморегулируемых организаций отдельных делегированных функций и полномочий органов исполнительной власти;

¹ Утверждены Постановлением Администрации Ростовской области от 26 декабря 2008 года № 604.



8) сохранение за государственными органами всех основных контрольных функций и «возможность в любой момент вмешаться в процесс», взаимодействуя при этом не с огромным числом участников экономической деятельности, а с конкретными объединениями бизнеса.

Мониторинг реализации Концепции

Мониторинг реализации Концепции осуществляется в следующем порядке:

Торгово-промышленной палатой Ростовской области.

— весь период в форме сбора, обобщения и анализа информации о принимаемых мерах по развитию саморегулируемых организаций;

— по мере необходимости, но не реже одного раза в год в форме подготовки отчета о ходе выполнения работы в рамках реализации Концепции.

Советом по предпринимательству при Администрации Ростовской области — по мере необходимости, но не реже одного раза в год в форме обсуждения отчета о ходе выполнения работы в рамках реализации Концепции.

3. Предпосылки для развития саморегулируемых организаций в Ростовской области

В июле 2009 года был опубликован Мониторинг развития саморегулирования в регионах России, проведенный Национальным институтом системных исследований проблем предпринимательства (НИСИП) в целях оценки результативности усилий региональных властей по созданию условий для развития саморегулирования различных секторов экономики. Мониторинг охватил деятельность саморегулируемых организаций в таких сферах, как:

1. Арбитражное управление.
2. Оценочная деятельность.
3. Строительство.
4. Аудиторская деятельность.

5. Профессиональная деятельность на рынке ценных бумаг.

6. Рекламная деятельность.

7. Кадастровая деятельность.

8. Пищевая промышленность и сельское хозяйство.

9. Иные сферы предпринимательской деятельности.

10. Иные сферы профессиональной деятельности.

В сводном рейтинге регионов по развитию СРО Ростовская область занимает 16-е место по численности саморегулируемых организаций. При этом в разрезе сфер экономической деятельности Ростовская область находится в верхней части рейтинговой таблицы по развитию СРО оценщиков (5 СРО), арбитражных управляющих (31 СРО), по развитию СРО, объединяющих субъектов предпринимательской деятельности в иных сферах (13 СРО).

В середине рейтинга Ростовская область находится по развитию СРО:

- аудиторов (3 СРО),
- в строительстве (1 СРО),
- профессиональных участников рынка ценных бумаг (3 СРО),
- в сфере пищевой промышленности и сельского хозяйства (2 СРО),
- в сфере кадастровой деятельности (2 СРО).

В рейтинге субъектов РФ по развитию СРО, объединяющих субъектов профессиональной деятельности в иных сферах и в сфере рекламной деятельности, Ростовская область вошла в число регионов, в которых не созданы СРО.

Проведение мониторинга НИСИП выявило проблемы, связанные с недостатком или отсутствием статистической информации о деятельности СРО. Таким образом, для определения причин, влияющих на тенденции развития СРО в тех или иных отраслях экономики, требуются более полные обследования.

По данным Министерства юстиции РФ, в Ростовской области зарегистрировано более 430 некоммерческих партнерств, на





базе которых возможно в дальнейшем создание СРО.

Наиболее перспективные отрасли для создания саморегулируемых организаций на территории Ростовской области в ближайшие 3 года:

- строительство, проектирование, инженерные изыскания;
- управление многоквартирными домами и обслуживание жилищного фонда;
- сельское хозяйство;
- автомобильный транспорт;
- рекламная деятельность;
- **здравоохранение**;
- туристические услуги;
- кредитная кооперация.

Саморегулирование в сфере здравоохранения и фармацевтики

Несмотря на то, что лицензирование в сфере здравоохранения не отменено, оно не исключает нахождение на рынке недобросовестных игроков. Наличие врачебных ошибок, недостаточная компетентность отдельных врачей и фармацевтов, коррупция — все это составляет угрозу жизни и здоровью граждан.

По состоянию на 01.09.2009 года в Ростовской области зарегистрированы 1021 организация здравоохранения. При этом количество государственных областных и муниципальных учреждений здравоохранения, подведомственных Минздраву области, — 216, в том числе:

- государственных областных учреждений здравоохранения — 40;
- муниципальных учреждений здравоохранения — 176.

Саморегулируемых организаций в сфере здравоохранения на территории Ростовской области по состоянию на 01.09.2009 не зарегистрировано.

В то же время зарегистрирована и действует Межрегиональная общественная организация «Врачебная палата Южного федерального округа», имеющая Ростовское

отделение, с признаками саморегулируемой организации.

Сведения официальной статистики о количестве всех фармацевтических учреждений (и государственных, и негосударственных) отсутствуют, так как данные учреждения учитываются в составе организаций, осуществляющих розничную торговлю, и отдельной выборке не подлежат. Ведется реестр государственных унитарных аптечных предприятий — их 18 на территории Ростовской области.

СРО в сфере здравоохранения и фармацевтики могут взять на себя следующие функции:

- обеспечение качества предоставляемых услуг за счет проведения аттестации и повышения квалификации медперсонала и фармацевтов;
- анализ ценообразования в сфере предоставления медицинских услуг и в сфере обращения лекарственных средств, выработка предложений по оптимизации их стоимости;
- ведение учета и анализа деятельности членов СРО;
- взаимодействие с уполномоченным органом исполнительной власти, предоставление ему информации о деятельности членов СРО в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

4. Создание условий для развития саморегулируемых организаций на территории Ростовской области

Создание благоприятных условий для создания полноценной областной системы саморегулирования возможно при реализации следующих мероприятий со стороны органов исполнительной власти и органов местного самоуправления:

- разработка перечня функций, предполагаемых к передаче от соответствующих органов государственной власти саморегулируемым организациям;
- заключение договоров о сотрудничестве между государственными (муниципальными) органами и саморегулируемыми орга-



низациями в части разграничения функций, сотрудничества и др.;

— оказание методической помощи хозяйствующим субъектам по вопросам их вступления в СРО посредством обсуждения в СМИ, проведения семинаров, круглых столов, обеспечения заинтересованных лиц справочно-методической и нормативной литературой;

— содействие развитию саморегулируемых организаций, в том числе за счет удовлетворения потребности членов саморегулируемых организаций в консультационных, юридических, информационных услугах;

— подготовка кадров для организации и управления саморегулируемыми организациями, повышение квалификации специалистов саморегулируемых организаций;

— включение представителей саморегулируемых организаций в состав координационных и совещательных органов, создаваемых при участии органов исполнительной власти и органов местного самоуправления;

— привлечение саморегулируемых организаций к решению вопросов социально-экономического развития Ростовской области, в том числе к разработке областных отраслевых программ;

— рассмотрение механизма предоставления преимущественного права получения субсидий из бюджетов всех уровней членам саморегулируемых организаций;

— создание при органах исполнительной власти, органах местного самоуправления, Торгово-промышленной палате Ростовской области и ее филиалах общественно-консультативных советов по взаимодействию с саморегулируемыми организациями;

— оказание отраслевыми министерствами помощи саморегулируемым организациям в разработке на основе федерального законодательства стандартов и правил предпринимательской или профессиональной деятельности этих организаций;

— привлечение представителей органов управления саморегулируемых организаций для проведения общественной экспертизы нормативных правовых актов в сфере предпринимательства.

С целью реализации перечисленных направлений необходимо разработать план мероприятий по реализации Концепции, включающий конкретные сроки и ответственных исполнителей.

Координацию данной работы целесообразно возложить на Торгово-промышленную палату Ростовской области, так как в состав ее членов входят хозяйствующие субъекты различных отраслей, а давний опыт ее работы можно сравнить с практическим опытом саморегулирования.

От редакции:

Представленный проект предлагает, по сути, региональную модель дерегулирования как неотъемлемого элемента политики отделения хозяйственной деятельности от властных полномочий государственных органов, то есть модель дебюрократизации экономики на основе развития механизмов саморегулирования отдельных секторов, в том числе и сферы здравоохранения.



РАБОТА НАД ОШИБКАМИ...



От редакции:

В ноябрьском номере журнала «Эксперт» был подведен первый итог саморегулирования в строительной отрасли, который широко обсуждается среди представителей медицинского профессионального сообщества, ратующего за развитие института саморегулирования в здравоохранении. Поэтому мы публикуем фрагменты публикации «Эксперта», позволяющие составить представление о проблемах, возникших в связи с форсированным созданием общепрофессиональной СРО.

С 1 января 2010 года отменяются строительные лицензии. Вместо них вводятся допуски к строительным работам, которые будут выдавать саморегулируемые организации (СРО). Они же будут периодически проверять застройщиков. Строительные СРО — это некоммерческие партнерства, насчитывающие не менее ста членов и зарегистрированные в реестре Ростехнадзора. Сегодня их несколько десятков. Еще около сотни некоммерческих партнерств, претендующих на статус СРО, подали заявки на регистрацию.

Принудительная запись в саморегулируемые организации — уникальный прецедент, нигде в мире ничего подобного нет. Демонстрация системы лицензирования происходит в отсутствие внятных технологических стандартов и вообще каких-либо правил игры на строительном рынке. Это создает благоприятную почву для корыстных злоупотреблений и коррупции.

Сегодня уже никто не помнит, кому принадлежит идея отмены лицензирования и внедрения насильственного саморегулирования. Принципиально другое: убедительных аргументов, доказывающих необходимость этого шага, никем и никогда предъявлено не было.

Однако государство предпочло возложить регулирующие функции на профессиональные объединения, тем самым расписавшись в собственном бессилии. У многих компаний еще не истек срок ранее выданных государством лицензий, но Правительство это ничуть

не смутило: действующие лицензии решено аннулировать. Дошло до того, что против сохранения системы лицензирования в строительстве высказывается даже директор Федерального лицензионного центра. Депутаты, лоббировавшие отмену лицензирования, периодически апеллировали к зарубежному опыту. Впрочем они всегда избегали конкретики, что и неудивительно. По крайней мере, нам не удалось найти страны, где система гослицензирования в строительстве одним росчерком пера была бы заменена автономным саморегулированием. Наоборот, в большинстве цивилизованных стран лицензирование и саморегулирование существуют параллельно. При этом некоммерческие организации создаются участниками рынка добровольно.

В США, наряду с развитой системой строительных инспекторов, действуют десятки профессиональных саморегулируемых объединений. Эти организации занимаются научными исследованиями, анализом рыночной конъюнктуры, совершенствованием нормативной базы с целью повышения качества продукции, взаимодействуют с госорганами, издают специальную литературу.

Японские саморегулируемые общества строителей (строительная отрасль этой страны — одна из наиболее технологичных в мире) также являются добровольными и не наделены административными функциями. В Японии существует система лицензирования.



Лицензии выдает Министерство земель, инфраструктуры и транспорта, оно же утверждает строительные стандарты. Госорган, выдающий лицензии, вправе их аннулировать, потребовать от компании выплаты компенсаций в случае нанесения ущерба, ограничить участие недобросовестных фирм в строительных тендерах либо вовсе приостановить их деятельность.

В некоторых странах саморегулируемые объединения выдают своим членам сертификаты и другие документы, подтверждающие квалификацию. Однако речь идет о сертификации не компаний, а отдельных и вполне конкретных специалистов: инженеров, архитекторов.

Непонятен формат проверок, которые будут осуществлять представители СРО. Одни саморегуляторы намереваются ограничиться проверкой квалификации сотрудников и наличия материальной базы, другие собираются контролировать качество работ и даже соответствие строительных материалов ГОСТам. До сих пор федеральные власти не утвердили формы свидетельства о допуске к строительным работам, формы выписок из реестров СРО. Перечень строительных

работ, на которые выдаются допуски, составлен на основе Общероссийского классификатора видов экономической деятельности и нуждается в актуализации.

Ключевая же проблема заключается в том, что саморегулируемые организации будут выдавать допуски, а также контролировать строительные компании, исходя из собственных стандартов и представлений о качестве строительства. Технические регламенты, устанавливающие общие требования безопасности строительства, находятся в зачаточном состоянии и до сих пор не приняты Госдумой. Между тем старые СНиПы и ГОСТы с 1 января 2010 года отменяются: СРО могут руководствоваться ими в добровольном порядке.

Специалисты всерьез опасаются, что как до, так и после отмены лицензирования строительная отрасль останется в правовом и технологическом вакууме.

*Источник: «Эксперт»
№43 (680)/9 ноября 2009
Илья Ступин,
специальный корреспондент
журнала «Эксперт»*

→ *От редакции:*

Сегодня по многим направлениям медицинской помощи нет ни федеральных, ни региональных стандартов и СРО действительно могут разработать самые разные собственные стандарты, в том числе и не очень качественные. Но это и должно быть стимулом для государства как можно скорее «стандартизировать» все или почти все поле медицинской деятельности, и тогда СРО будут просто обязаны ориентироваться на госстандарты как на самый минимальный уровень. Потребитель услуг (пациент) от этого только выиграет. В противном случае — без угрозы появления СРО — государство так и будет расслабляться и процесс разработки стандартов и правил оказания большинства медицинских услуг затянется еще лет на 20. Таким образом, СРО, даже при негативной оценке первых результатов их деятельности (как в строительстве, судя по материалам «Эксперта») уже явились стимулом к рассмотрению проблемы обеспечения качества услуг в самом разном контексте. А это уже очень важно.





САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

В мировой практике известны **несколько видов саморегулирования**.

Делегированное саморегулирование, то есть когда государство передает определенные функции по регулированию рынка (например, лицензирование участников рынка) организации саморегулирования, устанавливает права деятельности подобных организаций. Для всех схем делегированного саморегулирования в силу его специфики характерно установление более жестких требований, обязательных к исполнению. Именно в этом случае возникают требования обязательного членства субъектов предпринимательской (профессиональной) деятельности в СРО, страхования ответственности причинения вреда третьим лицам членами СРО (создания компенсационных фондов), ужесточаются требования к самим СРО. Обычно делегированное саморегулирование занимает доминирующее положение на рынке, будучи монополистом в силу природы делегированных государством функций.

Добровольное саморегулирование, которое предполагает установление и поддержание правил участниками СРО без какого-либо одобрения или специальной защиты со стороны государства. Упомянутые обязательства выходят за рамки правовых требований или установленных норм в областях, в которых отсутствуют соответствующие законы. Мониторинг за соблюдением добровольно принятых норм, а также за применением штрафных санкций в случае их несоблюдения осуществляется соответствующим органом саморегулирования.

Обеспечение имущественной ответственности в сфере добровольного регулирования должно строиться на добровольных началах. При этом участники рынка, объединенные на началах саморегулирования, вправе самостоятельно выбирать формы обеспечения ответственности, связанные с реализацией взятых на себя обязательств.

Смешанный вид саморегулирования, содержащий в себе элементы двух вышеописанных видов. Он характерен для тех стран, где государство четко обозначило в законодательном порядке, что соблюдение норм саморегулирования эквивалентно соблюдению закона. Эта схема не предусматривает ни обязательного членства, ни обязательного соблюдения норм. Возможны проверка соблюдения членами установленных норм и применение санкций в отношении организаций, не соблюдающих эти нормы. Другим вариантом могут быть правовые санкции, применяемые в обычном порядке. Европейская Комиссия, например, определяет совместное регулирование следующим образом: «Заинтересованные лица компании и покупателя обсуждают друг с другом права потребителя и обязанности компании под эгидой органов государственной власти с целью разработки соответствующего законодательства». Главное различие между совместным регулированием и саморегулированием в данном случае заключается в роли государства и силе закона. Совместное регулирование, согласно определению Европейской Комиссии, похоже на смешанное саморегулирование, которое в свою очередь может перейти на уровень государственного регулирования, особенно если неудачи в сфере саморегулирования вынудят государство вмешаться в ситуацию.

В целом при смешанном саморегулировании государство все же должно участвовать в осуществлении контроля за эффективностью схем для обеспечения их соответствия регулятивным целям законов, которые они заменяют. Данная роль государства также должна быть описана в законе, что позволит СРО следовать кодексу, составленному в соответствии с законом.

Источник: <http://www.forum.sro.org.ua>



В.И. Перхов,

ведущий научный сотрудник ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России», г. Москва

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

*«Многочисленность законов в государстве есть то же,
что большое число врачей: признак болезни и бессилия»
Мари Франсуа Аруэ (Вольтер)*

Вопросы обеспечения и оценки качества медицинской помощи являются важнейшими для любой системы здравоохранения. Внедрение новых медицинских технологий и форм организации труда должно быть нацелено прежде всего на повышение качества медицинской помощи.

Состояние здоровья населения нашей страны продолжает ухудшаться. На фоне сохраняющейся высокой смертности населения Российской Федерации, ФГУ «ЦНИИОИЗ» зарегистрирован рост первичной (на 5%) и общей заболеваемости (на 18%) населения страны в 2008 году в сравнении с 2000 годом. Сопоставление уровней общей и первичной заболеваемости населения (соотношение в 2000 году — 1,80; в 2008 году — 2,02) свидетельствует о нарастающей хронизации патологии, что может свидетельствовать о низком качестве лечения. Особую тревогу вызывает резкий рост заболеваемости в классе «Симптомы, признаки и отклонения от норм, выявленные при клинических исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (с 633,5 до 1500,4 на 100 000 населения), что может свидетельствовать об ухудшении качества диагностики (Стародубов В.И. и соавт., 2009).

Сравнительный анализ результатов наиболее сложного и затратного, а именно, хирургического лечения заболеваний с использованием показателей послеоперационных осложнений и летальности свидетельствует о наличии острой проблемы качества медицинской помощи. Так, например, всего в 2008 году в государственных и муниципальных ЛПУ выполнено 8973,6 тыс. операций (в том числе 358,9 тыс. с использованием высоких медицинских технологий). При этом в 55,6 тыс. случаев наблюдались осложнения, 75,3 тыс. пациентов умерли после хирургического вмешательства (в том числе 1,8 тыс. пациентов в возрасте от 0 до 17 лет).

