

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№11. 2010



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



Продолжается подписка на ежемесячный научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения» на 2011 год



В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82614** на полугодие

20102 на год

Подписка через редакцию

(с любого номера, на любой срок):

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **400 руб.**

- на полугодие — **2400 руб.**

- **4320 руб. – годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 360 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

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**

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения»,

ИНН 7715376090 КПП 771501001

р/с: 40702810638050105256 в Марьинорощинском ОСБ 7981 г. Москва, Сбербанк России ОАО

к/с: 30101810400000000225 БИК 044525225 Код по ОКП 95200, Код по ОКПО 14188349

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Менеджер здравоохранения" на 2011 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

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

ООО «Урал-Пресс XXI» <http://www.ural-press.ru/>, Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89

ООО «Интер-Почта» <http://www.interpochta.ru/>, Т./ф. (495) 500-00-60

ООО «Союзпресс» Т./ф. (495) 675-0940, E-mail: souzpress@bk.ru

ООО «Артос-ГАЛ» Т./ф. (495) 795-23-00. 788-39-88, E-mail: snezhana--86@mail.ru

Уважаемые читатели!

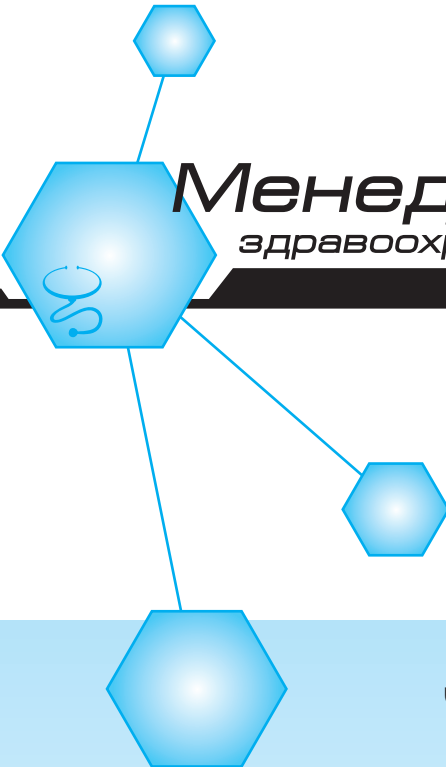
Просим Вас сообщать в редакцию о всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 618-07-92, или по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru.

ВНИМАНИЕ !!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису.

Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы.

Вопросы принимаются по факсу (495) 618-07-92 и электронной почте idmz@mednet.ru.



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ Какие модели действий будет использовать Национальная медицинская палата?
- ✓ О проекте ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами»
- ✓ Информатизация здравоохранения в программах модернизации регионального здравоохранения
- ✓ Миграция медико-санитарного персонала как угроза системам здравоохранения
- ✓ Проблемы эксплуатации и ремонта медицинского оборудования

Менеджер здравоохранения

№ 11
2010

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталья Глебовна,
д.б.н., главный специалист ФГУ 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:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 2010

4-6

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

**О механизмах реализации Программ модернизации
здравоохранения субъектов Российской Федерации**

Д.В. Пивень

7-12

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

**Реформы регионального здравоохранения и удовлетворенность
населения медицинской помощью: есть ли взаимосвязь?**

Интервью с Е.П. Какориной, заместителем
директора Департамента мониторинга и оценки
эффективности органов власти Министерства
регионального развития Российской Федерации

13-16

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Совершенствование профилактической работы
руководителя лечебно-профилактического учреждения**

В.Ю. Семенов, А.Н. Гуров, Н.А. Катунцева

17-24

**Определение заболеваемости различных категорий населения
методом анкетирования**

Т.Е. Подсвинова

25-30

**Государственно-частные партнерства в здравоохранении:
эффективные решения**

В.М. Цлаф

31-41

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

**Об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи
с позиции регионального практика**

О.А. Каплунов

42-45

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92

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. Чекушина

Подписные индексы:

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

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

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

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

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

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

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

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

С МЕСТА СОБЫТИЙ

**Остеопороз в России: каждые 5 минут
— перелом шейки бедра**

46–48

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

**Антикризисные стратегии в национальных системах
здравоохранения**

Е.А. Вараваикова

49–57

**Система здравоохранения —
яркий пример провала государства**

Я.Ч. Романчук

58–68

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРАХ

**Материалы Доклада ВОЗ о состоянии
здравоохранения в Европе 2009 г.
«Здоровье и системы здравоохранения»**

69–71

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

**Критерии изменения типа государственных
(муниципальных) учреждений**

Консультирует д.э.н. Ф.Н. Кадыров

72–76

КНИЖНАЯ ПОЛКА

77

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

78–81

ОРГАНАЙЗЕР

82

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

83–96



УТВЕРЖДЕН ЕДИНЫЙ КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ СПРАВОЧНИК ДОЛЖНОСТЕЙ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОССИЙСКИХ БОЛЬНИЦ, ПОЛИКЛИНИК, РОДДОМОВ И ПРОЧИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Справочник содержит исчерпывающий список обязанностей каждого медработника, требования к его образованию, стажу работы, квалификации и даже перечень законов, который он обязан знать. Заботясь о качественной правовой подготовке российских медицинских работников, специалисты Минздрава России сочли необходимым включить в перечень нормативных документов, которые обязан знать работник (в основном эти документы, естественно, имеют отношение к охране здоровья), даже главный закон страны — Российскую Конституцию. Впрочем это требование распространяется на руководителей медучреждений и большинство врачебных должностей, включая, например, участкового терапевта и детского доктора. Что касается среднего медперсонала, то, скажем, к акушерке, медсестре или фельдшеру столь суровые претензии уже не предъявляются.

Как известно, в 2008 году в России начался переход на новые системы оплаты труда для работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов. По введенным нормам системы оплаты труда устанавливаются с учетом Единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих и Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих. Раньше же существовала Единая тарифная сетка и номенклатура должностей, которые не учитывали профессиональных особенностей для той или иной должности.

Справочник призван способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителями, специалистами, а также обеспечению единства подходов при определении должностных обязанностей этих категорий работников и предъявляемых к ним квалификационных требований.

Новый приказ (по сравнению с устаревшими и потому отмененными ЕТС и номенклатурой должностей) уже дополнен 25 квалификационными характеристиками должностей врачей-специалистов: к примеру, врач-акушер-гинеколог, врач-анестезиолог, врач-специалист Роспотребнадзора и т.д., которые детализируют применявшееся до сих пор слишком общее понятие «специалист». Новый порядок лучше соответствует конкретным медицинским специальностям. Сейчас в Министерстве продолжается работа по включению в справочник еще более 50 характеристик должностей узких специалистов, которые должны иметь более углубленную подготовку по направлениям «кардиология», «физиотерапия», «хирургия» и т.д.

Пока же самое заметное нововведение — появление в справочнике двух должностных характеристик среднего медицинского персонала. Речь идет о двух должностях работников «скорой помощи»: фельдшере-водителе и фельдшере-санитаре.

Некоторое время назад Минздравсоцразвития России объявило о необходимости реорганизации службы «скорой». Одно из предложений было расширить круг профессиональных обязанностей водителя «скорой помощи», превратив его из простого «перевозчика» в полноценного члена медицинской бригады. Теперь



эта идея получила официальное отражение: за рулем «скорой» отныне должен находиться фельдшер, имеющий, помимо водительских прав нужной категории, соответствующее медицинское образование, определенную квалификацию, обладающий довольно обширным набором медицинских знаний и умений. К слову, отвечая критикам этого нововведения, в Министерстве говорят, что речь о сокращении состава бригады «скорой» за счет того, что фельдшер «пересядет» в водительское кресло, вовсе не идет. Скорее, наоборот, бригада пополнится еще одним человеком, способным оказать необходимую помощь больному в экстренном порядке.

Источник: <http://www.rg.ru/2010/09/27/vrachi.html>

В 2011–2013 ГОДУ В РОССИИ БУДУТ СУЩЕСТВЕННО СОКРАЩЕНЫ ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ. СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ПОПРАВКИ ПРЕДУСМОТРЕНЫ ПРОЕКТОМ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (ФСС)



Среди предлагаемых разработчиками документа нововведений — повышение стажа страхования, дающего право на 100-процентную компенсацию среднего заработка работника на период заболевания. В настоящее время такое право обеспечивается страховым стажем более 8 лет. Этот предел предлагается увеличить до 15 лет. 80-процентную компенсацию будут получать люди со стажем более 8 лет (сейчас — более 5 лет), 60-процентную — со стажем менее 8 лет (сейчас — менее 5).

Помимо этого, ФСС предлагает увеличить количество дней больничного, которые оплачивает работодатель, с двух до трех. При этом при расчете суммы компенсации предлагается исходить из средней заработной платы в течение 24 месяцев, а не года, как в настоящее время.

Предлагаемые нововведения призваны сократить дефицит бюджета ФСС, который в настоящее время покрывается государством. Таким образом Фонд сможет сэкономить не менее 50 миллиардов рублей, причем наибольшую экономию обеспечит изменение правил расчета размера компенсации по больничному.

В Государственной Думе отказались комментировать нововведения в бюджете ФСС, ссылаясь на то, что депутаты пока не приступили к рассмотрению документа. В то же время представители Фонда заявили изданию, что законопроект был рассмотрен на заседании Президиума Правительства РФ и признан сбалансированным.

Меры по сокращению расходов ФСС обнародовало ранее Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Министерство, в частности, планирует ограничить срок больничного листа, который врач имеет право выписывать единолично, 15 днями. Кроме того, граждане, получающие больничный на срок более 4 месяцев, будут обязаны пройти экспертизу трудоспособности на предмет присвоения инвалидности.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/>





ОБСУЖДЕНЫ ПРОБЛЕМЫ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



В Москве 1–3 октября состоялась Первая Всероссийская конференция по вопросам саморегулирования профессиональной медицинской деятельности, организованная Национальной медицинской палатой и Профсоюзом работников здравоохранения РФ. По этому поводу Медицинская палата распространила обращение своего президента Леонида Рошаля к медицинскому сообществу, в котором он рассказал о недостатках отечественного здравоохранения и направлениях деятельности палаты.

В обращении Л. Рошаль назвал структуру российского здравоохранения лучшей в мире, однако отметил, что профессиональная подготовка медработников, последипломное образование и контроль качества медицинских услуг нуждаются в принципиальном совершенствовании. Он указал на то, что в отсутствие саморегулирования медицинского сообщества путем создания профессиональных ассоциаций, палат и т.п. «легко быть плохим врачом», поскольку вдобавок к неудовлетворительным условиям жизни и работы, а также недостаточному материально-техническому обеспечению отсутствует внутренний контроль этики и квалификации специалистов со стороны коллег. Функции такого контроля образования и аттестации, по словам Л. Рошаля, намерена взять на себя созданная Национальная медицинская палата. Также планируется, что она будет инициировать и контролировать разработку стандартов, протоколов и методических рекомендаций для врачей в соответствии с принципами доказательной медицины.

Кроме того, палата намерена контролировать качество медпомощи, разработав системы защиты пациентов от врачебных ошибок и защиты врачей от необоснованных претензий путем проведения независимой профессиональной экспертизы. Л. Рошаль подчеркнул, что Медицинская палата в своей деятельности не противопоставляет себя Минздраву, а пытается «разделить ответственность с исполнительной властью по небольшой, но очень важной части ... деятельности», касающейся поддержания профессионального уровня врачей, защиты их интересов и контроля качества медицинских услуг. Для этого, по словам Л. Рошаля, палате необходимо передать ряд государственных полномочий.

В своей работе Национальная медицинская палата намерена тесно сотрудничать с организациями по защите прав пациентов. Кроме того, планируется создать службу аккредитованных при палате адвокатов и внедрять общественную защиту в судебных слушаниях.

Источник: <http://www.pharma2020.ru/>



НА РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2011 Г. ПЛАНИРУЕТСЯ ВЫДЕЛИТЬ ИЗ БЮДЖЕТА 382,5 МЛРД. РУБ.



Рассмотрены проект Федерального закона «О федеральном бюджете на 2011 г. и на плановый период 2012 и 2013 гг.» и проект Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 г. и на плановый период 2012 и 2013 гг.» Впервые в проект бюджета включен перечень государственных программ РФ, направленных на решение социально значимых задач, в том числе программы «Развитие здравоохранения» и «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности».

В 2011 г. расходы на здравоохранение из федерального бюджета возрастут на 8% по сравнению с 2010 г. и составят более 466 млрд. руб.; в 2012 г. — более 480 млрд. руб.

Источник: <http://www.medvestnik.ru>



Д.В. Пивень,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Иркутского ГИУВа

О МЕХАНИЗМАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Объявленная Президентом и Правительством Российской Федерации модернизация здравоохранения страны обещает в ближайшие годы стать главным направлением деятельности организаторов здравоохранения всех уровней.

Казалось бы, что одна из главных предпосылок, а именно, финансовая, для успешной реализации Программ модернизации создана, так как запланированное с 2010 г. увеличение отчислений в фонд ОМС от фонда оплаты труда организаций, предприятий позволит изыскать те самые 450 млрд. рублей, которые планируется направить в отечественное здравоохранение. Однако столь масштабная задача на необъятных просторах России требует от всех уровней управления четких системных организационных решений, каждое из которых, как цепная реакция, должно индуцировать такие же решения на каждом следующем нижестоящем уровне управления.

В связи с этим принципиально важной задачей сегодняшнего дня является отработка механизмов реализации Программы модернизации здравоохранения субъекта Федерации. Очевидно, что если указанные механизмы будут четко описаны на уровне субъекта Федерации, то и муниципальным образованиям, а также непосредственно государственным и муниципальным медицинским организациям будет ясно и понятно, что же они должны конкретно и в какой последовательности делать, занимаясь модернизацией здравоохранения. К сожалению, наша система государственного и муниципального управления, декларируя важные цели и выделяя под это немалые ресурсы, достаточно часто не сопровождает их достижение полными, четкими и своевременными организационными решениями, которые и составляют основу механизмов реализации любой программы или проекта. Весьма хотелось бы избежать подобных издержек и в данном случае.

Как известно, начало работы по подготовке к модернизации отрасли было достаточно бурным. Еще в июле на сайте Минздравсоцразвития России опубликована примерная Программа модернизации здравоохранения субъекта РФ, в последующем проведена серия совещаний с руководителями регионального здравоохранения, а далее во всех регионах в кратчайшие сроки были собраны сведения о незавершенных медицинских объектах, потребностях в капитальном ремонте, оборудовании,



повышении квалификации кадров, компьютерной технике и т.д. Одновременно все регионы приступили к формированию собственных Программ модернизации для последующей их защиты в МЗиСР РФ.

Между тем, активно обсуждая вопросы модернизации с руководителями здравоохранения разных субъектов Федерации, не могу не отметить, что системного взгляда по этим вопросам на региональном и муниципальном уровнях управления пока не сформировано. И это несмотря на то, что проекты Программ модернизации регионы подготовили в кратчайшие сроки.

Так что же нам сейчас необходимо для успешного продолжения работы по модернизации медицинской отрасли?

Полагаю, что прежде всего перед каждым субъектом Федерации должна быть поставлена задача по формированию пакета документов, определяющих порядок реализации Программы модернизации в регионе. Мне могут возразить, что ведь есть же примерная Программа модернизации здравоохранения субъекта РФ, вот по ней и надо делать региональную Программу. К сожалению, в указанном документе очень много неясностей, на которых мы остановимся ниже и которые без сомнений уже продублированы в большинстве регионов. В этой связи убежден, что необходима не только Программа модернизации, но и пакет документов, определяющих порядок (механизмы) ее реализации. Более того, перечень документов, входящих в указанный пакет, должен быть типовым и рекомендованным к использованию МЗиСР РФ. Не сомневаюсь, что рано или поздно так и произойдет.

Так как данная статья и предназначена для ускорения указанного процесса, попробуем определить и обосновать хотя бы часть документов и решений, которые должны появиться в регионе для эффективного выполнения Программы модернизации. Это важно не только для региональных, но и для муниципальных органов управления, а также непосредствен-

но для руководителей медицинских организаций, так как именно в этом случае можно говорить о формировании единых подходов и единого понимания к решению поставленных в контексте модернизации задач.

Начать следует с финансового обеспечения программы модернизации здравоохранения субъекта РФ. В самом общем виде финансовая схема представлена в примерной Программе, подготовленной МЗиСР РФ, где сказано, что «финансовое обеспечение мероприятий Программы, направленных на модернизацию здравоохранения, осуществляется в пределах выделенных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемых в форме субсидий бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию Программы, а также в рамках бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования, выделенных на эти цели. В целях реализации мероприятий по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрению современных информационных систем в здравоохранение из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования передаются межбюджетные трансферты в бюджет субъекта Российской Федерации».

Также в примерной Программе сказано, что в каждом субъекте Федерации должен быть принят свой Порядок финансового обеспечения Программы. С этим трудно не согласиться. Однако, чтобы принять такой Порядок в субъекте Федерации, должна быть большая ясность по принципам финансового обеспечения Программы, а ее пока нет.

Во-первых, в примерной Программе ничего не сказано об участии в ее реализации муниципальных бюджетов. Во всех таблицах и в тексте речь идет только о бюджете субъекта РФ. Может быть, это техническое упущение, а может быть, на пути к однока-



нальному финансированию принято МЗиСР РФ упреждающее решение «не грузить» муниципальные бюджеты новыми «медицинскими» задачами. Если же участие в модернизации здравоохранения все-таки предполагает и участие муниципальных средств, то в этом случае следует говорить о консолидированном бюджете региона, но это и надо уточнить.

Во-вторых, выше уже было отмечено, что «из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования передаются межбюджетные трансферты в бюджет субъекта Российской Федерации». Но тогда возникает целый ряд непростых вопросов: «Как ресурсы из бюджета субъекта Федерации далее попадут в муниципальные учреждения здравоохранения? Какие нормативные документы позволят это сделать? В каком виде эти ресурсы будут поступать: учреждениям (государственным или муниципальным) будут выделяться непосредственно финансовые средства под строго определенные цели или же ресурсы будут направляться в учреждения, например, уже в виде приобретенного оборудования?».

В-третьих, в каком объеме финансовые средства региональных бюджетов должны быть вложены в модернизацию направлений по тем видам помощи, которые не входят в программу ОМС. Если не конкретизировать эту задачу, то у субъектов Федерации появится большое желание показывать не те дополнительные ресурсы, которые надо дополнительно предусмотреть в собственных бюджетах на реализацию данного сегмента Программы, а выдавать за программные решения обычное текущее финансирование.

В-четвертых, важной проблемой является и проблема межбюджетных отношений на муниципальном уровне. Это связано с тем, что в примерной Программе говорится о создании в регионах межтерриториальных медицинских центров, оказывающих помощь по ряду направлений жителям нескольких муниципальных образований. Логично, что

указанные центры, как правило, будут создаваться на базе наиболее развитых муниципальных медицинских учреждений. Практика же показала, что мэры тех территорий, где располагаются такие учреждения, выполняющие роль межтерриториальных центров, очень болезненно реагируют на появление в них пациентов из других муниципальных образований, так как им никто не компенсирует затрат на те статьи расходов, которые не входят в тариф по ОМС. Может быть, на федеральном уровне эта «межмуниципальная» проблема мало заметна, но пациенты ощущают на себе ее негативное влияние.

В-пятых, при формировании финансовых механизмов выполнения Программы необходимо извлечь уроки и из недавнего прошлого. Речь идет о том, что почти всегда, когда на те или иные задачи выделяются значительные федеральные ресурсы, одновременно появляется опасность сокращения соответствующих расходов в бюджетах регионов и муниципалитетов. Так было при введении ОМС, когда бюджетные средства были просто замещены страховыми. Так нередко имело место и при реализации отдельных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье». Сейчас данный риск особенно велик, ведь в рамках Программы модернизации предполагается завершить и многочисленную «незавершенку» медицинских объектов, строительство которых начали субъекты Федерации и муниципалитеты, но по разным причинам так и не смогли его осилить.

Принимая во внимание большой блок пока неясных вопросов финансового обеспечения региональных Программ модернизации, со стороны МЗиСР РФ было бы вполне оправданным предложить регионам типовой Порядок финансирования указанных программ. Это позволило бы и контроль за использованием финансовых средств сделать более эффективным.

Как известно, Программа модернизации здравоохранения субъекта Федерации включает в себя три основных раздела.





1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.

2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

В свою очередь каждый из указанных разделов предполагает и реализацию других важных направлений. Учитывая, что рассмотренные выше проблемные вопросы финансового обеспечения Программы прежде всего касаются укрепления материально-технической базы медицинских учреждений, остановимся на информатизации и внедрении медицинских стандартов. А неясностей здесь не меньше.

В примерной Программе модернизации здравоохранения субъекта РФ сказано, что мероприятия по информатизации системы здравоохранения субъекта Российской Федерации включают:

- введение электронной медицинской карты;

- оснащение медицинских учреждений соответствующим оборудованием;

- организацию локальных вычислительных сетей и каналов связи;

- внедрение медицинских информационных систем, автоматизирующих ведение листов ожидания и запись на прием к медицинскому работнику;

- организацию учета и анализ деятельности медицинских учреждений, оформление медицинской документации в электронном виде;

- введение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Нет сомнений, что указанные выше мероприятия крайне необходимы для развития отечественной системы медицинской помощи.

Учитывая, что средства под задачи информатизации планируется выделить в значительных объемах, то ключевой вопрос здесь сле-

дующий: «Как же выглядят конкретные механизмы реализации мероприятий по информатизации в конкретном регионе?». Чтобы сформировать такие механизмы, надо дать по возможности четкие ответы на следующие вопросы.

1. Кто и где будет разрабатывать технический(е) проект(ы) под задачи информатизации субъекта РФ? Или же это будут типовые централизованные разработки?

2. Что должен включать технический проект под каждую задачу информатизации? Полагаю, что требования к такому документу с учетом специфики здравоохранения и масштаба решаемых задач также должны быть типовыми. Согласитесь, что без ответа на данный вопрос вся (или почти вся) собранная сегодня регионами для представления в МЗиСР РФ информация о потребностях в необходимом оборудовании в общем-то является даже не приблизительной, а просто ничем необоснованной.

3. Очевидно, что ряд решений в рамках задач информатизации так, как это было и по регистру медицинских кадров, должен быть также единым для всей страны. Например, введение электронной медицинской карты и организация учета и анализа деятельности медицинских учреждений в электронном виде. Вероятно, то же касается и электронной регистратуры. Дело за малым: «Как технически реализовать эти огромные для огромной страны задачи за два года? Какая примерная этапность работ должна быть определена в регионах?». Похоже, что и в данном случае требуется разработка типового алгоритма действий для субъекта РФ, а может быть, и алгоритмов, хотя бы грубо учитывающих региональную специфику.

Без ответа на эти вопросы высока вероятность сведения мероприятий по информатизации до уровня обычного приобретения и поставок компьютерной техники, которая при этом не окажет сколько-нибудь серьезного влияния на качество медицинской помощи.



Отдельно следует сказать и о более активном внедрении телемедицины в региональное здравоохранение, что также предполагается в рамках Программ модернизации. Сегодня в Российской Федерации разработан и внедрен целый ряд региональных телемедицинских проектов, опубликованы сведения об их экономической и медицинской эффективности. Таким образом, у Минздравсоцразвития России есть возможность для выбора и рекомендации к внедрению оптимальной телемедицинской модели как типовой. Сейчас это как раз и будет очень своевременно.

Весьма проблемным направлением Программы является внедрение медицинских стандартов.

На какие же вопросы для решения этой задачи необходим ответ.

1. Какими стандартами руководствоваться: федеральными или региональными? В примерной Программе модернизации здравоохранения субъекта РФ говорится о стандартах, устанавливаемых Минздравсоцразвития России, то есть о федеральных. Однако большинство указанных стандартов предназначены для высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи, но не для первичной медико-санитарной. Как быть?

2. По какой методике регионам следует рассчитывать стоимость стандартов? Вероятно, такая методика тоже должна быть единой. Можно, конечно, обойтись и без методики. Но если мы любой стандарт будем «подгонять» под любой тариф, то будет ли это действительно стандарт медицинской помощи или же это будет медицинская помощь по тарифу, как сейчас и есть?

3. Вероятно, имеет смысл подчеркнуть для регионов обязательное ресурсное наполнение стандартов, так как требование выполнять стандарты в соответствии с федеральным законом «О техническом регулировании» имеет для специалистов только рекомендательный, но не обязательный характер.

Это всего лишь несколько вопросов по столь важному разделу, но без ответа на которые двигаться вперед просто невозможно.

Следующая задача, поставленная в примерной Программе модернизации, — подготовка и повышение квалификации кадров.

Не ошибусь, если предположу, что большинство субъектов Федерации, заполняя таблицы о потребностях в повышении квалификации кадров, исходили из простой схемы расчетов: если по такой-то специальности в регионе работают 100 специалистов, значит, с учетом требуемого повышения квалификации 1 раз в 5 лет необходимо ежегодно ее повышать 20 врачам. Подобный подход полностью противоречит давно поставленной задаче по формированию непрерывной подготовки медицинских кадров. От себя могу добавить: «Повышение квалификации врача один раз в 5 лет и профессиональная деградация врача — одно и то же». Тезис достаточно резкий, но в современных условиях требования к периодичности повышения квалификации не могут оставаться такими же, какими были 30 лет назад. Любой организатор здравоохранения понимает, что, например, участковый терапевт, чтобы быть грамотным клиницистом, должен проходить обучение не только по терапии, но и по отдельным вопросам функциональной диагностики, эндокринологии и т.д. И это касается всех медицинских специальностей.

Именно из необходимости формирования системы непрерывной подготовки кадров в здравоохранении следует исходить и нашему отраслевому министерству при согласовании региональных Программ модернизации. В противном случае указанные Программы фактически будут содержать разделы профессиональной деградации медицинских кадров, а не их развития. Но для того, чтобы субъекты Федерации в Программах модернизации дали свои потребности в реальной непрерывной подготовке кадров, такие задачи перед ними надо поставить, отразив их в соответствующих документальных формах.





Пока, к сожалению, этого не произошло, но ситуация здесь вполне поправима.

Еще одна сложнейшая задача Программы модернизации — проведение мероприятий в регионах по повышению оплаты труда медицинских работников и внедрению новых систем оплаты труда, ориентированных на результат. Федеральные медицинские учреждения в этом вопросе являются лидерами. В свое время для перехода на новые системы оплаты труда их фонд оплаты труда был увеличен на 30%. Для бюджетов абсолютного большинства субъектов РФ и муниципальных образований такая задача, как показали последние два года, оказалась не под силу. Серьезным сдерживающим фактором в данном вопросе является отсутствие федеральных нормативных документов или просто разъяснений, регламентирующих использование средств ОМС на эти цели. Впрочем нет и документов, запрещающих использование средств ОМС для формирования новых систем оплаты труда в регио-

нальных и муниципальных медицинских организациях. Следовательно, инициатива в данном вопросе со стороны региональных органов управления здравоохранением просто необходима, а задача разработки Программы модернизации субъекта РФ создает для этого очень хорошие предпосылки.

На основании изложенного выше можно сделать следующий вывод. Пока мы не увидим, не сформируем вместе ясные механизмы реализации Программы модернизации здравоохранения и не ответим хотя бы на часть поставленных в этой публикации вопросов, данные документы в регионах будут больше походить на масштабный свод лозунгов и желаний, а выделенные для их реализации средства будут расходоваться не самым лучшим образом.

Надеюсь, что представленная статья будет способствовать формированию системного подхода к решению сложнейших задач модернизации отечественного здравоохранения.

Здравоохранение в цифрах

123

→ В 2011 году расходы на государственную программу «Развитие здравоохранения» составят 382,5 млрд. руб.; в 2012 г. — почти 400 млрд. руб. В рамках этой программы будут реализовываться приоритетный нацпроект «Здоровье», федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)», мероприятия в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Расходы на нацпроект «Здоровье» будут увеличены и составят в 2011 г. почти 135 млрд. руб.; в 2012 г. — около 140 млрд. руб.

Предусмотрено расширение направлений приоритетного национального проекта «Здоровье». Одновременно с реализацией традиционных направлений будут развернуты дополнительные программы.

Во-первых, реализация комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела (в 2011 г. будет выделено 90 млн. руб.; в 2012–2013 гг. — 40 млн. руб. ежегодно).

Во-вторых, расширение объемов и разработка мероприятий по повышению эффективности лечения бесплодия в браке с применением репродуктивных технологий (в 2011 г. будет выделено 1,2 млрд. руб.)