Статистическая оценка вариации уровней послеоперационных осложнений и летальности в разрезе субъектов Федерации ($n = 80$) в сравнении со среднероссийскими показателями представлена в *таблице 1*.

Результаты анализа свидетельствуют о максимальном приближении средних значений к показателям по Российской Федерации в целом. Вместе с тем разброс значений изучаемых показателей (стандартное отклонение, дисперсия выборки, эксцесс, асимметричность, интервал, минимум, максимум) свидетельствует о существенной изменчи-





Таблица 1

**Статистическая оценка вариации уровней послеоперационных осложнений
и летальности субъектов Федерации (n = 80) в сравнении
со среднероссийскими показателями**

Наименование статистической характеристики	Отклонения показателя от среднероссийского уровня (коэффициент вариации)	
	Послеоперационные осложнения	Послеоперационная смертность
Среднее	0,962	0,937
Стандартная ошибка	0,053	0,031
Медиана	0,864	0,919
Стандартное отклонение	0,475	0,281
Дисперсия выборки	0,226	0,079
Эксцесс	0,456	0,538
Асимметричность	0,718	0,166
Интервал	2,279	1,440
Минимум	0,000	0,273
Максимум	2,279	1,713

ности основных индикаторов качества хирургического лечения в разных регионах страны, особенно в части осложнений после оперативных вмешательств.

В таблице 2 представлены 10 территорий с наибольшими и 10 территорий с наименьшими уровнями (с учетом значения коэффициента вариации — K_{var}) послеоперационных осложнений в сравнении со среднероссийскими показателями.

Специальные расчеты также показали, что снижение частоты осложнений после оперативных вмешательств и уровня операционной летальности по отдельным субъектам Федерации хотя бы до среднероссийских значений позволит на 20,1% уменьшить число осложнений (до 44,4 тыс.) и на 14,0% число летальных исходов (до 64,8 тыс.) при хирургическом лечении. Таким образом, результаты этого небольшого исследования подтверждают актуальность совершенствования организационных механизмов, обеспечивающих повышение качества медицинской помощи.

Вместе с тем, чтобы понять причину, по которой тонет корабль, нужно спуститься в трюм, а также сверить его курс. Если пытаться осмыслить и исправить ситуацию, исходя

из видимой части, благие намерения сведутся к приспособлению к ситуации.

Еще в 1998 году в своем Постановлении (от 12 ноября 1998 г. № 483-СФ) «О состоянии медицинского обслуживания и обеспечения лекарственными средствами населения Российской Федерации» Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации «...отмечает, что в настоящее время состояние охраны здоровья населения в стране можно определить как критическое. Создавшаяся ситуация является следствием ослабления государственного регулирования в области охраны здоровья граждан, малоэффективного контроля за целевым использованием бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение».

Годом раньше Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная Постановлением Правительства от 5 ноября 1997 г. № 1387, определила основные принципы организации системы здравоохранения: научная база медицинской практики; структурная перестройка системы здравоохранения в Российской Федерации; обеспечение адекватности финансовых ресурсов государственным гарантиям в сфере здравоохранения.



Таблица 2

Субъекты Российской Федерации с наибольшими и наименьшими уровнями послеоперационных осложнений в сравнении со среднероссийскими показателями

№	Субъект Российской Федерации	$K_{\text{вар}}$	Субъект Российской Федерации	$K_{\text{вар}}$
1	Архангельская область	2,28	Республика Алтай	0,00
2	Калужская область	2,23	Республика Башкортостан	0,26
3	г. Москва	2,10	Белгородская область	0,36
4	Пензенская область	1,93	Алтайский край	0,38
5	Республика Хакасия	1,85	Тамбовская область	0,40
6	Республика Карелия	1,79	Липецкая область	0,48
7	Оренбургская область	1,78	Ростовская область	0,52
8	Орловская область	1,75	Саратовская область	0,52
9	Новгородская область	1,69	Приморский край	0,55
10	Еврейская автономная область	1,43	Самарская область	0,61
11	Вологодская область	1,38	Курская область	0,66
12	Смоленская область	1,38	Ставропольский край	0,67
13	Республика Коми	1,36	Астраханская область	0,74
14	Томская область	1,36	Нижегородская область	0,75
15	Рязанская область	1,32	Омская область	0,75
16	Псковская область	1,28	Читинская область	0,75
17	Республика Саха (Якутия)	1,27	г. Санкт-Петербург	0,77
18	Костромская область	1,27	Кемеровская область	0,77
19	Ленинградская область	1,27	Московская область	0,78
20	Хабаровский край	1,24	Республика Татарстан	0,81

Авторы новой Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации не только оторвали ее содержание от развития медицинской науки. Это первый концептуальный долгосрочный план, в котором первоочередной целью развития здравоохранения является прекращение убыли населения Российской Федерации и доведение его численности до 145 млн. человек к 2020 году, а первоочередной задачей является создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни. Создание системы качественной и доступной медицинской помощи уже находится на втором плане.

Одновременно с этим внесены изменения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан,

согласно которым федеральный орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья населения занимается «формированием государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях», то есть в том числе самому себе устанавливает государственное задание, являясь собственником в лице государства федеральных клиник, а также сам себе разрабатывает порядок формирования этого задания, который сам же, по сути, и исполняет.

Более того, согласно статье 5. «Полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Минздравсоцразвития России занимается не





только разработкой, но и **утверждением** программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования (п.16).

Одновременно с этим (статья 20.1 введена Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ) Правительство Российской Федерации **утверждает** Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и рассматривает доклад о ее реализации, ежегодно представляемый федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ).

То есть на фоне правовых коллизий (ПГГ утверждают одновременно Минздравсоцразвития и Правительство) в сфере государственных гарантий медицинской помощи постепенно происходит подмена понятий и целей, ради которых создана и существует государственная система здравоохранения.

В какой мере здравоохранение в состоянии обеспечить здоровый образ жизни населения, а также рост его численности?

Как известно, убыль населения в Российской Федерации обусловлена не компенсируемым миграционными процессами превышением числа умерших лиц над числом родившихся. Основной причиной смерти в стране являются болезни системы кровообращения (БСК).

В Российской Федерации ежегодно от БСК умирает 1,2 млн. человек, что составляет более половины от общего числа умерших. Удельный вес болезней системы кровообращения в структуре причин смерти в Российской Федерации по всем классам заболеваний и внешних причин в 2007 году составил 57,0% и увеличился в сравнении с 1995 годом на 4,2 процентных пункта. Если

исключить внешние причины смерти, то удельный вес болезней системы кровообращения в структуре причин смерти населения страны увеличится до 65%. В целом за последние 40 лет число лиц, умирающих ежегодно от БСК в Российской Федерации, увеличилось в 2,82 раза, в том числе мужчин — в 2,97 раза, женщин — в 2,25 раза.

Вместе с тем смертность от БСК весьма зависима от социально-экономических перемен, как позитивных, так и негативных. Так, например, на фоне проведения в 1992–1993 гг. крупномасштабных социально-экономических реформ смертность от БСК населения России резко возросла.

После первых трех лет реформ смертность населения от БСК снизилась почти до уровня показателей периода последних лет существования СССР. Положение резко ухудшил финансовый кризис августа 1998 года. С 1999 года показатели смертности населения России от БСК снова стали расти и достигли своих максимальных показателей в 2000–2003 гг. С 2006 года линии тренда смертности от БСК как среди мужчин, так и среди женщин пошли вниз с годовым темпом снижения примерно 5% у мужчин и 3% у женщин. Это связано прежде всего с тем, что за последние годы Россия восстановила статус мощной экономической державы (рис. 1).

Безусловно, обеспечение качества медицинской помощи является одной из ключевых задач в здравоохранении Российской Федерации. Вместе с тем следует отметить, что решать вопросы качества необходимо в тесной взаимосвязи с обеспечением необходимой и равной доступности медицинской помощи для населения, прежде всего стационарной.

Например, в 2007 году в целом по Российской Федерации только 17,1% умерших от БСК умерли в стационарах государственных и муниципальных медицинских учреждений (202,6 тыс. человек из 1185,2 тыс. умерших всего). При этом в разрезе федеральных округов удельный вес умерших от БСК в стационарах государственных и муниципальных

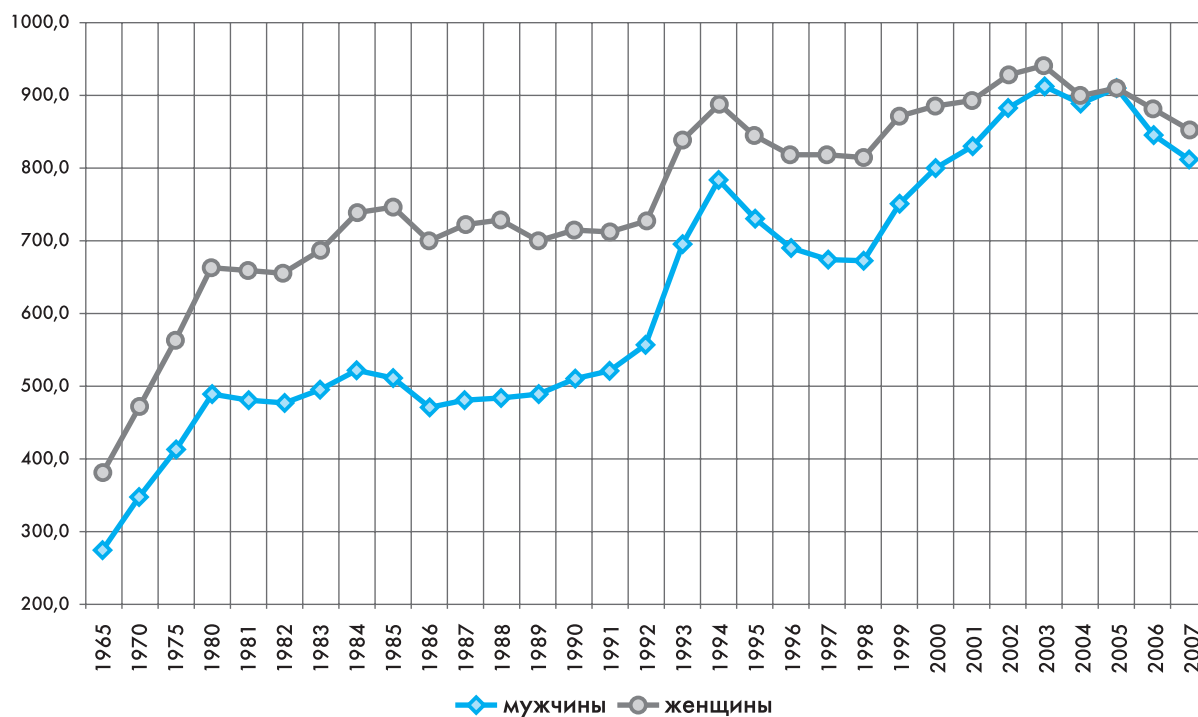


Рис. 1. Динамика показателей смертности населения Российской Федерации от БСК (на 100 000 населения)

медицинских учреждений варьирует от 12,8 до 25,% (таблица 3).

В разрезе субъектов Федерации удельный вес умерших от БСК в стационарах государственных и муниципальных медицинских учреждений варьирует от 47,7% (Тюменская область) до 8,7% (Кабардино-Балкарская Республика, Республика Башкортостан).

Таким образом, к проблеме высокой смертности населения от БСК необходимо присоединить проблему высокого удельного веса смертей от БСК вне больничных условий, то есть смертей, наступивших без оказания специализированной стационарной помощи.

БСК — не исключение. Например, в 2007 г. от травм, отравлений и воздействия других внешних причин (кроме самоубийств) погибло 218,1 тыс. человек, из них в больничных условиях — всего 53,6 тыс. пациентов (25%). При этом объемы стационарной помощи в Российской Федерации (3000 койко-дней на 1000 человек населения без учета показате-

лей работы ведомственных ЛПУ) в 3 раза превышают аналогичные показатели развитых европейских стран (800–1000 койко-дней на 1000 человек населения).

В современных условиях кризиса возникают экономические, социальные, психологические и иные факторы, оказывающие пагубное влияние на здоровье населения. При этом следует ожидать ухудшения медико-демографических показателей на фоне увеличения масштабов подмены гарантированной бесплатной медицинской помощи платными услугами в условиях неспособности населения платить за необходимые медицинские услуги.

Приведем данные социологического исследования. Федеральная служба государственной статистики при участии Минздравсоцразвития России, Росспорта, Института социальных исследований провела выборочное обследование на тему «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения». Итоги обследования основаны





Таблица 3

**Показатели общей и госпитальной смертности населения от БСК в 2007 году
в разрезе округов Российской Федерации (тыс. человек)**

Наименование Федерального округа	Умерло от БСК всего (взрослые и дети)	В том числе в стационарах	Удельный вес умерших от БСК в стационарах (в %)
Приволжский	266,5	34,2	12,8
Южный	164,0	23,5	14,3
Сибирский	144,4	23,4	16,2
Уральский	82,6	14,9	18,0
Центральный	361,1	67,1	18,6
Дальневосточный	45,5	9,1	20,0
Северо-Западный	121,2	30,4	25,1
Всего:	1185,2	202,6	17,1

на материалах опроса 2204 человек в возрасте 15 лет и старше, проведенного в июне—июле 2008 г. по квотной стратифицированной выборке с вероятностным отбором респондентов на завершающем этапе ее реализации в 24 субъектах Российской Федерации. 45,4% опрошенных оценили уровень своего материального достатка ниже черты бедности, когда денег в лучшем случае хватает лишь на основные продукты питания и одежду. Кроме этого, 44,1% респондентов опасаются потери работы, 27,0% — испытывают чувство одиночества. Такое психическое состояние людей нередко обуславливает распространенность вредных привычек. На вопрос о причинах курения и употребления спиртных напитков 24,5% респондентов-курильщиков и 20,6% потребляющих спиртные напитки дали объяснение, что «это успокаивает». На другой наводящий вопрос: «Собираетесь ли Вы иметь ребенка (первого, если у Вас нет детей, еще одного или больше)?» получено следующее распределение ответов (в %): да, при любых условиях — 16,0; да, но при наличии необходимых условий (материальных, жилищных и др.) — 21,0; нет — 51,2; затруднились ответить — 10,7.

Таким образом, данные опроса дают веские основания для вывода о том, что главным источником стрессов, распространения среди населения вредных привычек является

социальная неустроенность. При этом только 16% способного к деторождению населения твердо намерены иметь детей, а почти половина населения страны не имеет возможности участвовать в расходах по финансированию медицинской помощи, так как денег едва хватает на приобретение предметов первой необходимости.

В условиях неспособности значительной части населения платить за медицинскую помощь объемы платных услуг растут, причем **эти услуги уходят «в тень»**. По данным из докладов Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», объемы государственного финансирования государственных и муниципальных медицинских учреждений Российской Федерации за период 2001–2007 гг. увеличились в 3,76 раза. По оценке Федеральной службы государственной статистики, объемы финансирования из государственных источников государственных гарантий в здравоохранении за период 2001–2007 гг. увеличились в 3,77 раза, расходы (без учета неформальных платежей) населения Российской Федерации на услуги системы здравоохранения в 5,88 раза (рис. 2).

Наиболее интенсивно расходы населения стали расти с 2006 года (в 1,45 раза в сравнении с 2005 годом), который является пер-



Рис. 2. Динамика объемов финансирования из государственных источников государственных гарантий в здравоохранении и расходов населения Российской Федерации на услуги системы здравоохранения (по данным Росстата)

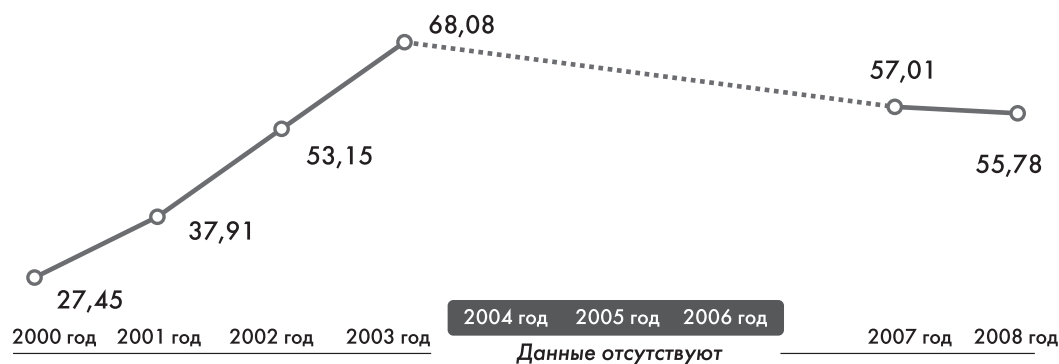


Рис. 3. Динамика расходов личных средств населения на медицинские услуги в государственных и муниципальных ЛПУ, млрд. рублей¹ (по данным Минздравсоцразвития России)

вым годом запуска приоритетных национальных проектов (в том числе в здравоохранении), реализуемых за счет средств федерального бюджета.

Таким образом, объемы медицинских услуг, предоставляемых населению за плату, растут, несмотря на увеличение объемов финансирования из государственных источников, а интенсивность роста расходов населения на услуги системы здравоохранения существенно опережает рост расходов государства на эти же цели.

В текстовой части докладов Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» не приводятся данные о динамике расходов населения на медицинскую помощь, отсутствуют эти данные и в табличных приложениях к докладом за 2004–2006 гг. Однако в приложениях к докладу за 2007 и 2008 годы имеются соответствующие числовые данные, которые позволяют построить следующую диаграмму (рис. 3).

¹ Без учета 11,4 млрд. рублей, поступивших в 2008 году в иные типы учреждений здравоохранения от оказания платных медицинских услуг.





С учетом изложенного можно считать, что, кроме существенных расхождений в данных Росстата и Минздравсоцразвития России, установилась тенденция снижения объема легальных финансовых поступлений в государственные и муниципальные медицинские учреждения от оказания платных медицинских услуг. Единственной причиной, объясняющей данный парадокс, является нарастание скрытой платности медицинской помощи, увеличение объема неформальных платежей на фоне существенного увеличения расходов государства на здравоохранение, достигших 1185,1 млрд. рублей в 2008 году.

При этом сохраняется иллюзия о том, что внебюджетную деятельность по оказанию платных услуг населению государственные и муниципальные медицинские учреждения выполняют на мощностях, не используемых для осуществления деятельности в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

В этой связи отдельного внимания заслуживают показатели стационарной медицинской помощи, оказанной за плату, содержащиеся в докладах Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» за 2007 год.

Согласно данным из приложения (таблица 4000) к докладу, в 2007 году пациентами, госпитализированными за плату, проведено 146,3 млн. койко-дней, «бесплатно» — 414,2 млн. койко-дней, в сумме — 560,5 койко-дней. Коечный фонд государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в 2007 году составлял 1346,3 тыс. коек. Следовательно, показатель среднегодовой занятости одной койки больными, госпитализированными платно и «бесплатно», составляет значение, равное 415,95 дней в году, что противоречит здравому смыслу.

Таким образом, в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, а также оказание платных услуг населению государственные и муниципальные медицинские учреждения осуществляют в отношении одних и тех же пациентов, причем используют при этом одни и те же мощности.

Положение усложняется тем, что существовавшая в прежней редакции Бюджетного кодекса статья 177. «Нормативы финансовых затрат на предоставление государственных или муниципальных услуг» утратила силу, и по тексту Кодекса нормативы затрат на оказание государственных или муниципальных услуг учреждениями упоминаются только в статье 69.1. «Бюджетные ассигнования на оказание государственных (муниципальных) услуг», но только в части предоставления субсидий автономным учреждениям на оказание государственных (муниципальных) услуг.

Таким образом, смета остается основным механизмом доведения бюджетных ассигнований бюджетным учреждениям здравоохранения, и ее формирование не связано с процессами нормирования расходов на оказание медицинской помощи. В этих условиях становится также сомнительной легитимность даже факультативного использования на практике стандартов оказания медицинских услуг, хотя стандартизация в здравоохранении является методологической основой для расчета объема ресурсного обеспечения медицинской помощи.

Следует заметить также, что статья 177 Бюджетного кодекса прежней редакции должна была быть введена в действие со вступления в силу Федерального закона «О государственных минимальных социальных стандартах»². Упразднение данной статьи нужно понимать как отсутствие перспектив принятия в обозримом будущем указанного Федерального закона, направленного на обеспечение

² Внесен на рассмотрение Государственной Думы Российской Федерации 24.05.2002, принят в первом чтении 11.06.2003, окончательно не принят.



условий для реализации основных социальных гарантий и прав граждан, закрепленных в Конституции Российской Федерации.

При этом, согласно проекту новой Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации, для создания системы качественной и доступной медицинской помощи необходимо создание правовых и экономических условий для формирования *саморегулируемой* системы оказания медицинской помощи населению.

Таким образом, наш «отраслевой корабль», спустя 11 лет после объявления Советом Федерации Федерального Собрания Российской Федерации основной причины кризиса в здравоохранении, заключающейся в ослаблении государственного регулирования в области охраны здоровья граждан, ***берет курс на саморегуляцию, а также формирование здорового образа жизни в условиях отсутствия необходимости нормирования расходов на оказание не подлежащей стандартизации медицинской помощи, до оказания которой больные не доживают и гарантии которой остаются декларативными.***

Вряд ли потребуется в этом плавании (если оно начнется) Федеральный закон «Об обеспечении качества медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации». И вообще кто и когда доказал, что медицинская помощь в Российской Федерации не является качественной?

Существует огромное количество научных исследований, посвященных вопросам повышения качества медицинской помощи. Существует система контроля качества медицинской помощи. Можно найти множество определений качества медицинской помощи. Но нет исследований, свидетельствующих о наличии низкого качества медицинской помощи (объект исследования) в конкретном медицинском учреждении (место проведения исследования). Таких работ и не может быть.

Существующий уровень качества можно повысить. Именно на повышение качества медицинской помощи ориентирована инициатива наших иркутских коллег и концепция законопроекта, что заслуживает безусловного одобрения. Но законопроект «О повышении качества медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации» вряд ли дойдет даже до начала процедуры законодательного процесса.

Закон отличается от других правовых актов тем, что регулирует наиболее важные общественные отношения и обладает высшей юридической силой. Господство Закона выражается в том, что он является не просто продуктом государственной воли, а представляет собой реализацию важной правовой идеи.

Безусловно, в законодательных актах, касающихся вопросов охраны здоровья населения, реализуется социальная ответственность государства за состояние здравоохранения. Но при этом необходимо исходить из понимания того, что в здравоохранении нельзя полагаться исключительно на законы, регламенты, правила, порядки, протоколы и стандарты. При этом важно, какие принципы общество стремится реализовать, выбирая те или иные регламентирующие решения в области здравоохранения. Но при всем многообразии решений во главу угла должно быть поставлено требование справедливости, эффективности и гуманности. Поэтому в основе профессиональной деятельности врача, наряду со специальными знаниями и умениями, должны быть доброта, милосердие, сострадание и сопереживание. Кроме того, лечебно-диагностический процесс — это результат не только деятельности отдельного учреждения, врача, но и функционирования всей системы здравоохранения, зависящий прежде всего от идеи, целей, а также от качества управления отраслью.



ЗАКОН «О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ»: ТИПОВЫЕ УГРОЗЫ ДЛЯ ЛПУ 2010 ГОДА...



Госдума приняла проект поправок в закон «О персональных данных». Согласно изменениям, срок приведения информационных систем в соответствие с законом «О персональных данных» переносится на один год — до 1 января 2011 г. «Коммерческие организации отмечают существенное увеличение затрат на приведение информационных систем в соответствие с требованиями по безопасности персональных данных и особенно затрат на поддержание таких систем, — гласит пояснительная записка к документу. — Более того, выполнение органами государственной власти, органами местного самоуправления, бюджетными организациями требований к информационным системам персональных данных потребует резкого увеличения расходов из бюджетов всех уровней, которые не планировались и сложно осуществимы в условиях кризиса. Следствием указанных проблем, очевидно, станет массовое несоответствие хозяйствующих субъектов требованиям федерального закона. Притом, что с начала 2010 г. государственные регуляторы будут вправе осуществлять проверки исполнения требований закона в отношении информационных систем персональных данных и привлекать к ответственности нарушителей».

Кроме того, принятый Госдумой законопроект исключает обязательное требование использовать криптографические средства защиты персональных данных. Законопроект обязывает операторов персональных данных принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Суть законопроекта:

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации. — 2006. — № 31. — ст. 3451) следующие изменения:

- 1) в части 1 статьи 19 слова «, в том числе использовать шифровальные (криптографические) средства,» исключить;**
- 2) часть 3 статьи 25 изложить в следующей редакции:**
«3. Информационные системы персональных данных должны быть приведены в соответствие с требованиями настоящего Федерального закона не позднее 1 января 2011 года».

По оценкам Департамента информатизации Минздравсоцразвития России, озвученных директором Департамента О.А. Симаковым на 39-м заседании Рабочей группы РАМН по вопросам создания и внедрения



медицинских информационных технологий, состоявшемся 3 декабря 2009 года, на перевод медицинских систем в соответствие с требованиями 152-ФЗ требуется не менее 15 млрд. рублей.

На перевод медицинских систем в соответствие с требованиями 152-ФЗ требуется не менее 15 млрд. рублей

По мнению А.П. Столбова, заместителя директора МИАЦ РАМН, расходы будут рассчитываться как произведение затрат на оборудование одного компьютеризированного рабочего места, на котором обрабатываются персональные данные, на количество таких компьютеров. С учетом затрат на покупку и установку сертифицированных программных средств защиты информации (они могут устанавливаться только организациями-лицензиатами ФСТЭК и ФСБ, лицензированными специалистами), стоимости консалтинговых услуг и обучения персонала понадобится порядка 20 тыс. рублей. Это не считая общих затрат по медучреждению, например, на межсетевые экраны, если локальная сеть подключена к Интернету. Стоимость такого экрана с установкой и техподдержкой в течение года составит около 200 тыс. рублей. Что касается консалтинговых услуг и стоимости проведения сертификационных испытаний локальной сети из 30–50 компьютеров, компактно размещенной в одном здании, то она составляет от 400 до 600 тыс. рублей. Надо также учесть затраты, например, на контрольные мероприятия и аудит безопасности информации.

Кроме того, в ходе подготовки к сертификации и аттестации системы надо разработать и издать около 40 организационно-распорядительных документов.

Именно поэтому, несмотря на перенос срока вступления в силу закона «О персональных данных», проблемы соответствия его требованиям вызывают у руководителей ЛПУ

и других учреждений сферы здравоохранения много вопросов.

Первые ответы на эти вопросы были даны на уже упомянутом 39-м заседании Рабочей группы РАМН по вопросам создания и внедрения медицинских информационных технологий.

Сергей Павлович Рылов, заместитель начальника отдела

развития информационно-коммуникационной технологической инфраструктуры системы здравоохранения, социального развития и трудовых отношений Минздравсоцразвития России, сформулировал основные требования к корпоративным медицинским информационным системам по обеспечению защиты и конфиденциальности персональных данных в учреждениях и организациях здравоохранения, согласно статье 25 Федерального закона «О персональных данных».

Он напомнил, что, согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2007 г. № 781, информационные системы классифицируются государственными органами, муниципальными органами, юридическими или физическими лицами, организующими и (или) осуществляющими обработку персональных данных, а также определяющими цели и содержание обработки персональных данных (далее — оператор), в зависимости от объема обрабатываемых ими персональных данных и угроз безопасности жизненно важным интересам личности, общества и государства.

Согласно Порядку проведения классификации информационных систем персональных данных, утвержденному Приказом ФСТЭК России, ФСБ России, Мининформсвязи России от 13 февраля 2008 г. № 55/86/20, информационные системы, в которых обрабатываются персональные данные, касающиеся состояния здоровья субъектов персональных данных, должны быть отнесены к *специальным информационным системам*.





Информационные системы, в которых обрабатываются персональные данные, касающиеся состояния здоровья субъектов персональных данных, должны быть отнесены к специальным информационным системам

По результатам анализа исходных данных **класс специальной информационной системы** определяется на основе модели угроз безопасности персональных данных в соответствии с методическими документами, разрабатываемыми в соответствии с пунктом 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2007 г. № 781 «Об утверждении Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных».

Класс специальной информационной системы определяется на основе модели угроз безопасности персональных данных.

В соответствии с п. 2 Положения безопасность персональных данных при их обработке в информационных системах обеспечивается с помощью системы защиты персональных данных, включающей организационные меры и средства защиты информации (в том числе шифровальные (криптографические) средства, средства предотвращения несанкционированного доступа, утечки информации по техническим каналам, программно-технических воздействий на технические средства обработки персональных данных), а также используемые в информационной системе информационные технологии. Технические и программные средства должны удовлетворять устанавливаемые в соответствии с законодательством Российской Федерации требования, обеспечивающие защиту информации.

В соответствии с п.12 Положения необходимым условием разработки системы защиты персональных данных является формирование модели угроз безопасности персональных

данных (далее — модель угроз). Кроме этого, в соответствии с п. 16 Порядка модель угроз необходима для определения класса специальной информационной системы.

Модель угроз — это документ, использующийся для:

- анализа защищенности информационной системы защиты персональных данных (ИСПДн) от угроз безопасности персональных данных (ПДн) в ходе организации и выполнения работ по обеспечению безопасности ПДн;
- разработки системы защиты ПДн, обеспечивающей нейтрализацию предполагаемых угроз с использованием методов и способов защиты ПДн, предусмотренных для соответствующего класса ИСПДн;
- проведения мероприятий, направленных на предотвращение несанкционированного доступа к ПДн и (или) передачи их лицам, не имеющим права доступа к такой информации;
- недопущения воздействия на технические средства ИСПДн, в результате которого может быть нарушено их функционирование;
- контроля обеспечения уровня защищенности персональных данных.

При создании типовой модели угроз учитывается, что

- МИС является специальной информационной системой, так как в ней обрабатываются персональные данные, касающиеся состояния здоровья субъектов персональных данных;
- в МИС одновременно обрабатываются данные от 1000 до 100 000 субъектов персональных данных;
- в МИС не предусмотрено принятие на основании исключительно автоматизированной обработки персональных данных решений, порождающих юридические последствия в отношении субъекта персональных (юриди-



чески значимым документом является «бумажная» история болезни, по которой принимаются решения).

В модели угроз должны рассматриваться 2 типа нарушителей:

- внешние нарушители — физические лица, не имеющие права пребывания на территории контролируемой зоны, в пределах которой размещается оборудование МИС;
- внутренние нарушители — физические лица, имеющие право пребывания на территории контролируемой зоны, в пределах которой размещается оборудование МИС.

Для МИС ЛПУ основную угрозу представляют внутренние нарушители

При разработке требований к корпоративным медицинским информационным системам по обеспечению защиты и конфиденциальности персональных данных в учреждениях и организациях здравоохранения исходили из того, что для МИС ЛПУ основную угрозу представляют внутренние нарушители. В разработанной модели угроз рассматриваются 8 типов нарушителей:

- администраторы МИС (категория I);
- администраторы конкретных подсистем или баз данных МИС (категория II);
- пользователи МИС (категория III);
- пользователи, являющиеся внешними по отношению к конкретной АС (категория IV);
- лица, обладающие возможностью доступа к системе передачи данных (категория V);
- сотрудники ЛПУ, имеющие санкционированный доступ в служебных целях в помещения, в которых размещаются ресурсы МИС, но не имеющие права доступа к ресурсам (категория VI);
- обслуживающий персонал ЛПУ (охрана, работники инженерно-технических служб и т.д.) (категория VII);
- уполномоченный персонал разработчиков МИС, который на договорной основе имеет право на техническое обслуживание и модифи-

кацию компонентов МИС (категория VIII).

Считается, что в число лиц категорий I и II будут включаться только доверенные лица и поэтому указанные лица исключаются из числа вероятных нарушителей. Наибольшую опасность представляют лица категорий III–VIII при допущении, что возможность сговора внутренних нарушителей маловероятна ввиду принятых организационных и контролирующих мер.

Учитывая особенности функционирования, небольшое количество актуальных угроз и незначительность опасности их реализации, МИС определяется как специальная информационная система персональных данных с требованиями по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных, в основном соответствующими 3-му классу.

МИС определяется как специальная информационная система персональных данных с требованиями по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных, в основном соответствующими 3-му классу

Такой взгляд на построение угроз для типовых МИС утвержден надзорными органами и согласован с ФСТЭК.

Предполагаются следующие дальнейшие действия Минздравсоцразвития России: во-первых, в середине декабря утвердить в ФСТЭК «Методические рекомендации по классификации и основным мероприятиям по организации и техническому обеспечению





безопасности персональных данных в специальных информационных системах, в которых обрабатываются данные о состоянии здоровья» с учетом специфики деятельности государственных и муниципальных учреждений и организаций здравоохранения и системы ОМС. В документе будут рассматриваться примерно 10 типовых МИС. На каждый тип МИС подготовлена типовая модель угроз. Документ сделан таким образом, что по гиперссылкам можно создать полный комплект документов для приведения системы в соответствие с 152-ФЗ.

Во-вторых, в течение полугода будет работать горячая линия, оказывающая консультационную поддержку ЛПУ при подготовке комплекта документов.

Сегодня нет ни одной МИС, полностью удовлетворяющей требованиям этого закона

Отвечая на вопрос, планируется ли создание инфраструктуры (центров компетенций), которые будут помогать в решении вопросов, возникающих в ЛПУ, или каждое ЛПУ будет решать эти проблемы в одиночку, не имея квалифицированных специалистов, которые могли бы справиться с этими вопросами, директор Департамента информатизации О.А. Симаков ответил: «Мы всячески стараемся облегчить финансовую нагрузку, которая возникнет у ЛПУ в связи с 152-ФЗ, но сегодня нет ни одной МИС, полностью удовлетворяющей требованиям этого закона. Все финансовые затраты на это мероприятие ложатся на орга-

Все финансовые затраты на это мероприятие ложатся на организацию

низацию. Ни средств, ни полномочий для создания новых специализирующих на обеспечении соответствия 152-ФЗ организаций нет.

«Сегодня мы имеем методуказания, согласованные с ФСТЭК, которые будут проведе-

ны приказом МЗ СР РФ». Все территориальные фонды ОМС прошли сертификацию. Мы не хотим оставлять ЛПУ наедине с такими органами, как Россвязьнадзор и другие. Вся работа будет выполняться на базе фондов».

По мнению О.А. Симакова, сложность надвигающейся на ЛПУ проблемы сильно преувеличена. В этом смысле корректна аналогия с проблемой 2000 года, которая была абсолютно надуманной и существовала только для систем стратегического ракетного нападения, ориентированных на физическое время.