В-третьих, развитие неонатальной хирургии (в 2012–2013 гг. будет выделяться 60 млн. руб. ежегодно).

Источник: <http://www.medvestnik.ru>



РЕФОРМЫ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?



Как оценивает Министерство регионального развития Российской Федерации эффективность региональных систем здравоохранения, какие критерии и показатели следует использовать в качестве реперных, как их формализовать? Эти вопросы шеф-редактор «МЗ» Наталья Куракова задала Екатерине Петровне Какориной, доктору медицинских наук, профессору, заместителю директора Департамента мониторинга и оценки эффективности органов власти Министерства регионального развития Российской Федерации.

Корр.: Вы имеете многолетний опыт работы в Минздравсоцразвития России, Вы принимали активное участие в реализации ПНП «Здоровье», в настоящее время Вы занимаетесь оценкой эффективности деятельности государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения в Минрегионе... Все это позволяет Вам сформировать особо ценное экспертное видение процессов эволюции или стагнации в системе отечественного здравоохранения. Ваше мнение особенно важно услышать сегодня, когда создаются региональные программы модернизации здравоохранения, когда регионы обосновывают необходимые объемы инвестиций из созданного стабилизационного фонда. Как производится оценка эффективности региональных систем здравоохранения?

Е.Какорина: Эта оценка проводится по трем направлениям.



Первое направление — оценка показателей, характеризующих результативность деятельности региональных систем здравоохранения. Второе направление — проведение реформ в отрасли, в 2009 году в этом плане практически ничего не изменилось. Так, полностью перешли на преимущественно одноканальное финансирование только 8 регионов, в 2008 году — 5 регионов.

В 28 субъектах Российской Федерации ни одно из лечебно-профилактических учреждений не перешло на новую отраслевую систему оплаты труда. В 24 регионах не используются стандарты оказания медицинской помощи.

Фондодержание реализовано только в 11 субъектах Российской Федерации. На финансирование по результатам деятельности по законченному случаю полностью





перешли лишь в 13 регионах. И что особенно нас удивляет, так это то, что в 16 субъектах Российской Федерации вообще не используются никакие информационные технологии в практике здравоохранения. Вот такие результаты мы имеем за 2009 год.

Следующее направление — эффективность расходования бюджетных средств или выявление неэффективных расходов. По нашему мнению, денег в системе здравоохранения достаточно. Их доля в общих расходах консолидированных бюджетов составляет более 19%, тогда как в образовании лишь 12%. А вот как они расходуются — это уже другой вопрос.

Неэффективные расходы велики в сфере управления скорой помощью, от всех неэффективных расходов они составляют 4%. В 27 регионах отмечен рост неэффективных расходов этого вида медицинской помощи, в 34 регионах — они отсутствуют, а в 22 — наблюдается тенденция к снижению. В регионах, где отмечено снижение или нет неэффективных расходов, при амбулаторно-поликлинических учреждениях организуются службы неотложной помощи, вводятся врачебные и фельдшерские консультации по телефону, меняется режим работы поликлиник, контролируется работа участковых врачей в плане ведения больных, состоящих на диспансерном учете, создаются системы патронажной помощи и эффективного наблюдения за больными с хронической патологией, упорядочен контроль использования машин скорой медицинской помощи и пр.

То, что касается оптимизации расходов на оказание стационарной медицинской помощи, то здесь важно отметить, что неэффективные расходы на данный вид медицинской помощи по сравнению с 2008 годом снизились с 21 до 15% в 2009 году. И лишь в 11 субъектах Российской Федерации они находятся на прежнем уровне.

Максимальный объем неэффективных расходов приходится на управление кадровыми ресурсами. Это происходит на фоне снижения численности населения, которая с 1990 года уменьшилась на 4%, а численность работающих в здравоохранении увеличилась на 26%. При расчете неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами мы не учитываем расходы на средний медицинский персонал, в отношении которого имеется определенный дефицит, и нам нужно еще много сделать для того, чтобы мы вышли на рекомендуемое ВОЗ соотношение врач-медсестра (1 к 4). Если говорить о врачах, то в 25 субъектах Российской Федерации обеспеченность врачами высокая, особенно в городах Москве, СПб (при этом не учитываются врачи, работающие в негосударственных учреждениях здравоохранения, ведомственных и федеральных). Однако при этом врачей, занятых в первичном звене здравоохранения, недостаточно. В 2009 году мы впервые рассматривали отдельно различные категории работающих в системе здравоохранения. Никогда ранее не обращали внимание на прочий персонал, которого не должно быть больше 40% от численности врачей и среднего медицинского персонала. У нас есть только 2 субъекта Российской Федерации, в которых прочего персонала менее 40%: Москва и Ингушетия. Прочий персонал съедает все. Регионы в ряде случаев из-за избыточной численности данной категории работников не могут перейти на новую систему оплаты труда потому, что невозможно создать стимулирующего фонда. Этой проблемой нужно заниматься. Аутсорсинг — один из выходов из подобной ситуации, но не все регионы, конечно, могут использовать данный механизм, в отдельных случаях предоставление различных для учреждения услуг может быть дороже существующих. Нужно все тщательно просчитывать. Но некоторые регионы



в этом направлении много сделали. Это Москва, Чувашия, Пермский край, Тюменская, Калининградская, Томская области, Республика Бурятия, которые могут поделиться опытом в этом направлении.

Далее в оценке регионов — это анализ данных социологических исследований. Сразу оговорюсь, что социологические исследования Минрегион самостоятельно не проводит. Проводит их Федеральная служба охраны на выборочной совокупности 65 тыс. населения. И надо сказать, что удовлетворенность населения медицинской помощью в России крайне низка — всего 35% (в 2007 году — 33%), для примера в сфере образования доля лиц, удовлетворенных качеством образования, составляет 64%.

Многие руководители органов управления здравоохранением недовольны этими результатами, в связи с этим уместно привести результаты европейского социологического исследования по 25 странам, которые были опубликованы в 2008 году, и где доля удовлетворенных медицинским обслуживанием в России составляет всего 17%, тогда как в Бельгии, Финляндии, Швейцарии, Франции это 70–80%.

Корр.: Минрегионразвития России не первый раз призывает регионы шире использовать аутсорсинг в здравоохранении. Но я захожу в Google, ввожу в поисковое поле слова «здравоохранение» и «аутсорсинг» ... и получаю ссылку на две публикации в нашем журнале... И больше ничего: ни расчетов экономической целесообразности для ЛПУ, ни «историй успехов», ни предложений компаний, ориентированных на этот сегмент, ни сопоставления цен на их услуги с затратами самих ЛПУ. Поэтому можно ли привести какие-то конкретные расчеты, модели, примеры, которые целесообразно было бы рекомендовать для тиражирования?

→ **Е.К.:** Действительно, мы тоже интересовались, насколько широка практика внедрения этого механизма в сфере здравоохранения как у нас в стране, так и за рубежом. И получили практически такие же результаты. Перед Минрегионом не стоит задачи призывать использовать тот или иной механизм управления персоналом, а вскрыть проблему, требующую своего решения. И ряд регионов показал, насколько эффективно у них используется механизм аутсорсинга. Выше уже были перечислены регионы, где этот механизм используется достаточно широко, соответственно они и могут поделиться своим опытом. Министерством здравоохранения Республики Татарстан утверждены методические рекомендации по применению аутсорсинга в государственных учреждениях здравоохранения. На аутсорсинг передаются охранные услуги, коммунально-хозяйственные, стирка белья, транспортные услуги, техническое обслуживание медицинской техники, организация и ведение бухгалтерского учета, а также лабораторные исследования, услуги гемодиализа и др.

Корр.: Вы используете такой показатель, как удовлетворенность населения. Насколько такая «эмоциональная» категория отражает реальную результативность здравоохранения, ведь известен тот факт, что в Италии, национальная система которой признана ВОЗ одной из самых эффективных в мире, население дает ей весьма сдержанные оценки?

→ **Е.К.:** В данном случае показатель — удовлетворенность населения медицинской помощью — комплексный показатель, включающий в себя удовлетворенность работой участкового врача и врачей-специалистов поликлиники, удовлетворенность качеством скорой и стационарной медицинской помощи.

→



На протяжении последних трех лет самая низкая удовлетворенность медицинской помощью определялась в Калининградской области. В этом регионе очень активно проводятся реформы здравоохранения, конечной целью которых являются повышение доступности и качества медицинской помощи, оптимизация расходов на здравоохранение. Однако в данном случае проводимые реформы отразились на уровне оказания медицинской помощи, хорошо это или плохо — это и оценило население.

Корр.: Программы модернизации региональных систем здравоохранения также создаются с использованием определенных показателей, предложенных Минздравсоцразвитием. Коррелируют ли эти показатели с критериями эффективности, разработанными Минрегионом, нет ли в них противоречий?

Е.К.: Перечень показателей, включенный в оценку эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, согласован с заинтересованными министерствами и ведомствами, в том числе с Минздравсоцразвития России. Критерии эффективности единые: снижение смертности населения, укрепление здоровья, обеспечение доступной и качественной медицинской помощи, а также повышение престижности роли медицинских работников.

Корр: Есть ли у Вас уверенность в том, что регионы, получившие, по Вашим оценкам, наилучшие рейтинги, действительно лидеры в сфере здравоохранения? Или они лидеры по экономному использованию средств?

Е.К.: При чем тут экономное использование средств. Мы говорим об эффективном управлении отраслью. Главное — это результат и динамика всех показателей. Кто этого добивается, тот и является лидером.

Здравоохранение в цифрах

123

В 2011 году сохраняются обязательства государства в области лекарственного обеспечения. На закупки дорогостоящих препаратов по 7 высокозатратным нозологиям будет выделено 49,3 млрд. руб., что на 7,8 млрд. больше, чем в 2010 г.; в 2012–2013 гг. — 54,2 млрд. руб. ежегодно. На лекарственное обеспечение льготников в субъектах РФ запланировано 13,6 млрд. руб., что на 690 млн. больше, чем в 2010 г.; в 2012–2013 гг. — 14 млрд. руб. ежегодно.

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования по доходам сформирован на 2011 г. в сумме 336 млрд. руб., на плановый период 2012–2013 гг. доходы составят, соответственно, 369,2 и 403,5 млрд. руб.

Межбюджетные трансферты из федерального бюджета, передаваемые бюджету фонда, пойдут на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также дополнительную диспансеризацию работающих граждан.

Предусмотрено выделение 460 млрд. руб. на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ в 2011–2012 гг. Эти средства будут получены за счет увеличения тарифа страховых взносов на ОМС с 1,1 до 3,1% и составят в 2011 г. 216 млрд. руб. и 244 млрд. руб. в 2012 г.

Источник: <http://www.medvestnik.ru>



В.Ю. Семенов,

д.м.н., профессор кафедры социологии медицины и экономики здравоохранения
ММА им. И.М.Сеченова, министр здравоохранения Правительства Московской области

А.Н. Гуров,

д.м.н., профессор, заместитель директора ФУВ МОНИКИ по научно-организационной работе,
заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФУВ МОНИКИ

Н.А. Катунцева,

к.м.н., заведующая отделением проблем здоровья населения и региональных программ
здравоохранения, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного
здоровья ФУВ МОНИКИ

С.М. Смбатян,

к.м.н., доцент, старший научный сотрудник отделения проблем здоровья населения и
региональных программ здравоохранения, доцент кафедры организации здравоохранения
и общественного здоровья ФУВ МОНИКИ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Профилактическая направленность здравоохранения в нашей стране была и остается одним из основных принципов работы. Положение о том, что предупредить болезнь легче, чем излечить, остается актуальным и сегодня. В системе здравоохранения накоплен большой опыт проведения профилактической работы. В частности, в конце XX века было осуществлено массовое профилактическое медицинское обследование населения в рамках всеобщей диспансеризации. Однако период социально-экономической нестабильности негативным образом отразился на развитии профилактики, процесс ежегодной диспансеризации населения был приостановлен. До реализации национального проекта «Здоровье» подавляющая доля ресурсов отрасли здравоохранения уходила на нужды лечебной медицины, на решение задач профилактической медицины и проведение необходимых мероприятий профилактического характера выделялось недостаточно средств.

Национальным проектом «Здоровье» дальнейшее развитие профилактического направления признано одним из приоритетных разделов здравоохранения. В результате реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» в ЛПУ Московской области в течение 2006–2009 гг. было проведено более 900 тысяч профилактических медицинских осмотров работающих с вредными и опасными производственными факторами, а также работников, занятых в бюджетной сфере.

Значимость профилактической работы в деле сохранения и укрепления здоровья населения, увеличении средней продолжительности предстоящей жизни подчеркивается и в программном документе по модерни-





зации здравоохранения. Решение этой глобальной проблемы во многом зависит от разработки и реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, коррекции факторов риска, раннему выявлению наиболее распространенных и социально значимых заболеваний.

Профилактическая работа в системе здравоохранения проводится в основном муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями на уровне первичной медико-санитарной помощи. В настоящее время основной организационно-структурной формой по координации и проведению профилактических мероприятий являются центры и отделения (кабинеты) медицинской профилактики амбулаторно-поликлинического учреждения или специализированного диспансера, которые осуществляют свою деятельность в соответствии с «Положением об отделении (кабинете) профилактики», утвержденным Приказом МЗ РФ № 455 от 23.09.2003 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в РФ». Задачами названных подразделений являются организация, координация и оценка эффективности деятельности ЛПУ по оказанию профилактических услуг населению; выявление среди населения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний и их коррекция; гигиеническое воспитание населения; организация и проведение совместно с территориальным центром медицинской профилактики обучения медработников методам оказания медицинских профилактических услуг; участие в информационном обеспечении специалистов и различных групп населения по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья; проведение медико-социальных опросов медицинских работников и населения по вопросам профилактики заболеваний, удовлетворенности и потребности в профилактической помощи.

В целях ускорения работы по формированию здорового образа жизни и повышения эффективности в решении профилактических

задач Приказом МЗ МО от 12.08.2009 № 530 «О мерах по реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Московской области, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (в соответствии с документом федерального уровня) решено в муниципальных образованиях области открыть 24 Центра здоровья. При этом в подавляющем большинстве ЛПУ по-прежнему будут действовать (или открываться новые) отделения (кабинеты) профилактики. Адаптация их деятельности к современным требованиям (модернизация) основана на создании современной организационно-функциональной модели отделения с адекватным информационным и методическим обеспечением деятельности для решения поставленных задач перед здравоохранением в области реализации профилактических программ, формирования здорового образа жизни граждан, своевременного выявления заболеваний, коррекции факторов риска, а также совершенствования взаимодействия со структурами, в функции которых входит осуществление профилактических мероприятий (Центры здоровья, Центры медицинской профилактики, Центры восстановительной медицины и реабилитации и пр.), врачами-терапевтами участковыми, семейными и врачами общей практики, врачами-специалистами.

В функции деятельности Центров здоровья включены:

- формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;
- групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни;
- профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.);
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний;



- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;

- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;

- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;

- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста;

- осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, факторов риска развития заболеваний.

В Московской области служба медицинской профилактики на конец 2009 г. представлена на областном уровне и в 31 муниципальном образовании. В их число входят:

- 8 центров медицинской профилактики (ЦМП), из них 6 являются самостоятельными учреждениями здравоохранения и непосредственно подчинены муниципальному органу управления здравоохранением (г.г. Видное, Дмитров, Подольск, Сергиев Посад, Ступино, Химки), а 2 входят в состав муниципального ЛПУ (г. Долгопрудный, г. Серпухов);

- 11 отделений медицинской профилактики в составе ЛПУ (г.г. Домодедово, Егорьевск, Жуковский, Ивантеевка, Коломна, Красногорск, Люберцы, Наро-Фоминск, Солнечногорск, Шатура, Электросталь);

- 12 кабинетов медицинской профилактики в составе ЛПУ (г.г. Балашиха, Зарайск, Клин, Королев, Лобня, Луховицы, Озеры, Орехово-Зуево, Пушкино, Талдом, Чехов, Щелково).

Научно-организационным отделом МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского изучается организация работы службы медицинской профилактики в Московской области с целью повышения эффективности ее работы.

Данные статистических отчетов за 2009 г. и аналитические материалы, поступившие от руководителей Центров медицинской профилактики, заведующих отделениями и кабинетами медицинской профилактики муниципальных ЛПУ в 2010 г., свидетельствуют, что в основные виды деятельности названных служб входят обучение кадров, подготовка методических материалов, реализация профилактических программ, социологические исследования по изучению распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний и изучению информированности населения о них, работа со СМИ, консультации граждан по вопросам укрепления здоровья и профилактике заболеваний, оказание оздоровительных услуг.

В свою очередь все виды деятельности можно разделить на 3 группы: массовое воздействие, групповая работа по специальной программе и индивидуальная консультативно-оздоровительная деятельность. При этом следует отметить, что массовое воздействие является общепризнанным способом, но для того, чтобы «идея овладела массами», требуется длительная, целенаправленная и упорная работа при условии наличия мотивации, но даже в этом случае на положительные результаты можно рассчитывать спустя несколько лет. Более оптимистично в плане достижения конкретно поставленных конечных результатов можно рассматривать консультативно-оздоровительную деятельность, которая осуществляется центрами, отделениями и кабинетами профилактики как индивидуально, так и путем работы со специально сформированными группами (контингентами) населения.

Так, в 2009 г. в целом по Московской области в Центры медицинской профилактики и структурные подразделения службы медицинской профилактики муниципальных ЛПУ за консультативными и оздоровительными услугами обратились 8022 человека, которым было оказано 13 066 консультативно-оздоровительных услуг, в том числе дано





консультаций по вопросам укрепления здоровья и профилактике заболеваний — 8502, оказано оздоровительных услуг — 4613.

Анализ деятельности служб профилактики муниципальных образований Московской области показал, что объем консультативно-оздоровительной деятельности по отдельным учреждениям (подразделениям) колеблется в очень большом диапазоне. Наиболее активно консультативно-оздоровительная деятельность проводилась в Центрах медицинской профилактики г. Серпухова (600 услуг) и г. Дмитрова (408 услуг), Центре медицинской профилактики Долгопрудненской ЦГБ (5460 услуг), отделениях медицинской профилактики Электростальской ЦГБ (4892 услуги), Ивanteeвской ЦГБ (631 услуга), Жуковской ЦГБ (291 услуга), кабинете медицинской профилактики Орехово-Зуевской поликлиники № 1 (236 услуг).

Так, консультативно-оздоровительная деятельность в Центре медицинской профилактики Долгопрудненской ЦГБ включала консультативную работу с практически здоровыми лицами (в школах материнства) и лицами с хронической патологией (в школах больных сахарным диабетом — 251 человек, бронхиальной астмой — 19 человек, артериальной гипертонией — 91 человек). Для пациентов школ разработана анкета с целью изучения эффективности профилактических мероприятий. Оздоровительная работа была проведена с детьми в школах раннего развития (от 0 до 9 месяцев — 104 ребенка, от 9 месяцев до 7 лет — 95 детей). Проводятся индивидуальные консультации психолога и врача-аллерголога.

В Электростальской ЦГБ в задачи отделения профилактики входят обеспечение ежегодной и дополнительной диспансеризации населения; организация и проведение диспансерных осмотров; раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска; передача информации лечащим врачам о пациентах, нуждающихся в дообследовании, диспансерном наблюдении и проведении

лечебно-оздоровительных мероприятий; санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни; иммунопрофилактика; проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников учреждений; проведение диспансеризации инвалидов и участников ВОВ.

Кроме того, в отделении профилактики Электростальской ЦГБ проведено изучение эффективности работы Школ здоровья. Оценка проводилась по степени достижения целевых значений показателей, таких как уровень артериального давления, гликемия, частота вызовов скорой медицинской помощи, экстренная госпитализация, временная утрата трудоспособности. Например, в работе школы сахарного диабета достигнуты следующие показатели эффективности:

- нормализация уровня гликемии была отмечена у 59% пациентов (121 из 213),
- состояние компенсации отмечалось у 16% пациентов (33 из 213),
- улучшение углеводного обмена — у 7%,
- число вызовов скорой помощи снизилось с 10,8 до 1,4% (23 против 3),
- экстренных госпитализаций не отмечено.

Особенно успешно в Электростальской ЦГБ работает школа больных с артериальной гипертонией, которую посетило 369 человек, из них 335 обратились самостоятельно, 34 были направлены из поликлиники. В результате обучения повысилась осведомленность пациентов о своем здоровье, большинство стали чаще измерять давление, изменились привычные стереотипы поведения. Среди обученных пациентов не было случаев инфаркта миокарда и мозгового инсульта. Эффективность лечебно-оздоровительной деятельности характеризуют следующие показатели, отражающие состояние пациентов «до обучения» и «после обучения»:

- информированность пациентов о гипертонической болезни — 10,2 и 100%,
- информированность пациентов о факторах риска — 22,4 и 100%,



- информированность пациентов об уровне холестерина в крови — 16,3 и 89,9%,
- информированность пациентов о правильном питании — 18,1 и 98,2%,
- достижение целевого уровня АД — 45,4 и 92,3%,
- умение самостоятельно купировать гипертонический криз — 12,1 и 98,2%,
- борьба с гиподинамией — 7,8 и 68,7%.

Названные показатели эффективности консультативно-оздоровительной деятельности, которые были представлены лишь в некоторых аналитических обзорах о деятельности муниципальных служб профилактики, главным образом отражают изменения, происходящие в состоянии здоровья пациентов отделения профилактики, занимающихся в «школах здоровья», в том числе степень достижения уровня целевых показателей или повышения информированности о факторах риска.

Всесторонняя оценка профилактической деятельности медицинского учреждения должна включать в себя оценку условий, процесса и результативности оказания профилактических и оздоровительных медицинских услуг.

Оценка *условий* оказания профилактических медицинских услуг — это оценка ресурсного обеспечения учреждения здравоохранения (материально-технического, кадрового, финансового и пр.).

Оценка *процесса* оказания профилактических медицинских услуг — это анализ применяемых медицинских технологий и степени использования современных достижений медицинской науки, изучение соответствия профилактических медицинских услуг разработанным стандартам.

Оценка *результативности и эффективности* профилактической деятельности — это изучение результатов профилактических и оздоровительных мероприятий, которые могут учитывать уровень и динамику состояния здоровья, приверженность населения к здоровому образу жизни (уменьшение курения, снижение потребления алкоголя, нормализация веса и т.д.), эффективность формирования

мотивации по ведению здорового образа жизни и укреплению здоровья.

В целом при оценке деятельности лечебно-профилактических учреждений показатели эффективности профилактической работы должны стать приоритетными. Дальнейшее развитие и совершенствование профилактики требуют разработки четкой системы экономической мотивации данного направления.

С учетом опыта Московской области и других регионов при оценке эффективности деятельности центров и отделений (кабинетов) медицинской профилактики применяются методические приемы, состоящие из нескольких этапов.

На первом этапе каждому критерию присваивается определенный вес или ранг (Р) от 1 до 5 с учетом его значимости и установленных приоритетов. Стандартная величина критерия (С) формируется экспертным путем и отражается в графе 4. Фактическая величина критерия (Факт) вносится в графу 5 (табл. 1.)

В основу методики положено сопоставление фактических возможностей учреждения с теми, которые обязательны и адекватны стандартным. Это сопоставление выражается коэффициентом соответствия (Кс). Кс рассчитывается как отношение фактического показателя (Факт) к рекомендуемому стандарту (С) и выражается в долях единицы или процентах:

$$K_c = \frac{\text{Факт}}{C}$$

Во всех случаях значение Кс находится в пределах от 0 до 1,0 (100%). Если в расчетах при оценке эффективности деятельности служб профилактики получено большее значение, то для дальнейших расчетов результат все равно принимается равным 1,0 (100%), то есть считается наилучшим.

Второй этап: расчет показателя результативности (През.) по каждому критерию путем умножения коэффициента соответствия (Кс) на его ранг (Р):

$$\text{През.} = K_c \times P$$





Таблица 1

Критерии оценки эффективности деятельности центров и отделений (кабинетов) медицинской профилактики¹

№	Критерий (Кр)	Ранг (Р)	Стандарт (С)	Факт	Коэффициент соответствия (Кс)	Показатель результативности (През.)
1	2	3	4	5	6	7
1	Обеспеченность населения врачами медицинской профилактики и специалистами с высшим немедицинским образованием	5	1 на 50 тыс. населения	1,3	1,0 (1,03)	5,0
2	Укомплектованность врачами и специалистами с высшим немедицинским образованием	4	100%	100%	1,0	4,0
3	Материально-техническая оснащенность	3	14 единиц	0,14		0,42
4	Объем видов деятельности	2	5 видов деятельности	4	0,8	1,6
5	Активность консультативно-оздоровительной деятельности	1	100 услуг на одного специалиста в год	94	0,94	0,94

¹ В качестве примера в таблице курсивом приведены данные оценки работы ЦМП Орехово-Зуевской поликлиники № 1 в 2010 г.

После расчетов показателей результативности применительно к каждому критерию (оценка степени достижения величины показателей стандарта) проводится **оценка результативности учреждения в целом (третий этап)**.

Коэффициент результативности определяет как отношение суммы показателей ее результативности (През.) к сумме рангов (ΣР):

$$КРуч = \frac{\Sigma През.}{\Sigma Р}$$

Каждое учреждение на основе проведенных расчетов получает объективную характеристику, выраженную показателем результативности (КРуч), величина которого может колебаться в диапазоне от 0 до 1,0. Чем ближе величина показателя к 1,0, тем выше результативность и наоборот.

В нашем примере коэффициент результативности (КРуч) ЦМП Орехово-Зуевской поликлиники № 1 в 2010 г. составил 0,8.

На основании этого показателя происходит ранжирование учреждений медицинской профилактики области. Это позволяет распределить учреждения медицинской профилактики области по обеспеченности ресурсами и результатам деятельности на 3 группы:

- группа 1 — I категория ($0,75 \leq КРуч \leq 1,0$);
- группа 2 — II категория ($0,50 \leq КРуч < 0,75$);
- группа 3 — III категория ($КРуч < 0,5$)

Углубленный анализ дает возможность выявить причины неэффективной деятельности и нерационального расходования средств и принять соответствующее управленческое решение.

В целях дальнейшего совершенствования организации профилактической медицинской помощи населению, создания заинтересованности медицинского персонала в улучшении качества и эффективности профилактической помощи также необходима реализация в учреждениях (подразделениях) медицинской



Таблица 2

Критерии оценки деятельности заведующих отделением (кабинетом) медицинской профилактики и размеры надбавок стимулирующего характера

№ п/п	Наименование показателей	Источник информации	Единицы измерения	Норматив	Оценка в баллах	Частота оценки	Ответственные исполнители
1	Квалификационная категория врачей и специалистов с высшим немедицинским образованием	Отчетная форма №70	% к общему числу врачей и специалистов с высшим немедицинским образованием	50 и более 40–49 39 и меньше	10 5 0	Ежегодно	Руководитель учреждения
2	Квалификационная категория среднего медицинского и фармацевтического персонала	Отчетная форма №70	% к общему числу среднего медицинского и фармацевтического персонала	50 и более 40–49 39 и меньше	10 5 0	Ежегодно	Руководитель учреждения
3	Выполнение плана профилактической деятельности ЛПУ	План	% выполнения от общего объема	90 и более 70–89 50–69 49 и меньше	10 7 5 0	Ежемесячно	Руководитель учреждения
4	Контроль и анализ деятельности медицинского учреждения по реализации региональных целевых программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний	Протоколы	Число протоколов	Наличие протокола	10	Ежемесячно	Руководитель учреждения
5	Участие в организации подготовки медицинских и немедицинских работников по вопросам общественной и медицинской профилактики	Расписание	Число занятий	Согласно плану	2 за каждое занятие	Ежемесячно	Руководитель учреждения
6	Взаимодействие с Центром медицинской профилактики и иными учреждениями и организациями	Договор или др. документ	Число учреждений	По согласованию с руководителем учреждения	3 за каждое учреждение	Ежеквартально	Руководитель учреждения
7	Внедрение новых технологий профилактики	Акт о внедрении	Число внедрений	По согласованию с руководителем учреждения	10 за каждую технологию	Ежегодно	Руководитель учреждения





профилактики принципа оплаты труда работников, ориентированного на результат. С учетом рекомендаций Приказа Минздрава Московской области от 02.09.2008 № 508 «О критериях оценки деятельности медицинского персонала и реализации принципа оплаты труда, ориентированного на результат» нами разработаны критерии оценки деятельности следующих категорий работников учреждений медицинской профилактики здравоохранения Московской области: заведующих отделениями (кабинетами) медицинской профилактики (табл. 2); врачей-специалистов (врач по гигиеническому воспитанию, врач по мониторингу здоровья и профилактической деятельности и др.); специалистов с высшим немедицинским образованием (психологи, социологи и др.) и среднего медицинского и фармацевтического персонала.