«Мы полагаем, что методуказания и участие ТФОМС закроют в течение года все проблемы ЛПУ, связанные с защитой персональных данных»

«Мы полагаем, что методуказания и участие ТФОМС закроют в течение года все проблемы ЛПУ, связанные с защитой персональных данных. Никакого рецепта для МИС, кроме сертификации, нет. Перед ЛПУ стоит дилемма: либо дорабатывать свои МИС до типовых требований, либо тратить деньги на новую систему», — полагает О.А. Симаков.

«В ЛПУ должна появиться позиция «заместитель главного врача по новой технике и информационным технологиям»

С точки зрения директора Департамента, в ЛПУ должна появиться позиция «заместитель главного врача по новой технике и информационным технологиям», который стал бы квалифицированным заказчиком для ИТ-компаний, привлеченных в формате аутсорсинга для решения всего спектра проблем, связанных с информатизацией ЛПУ.

Н.Куракова



КАК ОРГАНИЗОВАТЬ АВТОМАТИЗИРОВАННУЮ ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
подготовил к печати новую книгу серии
«МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»



Автоматизированная обработка персональных данных в медицинских учреждениях. Столбов А.П., Кузнецов П.П. — ИД «Менеджер здравоохранения», 2010. — 210 с.

В книге приведены основные понятия в области автоматизированной обработки и защиты персональных данных в учреждениях здравоохранения. Рассмотрены основные принципы организации обработки персональных данных. Перечислены основные нормативно-методические и нормативно-технические документы, регламентирующие эти процессы. Даны методические рекомендации по реализации установленных требований к обеспечению конфиденциальности медицинской информации при ее автоматизированной обработке. Приведены примеры соответствующих организационно-распорядительных и иных документов.



Книга представляет практический интерес для руководителей ЛПУ, а также других учреждений здравоохранения и системы ОМС, и призвана оказать методическую помощь при организации автоматизированной обработки медицинской информации в соответствии с требованиями закона «О персональных данных».

С содержанием книги и условиями приобретения можно ознакомиться
на сайте издательства: www.idmz.ru



ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА ОМСКА, ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3 ноября 2009 г.

№ 01-19/2958

*Главным врачам муниципальных учреждений здравоохранения города Омска***ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО «ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ОМСКА»**

В целях исполнения Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» и в соответствии с Письмом Роскомнадзора от 23.06.2009 года № 07-2/6639 напоминаю, что информационные системы персональных данных (ИСПДн), созданные после вступления в действие Федерального закона Российской Федерации от 26.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», должны соответствовать требованиям данного закона. Ранее созданные информационные системы должны быть приведены в соответствие с требованиями закона не позднее 1 января 2010 года.

Лица, виновные в нарушении требований закона, несут гражданскую, уголовную, административную, дисциплинарную и иную предусмотренную законодательством Российской Федерации ответственность. Контроль за соблюдением законодательства о персональных данных (далее ПДн) осуществляют территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзора).

Информация об основных нормативно-методических документах и требованиях по организации защиты ПДн указана в *Приложении № 1*.

Для реализации указанных требований муниципальные учреждения здравоохранения города Омска должны выполнить организационные и технические мероприятия по защите ПДн.

Организационные мероприятия:

1. В соответствии с Письмом Департамента здравоохранения Администрации города Омска от 22.12.08 № 01-12/3967 уведомить Управление Роскомнадзора по Омской области об обработке персональных данных в ЛПУ.

2. Подготовить комплект документов по обеспечению информационной безопасности учреждения, включающий в себя:

- положение о защите ПДн в муниципальном учреждении;
- приказ о назначении лица, ответственного за информационную безопасность;
- приказ об организации работы с ПДн работников муниципального учреждения;
- регламент процедур, препятствующих несанкционированному доступу к персональным данным работников муниципального учреждения;
- регламент резервного копирования, восстановления, уничтожения персональных данных;
- инструкцию по организации антивирусной защиты локальной вычислительной сети;
- инструкцию пользователя информационной системы, содержащей персональные данные;
- регламент работы с цифровыми носителями конфиденциальной информации;
- разработать форму анкеты для письменного согласия на обработку ПДн.

3. Ознакомить всех работников учреждения под подпись с Положением о защите ПДн в учреждении.



4. Получить письменное согласие от всех пациентов лечебных учреждений на обработку их ПДн.

5. Для физических лиц (организаций), выполняющих охрану зданий лечебных учреждений, включить в трудовой договор (договор об оказании услуг) ответственность за охрану ПДн.

6. Разработать регламент доступа персонала в помещение регистратуры медицинского учреждения (другие места хранения бумажных носителей ПДн).

7. Разработать регламент обращения с амбулаторными картами пациентов (историями болезней) в лечебном учреждении.

8. С 1 января 2010 года изменится порядок работы со всеми информационными системами в лечебных учреждениях города (Мединфо-город, ТМ-рецепт, М-Аптека и другие). Изменения в порядке работы информационных систем, содержащих персональные данные, приведены в *Приложении № 2*.

9. Обработка информации, содержащей ПДн, будет осуществляться только в помещениях, аттестованных на соответствие требованиям по обработке ПДн. Для обеспечения доступа и подготовки к аттестации в кабинетах необходимо выполнить подготовительные действия, указанные в *Приложении № 3*.

Технические мероприятия:

В связи с изменением порядка работы с информационными системами следует определить необходимое количество отдельных кабинетов и рабочих мест для обработки ПДн.

Для каждого кабинета следует:

1. Приобрести и установить лицензионное программное обеспечение.

2. Рабочие места физически изолировать от общей локальной вычислительной сети (при необходимости организовать автономную ЛВС).

3. Организовать учет электронных носителей информации.

4. Обмен данных с общей локальной вычислительной сетью организовать с помощью учтенных внешних электронных носителей (флэш-карт, дискет).

5. При необходимости передачи информации, содержащей ПДн, по техническим каналам связи применять сертифицированные программные, программно-аппаратные устройства шифрования.

6. Провести аттестацию помещений для обработки ПДн. *(Аттестационные испытания проводятся организациями, имеющими необходимые лицензии ФСТЭК России. При этом под аттестацией понимают комплекс мер, позволяющих привести информационную систему в соответствие с требованиями по безопасности информации к заявленному классу, изложенными в нормативно-методических документах ФСТЭК России).*

7. Ориентировочная стоимость одного рабочего места для обработки ПДн составляет 70 000 рублей.

8. Заключить договоры на обслуживание средств защиты ПДн.

Организационные мероприятия в медицинских учреждениях выполнить до 1 декабря 2009 года.

По техническим мероприятиям:

— в срок до 9 ноября 2009 года предоставить информацию о необходимом количестве отдельных кабинетов и рабочих мест для работы с ПДн, согласно форме *Приложения № 4*;

— в срок до 3 декабря 2009 года представить отчет о ходе выполнения организационно-технических мероприятий по защите персональных данных.

В случае невозможности выполнения технических мероприятий по защите ПДн в учреждении направить в адрес Департамента здравоохранения города Омска и в Министерство здравоохранения Омской области разъяснительные письма с указанием причин.

Для консультации по выполнению организационно-технических мероприятий по защите ПДн обращаться в:

- Сектор по реализации национального проекта ;

- Сектор информационной безопасности МУ «Управление информационно-коммуникационных технологий».





Приложение 1: Информация об основных нормативно-методических документах и требованиях по организации защиты персональных данных на 2 л. в 1 экз.

Приложение 2: Изменения в порядке работы информационных систем в лечебном учреждении здравоохранения города Омска на 2 л. в 1 экз.

Приложение 3: Требования к помещению на 1 л. в 1 экз.

Приложение 4: Отчет о подготовке к проведению технических мероприятий по защите персональных данных на 1 л. в 1 экз.

*Директор Департамента здравоохранения
Администрации города Омска*

С.В. Добрых

Приложение 1

Информация об основных нормативно-методических документах и требованиях по организации защиты персональных данных

Законодательством Российской Федерации ответственность за надлежащую защиту персональных данных возлагается на организации, в которых персональные данные обрабатываются. Уполномоченным органом по контролю за соблюдением законодательства о персональных данных является Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Роскомнадзор проводит плановые (целевые, комплексные) проверки, а также проверки по жалобам и обращениям физических и юридических лиц. Проверки систем защиты персональных данных могут также осуществляться ФСТЭК России или ФСБ России при проведении контроля систем защиты конфиденциальных данных или использования криптосредств. При обнаружении неправомерных действий с персональными данными их обработка должна быть прекращена до устранения выявленных нарушений.

Нарушение законодательства о персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (статья 24) влечет за собой гражданскую, уголовную, администра-

тивную, дисциплинарную и иную предусмотренную законодательством Российской Федерации ответственность, налагаемую в судебном порядке.

Законодательство о защите персональных данных

Под персональными данными (ПД) понимают любую информацию, относящуюся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту ПД), в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация.

Оператор персональных данных — государственный орган, муниципальный орган, юридическое или физическое лицо, организующие и (или) осуществляющие обработку персональных данных, а также определяющие цели и содержание такой обработки.

Информационная система персональных данных — информационная система, представляющая собой совокупность персональных данных, содержащихся в базе данных, а также информационных технологий и техни-



ческих средств, позволяющих осуществлять обработку таких персональных данных с использованием средств автоматизации или без наличия таких средств.

Обработка персональных данных — действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Трансграничная передача персональных данных — передача персональных данных оператором через Государственную границу Российской Федерации.

В целях защиты прав граждан на неприкосновенность частной жизни, личной и семейной тайны в последние годы принят ряд законодательных актов. В настоящее время законодательно-нормативная база по персональным данным включает:

— Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (14 глава с изменениями и дополнениями);

— Федеральный закон от 19.12.2005 № 160-ФЗ «О ратификации Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных»;

— Федеральный закон Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

— Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2007 № 781 «Об утверждении Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»;

— Постановление Правительства Российской Федерации от 15.09.2008 № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

— Постановление Правительства Российской Федерации от 06.07.2008 № 512 «Об

утверждении требований к материальным носителям биометрических персональных данных и технологиям хранения таких данных вне информационных систем персональных данных»;

— Постановление Правительства Российской Федерации от 15.08.2006 № 504 «О лицензировании деятельности по технической защите конфиденциальной информации»;

— Постановление Правительства Российской Федерации от 16.03.2009 № 228 «О Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций»;

— Приказ ФСТЭК России, ФСБ России, Мининформсвязи России от 13.02.2008 № 55/86/20 «Об утверждении Порядка проведения классификации информационных систем персональных данных»;

— Приказ Россвязькомнадзора от 17.07.2008 № 8 «Об утверждении образца формы уведомления об обработке персональных данных»;

— Приказ Россвязькомнадзора от 18.02.2009 № 42 «О внесении изменений в Приказ Россвязькомнадзора от 17 июля 2008 г. № 8 «Об утверждении образца формы уведомления об обработке персональных данных».

Обеспечение безопасности персональных данных должно осуществляться в соответствии с методическими документами ФСТЭК России (документы ДСП):

— «Основные мероприятия по организации и техническому обеспечению безопасности персональных данных, обрабатываемых в информационных системах персональных данных» от 15 февраля 2008 года;

— «Базовая модель угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных» от 15 февраля 2008 года;

— «Методика определения актуальных угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных» от 15 февраля 2008 года;





— «Рекомендации по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных» от 15 февраля 2008 года.

Для получения перечисленных документов для служебного пользования можно обратиться во ФСТЭК России.

Использование криптосредств для обеспечения безопасности персональных данных должно осуществляться в соответствии с:

— Приказом ФСБ России от 09.02.2005 № 66 «Об утверждении Положения о разработке, производстве, реализации и эксплуатации шифровальных (криптографических) средств защиты информации»;

— Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 № 957 «Об утверждении положений о лицензировании отдельных видов деятельности, связанных с шифровальными (криптографическими) средствами»;

— Методическими рекомендациями по обеспечению с помощью криптосредств безопасно-

сти персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных с использованием средств автоматизации (ФСБ России, от 21.02.2008 № 149/54-144);

— Типовыми требованиями по организации и обеспечению функционирования шифровальных (криптографических) средств, предназначенных для защиты информации, не содержащей сведений, составляющих государственную тайну, в случае их использования для обеспечения безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных (ФСБ России, от 21.02.2008 № 149/6/6-622).

На основании указанных выше документов всеми организациями и физическими лицами на территории Российской Федерации должен обеспечиваться требуемый уровень безопасности персональных данных (в действующих информационных системах — не позднее 01.01.2010). Лица, виновные в нарушении требований, несут предусмотренную законодательством Российской Федерации ответственность.

Приложение 2

Изменения в порядке работы информационных систем в лечебном учреждении здравоохранения города Омска

В целях исполнения Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» выполняется подготовка к внедрению с 1 января 2010 года новой версии программного комплекса «Мединфо-город» с реализованным механизмом «деперсонализации» данных, а также изменению порядка работы с другими программами, использующими персональные данные.

Указанные действия выполняются в каждом ЛПУ.

1. Процедура формирования в ЛПУ «кода пациента ЛПУ»

Процедура включает в себя:

- Формирование в программе «кода пациента ЛПУ».

- Печать бланков «код пациента ЛПУ» по всему приписному населению ЛПУ до 15 декабря 2009 г.

- Выдача бланков «код пациента ЛПУ» физическим лицам с 16 декабря 2009 г.

Бланк «код пациента ЛПУ» печатается в отдельной программе. С 1 января 2010 года бланки формируются в отдельном кабинете (не в регистратуре), сертифицированном по информационной безопасности.

Возможен вариант печати «код пациента ЛПУ» на медицинском полисе или другом документе, удостоверяющем личность.

С 1 января 2010 для работы с программой по формированию «кода пациента ЛПУ»



должен постоянно присутствовать специалист (в отдельном кабинете).

При выдаче документа «код пациента ЛПУ» необходимо получить от пациентов письменное согласие на обработку их персональных данных.

2. Обращение пациентов в регистратуру

Поиск данных по пациенту в программе «Мединфо-город» выполняется только по «коду пациента в ЛПУ». Персональные данные пациента (фамилия, имя, отчество, дата рождения) в программе отсутствуют.

При обращении в регистратуру возможна проверка правильности указываемого «кода пациента ЛПУ» с помощью уточнения даты рождения пациента.

Внешние базы данных (ОМС, Федеральные льготники, Региональные льготники) приведены в соответствие с «кодами пациентов ЛПУ».

3. Выписка рецептов для пациентов

Рецепты формируются в программах:

- ТМ-рецепт (Белгород) СУБД MS Sql 2000;
- М-Аптека + ЛПУ (Москва) СУБД Cashe.

Для защиты персональных данных печать рецептов из указанных выше программ должна выполняться **только** в отдельном кабинете, сертифицированном по информационной безопасности.

На других рабочих местах установка программ по печати рецептов запрещена.

Для существующего объема печати в ЛПУ следует определить количество операторов, выполняющих печать рецептов в отдельном кабинете.

При наличии филиалов в ЛПУ организовать печать рецептов в филиалах в отдельных сертифицированных кабинетах или выполнять печать рецептов только в головном ЛПУ.

4. Работа со специализированными программами комплекса «Мединфо-город» и другими внешними программами для формирования отчетности

Для лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в состав специализированных программ входят:

- Мединфо-травма
- Мединфо-прививки;
- Мединфо-родовые сертификаты;
- Мединфо-диабет.

Внешние программы:

- «Мониторинг смертности» (Областной МИАЦ);
- «Регистр сахарного диабета» (Москва);
- «Федеральный регистр детей-инвалидов» (Москва);
- «Диспансеризация детей 2007» (Москва);
- «Диспансеризация детей-сирот 2000» (Москва).

Для городских стоматологических поликлиник в состав специализированных программ входят:

- Мединфо-стоматология;
- Льготное зубопротезирование (Областной МИАЦ).

Для родильных домов в состав специализированных программ входят:

- Мединфо-родовые сертификаты.

Вся работа со специализированными программами должна выполняться **только в отдельном кабинете**, сертифицированном по информационной безопасности.

5. Связь между сертифицированным кабинетом и регистратурой

Для установки связи между сертифицированным кабинетом и регистратурой в ЛПУ должен быть организован механизм обмена данными с помощью внешних электронных носителей.

Приложение 3

Требования к помещению

1. Размещение, специальное оборудование, охрана и режим в помещениях, в которых производится работа с персональными

данными (далее — помещения), должны обеспечивать безопасность ПД и исключать возможность неконтролируемого доступа к ПД.





2. Доступ лиц в эти помещения должен быть ограничен и обеспечиваться в соответствии со служебной необходимостью и приказом по учреждению.

3. При расположении помещений на первых и последних этажах зданий, а также при наличии рядом с окнами балконов, пожарных лестниц и т.п. окна помещений оборудуются металлическими решетками, ставнями, охранной сигнализацией или другими средствами, препятствующими несанкционированному доступу в помещения. Эти помещения должны иметь прочные входные двери, оборудованные надежными замками.

4. На всех окнах помещения должны быть установлены жалюзи, шторы и др.

5. Входная дверь должна быть оборудована кодовым замком, код которого известен только сотрудникам, работающим в этом помещении.

6. По окончании рабочего дня ответственный сотрудник обязан закрыть помещение, сдать помещение под охрану с отметкой в журнале Прием помещений под охрану. При вскрытии помещений должна проверять-

ся целостность замков. В случае нарушения целостности замков ответственный сотрудник обязан немедленно сообщить об этом лицу, ответственному за обеспечение информационной безопасности в учреждении.

7. На дверях и оконных стеклах должны быть установлены датчики охранной сигнализации (при нахождении помещения вне крайних этажей допускается установка датчиков объемной сигнализации). В помещении должна быть установлена система пожарной сигнализации.