Применение изложенных принципов оценки эффективности профилактической работы в ЛПУ муниципальных образований позволяет ориентировать персонал служб медицинской профилактики на эффективную профилактическую работу: выявление ранних форм

заболевания и предотвращение осложнений, связанных с запущенностью имеющегося заболевания. В конечном итоге это приведет к предотвращению экономических потерь системы здравоохранения и общества в целом, связанных с преждевременной смертностью, инвалидизацией населения и временной утратой трудоспособности.

Одновременно указанные методические подходы позволяют проводить не только прямое сопоставление результатов, но и использовать их для выявления проблем и принятия управленческих решений как по отдельным учреждениям, так и по службе медицинской профилактики, работающей в субъекте Федерации. Это позволит координировать деятельность подразделений и специалистов учреждений медицинской профилактики по всем основным направлениям профилактики заболеваний, а также оказывать содействие в преодолении вредных привычек и снижению влияния на здоровье поведенческих и иных рисков, воспитание и формирование культуры ответственного отношения к собственному здоровью граждан.



Литература

1. Семенов В.Ю. Профилактика заболеваний на территории Московской области//Здоровье и здоровый образ жизни. — 2009. — № 2. — С. 11.
2. Стародубов В.И., Соболева Н.П. Основные направления в развитии медицинской профилактики//Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2007. № 2. — С. 3–5.
3. Приказ Минздрава МО от 02.09.2008 № 508 «О критериях оценки деятельности медицинского персонала и реализации принципа оплаты труда, ориентированного на результат»



Т.Е. Подсвинова,

Российский государственный медицинский университет, г. Москва

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ МЕТОДОМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Состояние здоровья населения является важнейшим фактором социально-экономического развития общества. Показатели здоровья населения также представляют собой базу для планирования ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения существующей потребности в различных видах медицинской помощи.

В настоящее время для оценки здоровья населения чаще всего используют демографические показатели: заболеваемость, инвалидность и смертность. Уровень заболеваемости позволяет наиболее объективно отразить степень утраты здоровья и соответственно величину связанного с этим медико-социального и экономического ущерба. Зная уровень заболеваемости среди отдельных возрастно-половых, социальных и профессиональных групп населения, можно выделить приоритетные возрастно-половые, медико-социальные группы населения, требующие наибольшего внимания со стороны общества, государства и медицинских работников [1].

С 30-х годов прошлого столетия и по настоящее время в нашей стране главенствующим методом оценки здоровья населения является регистрация заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью [3]. По мнению многих авторов, такая система сбора данных о заболеваемости населения не отвечает на сегодняшний день своей цели по многим параметрам. Использование данных о заболеваемости только по обращаемости в настоящее время встречает определенный ряд трудностей: большой процент населения

не обращается за медицинской помощью даже при наличии серьезных заболеваний, разный уровень медицинской помощи в различных медицинских учреждениях и разный уровень статистического учета [2].

В связи с этим возникают вполне обоснованные сомнения в способности заболеваемости исполнять роль средства оперативной оценки ситуации со здоровьем населения на территории. Альтернативной оценкой здоровья населения может служить самооценка здоровья населения при ее доказанной объективности. В экономически развитых странах данные о состоянии здоровья населения, полученные путем социологических опросов, обладают высокой степенью востребованности [4]. Особая ценность социологической оценки здоровья населения заключается в возможности проведения анализа большого массива патологии, по поводу которой в силу тех или иных причин обращение за медицинской помощью не производится.

Целью нашего исследования была попытка определить, насколько объективны самооценки здоровья различными категориями населения путем сопоставления данных социологических опросов пациентов и объективной информации о заболеваемости пациентов, содержащейся в персонифицированной базе застрахованного населения.

В работе использовались:

- результаты анкетирования,
- данные из персонифицированной базы медицинских данных застрахованного населения.

Анкета потребителей медицинских услуг была разработана совместно сотрудниками





Таблица 1

Данные опросов, проведенных в лечебно-профилактических учреждениях Юго-Западного округа г. Москвы

Год проведения анкетирования	Количество собранных анкет	Количество и процент анкет с указанием серии и номера страхового полиса
2002	3004	2433 (81%)
2003	3019	2827 (94%)
2004	2983	2793 (94%)
2005	2821	2524 (89%)
2006	2940	2699 (92%)
2007	2506	2240 (89%)

Московского городского фонда обязательного медицинского страхования (МГФОМС, руководитель — академик РАМН, профессор А.В. Решетников) и сотрудниками кафедры медицинской кибернетики и информатики Российского государственного медицинского университета. Работа выполнялась при содействии Управления здравоохранения Юго-Западного округа г. Москвы (руководитель — А.В. Шипилов). Анкетирования проводились на базе ЛПУ № 10, 22, 74, 94, 95, 121, 134, 150, 163, 203 поликлинического типа Юго-Западного округа г. Москвы каждый год, начиная с 2002 года. Количество респондентов при каждом исследовании составило около 3000 человек (таблица 1).

Потребители медицинских услуг заполняли специально разработанную анкету, которая содержала 60 вопросов, в том числе касающихся здоровья и социального статуса анкетированного. Для ввода, хранения, обработки и представления полученных в процессе анкетирования данных использовалась разработанная на кафедре медицинский кибернетики и информатики РГМУ информационная система анализа медико-социологических данных — «АМЕСОД».

С целью проведения углубленного медико-социологического анализа у респондентов в ходе анкетирования выяснялись номер и серия страхового полиса. Эти данные были получены примерно от 90% опрошенных каждый год (таблица 1). Далее информация о номере и

серии страхового полиса использовалась для связи с персонифицированным регистром застрахованного населения, в котором сосредоточена информация об услугах, оказанных пациентам, кодах болезней в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и т.д.

Персонифицированный регистр медицинских данных застрахованного населения был создан сотрудниками Российского государственного медицинского университета под эгидой Научно-практического центра экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения г. Москвы (НПЦ ЭМП, руководитель — профессор Л.Г. Костомарова, заместитель по информатизации — к.т.н. Т.Н. Щаренская).

Сбор медицинских данных осуществлялся при содействии сотрудников ЗАО Страховая группа «Спасские ворота-М» (генеральный директор — к.с.н. В.Б. Казакова).

По двум полученным массивам данных производился расчет модуля отклонений между данными и коэффициента корреляции для оценки взаимосвязи между данными, полученными двумя разными методами. Коэффициент корреляции рассчитывался по методу Спирмена для непараметрических данных с использованием программы STATISTICA.

На первом этапе было проведено сопоставление отдельно результатов анкетирования за разные годы. И были получены довольно сопоставимые данные. Например,

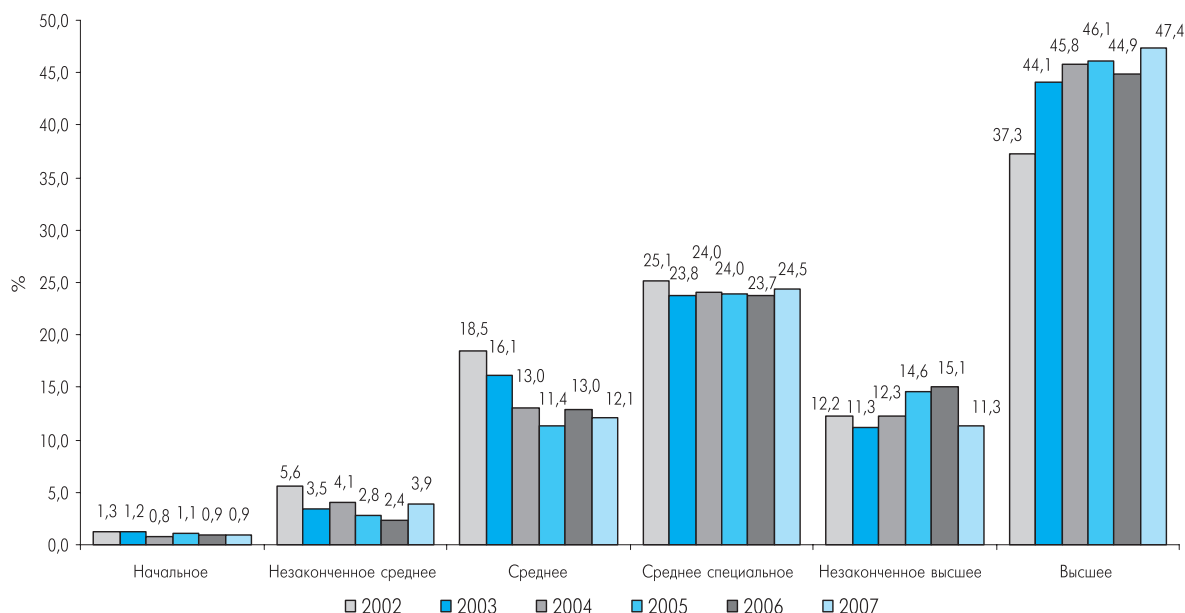


Рис. 1. Соотношение респондентов по уровню образования, принимавших участие в анкетировании 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 и 2007 гг.

каждый год в течение 4 лет оставался практически неизменен процент женского и мужского пола среди респондентов. Количество женщин составляло около 62%, мужчин — около 38%. Среди опрошенных потребителей медицинских услуг в достаточном объеме были представлены все возрастные группы. И эта закономерность также сохранялась каждый год. Значительная часть респондентов (около 30%) относилась к возрастной группе старше 60 лет. Потребители медицинских услуг в возрасте от 30 до 59 лет составили примерно 45% от общего количества каждый год. И четверть респондентов (25%) составили лица моложе 30 лет. Отмечается высокий образовательный уровень потребителей медицинских услуг, принявших участие в анкетировании. Более половины респондентов имеют высшее или незаконченное высшее образование (60%), около 25% анкетизируемых имеют среднее специальное образование. Только 15% участников опроса имеют среднее, незаконченное среднее или начальное образование (рис. 1).

Сопоставимость данных опросов, проведенных в амбулаторно-поликлинических учреждениях за разные годы, позволила нам сделать заключение о том, что используемая выборка является репрезентативной.

На следующем этапе работы варианты оценок своего здоровья и питания были сопоставлены с количеством оказанных медицинских услуг за год именно этим же пациентам (табл. 2).

По данным 2004, 2005 и 2006 годов была получена закономерная последовательность: чем хуже пациент оценивает свое здоровье, тем больше медицинских услуг ему оказывается (рис. 2).

Также было проведено сопоставление данных о качестве питания, полученных методом анкетирования, с количеством реально оказанных медицинских услуг. Тут тоже прослеживается весьма правдоподобная зависимость: чем хуже человек питается, тем чаще приходится обращаться за помощью в медицинские учреждения.

На третьем этапе исследования было проведено сопоставление данных о заболеваемости





Таблица 2

Сопоставление количества оказанных медицинских услуг с оценкой здоровья

Оценка своего здоровья	2004	2005	2006
	Количество оказанных услуг на 1 пациента	Количество оказанных услуг на 1 пациента	Количество оказанных услуг на 1 пациента
Хорошее	44	40	49
Среднее	58	76	69
Плохое	69	104	101

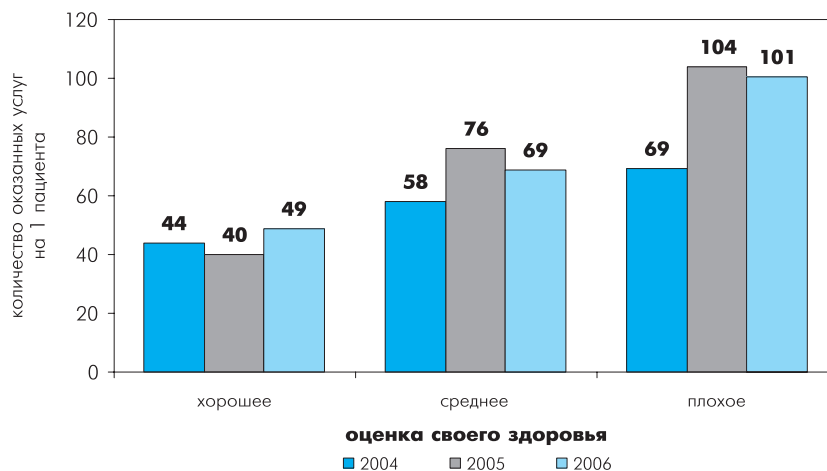


Рис. 2. Соотношение количества оказанных медицинских услуг за 1 год пациентам, оценившим свое здоровье при опросах 2004, 2005 и 2006 гг. как «хорошее», «среднее» и «плохое»

мости по основным классам МКБ-10. Такой анализ был проведен для экспериментального анкетирования 2002 года, для 2004, 2005 и 2006 годов. В одном из вопросов анкеты пациент отмечал, по каким классам заболеваний ему приходилось обращаться в поликлинику за последний год. Каждый пункт этого вопроса снабжен подробными объяснениями. По номерам страховых полисов отбирались все услуги, оказанные респондентам за год, предшествующий проведению анкетирования. Далее услуги, оказанные респондентам за год, группировались так, что каждый пациент вносил вклад в определенный класс МКБ-10 только один раз. Оказалось, что данные анкетирования практически полностью совпадают с объективной информацией при расчете общей заболеваемости, коэффициенты корреляции имеют высокие значения. Коэффициенты корреляции представлены в *таблице 3*.

Из 2433 респондентов, принявших участие в анкетировании 2002 года и указавших

номера страховых полисов, в персонифицированной базе удалось идентифицировать 1454 пациента. В 2004 году из 2793 опрошенных в персонифицированной базе был идентифицирован 1441 человек. А в 2005 году из 2524 респондентов в персонифицированной базе было идентифицировано 1160 человек, в 2006 году из 2699 — 1460 человек. Сопоставимость данных за 2004 год отражена на рисунке (*рис. 3*).