8. Для хранения носителей с содержанием ПД, тестовых ключей, нормативной и эксплуатационной документации помещения обеспечиваются металлическими шкафами (хранилищами, сейфами), оборудованными внутренними замками с двумя экземплярами ключей. Сейфы должны быть оборудованы приспособлением для их опечатывания либо специальным защитным замком для замочной скважины. Дубликаты ключей от хранилищ и входных дверей должны храниться в сейфе ответственного лица, назначаемого руководством учреждения.

Приложение 4

Отчет о подготовке к проведению технических мероприятий по защите персональных данных

Наименование кабинета	Функционал	Номер кабинета	Количество рабочих мест
Статистическая отчетность	Формирование статистической отчетности. Формирование кода пациента в ЛПУ	212	5
Выписка рецептов	Выписка рецептов для пациентов	124	2
Филиал XX — выписка рецептов	Выписка рецептов для пациентов в филиале № XX по адресу	14	1

В таблице приведен образец заполнения информации.



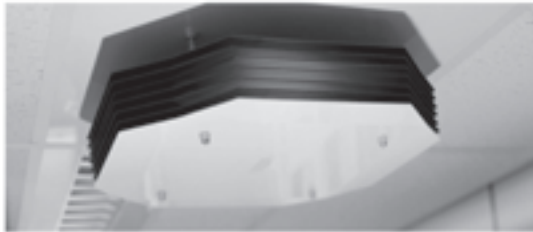
Отличное качество всегда больше ценится при долгом сроке службы

Надежная защита очень важна

Вирусы и бактерии, передающиеся воздушно-капельным путем, заражают воздух в помещениях и могут стать угрозой здоровью как пациентов, так и врачей в больницах. Вот почему так важно обеспечить максимальную защиту от них.

Максимальная надежность для максимальной защиты

Бактерицидные лампы TUV Philips обеспечивают максимальную защиту от бактерий и вирусов, передающихся воздушно-капельным путем. Лампы отличаются очень долгим сроком службы и самым низким на рынке процентом



раннего выхода из строя. Более того, уровень УФ-излучения в течение всего срока службы лампы стабилен и никогда не опускается ниже 85% от первоначального. В результате Вам продолжительное время не придется беспокоиться о технике безопасности, соответствии различным нормам и дезинфекции воздуха. Кроме того, лампы придется менять и покупать гораздо реже. И, что также очень важно, это позволяет персоналу сосредоточиться на том, что действительно важно - уходе за пациентами.

Экономия средств

Бактерицидные лампы TUV Philips также выгодны в финансовом плане. Более продолжительный срок службы означает снижение частоты замен и, соответственно, связанных с этим затрат. Благодаря надежности ламп, их замену можно планировать заранее, забыв о дорогостоящих и трудоемких заменах отдельных ламп, преждевременно вышедших из строя.

Лучший выбор с точки зрения экологии

Более продолжительный срок службы означает снижение количества отходов (ламп, требующих утилизации). Количество ртути в лампах было снижено до абсолютного минимума, что делает данные лампы лучшим выбором с точки зрения экологии.



Приобретая бактерицидные лампы TUV Philips, вы вкладываете деньги в безопасность и долговременную защиту пациентов и персонала. Ищите самый эффективный, безопасный и легкий способ дезинфекции воздуха в больнице? Выбирайте отличное качество. Выбирайте бактерицидные лампы TUV Philips.



Образцы для испытания

Хотите проверить действие бактерицидных ламп и убедиться в их превосходном качестве? Свяжитесь с нами для получения образцов товара:
Антон Бреховских, Philips Lighting Russia, 119048 Россия, Москва,
ул. Усачева 35 А, тел. +7 (495) 937 93 85, факс +7 (495) 937 93 59
E-mail: anton.brekhovskikh@philips.com

PHILIPS
sense and simplicity



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ НА 2010 ГОД – ЗЕРКАЛО КРИЗИСА

**КОНСУЛЬТАНТ:
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ**

Федеральный закон Российской Федерации «О федеральном бюджете на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» от 2 декабря 2009 года № 308-ФЗ установил не только финансовые показатели бюджета, но и определил порядок решения целого ряда важнейших вопросов, в частности, регулирующих деятельность бюджетных учреждений здравоохранения федерального подчинения.

Так же, как и в прошлом году, бюджет утверждается на три года (на очередной финансовый 2010 год и на планируемый период 2011 и 2012 годы).

Анализ федерального бюджета представляет интерес, и с точки зрения прогноза основных параметров, свидетельствующих о степени ожидания выхода из финансового кризиса.

Рассмотрим некоторые положения Закона «О федеральном бюджете на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» (далее — Закон) более подробно (таблица 1).

Как видим, первоначальный вариант бюджета на 2009 г. практически по всем параметрам был лучше как первоначального, так и уточненного бюджета на 2008 г. (ухудшение имелось только в сравнении с первоначальным уровнем инфляции и чуть уменьшился профицит в сравнении с первоначальным).

Уточненный бюджет на 2009 г. резко провалился по показателю валового внутреннего

продукта и доходов бюджета. Расходы же, напротив, даже выросли, в том числе за счет средств, направленных для преодоления кризиса (в первую очередь, в банковскую систему). Соответственно выросли показатели внутреннего и внешнего долга, прогнозируемый профицит бюджета сменился на крупный дефицит.

Совершенно очевидно, что принятый на 2009 г. федеральный бюджет был явно завышен и не учитывал масштабы надвигающегося кризиса. К сожалению, подобную ошибку допустили и регионы при принятии своих бюджетов. Поэтому почти все бюджеты субъектов РФ потребовали корректировки в сторону уменьшения, что, конечно же, не смогло не повлиять на финансирование социальной сферы, в том числе и бюджетных учреждений здравоохранения.

При расчете бюджета на 2010 г. учли эту ошибку и перестраховались. Тем не менее, по сравнению с уточненным бюджетом 2009 г. планируется некоторый рост валового внутреннего продукта и доходов бюджета. Расходы же федерального бюджета остались практически на уровне 2009 г. Кроме того, если в 2009 году дефицит бюджета практически полностью покрывался за счет средств Резервного фонда, то в 2010 году, помимо Резервного фонда, правительству придется расконсервировать Фонд национального благосостояния (ФНБ), а также увеличить



Таблица 1

Основные показатели бюджета

Показатели	2008 г.		2009 г.		2010 г.	2010 г. (по сравнению с уточненным 2009 г.)
	первоначальный	уточненный	первоначальный	уточненный		
Валовой внутренний продукт, млрд. руб.	35 000,0	42 240,0	51 475,0	40 420,0	43 187,0	2767
Уровень инфляции, %	7,0	10,5	8,5	13,0	10,0	-3
Нормативная величина Резервного фонда, млн. руб.	3 500 000,0	3 500 000,0	5 147 500,0	5 147 500,0	4 318 700,0	-828 800
Доходы федерального бюджета, млн. руб.	6 644 447,5	8 965 735,6	10 927 137,7	6 713 821,0	6 950 010,5	236 189,5
Расходы федерального бюджета, млн. руб.	6 570 297,7	7 021 926,9	9 024 655,0	9 845 217,6	9 886 920,9	41 703,3
Верхний предел государственного внутреннего долга РФ, млн. руб.	1 824 700,8	1 804 189,6	2 119 739,2	2 515 302,3	3 301 795,5	786 493,2
Верхний предел государственного внешнего долга РФ, млрд. долларов США	43,3	41,9	41,4	42,8	63,3	20,5
Прогнозируемый профицит (+), дефицит (-) федерального бюджета, млн. руб.	74 150,0	1 943 808,7	1 902 482,7	-3 131 396,6	-2 936 910,9	194 485,7

объем внутренних заимствований и впервые с 1998 года вернуться к внешним заимствованиям. Поэтому планируется дальнейшее увеличение внутреннего и внешнего долга. Это позволит несколько снизить дефицит бюджета, но обременит бюджеты следующих лет.

Последствия кризисного бюджета 2010 г. очевидны. Для федеральных бюджетных учреждений не планируется увеличение заработной платы работников. В большинстве субъектов РФ пошли по этому же пути: уровень расходов на оплату труда, медикаменты, продукты питания и т.д. предполагается оставить на том же уровне, несмотря на явный значительный рост цен на большинство потребляемых ресурсов (официальный уровень инфляции в 2009 г. ожидается на уровне чуть менее 9%, что ближе к первоначальному — 8,5%, чем к уточненному значению 13%) и ожидаемый уровень инфляции в 2010 г. (пра-

вда, есть надежда, что реально он будет меньше планируемых 10%). Лишь в ряде субъектов РФ планируется повышение заработной платы работников бюджетной сферы (например, в Санкт-Петербурге поэтапно на 11% по сравнению с уровнем 2009 г.).

Особенности использования средств, получаемых федеральными бюджетными учреждениями отражены в статье 6. Здесь и далее текст приводится в выдержках с сохранением нумерации рассматриваемого документа.

1. Средства в валюте Российской Федерации, полученные федеральными бюджетными учреждениями от приносящей доход деятельности, учитываются на лицевых счетах, открытых им в территориальных органах Федерального казначейства, и расходуются федеральными бюджетными учреждениями в соответствии с





генеральными разрешениями (разрешениями), оформленными главными распорядителями (распорядителями) средств федерального бюджета в установленном Министерством финансов Российской Федерации порядке, и сметами доходов и расходов по приносящей доход деятельности, утвержденными в порядке, определяемом главными распорядителями средств федерального бюджета, в пределах остатков средств на их лицевых счетах, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом. Средства, полученные от приносящей доход деятельности, не могут направляться федеральными бюджетными учреждениями на создание других организаций, покупку ценных бумаг и размещаться на депозиты в кредитных организациях, за исключением случаев, установленных федеральными законами.

2. Средства в валюте Российской Федерации, поступающие во временное распоряжение федеральных бюджетных учреждений, учитываются на лицевых счетах, открытых им в территориальных органах Федерального казначейства, в порядке, установленном Федеральным казначейством.

3. Средства в валюте Российской Федерации, полученные от приносящей доход деятельности, поступают на лицевые счета получателя бюджетных средств, открытые в установленном порядке в территориальных органах Федерального казначейства подразделениям органов внутренних дел в соответствии с договорами по охране имущества юридических и физических лиц и предоставлению иных услуг, связанных с обеспечением охраны имущества, после уплаты налогов, сборов и иных обязательных платежей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и после возмещения убытков в связи с кражами и иными обстоятельствами, обусловленными условиями договоров, подлежат перечислению в федеральный бюджет. Установить, что стоимость услуг, оказываемых подразделениями органов внутренних дел по охране имущества федеральных государственных учреждений, в случае увеличения (индексации) расходов на

денежное довольствие сотрудников и оплату труда работников вневедомственной охраны, а также по другим основаниям в 2010 году пересмотру не подлежит.

5. Остатки средств федерального бюджета по состоянию на 1 января 2010 года на счетах Федерального казначейства, образовавшиеся в связи с неиспользованием по состоянию на 1 января 2010 года доходов федерального бюджета, полученных от сдачи в аренду имущества, находящегося в федеральной собственности и переданного в оперативное управление федеральным государственным учреждениям культуры и искусства, здравоохранения, науки, научного обслуживания государственных академий наук, образовательным и архивным учреждениям, подлежат использованию в 2010 году в соответствии с пунктом 1 части 11 статьи 5 Федерального закона от 26 апреля 2007 года № 63-ФЗ «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации в части регулирования бюджетного процесса и приведении в соответствие с бюджетным законодательством Российской Федерации отдельных законодательных актов Российской Федерации».

6. Остатки средств на счетах территориальных органов Федерального казначейства, открытых в учреждениях Центрального банка Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации, на которых отражаются операции со средствами, полученными федеральными бюджетными учреждениями от приносящей доход деятельности, и средствами, поступающими во временное распоряжение федеральных бюджетных учреждений, могут перечисляться Федеральным казначейством в 2010 году с соответствующих счетов территориальных органов Федерального казначейства в федеральный бюджет с их возвратом до 31 декабря 2010 года на указанные счета с учетом положений, предусмотренных частью 7 настоящей статьи, в порядке, установленном Министерством финансов Российской Федерации.

7. Территориальные органы Федерального казначейства осуществляют проведение кас-



совых выплат за счет средств, полученных федеральными бюджетными учреждениями от приносящей доход деятельности в соответствии с частью 1 настоящей статьи, и средств, поступающих в их временное распоряжение в соответствии с частью 2 настоящей статьи, не позднее второго рабочего дня, следующего за днем представления федеральными бюджетными учреждениями оформленных в установленном порядке платежных документов.

Особенности использования бюджетных ассигнований на обеспечение деятельности федеральных государственных органов и федеральных государственных учреждений

Статья 8 определила, что Правительство Российской Федерации не вправе принимать решения, приводящие к увеличению в 2010 году численности федеральных государственных служащих и работников федеральных бюджетных учреждений.

Статья 9. Особенности использования бюджетных ассигнований в сфере здравоохранения, физической культуры и спорта

1. Правительство Российской Федерации устанавливает порядок использования бюджетных ассигнований:

1) на закупки диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С;

2) на закупки оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях систем здравоохранения;

3) на закупки лекарственных средств, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипопитарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а

также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных средств, утверждаемому Правительством Российской Федерации, с учетом данных Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипопитарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, содержащего сведения о гражданах, перечисленных в статье 6.1 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», и виде заболевания, ведение которого осуществляется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей, в установленном им порядке;

4) на финансовое обеспечение денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам станций (отделений) скорой медицинской помощи федеральных учреждений здравоохранения, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству;

5) на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи врачам-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Российской академии наук и Сибирского отделения Российской академии наук, при условии размещения в этих медицинских учреждениях муниципального заказа на оказание первичной медико-санитарной помощи, а также федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства;



6) на финансовое обеспечение государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации;

7) на оплату расходов, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации;

8) на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях;

9) на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями;

10) на финансовое обеспечение мероприятий по развитию службы крови;

11) на финансовое обеспечение проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан федеральными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства;

12) на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями;

13) на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака;

14) на финансовое обеспечение создания информационной системы в здравоохранении;

15) на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, профилактических мероприятий;

16) на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на проведение пренатальной диагностики;

17) на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на дополнительную подготовку врачей.

2. Передача оборудования, расходных материалов, лекарственных средств и другого

имущества, закупаемых в соответствии с мероприятиями, финансовое обеспечение которых предусмотрено пунктами 1, 2, 8, 14, 15 и 16 части 1 настоящей статьи, мероприятиями, предусмотренными федеральными целевыми программами «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)», «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы», «Дети России» на 2007–2010 годы, «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах», федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации и находящимся в его ведении федеральным органам исполнительной власти, Федеральной службе исполнения наказаний, Российской академии медицинских наук, а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований осуществляется в порядке и на условиях, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации.

3. Передача лекарственных средств, закупаемых в целях, указанных в пункте 3 части 1 настоящей статьи, и оборудования, закупаемого для реализации мероприятий по развитию службы крови, федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Федеральному медико-биологическому агентству и Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований осуществляется в порядке и на условиях, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации.

4. Передача в 2010 году оборудования для быстровозводимых физкультурно-оздоровительных комплексов, закупаемого за счет утвержденных статьей 7 настоящего Федерального закона бюджетных ассигнований, предусмотренных на эти цели Министерству спорта, туризма и молодежной политики Российской



Федерации, в собственность субъектов Российской Федерации (муниципальную собственность) осуществляется в порядке и на условиях, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации, при оснащении указанным оборудованием быстровозводимых физкультурно-оздоровительных комплексов, государственные (муниципальные) контракты на строительство которых заключены до 1 января 2010 года.

Статья 10. Особенности установления отдельных расходных обязательств Российской Федерации и использования бюджетных ассигнований в сфере социального обеспечения населения

1. Установить, что размер материнского (семейного) капитала, предусмотренного Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», в 2010 году составляет 343 378,8 рубля.

2. Установить размер индексации государственных пособий гражданам, имеющим детей, предусмотренных статьей 4.2 Федерального закона от 19 мая 1995 года № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей», с 1 января 2010 года 1,10.

4. Установить размер индексации ежегодной денежной выплаты гражданам, награжденным знаком «Почетный донор СССР» или «Почетный донор России», с 1 января 2010 года 1,10.

Статья 24. Особенности исполнения федерального бюджета в 2010 году

1. Установить в соответствии с пунктом 3 статьи 217 Бюджетного кодекса РФ, что основанием для внесения в 2010 году изменений в показатели сводной бюджетной росписи федерального бюджета является распределение зарезервированных в составе утвержденных статьей 7 настоящего Федерального закона:

13) бюджетных ассигнований, предусмотренных по подразделу «Физическая культура и спорт» раздела «Здравоохранение, физическая культура и спорт» классификации расходов бюджетов, на предоставление суб-

сидий некоммерческим организациям в целях подготовки и проведения XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 года в городе Сочи в объеме до 67 800,0 тыс. рублей в случае и в пределах поступления целевых отчислений от всероссийских государственных лотерей в поддержку организации и проведения XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 года в городе Сочи.

2. Установить в соответствии с пунктом 3 статьи 217 Бюджетного кодекса РФ следующие основания для внесения в 2010 году изменений в показатели сводной бюджетной росписи федерального бюджета, связанные с особенностями исполнения федерального бюджета и (или) перераспределения бюджетных ассигнований между главными распорядителями средств федерального бюджета:

6) перераспределение бюджетных ассигнований, предусмотренных на закупки медикаментов и медицинского оборудования Министерству здравоохранения и социального развития РФ, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук по разделу «Здравоохранение, физическая культура и спорт» классификации расходов бюджетов, на закупки медикаментов и медицинского оборудования федеральными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения и социального развития РФ, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук;

8) перераспределение бюджетных ассигнований, предусмотренных Федеральному медико-биологическому агентству на финансовое обеспечение мероприятий, указанных в пункте 10 части 1 статьи 9 настоящего Федерального закона, и Министерству здравоохранения и социального развития РФ на финансовое обеспечение мероприятий, указанных в пунктах 8, 9, 12–16 части 1 статьи 9 настоящего Федерального закона, между подразделами раздела «Здравоохранение, физическая культура и спорт» классификации



расходов бюджетов, а также для предоставления субсидий бюджетам субъектов РФ на финансовое обеспечение соответствующих мероприятий;

15) перераспределение бюджетных ассигнований, предусмотренных главным распорядителем средств федерального бюджета на оплату труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, между разделами, подразделами, целевыми статьями и видами расходов классификации расходов бюджетов в связи с введением новых систем оплаты труда;

23) принятие Правительством РФ решений о направлении бюджетных ассигнований, предусмотренных Министерству спорта, туризма и молодежной политики РФ по подразделу «Физическая культура и спорт» раздела «Здравоохранение, физическая культура и спорт» классификации расходов бюджетов на приобретение оборудования для быстровозводимых физкультурно-оздоровительных комплексов, на предоставление субсидий бюджетам субъектов РФ на приобретение оборудования для указанных комплексов, государственные контракты на строительство которых заключены после 1 января 2010 года;

24) перераспределение бюджетных ассигнований, предусмотренных по подразделу «Другие вопросы в области социальной политики» раздела «Социальная политика» классификации расходов бюджетов, на увеличение межбюджетных трансфертов бюджету Фонда социального страхования РФ на финансовое обеспечение оказания государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в части оплаты санаторно-курортного лечения, а также проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно;

25) перераспределение бюджетных ассигнований, предусмотренных на оказание госу-

дарственной социальной помощи отдельным категориям граждан в части оплаты санаторно-курортного лечения, а также проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно по подразделу «Межбюджетные трансферты бюджетам государственных внебюджетных фондов» раздела «Межбюджетные трансферты» классификации расходов бюджетов, и направление их на субвенции бюджетам субъектов РФ по подразделу «Субвенции бюджетам субъектов РФ» раздела «Межбюджетные трансферты» классификации расходов бюджетов в случае заключения соглашений между федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей, и органами исполнительной власти субъектов РФ о передаче им указанных полномочий;

26) перераспределение бюджетных ассигнований, предусмотренных Министерству финансов РФ на исполнение государственных гарантий РФ, между разделами, подразделами классификации расходов бюджетов;

27) перераспределение бюджетных ассигнований, предусмотренных Министерству финансов РФ для перечисления Пенсионному фонду РФ на выплату федеральной социальной доплаты к пенсии по подразделу «Межбюджетные трансферты бюджетам государственных внебюджетных фондов» раздела «Межбюджетные трансферты» классификации расходов бюджетов, и направление их Министерству здравоохранения и социального развития РФ для перечисления в бюджеты субъектов РФ на выплату региональной социальной доплаты к пенсии по подразделу «Иные межбюджетные трансферты» раздела «Межбюджетные трансферты» классификации расходов бюджетов в случае недостаточности бюджетных ассигнований федерального бюджета на осуществление региональной социальной доплаты к пенсии.



НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ



Как правильно должна именоваться должность: «медицинская сестра участковая» или «участковая медицинская сестра»? Какими документами следует руководствоваться?

За основу можно взять Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 июня 2006 г. № 490 «Об организации деятельности *медицинской сестры участковой*». Уже из названия этого приказа видно, что правильно именовать должность «медицинская сестра участковая».

Аналогичным образом должность именуется в целом ряде нормативных документов, например, в постановлении Правительства Российской Федерации от 31.12.2008 № 1087 «О предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), *медицинскими сестрами участковыми* врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей)», в Приказе Минздравсоцразвития России от 19 февраля 2008 г. № 77н «О методических рекомендациях по оформлению в 2008 году трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, *медицинскими сестрами участковыми* врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации)» и целом ряде других.





В своем журнале Вы пишете, что оказание платных сервисных услуг не является основанием для отказа от оплаты за родовые сертификаты. Но наше отделение Фонда социального страхования занимает другую позицию. Как отстоять свою правоту?

Вы можете обратиться в суд. При этом имеет смысл сослаться на судебные прецеденты. Так, решением суда (Постановление ФАС Северо-Западного округа от 29.11.2009 № А21-2033/2009) признано недействительным решение отделения Фонда социального страхования РФ об отказе учреждению здравоохранения в оплате родовых сертификатов, поскольку, согласно нормам действующего законодательства, оказание платных сервисных услуг не может служить законным основанием для отказа учреждению в оплате услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период родов и в послеродовой период.



Учитывается ли при исчислении среднего заработка для расчета пособия по временной нетрудоспособности работнику, выполняющему работу на условиях внутреннего совместительства, зарплата, начисленная по совместительству?

Да, учитывается. В письме Фонда социального страхования РФ от 14 мая 2009 г. № 02-13/07-3733, посвященном этому вопросу, говорится следующее.

Вопросы назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности застрахованным лицам регулируются Федеральным законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию» (далее — Закон) и Положением об особенностях порядка исчисления пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию (далее — Положение), утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.06.2007 № 375.

На основании ст. 13 Закона назначение и выплата пособия по временной нетрудоспособности осуществляются работодателем по месту работы застрахованного лица. В случае работы у нескольких работодателей пособия назначаются и выплачиваются каждым работодателем.

В заработок, исходя из которого исчисляются пособия, включаются все предусмотренные системой оплаты труда виды выплат, учитываемые при определении налоговой базы по единому социальному налогу, зачисляемому в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии с гл. 24 части второй Налогового кодекса Российской Федерации (ст. 14 Закона и п. 2 Положения).

Средний заработок для расчета пособия по временной нетрудоспособности определяется за 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу наступления временной нетрудоспособности. При этом расчетный период может быть и менее 12 календарных месяцев.

Для включения той или иной выплаты в заработок при исчислении пособий по временной нетрудоспособности необходимы два условия:

- 1) выплата должна быть предусмотрена системой оплаты труда;

2) выплата должна учитываться при определении налоговой базы по ЕСН, зачисляемому в Фонд социального страхования Российской Федерации.

При этом решение вопроса об отнесении к выплатам, предусмотренным системой оплаты труда, осуществляется в соответствии с нормами трудового законодательства.

Возможность работы на условиях совместительства установлена ст. 284 Трудового кодекса Российской Федерации. При этом при работе на условиях внутреннего совместительства застрахованное лицо работает у одного и того же работодателя. В связи с этим в случае заболевания средний заработок для исчисления пособия по временной нетрудоспособности должен определяться исходя из заработка, полученного у данного работодателя. Период работы на условии внутреннего совместительства для расчета пособия значения не имеет (может быть меньше расчетного периода или более), поскольку учитываются только выплаты, начисленные в расчетном периоде.

Таким образом, в составе заработка для исчисления пособия по временной нетрудоспособности в обязательном порядке должен быть учтен заработок, полученный у данного работодателя в расчетном периоде не только за работу по основной работе, но и за период, совпавший с ним, за работу на условии внутреннего совместительства.



Ваше мнение ВАЖНО!

ПОДСКАЖИТЕ решение, **ДАЙТЕ** совет, **ПОВЛИЯЙТЕ** на будущее здравоохранения и **ПОЛУЧИТЕ** вознаграждение за участие.

Анонимное и конфиденциальное анкетирование **МЕДИЦИНСКИХ** специалистов, руководителей и администраторов по интернету.

ПРИГЛАШАЕМ регистрироваться для участия в опросах по ссылке:

www.medanketa.info

East To West
MARKETING RESEARCH INC.





Ф.Н. Кадыров,
Д.Э.Н.



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ ПО ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ



От редакции:

Трагические последствия пожара в Перми в декабре прошлого года и последовавшая за этим череда жестких проверок противопожарной безопасности вызвали обращения в редакцию журнала по поводу нормативной базы, касающейся этой проблемы. Сегодня мы даем краткий обзор наиболее важных последних нормативных актов, посвященных вопросам противопожарной безопасности. В ближайшем будущем планируем опубликовать специальный материал, посвященный этой теме.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

Трагедия, произошедшая в Перми, привлекла внимание к целому ряду проблем пожарной безопасности, в числе которых выделяются технологические требования к помещениям.

Правовой основой технического регулирования в области пожарной безопасности являются Конституция Российской Федерации, общепризнанные принципы и нормы международного права, международные договоры Российской Федерации, Федеральный закон «О техническом регулировании», Федеральный закон от 21 декабря 1994 года № 69-ФЗ «О пожарной безопасности» и Федеральный закон Российской Федерации от 22 июля 2008 года № 123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности», а также нормативные акты, принятые на их основе, многие из которых являются относительно новыми и уже поэтому заслуживающие внимания.

Федеральный закон «О пожарной безопасности» определяет общие правовые, экономические и социальные основы обеспечения пожарной безопасности в Российской Федерации, регулирует в этой области отношения между органами государственной власти, органами местного самоуправления, учреждениями, организациями, иными юридическими лицами независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, а также между общественными объединениями, должностными лицами, гражданами Российской Федерации, иностранными гражданами, лицами без гражданства.

Он дает определения основным понятиям, связанным с пожарами. Например, он определяет значения таких терминов:

- *пожарная безопасность* — состояние защищенности личности, имущества, общества и государства от пожаров;



- *пожар* — неконтролируемое горение, причиняющее материальный ущерб, вред жизни и здоровью граждан, интересам общества и государства;

- *требования пожарной безопасности* — специальные условия социального и (или) технического характера, установленные в целях обеспечения пожарной безопасности законодательством Российской Федерации, нормативными документами или уполномоченным государственным органом;

- *нарушение требований пожарной безопасности* — невыполнение или ненадлежащее выполнение требований пожарной безопасности;

- *противопожарный режим* — требования пожарной безопасности, устанавливающие правила поведения людей, порядок организации производства и (или) содержания территорий, зданий, сооружений, помещений организаций и других объектов в целях обеспечения пожарной безопасности и т.д.

Федеральный закон «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности» определяет основные положения технического регулирования в области пожарной безопасности и устанавливает общие требования пожарной безопасности к объектам защиты (продукции), в том числе к зданиям, сооружениям и строениям, промышленным объектам, пожарно-технической продукции и продукции общего назначения.

Положения этого закона обязательны для исполнения при:

- 1) проектировании, строительстве, капитальном ремонте, реконструкции, техническом перевооружении, изменении функционального назначения, техническом обслуживании, эксплуатации и утилизации объектов защиты;

- 2) разработке, принятии, применении и исполнении федеральных законов о технических регламентах, содержащих требования пожарной безопасности, а также нормативных документов по пожарной безопасности;

- 3) разработке технической документации на объекты защиты.

Это, если можно так выразиться, более «технологичный» документ. Он дает определения таким терминам как аварийный выход, безопасная зона, пожаро-взрывоопасность объекта защиты, декларация пожарной безопасности и т.д.

Соответственно, он содержит классификации пожаров, пожароопасных и взрывоопасных зон, электрооборудования по пожаро-взрывоопасности и пожарной опасности и т.д.

В соответствии с Федеральным законом «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности» разрабатываются и принимаются нормативные правовые акты Российской Федерации, регулирующие вопросы обеспечения пожарной безопасности объектов защиты (продукции).

В частности, в соответствии с частью 7 статьи 6 Федерального закона «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности» Правительство Российской Федерации приняло постановление от 31 марта 2009 г. № 272 «О порядке проведения расчетов по оценке пожарного риска». Названным постановлением утверждены Правила проведения расчетов по оценке пожарного риска, которые устанавливают порядок проведения расчетов по оценке пожарного риска в случаях, установленных Федеральным законом «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности», при составлении декларации пожарной безопасности.

Кроме того, Правительством Российской Федерации принято постановление от 7 апреля 2009 г. № 304 «Об утверждении правил оценки соответствия объектов защиты (продукции) установленным требованиям пожарной безопасности путем независимой оценки пожарного риска». Этим постановлением утверждены Правила оценки соответствия объектов защиты (продукции) установленным требованиям пожарной безопасности путем независимой оценки пожарного риска, которые устанавливают порядок оценки соответствия объектов защиты (про-





дукции) требованиям пожарной безопасности, установленным федеральными законами о технических регламентах и нормативными документами по пожарной безопасности, путем независимой оценки пожарного риска.

В связи с этим было разослано письмо заместителя министра здравоохранения и социального развития РФ М.А.Топилина от 13.03.2009 № 18-2/10/1-3015 которым рекомендовано руководствоваться в работе названными выше постановлениями Правительства РФ и принять надлежащие меры по ликвидации рисков возникновения угроз жизни и здоровью проживающих и сотрудников учреждений, сохранности материальных ценностей.

Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий соответствии с Федеральным законом от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2009 г. № 272 «О порядке проведения расчетов по оценке пожарного риска» издало приказ от 30 июня 2009 г. № 382 «Об утверждении методики определения расчетных величин пожарного риска в зданиях, сооружениях и строениях различных классов функциональной пожарной опасности». Методика определения расчетных величин пожарного риска в зданиях, сооружениях и строениях различных классов функциональной пожарной опасности устанавливает порядок определения расчетных величин пожарного риска в зданиях, сооружениях и строениях (далее — здание) и распространяется на здания классов функциональной пожарной опасности:

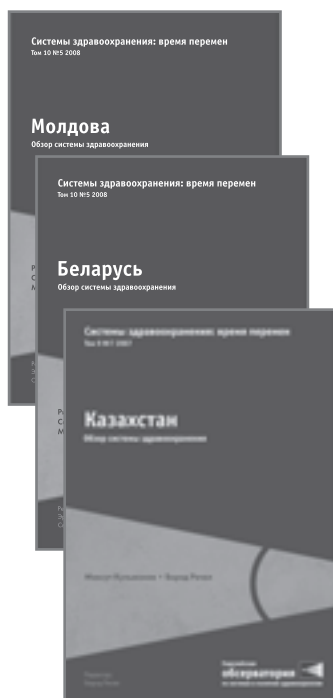
Ф1 — здания, предназначенные для постоянного проживания и временного пребывания людей, в том числе:

а) Ф1.1 — здания детских дошкольных образовательных учреждений, специализированных домов престарелых и инвалидов (неквартирные), больницы, спальные корпуса образовательных учреждений интернатного типа и детских учреждений;

б) Ф1.2 — гостиницы, общежития, спальные корпуса санаториев и домов отдыха общего типа, кемпингов, мотелей и пансионатов.

Кроме того, Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий выпустило приказ от 10 июля 2009 г. № 404 «Об утверждении методики определения расчетных величин пожарного риска на производственных объектах». Расчеты по оценке пожарного риска проводятся путем сопоставления расчетных величин пожарного риска с соответствующими нормативными значениями пожарных рисков, установленными Федеральным законом от 22 июля 2008 г. № 123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности». Расчетные величины пожарного риска являются количественной мерой возможности реализации пожарной опасности объекта и ее последствий для людей.

Еще ранее — 24 февраля 2009 г. Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий издало приказ № 91 «Об утверждении формы и порядка регистрации декларации пожарной безопасности».



Европейская обсерватория выпустила три новых книги на русском языке из серии «Системы здравоохранения: время перемен»:

«Системы здравоохранения: время перемен. Молдова. Обзор системы здравоохранения» (184 стр.),
«Системы здравоохранения: время перемен. Казахстан. Обзор системы здравоохранения» (206 стр.),
«Системы здравоохранения: время перемен. Беларусь. Обзор системы здравоохранения» (156 стр.).

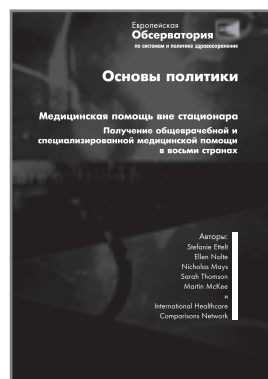
Все книги посвящены анализу реформ здравоохранения в странах СНГ. Каждая из названных стран пошла своим путем в проведении реформ, у каждой из них есть свои достижения и свои проблемы на этом пути. Но все три страны вышли из одной системы здравоохранения, которая была в Советском Союзе, — системы Н.А. Семашко. Поскольку Российская Федерация также в последние 20 лет реформирует свою систему здравоохранения и имеет общие корни с системами здравоохранения других стран СНГ, выражаем надежду, что эти книги найдут особый отклик у российских читателей, а также читателей из других постсоветских государств.

С полным текстом книг можно ознакомиться на сайте ВОЗ:

Беларусь — <http://www.euro.who.int/Document/E92096R.pdf>

Молдова — <http://www.euro.who.int/document/E91756R.pdf>

Казахстан — <http://www.euro.who.int/Document/E90977R.pdf>



Кроме того, доступен краткий обзор Европейской обсерватории **«Основы политики. Медицинская помощь вне стационара. Получение общеврачебной и специализированной помощи в восьми странах».**

Обзор посвящен трем основным темам:

- порядок получения помощи, оказываемой врачами общей практики и врачами-специалистами, в восьми странах (Франции, Нидерландах, Австралии, Дании, Англии, Финляндии, Новой Зеландии и Швеции);
- связь между степенью выбора и затратами пользователя;
- ассортимент услуг, предоставляемых пациентам врачами общей практики, врачами-специалистами и другими медицинскими работниками.