Результаты заболеваемости, полученные методом анкетирования, отличаются от заболеваемости, рассчитанной по объективным медицинским данным, максимум на 11% по заболеваниям органов дыхания (класс J по МКБ-10), на 10% по заболеваниям органов мочеполовой системы (класс N по МКБ-10). По остальным классам заболеваний процент меньше 10.

Далее мы рассчитали структуру заболеваемости, для этого абсолютное число заболеваний по определенному классу мы делили



Таблица 3
Результаты сопоставления заболеваемости по опросу и по персонифицированной базе

Год анкетирования	Коэффициент корреляции $R < 0.005$
2002	0,945
2004	0,982
2005	0,965
2006	0,955

на общее количество всех заболеваний и умножали на 100, чтобы получить структуру заболеваемости в процентах и ее несоответствие между опросом и объективной информацией. Структура заболеваемости, полученная по данным анкетирования и по объективным данным, получилась абсолютно сопоставимой, максимальная ошибка менее 3% (2,53% по классу заболеваний сердечно-

сосудистой системы, 2,35% по заболеваемости эндокринной системы и 2,26% по заболеваниям мочеполовой системы) (рис. 4).

На заключительном этапе работы была определена объективность самооценок различных категорий населения. В качестве различных категорий выделялись пол, возраст и образование респондентов. Такое исследование было проведено для трех лет анкетирования: 2004, 2005 и 2006 годов.

Оказалось, что и мужчины, и женщины одинаково объективно оценивают свое здоровье (корреляция составляет 0,970 и 0,988, по данным 2004 г.).

Наличие или отсутствие высшего образования у пациента также не отражается на объективности оценок своего здоровья (корреляция составляет 0,961 и 0,991, соответственно, по данным 2004 года).

А вот возраст респондента влияет, хоть и незначительно, на степень объективности

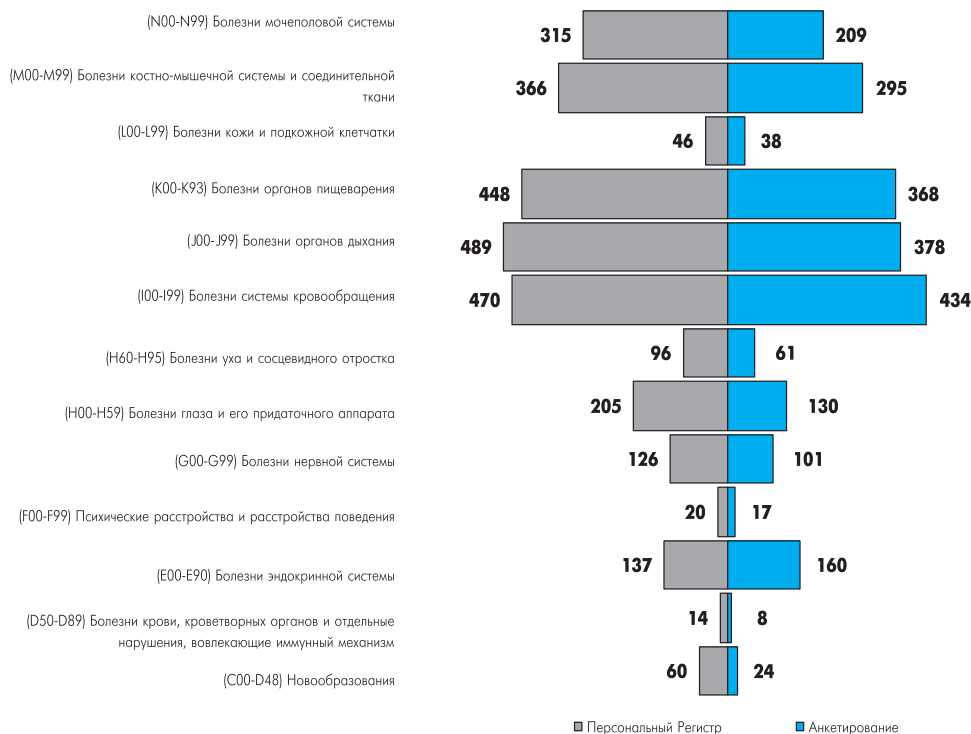


Рис. 3. Сопоставление количества пациентов с заболеваниями, относящимися к определенному классу МКБ-10, по результатам анкетирования 2004 года и по данным персонифицированной базы (на 1000 населения)





Структура заболеваемости по данным
персонифицированной базы данных



Структура заболеваемости по данным анкетирования
2004 года



Рис. 4. Сопоставление структуры заболеваемости, полученной при опросе и по объективным данным (2004 г.)

Таблица 4
Коэффициенты корреляции результатов опроса 2004 года с данными персонифицированной базы

Возраст	Коэф. корр.
20–29	0,779 ($p < 0.005$)
30–39	0,896 ($p < 0.005$)
40–49	0,891 ($p < 0.005$)
50–59	0,939 ($p < 0.005$)
более 60	0,942 ($p < 0.005$)

оценки своего здоровья. С увеличением возраста объективность оценок постепенно увеличивается (таблица 4).

Таким образом, по результатам нашего исследования показано, что данным, полученным при опросе, можно не только доверять, но и принимать их во внимание при разработке и планировании ресурсов здравоохранения. Объективность доказана на большом объеме материала, по результатам четырех лет анкетирования. В работе доказано, что использование самооценки заболеваемости различными категориями пациентов для определения ситуации со здоровьем населения на определенной территории при формировании отчетов и при управлении здравоохранением оправдано и перспективно. На основе оперативных данных о состоянии здоровья населения возможно более четкое планирование и управление оказанием медицинской помощи.



Литература

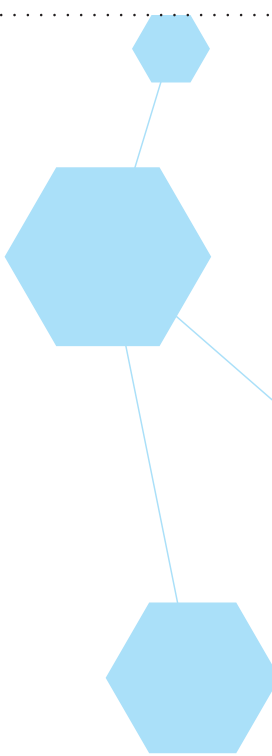
1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение/Учебник. — Москва. — 2009. — 512 с.
2. Медик В.А. Современные подходы к изучению заболеваемости населения//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. — 2004. — № 1. — С. 6–9.
3. Овчаров В.К. Методологические и организационные подходы к развитию социально-гигиенического мониторинга здоровья населения//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. — 2002. — № 5. — С. 26–29.
4. Тишук Е.А. Современные проблемы информационного обеспечения управления здравоохранением//Врач и информационные технологии. — 2004. — № 7. — С. 8–13.



В.М. Цлаф,

руководитель Учебно-исследовательского и консалтингового центра экономики и управления Самарского государственного университета

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНЫЕ ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЭФФЕКТИВНЫЕ РЕШЕНИЯ



Здравоохранение как система деятельности включает две подсистемы: государственно-муниципальную, относящуюся к *социальной сфере* государства, и частную, относящуюся к *экономической системе*. При этом под социальной сферой мы понимаем совокупность деятельности, обеспечивающую, во-первых, реализацию гражданами их прав, гарантированных Конституцией РФ: на охрану здоровья, образование, социальное обеспечение и иных гарантированных государством прав, *не связанных с осуществлением в данный момент трудовой или предпринимательской деятельности*, и, во-вторых, воспроизводство социальных отношений. Экономическая система решает задачи создания добавленной стоимости, лежащей в основе жизнедеятельности общества, в том числе и в основе обеспечения социальной сферы через налогово-бюджетную систему. Частная подсистема здравоохранения, отнесенная нами к экономической системе, решает, безусловно, и задачу реализации права граждан на охрану здоровья (и в этом состоит миссия любой частной медицинской организации), однако в практической плоскости эта задача является для данной подсистемы лишь средством получения определенных экономических результатов. Всякое иное толкование частной подсистемы здравоохранения будет очевидным образом затушевывать тот факт, что, не имея государственного или муниципального финансирования или субсидирования, частное здравоохранение не только «желает», но и *вынуждено* ставить целью получение экономического результата как необходимого условия выживания и, следовательно, ставить эту цель на первое место.

Частные медицинские организации действуют в условиях конкуренции как друг с другом, так и с государственно-муниципальной подсистемой здравоохранения (в составе этой многофункциональной подсистемы мы в настоящей работе выделяем только лечебно-профилактические учреждения). Условиями конкурентоспособности частной медицинской организации являются как оказание медицинских услуг *высокого качества*, так и *эффективное использование ресурсов*, в первую очередь финансовых и кадровых. Следствием этого является достаточно высокий уровень финансового менеджмента и управления персоналом, в том числе эффективность систем стимулирования персонала к высокопроизводительному профессиональному труду и развитию, оптимизация деловых процессов и другие характеристики, свойственные коммерческим орга-





низациям. Общеизвестно, что уровень общего и финансового менеджмента, управления персоналом, производительность труда работников и иные экономико-управленческие показатели в частных медицинских организациях, как правило, выше, чем в государственных и муниципальных, не работающих в конкурентной среде и при этом имеющих множество институциональных и социокультурных ограничений.

Возможно, сказанное более соответствует некоторому идеализированному, чем реальному состоянию современного российского медицинского бизнеса, как и бизнеса во всех прочих отраслях, если говорить не об отдельных «ведущих» организациях, а «в среднем». Однако и теория, и зарубежный опыт показывают, что частные медицинские организации обгоняют государственно-муниципальную подсистему здравоохранения по эффективности управления, в том числе и по эффективности использования столь дефицитных в здравоохранении финансовых и кадровых ресурсов, и по качеству медицинских услуг.

Сказанное определяет возникновение идеи использовать частные организации в государственно-муниципальной системе в качестве партнеров, исполняющих определенные функции, замещая или дополняя государственные или муниципальные организации, создавать государственно-частные партнерства (ГЧП)¹.

Целесообразность создания государственно-частных партнерств (ГЧП) в здравоохранении многократно обсуждалась (см., в частности, «Менеджер здравоохранения», № 2–4, 2009; № 4, 2010, а также полностью посвященный этому вопросу номер журнала «Управление здравоохранением» № 1(26), 2010) и в принципе, видимо, уже не подлежит сомнению. Однако вопросы об эффективных формах организации ГЧП и построении систем управления партнерствами еще далеко не решены.

¹ В настоящей статье под ГЧП понимаются как государственно-частные, так и муниципально-частные партнерства.

Частный бизнес может выполнять одну из трех ролей во взаимодействии с государством в здравоохранении:

— контрагент (аутсорсер) — лицо, выполняющее функции исполнителя медицинских услуг (или производителя товаров, услуг, работ для медицинских нужд) по заказу и за счет государства; контрагент получает компенсацию издержек, связанных с исполнением социально значимых функций, но не может использовать государственный ресурс для извлечения прибыли посредством предпринимательской деятельности;

— спонсор — лицо, осуществляющее благотворительную деятельность, добавляя собственный ресурс к государственному ресурсу, передаваемому государством гражданам в качестве социального трансферта — бесплатных услуг в сфере охраны здоровья; спонсор не выступает в роли исполнителя услуг по охране здоровья, но претендует на частичное замещение государства в роли субъекта, обеспечивающего реализацию гражданами прав, гарантированных Конституцией РФ;

— партнер — лицо, выступающее в роли исполнителя/соисполнителя медицинских услуг, соединяя ресурсы государства с собственными ресурсами так, что достижение социального результата, необходимого государству, сочетается с получением дополнительной прибыли партнером. *Если государство и бизнес — партнеры, то каждый делает **свое** дело, повышая эффективность друг друга.*

Именно в последнем случае мы говорим о создании ГЧП.

Не отрицая полезности использования частного бизнеса в качестве аутсорсера (что в организационном и правовом отношении существенно проще и менее затратно, чем организация партнерства, и позволяет легче сменить исполнителя при возникновении к нему претензий), в данной статье мы остановимся именно на партнерстве как наиболее





перспективной в функциональном отношении форме взаимодействия. Рассматривая ниже задачи, для решения которых предлагается привлекать частных партнеров, мы не предлагаем создавать ГЧП в тех случаях, когда можно обойтись иными формами. Так, для предусмотренных Программой реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2009–2012 годы [1] задач снижения уровня злоупотребления алкоголем и снижения распространенности табакокурения среди населения (направление — формирование здорового образа жизни) ГЧП создавать не следует, достаточно при необходимости привлекать частные PR-агентства в разных регионах Российской Федерации на основе государственных контрактов (то есть в качестве аутсорсеров); для поставленной в том же документе задачи совершенствования службы крови привлечение частного бизнеса, с нашей точки зрения, вообще излишне. Другое дело — задачи, перечисленные ниже в *таблице 1*, при решении которых частный партнер будет полезен для повышения эффективности использования государственных и муниципальных ресурсов, а форма партнерства позволит легче наладить единую систему учета и координации выполняемых государством и бизнесом работ при скрининге, проведении диспансеризации, реализации других форм профилактики, лечении заболеваний и травм.

В целом при определении целесообразности создания ГЧП необходимо анализировать, во-первых, *возможность* привлечения бизнеса к решению тех или иных задач здравоохранения; во-вторых, *целесообразность* привлечения его к решению этих задач и, в-третьих, целесообразность привлечения бизнеса именно в качестве партнера, а не подрядчика и не спонсора.

На основании анализа, приведенного в работе [2], можно сделать вывод, что привлечение бизнеса к решению социальных задач *в качестве партнера* возможно лишь в том случае, если, оказывая какие-либо услу-

ги населению на бесплатной или льготной основе, бизнес может оказывать на коммерческой основе такие же услуги или услуги, производство которых базируется на использовании тех же инвестиций. Активизация бизнеса *в качестве спонсора* возможна в первую очередь по направлениям, представляющим интерес для организации PR-кампаний коммерческих фирм.