С полным текстом обзора можно ознакомиться на сайте ВОЗ:

<http://www.euro.who.int/document/e89259r.pdf>

Все книги имеются в Документационном центре Всемирной организации здравоохранения при Центральном научно-исследовательском институте организации и информатизации здравоохранения МЗСР РФ по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

Тел.: (495) 619 38 43. Факс: (495) 618 11 09. E-mail: kaidoc@mednet.ru



НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА



В декабре 2009 г. в Москве состоялся учредительный съезд Национальной медицинской палаты, которая начнет работу через три месяца после проведения процедуры регистрации. Президентом Национальной медицинской палаты избран Леонид Рошаль, который принял решение досрочно прекратить членство в Общественной палате. В президиум палаты вошли главный пульмонолог России Александр Чучалин, главный педиатр страны Александр Баранов, а также телеведущая Елена Малышева. Окончательный состав руководящих органов будет утвержден на первом съезде организации.

Согласно принятому уставу палаты, на начальном этапе членство в ней будет добро-

вольным. После принятия соответствующего федерального закона каждый медицинский работник будет обязан вступить в новую организацию. Это предложение поддержали, в том числе, сотрудники медучреждений системы исполнения наказаний, ранее не принимавшие участия в общественных объединениях.

Целью создания палаты является передача общественным институтам некоторых государственных функций по регулированию профессиональной деятельности медиков. Учредители организации — комиссия по здравоохранению Общественной палаты РФ и организация «Опора России», провели «четкое разграничение, чем должны заниматься Росздравнадзор, профсоюзы и национальная медицинская палата».

ОБЩЕРОССИЙСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ



В Москве, в Государственной Думе ФС РФ 30 ноября 2009 года состоялся Пленум Правления Общероссийского объединения медицинских работников с расширенным заседанием Совета руководителей региональных отделений.

Общероссийское объединение медицинских работников зарегистрировано Министерством юстиции РФ 16 февраля 2009 года. Создано по инициативе делегатов Общероссийского медицинского форума, в работе которого с 2006 г. приняли участие около 14 000 делегатов из 73 субъектов семи федеральных округов.

Первое совещание руководителей региональных отделений состоялось 23 марта 2009г. в Государственной Думе ФС РФ в рамках ежегодной экспозиции Общероссийского общественного движения «Медицина за качество жизни» (<http://www.omr-rus.ru/ekspozitsiy.aspx>.)

«Мы не являемся альтернативой никому и ничему: ни профсоюзам, ни Российскому

медицинскому обществу, ни Российской медицинской ассоциации», — сказал лидер объединения Георгий Андреевич Новиков. «Нас создала «инициатива снизу» медицинского сообщества, которому нужна консолидация. В Германии, например, существует и Ассоциация врачей, и Врачебная палата. Главное — чтобы у специалиста была возможность высказать свою позицию так, чтобы его услышали, и чтобы была организация, которая осуществляет лоббирование интересов профессионального сообщества».

В настоящее время зарегистрированы и функционируют на общественных началах 76 региональных отделений, причем в некоторых субъектах Российской Федерации их несколько.



Основные цели Объединения:

- профессиональная поддержка интересов специалистов, занятых в области здравоохранения;
- правовая поддержка медицинских работников;
- социальная поддержка медицинских работников и членов их семей.

Структуру и принципы работы Общероссийского объединения медицинских работников Г. Новиков представил следующим образом: основными базовыми элементами Объединения будут профильные комиссии по всем специальностям, руководители которых войдут в Экспертный совет. Совет будет готовить решения Объединения для представления в Минздравсооразвития России, Правительство РФ, Комитет по здравоохранению ГД РФ.

Ни вступительных, ни членских взносов не предусматривается. Объединение, как пред-

полагается, будет использовать средства движения «Медицина за качество жизни», а также агентские вознаграждения, получаемые от представителей сетевого бизнеса, предлагающих специальные льготные тарифы для обслуживания медработников и членов их семей.

Уже сегодня Объединение подписало соглашение с такими компаниями, как «Тестур» (туризм и реабилитационные услуги с 6%-ной скидкой для медработников) и «Ресогарант» (все виды страховых услуг для членов семей медиков). Планируются подписание аналогичных соглашений о введении льготных тарифов со Сбербанком и Аэрофлотом и разработка системы бонусных карт к 2011 году для льготного обеспечения медицинских работников в сетевых продуктовых магазинах.

На Пленуме было принято решение о проведении в мае 2011 года Общероссийского конгресса медицинских работников.

Н. Куракова

ВСЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ ОРГАНИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ

9 декабря 2009 г. было объявлено о создании Всероссийского союза организаций пациентов. В Союз вошли 11 пациентских организаций, представляющих более 100 тыс. больных гемофилией, рассеянным склерозом, муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, низкорослостью, полисахаридозом, эпилепсией. Кроме того, он объединяет три общероссийские организации защиты прав пациентов.

Союз будет представлять интересы пациентов по формированию регистров больных, перечней препаратов, вырабатывать единые подходы к обеспечению прав пациентов, способствовать повышению эффективности координации действий сообществ пациентов.

Во Всероссийском союзе организаций пациентов три сопредседателя: президент Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом Ян Власов; президент Общероссийской бла-

готворительной общественной организации инвалидов «Всероссийское общество гемофилии» Юрий Жулев; президент «Лиги защитников пациентов» Александр Саверский.

Инициаторы создания Союза полагают, что должны появиться нормы права, на основе которых пациенты вправе требовать обеспечения лекарствами, а не ежегодно изменяющиеся программы госгарантий. Организаторы хотели бы, чтобы пациентские организации получили права обществ прав потребителей, собираются разработать свой Этический кодекс, возможно, будут организовывать сбор подписей под инициативами и т.п. При этом отдельные организации не претендуют на самостоятельность друг друга, не исчезают и не собираются подменять деятельность сподвижников. К Союзу смогут примкнуть другие территориальные и всероссийские организации по охране прав пациентов, отвечающие задачам и целям Союза.

Н. Куракова



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ЧТО ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ И УМЕТЬ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 ноября 2009 г. № 869 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

Единый квалификационный справочник содержит должностные обязанности, требования к знаниям и уровню квалификации работников в сфере здравоохранения.

Все должности работников объединены в несколько групп. Это руководители, специалисты, младший медперсонал, прочий персонал лечебно-трудовых мастерских при медицинских организациях.

К руководителям относятся главный врач, директор, заведующий, управляющий, начальник. Им необходимо высшее образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», послевузовское и (или) дополнительное профобразование, сертификат по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Стаж работы не может быть меньше 5 лет.

К специалистам отнесены врач-специалист, провизор, биолог, судебный эксперт, медсестра, лаборант, инструктор по лечебной физкультуре, медицинский дезинфектор и другие. В зависимости от должности необходимо высшее или среднее профобразование. В некоторых случаях нужен стаж работы.

Младший медицинский и фармацевтический персонал составляют младшая медсестра по уходу за больными, сестра-хозяйка, фасовщица, младший фармацевт, санитарка. Как правило, они должны иметь среднее (полное) общее образование. Стаж работы не нужен.

К прочему персоналу относится инструктор производственного обучения рабочих массовых профессий. Он должен иметь среднее профобразование по профилю выполняемой работы (стаж не нужен) или среднее (полное) общее образование, специальную подготовку и стаж работы не менее 3 лет.

В числе общих требований к работникам — знание Конституции РФ, нормативно-правовых актов по вопросам своей деятельности, правил документооборота и охраны труда, умение пользоваться необходимым оборудованием.

ДОСТАВКА ЛЕКАРСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ КАТЕГОРИЙ БОЛЬНЫХ В РЕГИОНАЛЬНЫЕ АПТЕКИ ЧАСТИЧНО ФИНАНСИРУЕТСЯ ЗА СЧЕТ ФЕДЕРАЛЬНЫХ СУБСИДИЙ

Постановление Правительства РФ от 18 ноября 2009 г. № 939 «Об утверждении Правил предоставления и распределения в 2009 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на осуществление организационных мероприятий по обеспечению граждан лекарственными средствами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковис-



цидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»

В 2009 г. из федерального бюджета регионам и г. Байконуру выделяются субсидии на доставку лекарств для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

Доставка лекарств от организаций — их получателей до региональных аптечных учреждений осуществляется в рамках госзаказа. За счет субсидий финансируются 95% соответствующих расходов региона.

Приведена формула расчета размера субсидии.

Субсидия предоставляется на основе соглашения между регионом и Минздравсоцразвития России. Установлены обязательные условия такого соглашения.

Регионы должны ежемесячно (до 15 числа) отчитываться перед Министерством об использовании субсидий. Перечисление субсидий может быть приостановлено при нарушении условий их предоставления.

Приведено распределение субсидий между регионами. Их общий объем составляет 1 090 274,3 тыс. руб.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУСЛУГ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ: ПРОЕКТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА

Проект федерального закона № 254940-5 «Об общих принципах организации предоставления государственных (муниципальных) услуг и исполнения государственных (муниципальных) функций»

20.11.2009 Государственной Думой в первом чтении принят проект федерального закона, регулирующего отношения по предоставлению государственных (муниципальных) услуг, а также исполнению некоторых государственных (муниципальных) функций (далее — госуслуги, госфункции). В частности, имеются в виду госфункции по выдаче различных разрешений (лицензий), регистрации актов, документов, прав, объектов, ведению информационных ресурсов, осуществлению проверок.

В законопроекте закреплены принципы оказания госуслуг (исполнения госфункций), права заявителей и обязанности органов. Так, заявители имеют право на вежливое и оперативное обслуживание; получение полной, актуальной и достоверной информации о госуслуге (госфункции); предоставление госуслуги (исполнение госфункции) дистанционно в электронном виде, если это не запрещено законом.

Предусматривается создание единого портала государственных и муниципальных услуг (функций). Он призван обеспечить электронный порядок оказания госуслуг (исполнения госфункций). Через портал заявитель сможет подать запрос и иные необходимые документы, узнать о ходе предоставления госуслуги (исполнения госфункции), оплатить госпошлину. Правила межведомственного взаимодействия при предоставлении госуслуг (исполнении госуслуги) в электронном виде должно определить Правительство РФ.

Также планируется создание многофункциональных центров по предоставлению госуслуг (исполнению госфункций). Такие центры будут работать по принципу «одного окна». В частности, центры будут взаимодействовать с органами, оказывающими госуслуги (исполняющими госфункции) от имени заявителя без участия последнего. Регламентированы порядок деятельности центров, их основные функции, права и обязанности, порядок финансирования.





Определена инфраструктура электронного правительства. В нее входят реестры государственных (муниципальных) услуг (функций); единый и региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций); общероссийский государственный информационный центр; средства обеспечения межведомственного электронного взаимодействия; многофункциональные терминалы (инфоматоры) и другие.

Отдельная глава законопроекта посвящена общим требованиям к разработке и утверждению административных регламентов и стандартов.

УТОЧНЕН ПОРЯДОК, В КОТОРОМ ВЫПИСЫВАЮТСЯ РЕЦЕПТЫ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 сентября 2009 г. № 794н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 ноября 2009 г. Регистрационный № 15 317.

Изменения касаются, в частности, выписывания рецептов на бланках форм № 148-1/у-04 (л) и № 148-1/у-06 (л).

На указанных бланках можно выписывать одно наименование лекарства, изделия медицинского назначения или специализированного продукта лечебного питания. Исправления при этом запрещены.

Уточнено предельно допустимое количество фентанила (трансдермальная терапевтическая система), которое может указываться в одном рецепте. При дозировке 12,5 мкг/час допускается выписать 32 пластыря.

ДОЛЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ЛЕКАРСТВ НА ВНУТРЕННЕМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ ДОЛЖНА ПОСТЕПЕННО УВЕЛИЧИВАТЬСЯ

Приказ Министерства промышленности и торговли РФ от 23 октября 2009 г. № 965 «Об утверждении Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года»

Стратегия определяет приоритетные направления развития фармацевтической промышленности РФ в период 2009–2020 гг.

В настоящее время основными проблемами российской фармацевтической промышленности являются неспособность обеспечивать население основными лекарственными препаратами отечественного производства, а также низкий уровень инноваций и технологий, используемых при разработке и производстве лекарств. Существующий подход к решению этих проблем может привести к тому, что в обозримом будущем перестанет существовать как базовый производственный сектор, производящий лекарственные субстанции, так и сопряженный с ним научно-технологический сектор.

Целью Стратегии является переход на инновационную модель развития фармацевтической промышленности РФ.

В перечень основных мероприятий Стратегии входят: стимулирование локализации на территории РФ высокотехнологичных производств лекарственных препаратов; стимулирование обязательного перехода отечественных предприятий фармацевтической промышленности на стандарты GMP не позднее 2011 г.; стимулирование разработки и производства аналогов импортируемых лекарств; совершенствование образовательных программ подготовки специалистов для фармацевтической промышленности; обеспечение лекарственной безопасности.



Реализация Стратегии потребует 177 620 млн руб. Источниками финансирования должны стать федеральный бюджет, средства коммерческих и общественных организаций и иные внебюджетные средства.

Предполагается, что к 2020 г. доля фармацевтической продукции отечественного производства в общем объеме потребления на внутреннем рынке увеличится до 50% в стоимостном выражении, а экспорт продукции возрастет в 8 раз.

УТОЧНЕНО, В КАКОМ ПОРЯДКЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 октября 2009 г. № 853н «О внесении изменений в форму № 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь», утвержденную Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2007 г. № 77»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 ноября 2009 г. Регистрационный № 15 324.

Скорректирован порядок заполнения формы № 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь».

Изменения обусловлены уточнением правил признания лица инвалидом. Установлено, в частности, что несовершеннолетним гражданам устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Устранены технические ошибки в нумерации пунктов.

Степень ограничения способности к трудовой деятельности больше не указывается.

Приказ вступает в силу с 1 января 2010 г.

БЮДЖЕТ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ НА 2010 Г.: ДЕФИЦИТ В 28 МИЛЛИАРДОВ РУБЛЕЙ

Федеральный закон от 28 ноября 2009 г. № 292-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов»

Принят бюджет ФСС России на 2010 г. и на плановый период 2011 и 2012 гг.

Прогнозируемый объем доходов Фонда на 2010 г. составляет 425,5, на 2011 г. — 493,6, на 2012 г. — 543,8 млрд. руб.

В 2010 г. расходы ФСС России предположительно составят 453,8 млрд. руб., что превышает планируемые доходы. В дальнейшем бюджет Фонда обещает быть профицитным: планируемые расходы в 2011 г. составляют 489,1, а в 2012 г. — 535,2 млрд. руб.

Средства в основном будут потрачены на выплату ряда пособий. Это пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам (в том числе женщинам, уволенным из-за ликвидации организаций), по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, пособия работающим гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие ядерных испытаний, и др. Также предусмотрены расходы на обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации и оплату санаторно-курортного лечения.

В 2010 г. максимальный размер ежемесячной страховой выплаты в рамках обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний не будет превышать 49 520 руб.





МЕДПУНКТЫ ШКОЛ И ДЕТСАДОВ ДОЛЖНЫ РАБОТАТЬ НА ОСНОВАНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 1 сентября 2009 г. № 01-18149/09 «О лицензировании медицинской деятельности, осуществляемой образовательными учреждениями субъектов Российской Федерации»

Согласно положению о лицензировании медицинской деятельности, медпункты детских садов и школ должны осуществлять свою деятельность на основании лицензии. В связи с этим Генеральной прокуратурой РФ 03.07.2009 было вынесено представление об устранении нарушений законодательства в области обеспечения здорового образа жизни детей.

Росздравнадзором был изучен вопрос законности осуществления медицинской деятельности в таких учреждениях субъектов РФ. Сообщается, что медицинские пункты имеются в 80% дошкольных и 65–70% школьных учреждений. При этом в большинстве из них медицинская деятельность осуществляется без лицензии.

Лицензированием фармацевтической и медицинской деятельности занимаются региональные органы власти. В связи с этим Служба просит указанные органы принять меры по обеспечению полноты и качества лицензирования медицинской деятельности в образовательных учреждениях.

В КАКИЕ СРОКИ НУЖНО БУДЕТ ПРЕДСТАВЛЯТЬ СВЕДЕНИЯ О ПРОВЕДЕНИИ ТФОМС МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ВЗАИМОРАСЧЕТОВ В 2010 ГОДУ?

Письмо Федерального фонда ОМС от 2 ноября 2009 г. № 5377/30-1/И «О предоставлении информации»

Приведены формы для предоставления информации в целях мониторинга проведения территориальными фондами ОМС межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную гражданам РФ вне территории страхования.

Так, предусмотрены формы для направления сведений о проведении межтерриториальных расчетов (за год), а также для расшифровки дебиторской задолженности на начало и на конец отчетного месяца.

Заполненные формы должны размещаться в разделе «Межтерриториальные расчеты» УСОИ-М в следующие сроки: за январь—октябрь 2009 г. — до 15 ноября, за ноябрь 2009 г. — до 15 декабря, за декабрь 2009 г. — до 15 января 2010 г.

Сведения о проведении межтерриториальных взаиморасчетов в 2010 г. нужно представлять до 15 числа месяца, следующего за отчетным.

СФОРМИРОВАН БЮДЖЕТ ФФОМС НА БЛИЖАЙШИЕ ТРИ ГОДА

Федеральный закон от 28 ноября 2009 г. № 294-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов»

Утвержден бюджет ФФОМС на 2010 г. и на плановый период 2011 и 2012 гг.

Бюджет ФФОМС на 2010 г. сформирован с дефицитом. Доходы составят 105,85 млрд. руб., расходы — 110,85 млрд. руб. На покрытие дефицита будут направлены остатки средств Фонда по состоянию на 1 января 2010 г. в размере 5 млрд. руб. Бюджет ФФОМС на плановый период сбалансирован по доходам и расходам и составит в 2011 г. 268,6 млрд. руб., в 2012 г. — 298,1 млрд. руб.



Доходная часть бюджета сформирована с учетом отмены в 2010 г. ЕСН и введения вместо него страховых взносов. Выпадающие доходы в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов некоторым категориям плательщиков планируется компенсировать за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета. Кроме того, эти трансферты хотят направить на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан. Предположительно Фонд получит из федерального бюджета в 2010 г. 4,73 млрд. руб., в 2011 г. — 18,29 млрд. руб., в 2012 г. — 20,5 млрд. руб.

Кроме того, предусмотрено поступление в бюджет налогов, недоимок, пеней и штрафов.

Средства Фонда будут направлены в виде дотаций в бюджеты ТФОМС на финансирование территориальных программ ОМС, а также в виде ассигнований на формирование нормированного страхового запаса. Запланированы трансферты бюджету ФСС России на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности (из расчета 3 тыс руб. на каждую женщину), родов и в послеродовой период (6 тыс руб. на каждую женщину), а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни (1 тыс. руб. за каждые полгода). Кроме того, предусмотрены средства на обеспечение целевых мероприятий Фонда.

В 2010–2012 ГОДАХ СОХРАНИТСЯ ДЕЙСТВУЮЩИЙ ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНЕСОВ В ФСС РОССИИ

Федеральный закон от 28 ноября 2009 г. № 297-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» (не вступил в силу)

В 2010 г. и в плановом периоде 2011 и 2012 гг. страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний уплачиваются в порядке и по тарифам, установленным на 2006 г. (так же, как в 2007, 2008 и 2009 гг.).

В частности, сохраняются 32 страховых тарифа (от 0,2 до 8,5%), дифференцированные по видам экономической деятельности, и льгота по уплате страховых взносов.

Средний страховой тариф в 2010 г. и в плановом периоде составит 0,5% к начисленной оплате труда.

Поступление страховых взносов (включая недоимки) планируется в размере, достаточном для обеспечения в полном объеме выплат по страхованию и финансирования ФСС России других расходов.

Предусмотрено повышение максимального размера ежемесячных страховых выплат и размера единовременной страховой выплаты с учетом инфляции.

Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2010 г.

КОНКРЕТИЗИРОВАН ПЕРЕЧЕНЬ ЛИЦ, ОБЯЗАННЫХ ОКАЗЫВАТЬ ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ

Федеральный закон от 25 ноября 2009 г. № 267-ФЗ «О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и отдельные законодательные акты Российской Федерации»

Изменения касаются оказания первой помощи пострадавшим.

Теперь понятия «скорая медицинская помощь» и «первая помощь» разделены.

Скорая медицинская помощь осуществляется только лечебно-профилактическими учреждениями и медицинскими работниками (ранее — также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или специальному правилу).





Первую же помощь оказывают лица, обязанные это делать по закону или специальному правилу и имеющие соответствующую подготовку.

Определен примерный перечень таких лиц (сотрудники органов внутренних дел, сотрудники, военнослужащие и работники противопожарной службы, спасатели, водители и т.д.).

Согласно поправкам, милиционеры, частные охранники и детективы, пожарные, спасатели, военнослужащие внутренних войск МВД России, судебные приставы, работники ведомственной охраны, должностные лица таможенных органов обязаны оказывать пострадавшим первую помощь (а не первую медицинскую или доврачебную помощь).

Федеральный закон вступает в силу по истечении десяти дней после дня его официально-го опубликования, за исключением отдельных положений.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИКОВ И СТРАХОВЩИКОВ В СИСТЕМЕ ОМС: ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА 1 ПОЛУГОДИЕ 2009 Г.

Письмо Федерального фонда ОМС от 9 ноября 2009 г. № 5472/30-2/и О результатах финансовой деятельности страховых медицинских организаций в системе ОМС РФ в 1 полугодии 2009 г.

ФФОМС подготовлена информационно-аналитическая справка о деятельности медицинских учреждений и страховых медицинских организаций в системе ОМС в 1 полугодии 2009 г.

Сообщается, что в указанный период в реализации территориальной программы ОМС участвовали 111 страховых организаций, имеющих статус юрлица, и 248 филиалов таких организаций. Они осуществляли ОМС во всех субъектах РФ, за исключением Чукотского автономного округа, где страхованием занимались ФОМС.

Численность граждан, застрахованных по ОМС на 01.07.2009, составила 142 379 тыс. чел. (на 0,3% больше численности населения России). В структуре застрахованных работающие граждане составляют 41,8%, неработающие — 58,2%.

Общий объем расходов страховых организаций в 1 полугодии 2009 г. составил 225,3 млрд. руб. (из них 218,9 млрд. было потрачено на оплату медпомощи в объеме территориальной программы ОМС).

Количество медицинских учреждений, оказывавших медпомощь в системе ОМС в 1 полугодии 2009 г., составило 8151 (на 2 учреждения больше, чем в 1 полугодии 2008 г.). При этом по-прежнему наблюдается уменьшение числа стационаров.

По сравнению с 1 полугодием 2008 г. количество посещений врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях возросло с 436 878,6 до 449 900,6 тыс. Также возросло количество центров общей врачебной (семейной) практики (с 22 в 1 полугодии 2008 г. до 29 в 1 полугодии 2009 г.).

Общие расходы медицинских учреждений составили 219,6 млрд. руб.

КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ НУЖНО ПРЕДОСТАВИТЬ РОСЗДРАВНАДЗОРУ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЬГОТНЫХ УСЛОВИЙ ПРОВЕРОК?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 17 ноября 2009 г. № 01И-781/09 «О предоставлении информации»

Росздравнадзором организуется работа по сбору информации о субъектах малого и среднего предпринимательства, осуществляющих медицинскую и/или фармацевтическую деятельность. В состав представляемых сведений входят наименование организации, вид осуществляемой ею деятельности, ИНН, номер лицензии и категория хозяйствующего субъекта.

Указанная информация необходима для соблюдения закона о защите прав юрлиц и ИП при осуществлении госконтроля. Им, в частности, установлено, что внеплановые выездные



проверки субъектов малого и среднего предпринимательства проводятся соответствующими органами после согласования с органом прокуратуры. Также законом закреплена максимальная продолжительность плановой выездной проверки в отношении субъекта малого предпринимательства: для малого предприятия — 50 часов, для микропредприятия — 15 часов в год. В исключительных случаях эти сроки могут быть увеличены, но не более чем на 15 часов.

Информация должна быть предоставлена в Управление лицензирования и правового обеспечения Службы до 31.12.2009.

РАСШИРЕН ПЕРЕЧЕНЬ ОРГАНИЗАЦИЙ, КОТОРЫМ В 2009 ГОДУ МОГУТ ОПЛАЧИВАТЬСЯ ТАЛОНЫ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ

Федеральный закон от 25 ноября 2009 г. № 278-ФЗ «О внесении изменения в статью 7 Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов»

Расширен перечень организаций, которым ФСС России в 2009 г. может оплачивать услуги по медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка (то есть талоны родовых сертификатов).

Ранее предусматривалось следующее. Эти услуги оплачиваются государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения, а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых размещен государственный или муниципальный заказ.

Теперь услуги оплачиваются государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения, а также иным организациям, в которых размещен государственный или муниципальный заказ.

Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

Новые правила распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2009 г.

КТО И КАК ЧАСТО МОЖЕТ ПРОВОДИТЬ ПРОВЕРКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ?

Постановление Правительства РФ от 23 ноября 2009 г. № 944 «Об утверждении перечня видов деятельности в сфере здравоохранения, сфере образования и социальной сфере, осуществляемых юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью»

Во исполнение закона о защите прав юрлиц и ИП при осуществлении госконтроля Правительством РФ утвержден перечень видов деятельности, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью.

Так, органы госпожнадзора и санэпиднадзора могут проверять лиц, оказывающих услуги в сфере образования и предоставляющих соцслужбы с обеспечением проживания, не чаще 1 раза в год. А в отношении лиц, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и санаторно-курортную медпомощь, такие проверки проводятся 1 раз в 2 года. Также установлено, что деятельность детских лагерей проверяется указанными органами 1 раз перед началом каникул.

Определено, что органы, лицензирующие медицинскую деятельность, проводят проверки лиц, оказывающих санаторно-курортную и скорую медпомощь, не чаще 1 раза в 2 года. Лица, оказывающие амбулаторно-поликлиническую медпомощь, проверяются не чаще 1 раза в год.

Лица, торгующие лекарствами в розницу, могут проверяться органами, лицензирующими фармацевтическую деятельность, не чаще 1 раза в год (торгующие лекарствами оптом — не чаще 1 раза в 2 года).

Проверки лиц, оказывающих образовательные услуги, проводятся соответствующими лицензирующими органами не чаще 1 раза в 2 года.





С такой же периодичностью органы госнадзора в сфере здравоохранения и соцразвития проводят проверки лиц, предоставляющих соцуслуги с обеспечением проживания.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ОБОРОТА НАРКОТИКОВ ПОКА ОСТАНУТСЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 ноября 2009 г. № 867 «Об отмене Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 августа 2009 г. № 602н «О внесении изменений в Методические указания по осуществлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации по лицензированию деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 июня 2008 г. № 278н»

Регионам были переданы полномочия РФ по лицензированию деятельности, связанной с оборотом наркотиков и психотропных веществ (кроме деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения).

Утрачивает силу приказ, предусматривающий изменения в Методические указания по реализации регионами этих полномочий.

Изменения вносились впервые. Они потребовались в связи со вступлением в силу Закона о защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля.

РОСПОТРЕБНАДЗОР ПРЕДЛОЖИЛ РЕГИОНАМ ОРГАНИЗОВАТЬ УЧЕТ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 26 октября 2009 г. № 01/15981-9-32 «Об оптимизации работы в условиях эпидемиологического неблагополучия по инфекциям верхних и нижних дыхательных путей»

Сообщается, что на фоне сезонного подъема заболеваемости ОРВИ во многих регионах России отмечается значительный рост заболеваемости пандемическим гриппом и внебольничными пневмониями. При этом зачастую больные пневмониями не учитываются при анализе эпидемиологической ситуации.

В связи с изложенным дан ряд поручений руководителям региональных органов управления здравоохранением и управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ. В частности, им предлагается провести работы по организации еженедельного учета случаев внебольничных пневмоний и анализу ситуации по заболеваемости ими на курируемой территории за август—октябрь 2009 г. При превышении уровней заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом по среднесезонным данным или с аналогичным периодом прошлого года рекомендовано проводить эпидемиологические расследования.

Руководителям управлений также предложено при работе в эпидемических очагах ОРВИ лабораторно обследовать не менее 20% больных, но не менее 5 человек. При массовом поступлении больных пандемическим гриппом лабораторное обследование рекомендовано проводить при наличии тяжелых клинических форм заболевания.

Информацию о лабораторно подтвержденных случаях пандемического гриппа следует представлять по установленным формам еженедельно по вторникам с 0-00 до 12-00 ч мск в режиме онлайн.



РАБОТНИКИ МЕДИЦИНСКИХ КОМПЛЕКСОВ ТОЖЕ ИМЕЮТ ПРАВО НА ДОСРОЧНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТРУДОВОЙ ПЕНСИИ ПО СТАРОСТИ!

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14 октября 2009 г. № 825н «Об установлении тождества наименования структурного подразделения «медицинский комплекс» наименованию структурного подразделения «медико-санитарная часть»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 16 ноября 2009 г. Регистрационный № 15 238.

По общему правилу, трудовые пенсии по старости назначаются мужчинам, достигшим 60 лет, и женщинам, достигшим 55 лет. Однако в некоторых случаях такие пенсии назначаются до достижения указанного возраста.

В частности, они назначаются независимо от возраста лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и ПГТ и не менее 30 лет в городах, сельской местности и ПГТ либо только в городах. При этом граждане должны работать в определенных учреждениях (их структурных подразделениях) на определенных должностях.

Минздравсоцразвития России установлено тождество наименования структурного подразделения «медицинский комплекс» наименованию структурного подразделения «медико-санитарная часть». Таким образом периоды работы в медкомплексах теперь должны засчитываться в стаж, необходимый для досрочного назначения трудовой пенсии по старости.

УТВЕРЖДЕНА ФОРМА ОТЧЕТНОСТИ РЕГИОНОВ О РАСХОДОВАНИИ СУБСИДИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ВЫПЛАТ МЕДПЕРСОНАЛУ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 октября 2009 г. № 836н «Об утверждении формы и порядка представления отчета об исполнении условий предоставления субсидий и о расходах бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются субсидии из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление денежных выплат медицинскому персоналу ...» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 ноября 2009 г. Регистрационный № 15 205.

Из федерального бюджета предоставляются субсидии региональным бюджетам на осуществление выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам (акушеркам) и медсестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи муниципальной системы здравоохранения, а при их отсутствии — учреждений и подразделений скорой медицинской помощи регионов. При этом региональные органы исполнительной власти должны ежемесячно направлять в Минздравсоцразвития России отчет об исполнении условий предоставления субсидий и о расходах, источником финансового обеспечения которых являются субсидии.

Утверждена форма указанного отчета и определен порядок его представления.

В отчете нужно отражать следующие данные: численность медработников, имеющих право на выплаты; остаток неиспользованных субсидий; размер поступивших субсидий; размер средств, перечисленных из регионального бюджета местным бюджетам и учреждениям здравоохранения; размер средств, перечисленных из местных бюджетов учреждениям здравоохранения; остаток неиспользованных субсидий; расходы учреждений здравоохранения на осуществление выплат.

Этот отчет должен составляться по состоянию на 1 число и представляться не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным, в электронном виде и на бумажном носителе в Департамент развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России.





КАК БУДЕТ РЕШАТЬСЯ ВОПРОС О ВОЗВРАТЕ ОСТАТКА СУБВЕНЦИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ РЕГИОНАМ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 16 ноября 2009 г. № 9185-Пр/09 «Об установлении потребности субъектов Российской Федерации в субвенциях, выделенных в 2009 году»

Из федерального бюджета выделяются субвенции на осуществление региональными органами власти переданных полномочий РФ по контролю качества оказываемой медицинской помощи и лицензированию отдельных видов деятельности в области охраны здоровья граждан. При наличии потребности в не использованном в текущем финансовом году остатке субвенций указанный остаток регионам разрешили использовать в очередном финансовом году на те же цели.

В связи с этим руководителям территориальных органов Росздравнадзора поручено до 30 января 2010 г. произвести сверку расчетов с бюджетами субъектов РФ по указанным субвенциям, предоставленным в 2009 г. Протокол востребования остатка выделенных субвенций (утверждена его форма) нужно представить в отдел бюджетного учета и отчетности Управления финансов, учета и контроля до 10 февраля 2010 г.

В случае установления отсутствия потребности у субъектов РФ в субвенциях в Минфин России нужно направить предложения о возврате остатка.

В ТЕКУЩЕМ ГОДУ РЕГИОНЫ ПОЛУЧАТ БОЛЬШЕ СРЕДСТВ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЬГОТНИКОВ ЛЕКАРСТВАМИ

Постановление Правительства РФ от 18 ноября 2009 г. № 938 «О внесении изменений в распределение в 2009 году субвенций из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на финансовое обеспечение оказания отдельным категориям граждан социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов»

В 2009 г. регионы и г. Байконур получают из федерального бюджета субвенции на оказание социальной услуги по обеспечению льготных категорий граждан необходимыми лекарствами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

В новой редакции изложено распределение указанных субвенций. Их общий размер увеличен с 30 281 777,1 до 31 935 237,2 тыс. руб. Таким образом, для большинства регионов и для г. Байконура суммы субвенций возросли.

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

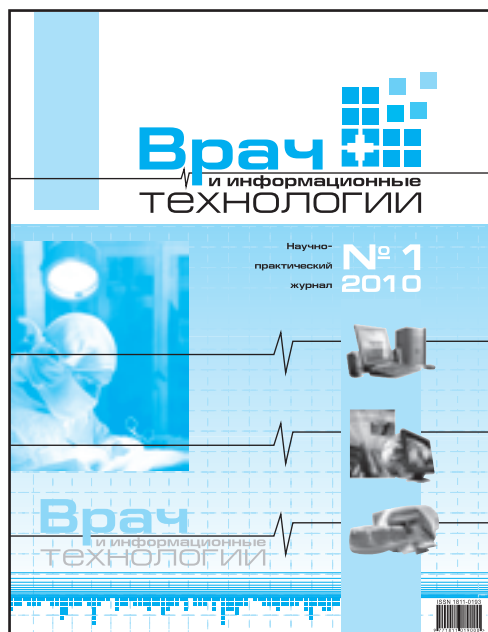


ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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



Продолжается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2010 год (периодичность – 6 выпусков в год)



Адрес редакции:

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

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82615** на полугодие
20103 на год

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **350 руб.**
- на полугодие — **1050 руб.**
- **1890 руб. – годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 315 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

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

**В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Врач и информационные технологии" на 2010 г.»,
Ваш полный почтовый адрес индексом и телефон.**

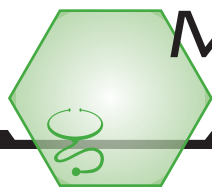
Подписка на электронную версию журнала:

Вы можете подписаться на электронную версию журнала в формате PDF (точная копия бумажного журнала) или заказать конкретный номер. **Стоимость годовой подписки — 1000 рублей.** Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить по электронной почте или скачать с сайта.

Список альтернативных агентств, принимающих подписку на журнал «Врач и информационные технологии»:

ООО «Урал-Пресс XXI»
ООО «Интер-Почта»
ООО «Мегапресс»

<http://www.ural-press.ru/>
<http://www.interpochta.ru/>
<http://www.mega-press.ru/>



Менеджер

здравоохранения