Целесообразность создания ГЧП определяется предполагаемой эффективностью (см. ниже) и составом функциональных комплексов, выполнение которых возлагается на ГЧП. Государственно-частное партнерство, в отличие от аутсорсинга, отличается полифункциональностью. Кроме того, основным источником финансирования социально значимой деятельности в ГЧП являются доходы от коммерческой деятельности партнерства. Например, анализ целесообразности создания государственно-частных аптек для обеспечения лекарствами государственных и муниципальных медицинских учреждений — стационаров и обеспечения на льготных условиях определенных слоев населения показывает, что эту работу могут выполнять частные аптеки (привлечение бизнеса возможно), но не в партнерстве с государственными организациями, а самостоятельно по государственному заказу, размещенному на конкурсной основе. Другое дело — оказание медицинских услуг в стационаре, когда ставится цель сделать доступным для малообеспеченных граждан тот повышенный уровень медицинского и бытового обслуживания, который свойственен платным частным клиникам. В этом случае мы имеем дело с целым комплексом функций, а доплаты до коммерческого уровня цен будут разорительны для бюджета (в том числе для бюджета ОМС), и единственный способ решения задачи — помочь частному партнеру самому зарабатывать больший доход путем оказания платных медицинских или иных услуг, но взамен получить льготные или бесплатные услуги для оговоренной категории пациентов. Именно в





Рекомендации по созданию государственно-частных партнерств для выполнения задач Программы реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2009–2012 гг.

Направления и задачи Программы	Содержание деятельности по созданию ГЧП	Цели создания ГЧП
Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний: 1) увеличение доли граждан, участвующих в программах диспансеризации; 2) активное выявление на ранних стадиях и эффективное лечение заболеваний, формирующих основные причины смертности и инвалидности населения; 3) улучшение вакцинопрофилактики, диагностики и лечения инфекционных заболеваний: снижение заболеваемости острым гепатитом В, краснухой, гриппом, корью; охват полным курсом профилактики ВИЧ беременных женщин; снижение смертности от туберкулеза, охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез	Создание «мелкоячейистой» сети государственно-частных лечебно-профилактических учреждений поликлинического типа, амбулаторий врачей общей практики, женских консультаций, клиничко-диагностических и рентгенодиагностических лабораторий и процедурных кабинетов	Повышение территориальной доступности лечебно-профилактических учреждений для населения; улучшение условий для лечебно-профилактической работы врачей с населением на дому Оснащение лечебно-профилактических учреждений современным оборудованием и медицинской техникой, создающими возможности внедрения инновационных технологий Внедрение современных информационных технологий учета и анализа профилактической и лечебной деятельности
Повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи: 1) совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями: снижение заболеваемости острыми сосудистыми нарушениями головного мозга на фоне артериальной гипертензии, смертности от cerebrovascularной болезни и от ишемической болезни сердца; 2) совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, снижение смертности от транспортных травм всех видов; 3) совершенствование организации онкологической помощи населению — снижение смертности от новообразований (в том числе злокачественных); 4) повышение доступности и качества оказываемой населению высокотехнологичной медицинской помощи	Создание государственно-частных лечебно-профилактических учреждений стационарного типа, в том числе стационаров экстренной помощи, организаций скорой медицинской помощи, оснащенных современным оборудованием и технологиями, реабилитационных организаций	Обеспечение доступности медицинских услуг высокого качества, свойственного частным клиникам, для малообеспеченных граждан Оснащение медицинских учреждений современным оборудованием и медицинской техникой, создающими возможности внедрения инновационных технологий Повышение оперативности оказания скорой медицинской помощи, расширение спектра оказываемых скорой помощью медицинских услуг Повышение эффективности после-стационарной реабилитации



Таблица 1, окончание

Направления и задачи Программы	Содержание деятельности по созданию ГЧП	Цели создания ГЧП
Повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям — охват новорожденных аудиологическим и неонатальным скринингом, снижение младенческой и материнской смертности	Создание сети государственно-частных консультационно-диагностических центров и лабораторий, женских консультаций, организаций родовспоможения и перинатальной медицины	Повышение доступности, технико-технологической оснащенности и соответственно эффективности лечебно-профилактического обслуживания матерей и детей

таких случаях государственно-частное партнерство будет эффективным.

Для применения в здравоохранении перспективны следующие формы организации ГЧП:

— передача частному партнеру в концессию объектов государственной/муниципальной собственности (недвижимого имущества) в целях строительства, ремонта, оснащения медицинских учреждений и дальнейшей эксплуатации — оказания платных медицинских услуг в течение определенного срока для достижения окупаемости инвестиций и получения прибыли, которая и составляет интерес частного партнера, одновременно с оказанием таких же услуг на бесплатной или льготной основе (в том числе в системе ОМС), что составляет интерес государства/муниципалитета;

— создание коммерческой организации (общества с ограниченной ответственностью, акционерного общества с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала) для оказания услуг в сфере здравоохранения (главным образом в инфраструктуре медицинских учреждений);

— создание двухуровневой структуры: управляющей компании (в форме коммерческой организации — акционерного общества с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала) и группы ее дочерних коммерческих и некоммерческих организаций, в числе которых некоммерческие организации — частные медицинские учреждения, финансируемые управляющей компанией, и коммерческие — обслуживаю-

щие компании, работающие по договорам с управляющей компанией (рис. 1), — в дальнейшем эта структура для краткости именуется «схема К — НК»;

— в случаях, когда рыночный потенциал проекта (возможность извлечения прибыли путем оказания платных медицинских услуг) низок, возможно использование двухуровневой структуры, аналогичной предыдущей, но управляющая компания должна создаваться в форме фонда или иной некоммерческой организации и финансироваться на основе бюджетных субсидий, спонсорских взносов и создания фонда целевого капитала (эндаумента). Смысл создания такой структуры для государства/муниципалитета — в экономии средств за счет привлечения дополнительных источников и более эффективного использования субсидий вследствие улучшения финансового менеджмента, а также в повышении качества услуг.

В любом из указанных вариантов частные лечебно-профилактические учреждения должны в объеме, установленном договором концессии или уставом, решением собрания акционеров, Совета директоров управляющей компании, оказывать населению услуги в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), погашая за счет средств ОМС только часть себестоимости услуг, но не инвестиции в проект. Сверх этого объема частные лечебно-профилактические учреждения оказывают платные медицинские услуги, окупая свои инвестиции в проект и получая прибыль для собственных целей. Возможен и



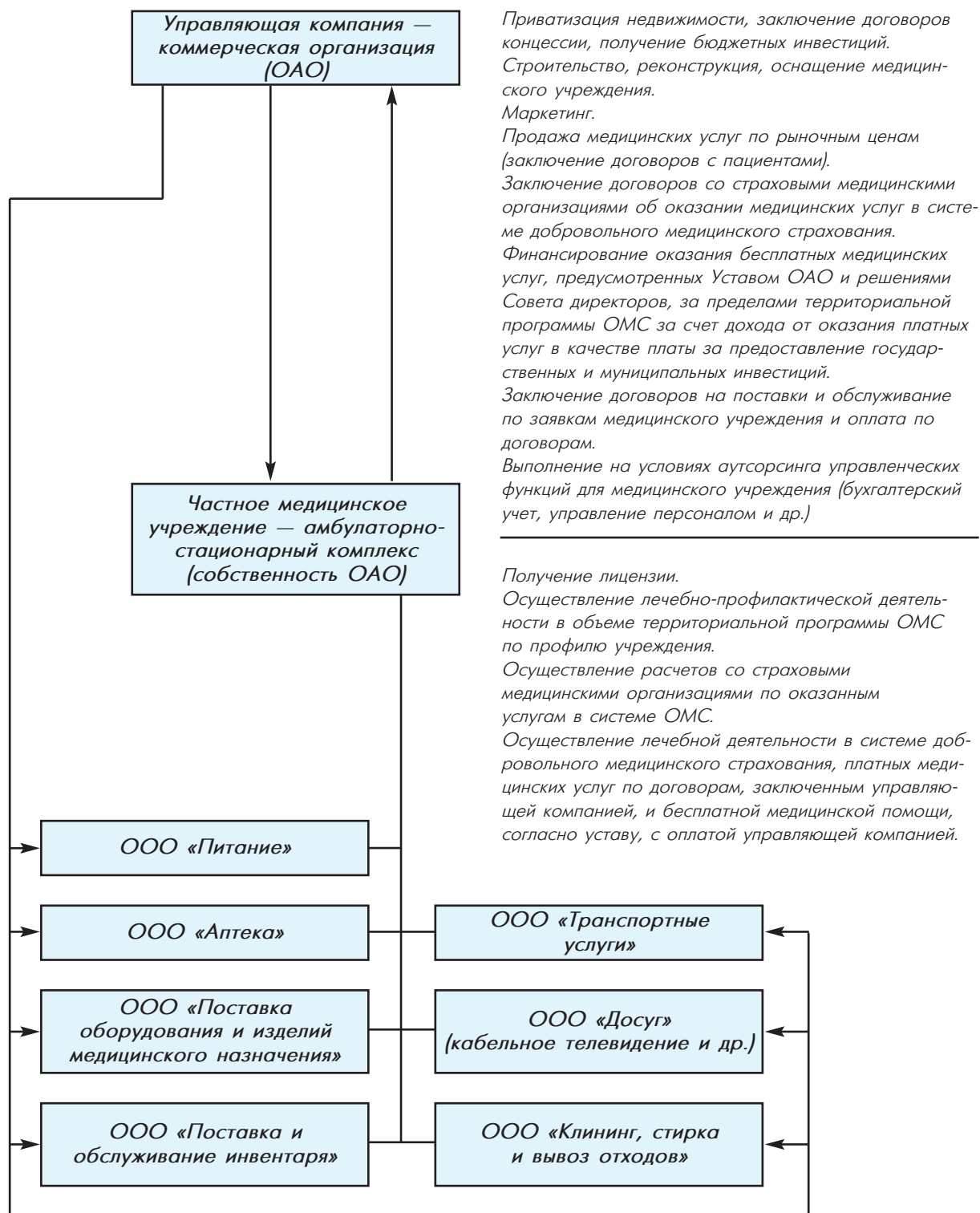


Рис. 1. Пример двухуровневой структуры амбулаторно-стационарного комплекса в форме ГЧП («схема К — НК»)



желателен вариант, когда определенные медицинские услуги оказываются населению без оплаты и за пределами территориальных программ ОМС — за счет собственных средств управляющей компании с учетом того, что в ее капитал инвестированы и используются для оказания платных услуг государственные средства.

Таким образом, ГЧП, в отличие от бюджетных и автономных государственных/муниципальных учреждений, не будут использовать бюджетные субсидии на выполнение государственных/муниципальных заданий, предусмотренные Федеральным законом от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ, заменяя их доходом от оказания платных медицинских услуг. Государственное/муниципальное задание на оказание бесплатных/льготных медицинских услуг в данном случае заменяется нормированием их объема в договоре концессии или в локальных нормативных актах управляющих компаний, создаваемых с участием государственного/муниципального капитала, доля которого в акционерном капитале должна обеспечивать контроль государства/муниципалитета над деятельностью.

Разумеется, для окупаемости затрат при отсутствии бюджетных субсидий *доля платных услуг в общем объеме услуг для конкретного медицинского учреждения должна быть соответственно увеличена, но это не означает увеличения доли платных медицинских услуг для населения, так как может быть существенно увеличено общее количество оказываемых населению услуг при тех же бюджетных затратах.* При этом может быть существенно повышены как эффективность использования бюджетных средств, так и качество медицинских услуг.

В частности, исключение необходимости закупки лекарственных средств, изделий медицинского назначения на аукционах, согласно Федеральному закону от 21 июля 2005 года № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муни-

ципальных нужд», позволит более тщательно подойти к выбору их по качеству, а не по минимальной цене, а бюджетирование по принципам, принятым в негосударственной сфере, обеспечит гораздо большую гибкость планирования и использования финансовых ресурсов, чем в государственных и муниципальных организациях.

Партнерство в форме концессии, а также по схеме «К — НК» возможно только при достаточно высоком рыночном потенциале проекта.

Эффективность ГЧП в здравоохранении (с позиции государства) может быть определена тремя способами:

- как размер экономии бюджетных средств, необходимых для обеспечения заданного набора социально значимых функций (медицинских услуг) при заданных качественных и количественных показателях их выполнения;

- как увеличение количества медицинских услуг при заданных их суммарной стоимости и показателях качества;

- как повышение качества медицинских услуг при заданных их количестве и суммарной стоимости. При этом мы не рассматриваем в настоящей работе достаточно сложный и противоречивый вопрос об экономической оценке качества медицинских услуг.

Эффективность ГЧП зависит от многих факторов, в числе которых важнейшими являются:

- организационная схема ГЧП;
- потребность в инвестициях;
- срок действия создаваемого ГЧП (в сопоставлении со сроком окупаемости проекта);
- рыночный потенциал проекта (возможность получения прибыли при реализации платных услуг).

Разработанные на основе анализа рекомендуемые направления развития и формы реализации государственно-частного партнерства в здравоохранении приведены в *таблице 2. Рекомендуемые формы организа-*





Рекомендуемые направления развития и формы реализации

Направления деятельности по созданию ГЧП	Цели создания ГЧП
Создание государственно-частных медицинских учреждений стационарного и амбулаторно-поликлинического типов, амбулаторий врачей общей практики, женских консультаций, организаций родовспоможения и перинатальной медицины, организаций скорой медицинской помощи, реабилитационных и санаторно-курортных организаций	Размещение медицинских учреждений в зданиях, отвечающих современным строительным, санитарным и противопожарным нормативам Капитальный ремонт инженерных сетей, подъездных дорог Оснащение современным оборудованием и медицинской техникой, создающими возможности внедрения инновационных технологий Ликвидация дефицита коек Улучшение условий пребывания больных в стационарах и поликлиниках, реабилитационных и санаторно-курортных организациях, достижение современного качества обслуживания больных, обеспечение на должном уровне санитарно-гигиенического содержания палат, кабинетов, процедурных, лабораторий и иных площадей для размещения современного медицинского оборудования, предотвращение возникновения аварийных ситуаций в лечебно-профилактических, реабилитационных и санаторно-курортных организациях
Создание государственно-частных лечебно-профилактических учреждений стационарного типа, в том числе стационаров экстренной помощи, амбулаторий врачей общей практики, женских консультаций, организаций родовспоможения и перинатальной медицины, организаций скорой медицинской помощи	Обеспечение доступности медицинских услуг высокого качества, свойственного частным клиникам, для малообеспеченных граждан — увеличение степени удовлетворенности населения работой медицинских организаций и качеством предоставленных ими услуг Увеличение охвата населения профилактическими мероприятиями Повышение оперативности оказания медицинской помощи Оснащение современным оборудованием и медицинской техникой, создающими возможности внедрения инновационных технологий Достижение эффективности использования государственных ресурсов
Создание государственно-частных консультационно-диагностических центров и лабораторий для обслуживания медицинских учреждений на основе аутсорсинга и предоставления платных диагностических услуг населению в городах и центрах муниципальных районов	Увеличение степени удовлетворенности населения работой медицинских организаций и качеством предоставленных ими услуг Оснащение современным оборудованием и медицинской техникой, создающими возможности внедрения инновационных технологий Достижение эффективности использования государственных ресурсов
Создание государственно-частных стационаров — отделений сестринского ухода и хосписов	Ликвидация дефицита коек в отделениях сестринского ухода и хосписах Увеличение степени удовлетворенности населения работой медицинских организаций и качеством предоставленных ими услуг Достижение эффективности использования государственных ресурсов



Таблица 2

государственно-частного партнерства в здравоохранении

<i>Срок действия ГЧП</i>	<i>Потребность в инвестициях</i>	<i>Рыночный потенциал проекта</i>	<i>Рекомендуемая форма ГЧП</i>
Длительный (превышающий срок окупаемости инвестиций частного партнера), но ограниченный, с дальнейшей передачей объекта государству / муниципалитету или созданием ГЧП иной формы	Высокая	В крупных и средних городах — высокий. В малых городах и сельской местности — низкий (необходимы бюджетные субсидии)	Концессия
Неограниченный	Высокая (для малых городов и сельской местности необходимы бюджетные инвестиции)	В крупных и средних городах — высокий. В малых городах и сельской местности — низкий (необходимы бюджетные субсидии)	Схема «К — НК» на основе смешанной собственности с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала
Неограниченный	Высокая (для малых и средних городов и сельской местности необходимы бюджетные инвестиции)	В крупных городах — высокий. В малых и средних городах и сельской местности — низкий (необходимы бюджетные субсидии)	ОАО, ЗАО, ООО на основе смешанной собственности с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала
Неограниченный	Высокая (необходимы бюджетные инвестиции)	Низкий (необходимы бюджетные субсидии и меры активизации спонсоров)	Фонд (учредитель) + частное учреждение





Направления деятельности по созданию ГЧП	Цели создания ГЧП
Создание оснащенных современными оборудованием и технологиями государственно-частных центров повышения квалификации и переподготовки работников здравоохранения, в том числе среднего медперсонала, в городах, где отсутствуют государственные образовательные учреждения соответствующего профиля. Оказание образовательных и консультационных услуг работникам государственных и муниципальных организаций здравоохранения на бесплатной основе, частных организаций здравоохранения — на платной основе	Обеспечение организаций здравоохранения квалифицированным персоналом с наименьшими затратами при отсутствии необходимых образовательных учреждений на территории — создание возможности для приглашения иногородних специалистов для повышения квалификации, переподготовки, консультирования работников здравоохранения без выезда их с территории Увеличение доступности услуг по повышению квалификации для медицинского персонала с ограниченными возможностями выезда на обучение (по семейным и пр. обстоятельствам)
Создание государственно-частных реабилитационных и санаторно-курортных организаций	Увеличение степени удовлетворенности населения работой реабилитационных и санаторно-курортных организаций и качеством предоставленных ими услуг

ции ГЧП не исключают применения и других форм.

Все указанные в таблице проекты имеют достаточно высокую (для социальной сферы) инвестиционную емкость. Поэтому (во избежание некупаемости инвестиций частного партнера) при передаче в концессию объектов недвижимости с высокой степенью износа могут оказаться необходимыми дополнительные бюджетные инвестиции в проект. При организации ГЧП в форме коммерческой организации или двухуровневой группы компаний со стороны государства и муниципалитетов должны быть предусмотрены достаточные для реализации проекта (с учетом реальных возможностей частного партнера) доли акционерного капитала. При этом следует помнить, что желание «сэкономить» на инвестициях приведет к снижению контроля государства /муниципалитетов над ГЧП и снижению той доли медицинских услуг, которая будет оказана населению на невыгодных для частного партнера условиях. Договоры концессии не должны предусматривать арендной платы концессионера за объекты недвижимости: расчет частного партнера с государством и муниципалитетами должен

осуществляться оказанием медицинских услуг.

В крупных городах рыночный потенциал рассматриваемых проектов достаточен для окупаемости инвестиций и получения достаточной нормы прибыли частным партнером (хотя в каждом конкретном случае это должно быть предметом исследования при составлении бизнес-плана партнерства). В малых городах и тем более в сельской местности рыночный потенциал проекта может оказаться недостаточным, в связи с чем будут необходимы периодические бюджетные субсидии. Проект будет эффективным для государства, если с учетом инвестиций (в том числе цены права владения и пользования объектом концессионного соглашения) и субсидий затраты бюджетных средств будут ниже, чем при полном финансировании того же комплекса услуг из бюджета.

В заключение отметим, что для организации ГЧП необходимо проводить аудит уровня менеджмента у предполагаемых частных партнеров, привлекая для этого специализированные консалтинговые организации. Экономия на этом этапе может обернуться большими потерями при функционировании ГЧП



Таблица 2, окончание

Срок действия ГЧП	Потребность в инвестициях	Рыночный потенциал проекта	Рекомендуемая форма ГЧП
Неограниченный	Высокая (необходимы бюджетные инвестиции)	Ограниченный	Схема «К — НК»

Неограниченный	Высокая	Высокий	Схема «К — НК»
----------------	---------	---------	----------------

вследствие неспособности частного партнера решить поставленные перед партнерством задачи.

Следует уделять серьезное внимание и таким аспектам создания ГЧП, как «стыковка» организационных культур государственных / муниципальных и частных партнеров. Мировая практика показывает, что конфликт культур может оказаться разрушительным и

не только не позволит реализовать преимущества партнерства, но и привести к большим потерям. Проблемы будут возникать и при «стыковке» систем бухгалтерского и налогового учета, контроля и аудита и в других сферах. Это означает, что использование ГЧП для реализации их преимуществ исключает спешку и требует привлечения квалифицированных консультантов.



Литература

1. Программы реализации приоритетных национальных проектов «Образование», «Здоровье», «Доступное и комфортное жилье — гражданам России» на 2009–2012 годы: Материал к заседанию Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 24 декабря 2008 года//<http://www.rost.ru/main/docs/Programma.doc>.
2. Цлаф В.М. Государственно-частное партнерство в социальной сфере: основные понятия, цели создания//Управление здравоохранением. — 2010. — № 1 (26). — С. 29–38.



О.А. Каплунов,

д.м.н., заведующий отделением ортопедии МУЗ «Городская клиническая больница № 3»,
г. Волгоград

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКО-ТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПОЗИЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРАКТИКА

Более 4 лет Министерство здравоохранения и социального развития (МЗСР) ведет работу по повышению доступности и поднятию качества высокотехнологичной медпомощи (ВМП) населению нашей страны. За эти годы сделано безусловно многое. Создана система оказания ВМП, организационно обоснованная, технически обеспеченная и, что особенно важно, подкрепленная финансами для своей реализации. Тысячи и тысячи граждан РФ, страдающих теми или иными недугами, получили так не хватавшую ранее хирургическую и иную реабилитацию. Часть из них, вернувшись к практически нормальной жизни с приемлемым уровнем качества, восстановили свою трудоспособность и вносят посильный вклад в развитие народного хозяйства страны.

Расширение объемов ВМП ведется внушительными темпами. В частности, в нашей специальности (травматология и ортопедия), благодаря проделанной работе, число оперативных вмешательств из арсенала высоких технологий возросло почти до 50 тыс. (ожидаемая цифра) в текущем году. Казалось бы, успехи очевидны. Более того, на ближайшие несколько лет запланировано увеличение бюджетных ассигнований на эти цели с ростом на 12–15% ежегодно. Однако при анализе имеющегося опыта, публикуемого в отчетах МЗСР, и личного (наше учреждение проводит несколько десятков видов высокотехнологичных вмешательств по специальности) возникают вопросы к существующей

организации оказания ВМП и к перспективам ее дальнейшего развития. Они еще более актуализировались после завершившегося недавно IX Съезда ортопедов-травматологов России, в работе которого довелось принять участие автору статьи. Эти вопросы носят как системный, так и детальный характер. Начнем с первых.

Какова же перспектива развития ВМП по существующей модели ее оказания? На этот вопрос можно ответить следующим образом: модель построена на экстенсивной основе и по определению не может дать качественного скачка в развитии. Такой ответ основан на следующих соображениях. Как известно, структурно оказание ВМП привязано главным образом к федеральным центрам (ФЦ), коими, как правило, являются профильные НИИ. Год назад к их числу добавился вновь построенный специализированный центр в Чувашии. Еще несколько модульных центров планируется построить в ближайшее время в регионах Сибири и Дальнего Востока, испытывающих особо острый дефицит в подобного рода медпомощи. Как свидетельствует статистика Департамента ВМП МЗСР, 50% высокотехнологичных операций в стране выполняются в ФЦ. При этом известно, что все они свои потенциальные возможности по объемам проведения операций практически исчерпали. Мощности их операционных, коечного фонда и штатного состава сотрудников предельно нагружены. И что же говорят при этом цифры отчетов? Восемь действующих НИИ нашей специальности и еще

© О.А. Каплунов, 2010 г.



допустим 5 вновь построенных центров, рассчитанных на 4–5 тыс. вмешательств в год, смогут произвести не более 50–55 тыс. операций ежегодно. Цифра весьма внушительная, однако она не перекрывает и четверти от существующей сегодня по общемировой статистике потребности населения РФ в такого рода вмешательствах. В Германии и Франции, общее население которых составляет чуть более 140 млн. человек, производится ежегодно 370 тыс. и более подобных вмешательств. По аналогии в РФ при населении в 135 млн. человек потребность в проведении ВМП по ортопедо-травматологическим показаниям составляет не менее 270–290 тыс. операций в год. Таким образом, продолжая реализацию ВМП в существующем формате, потребуется строительство еще не менее 35–40 спеццентров только по нашему профилю работы. Насколько даже при гипотетическом наличии необходимых финансов это реально и, что важнее, рационально с учетом еще более чем 20 других медицинских специальностей, в которых ситуация с ВМП принципиально схожая?

При рассмотрении упомянутого системного вопроса возникают более детальные вопросы морально-психологического, финансового и юридического плана. Да, помощь нуждающимся в ней пациентам стала более доступной. Но следует учесть, что в большинстве своем эти лица являются тяжелыми инвалидами, чья способность к передвижению и самообслуживанию резко ограничена. Им предлагается добраться до одного из ФЦ, хорошо ближайшего, а нередко — удаленного на 1,5–2 тыс. км и более, используя практически не приспособленную для инвалидов отечественную транспортную инфраструктуру. Их путь начинается с лифта, большинство которых в типовых домах не может вместить инвалидную коляску. После проведения операции в силу большой загруженности стационаров ФЦ пациентов выписывают домой на 7–9-е сутки, когда их мобильность в ран-

нем послеоперационном периоде чаще всего ограничена более чем до лечения. А им предстоит тот же длительный и тяжелый путь назад. Откровенно признаться, вряд ли кому-либо хотелось бы представить себя или своих близких в роли получателя подобным родом организованной медуслуги.

В силу названных обстоятельств таким пациентам в абсолютном большинстве требуется сопровождение. На проезд и проживание нуждающегося в лечении больного и его сопровождающего выделяются дополнительные финансы, и если вспомнить о почти 50 тыс. оперированных в год, то эти расходы составят вполне ощутимые суммы бюджетных средств. Так, если предположить среднюю величину этих расходов на один случай оказания ВМП в размере 20 тыс. руб., то за год общие ассигнования на эти цели превысят 500 млн. рублей. При современном размере обеспечения одной квоты на операцию в 120 тыс. руб. названную сумму непрофильных расходов можно было бы потратить на лечение дополнительно более 4 тысяч нуждающихся ежегодно. Кроме того, существует менее освещаемый, но важный финансовый аспект вопроса. Он касается реализации квот на повторные вмешательства. Известно, что операции из спектра ВМП весьма сложны, выполняются больным, в большинстве своем отягощенным рядом тяжелых соматических недугов, и поэтому риск осложнений и неудач, требующих повторных хирургических мероприятий, весьма высок. Но если в учреждениях, не входящих в перечень МЗСР по выполнению госзадания, подобные мероприятия проводятся зачастую из собственных средств, то в ФЦ на эти цели без всяких ограничений будет задействована новая квота. Подобная система вряд ли может стимулировать персонал центров к повышению контроля качества оказания услуги, а в условиях «вала» операций, особенно к концу отчетного периода, эти соображения вообще отходят на второй план на фоне необходимости «выработки» выделенных квот любой





ценой. Подобная организация в той или иной степени отрицательно сказывается и на судьбе пациентов, и на удельной эффективности финансов, отпускаемых на квоты и, следовательно, программу в целом.

И, наконец, при правовой оценке рассматриваемой модели оказания ВМП можно обнаружить, что пациент, вовлеченный в действующую систему госзаказа, на самом деле имеет следующее право выбора: оперироваться в том ФЦ, который ему в случайном порядке выбрал центральный сервер Департамента ВМП МЗСР, либо не оперироваться нигде. Подобная альтернатива входит в очевидное противоречие с действующим законом РФ об охране здоровья граждан, в котором оговаривается право выбора пациентом лечебного учреждения для оказания необходимого ему вида медпомощи.

Настоящее исследование не имеет самоцели только критиковать действующую сегодня систему ВМП. Всякое большое начинание практически всегда подвержено «болезням становления». Напротив, нами ставилась задача конструктивной попытки предложить новый взгляд на структуру и модель оказания ВМП с позиции хирурга, практикующего в одном из среднестатистических регионов РФ. Для выработки новых предложений, помимо отечественного опыта, оценивалась и система оказания ВМП в европейских странах.

В общих чертах новое видение решения проблемы таково. Модель, на наш взгляд, должна строиться на ином базовом организационном посыле, а именно: котируются не учреждения, оказывающие ВМП, а пациенты, нуждающиеся в ее оказании, подобно тому, как построено сертифицирование при родовспоможении. То есть квота (сертификат или иной документ финансового обеспечения) выдается больному, если констатирован факт необходимости проведения ему высокотехнологичного вмешательства. Обоснование показанности лечения проводят местные органы управления здравоохранением, кото-

рые и сегодня заняты в системе госзадания, по тем же принципам и критериям. Годовое финансирование квот, чтобы не увеличивать нагрузку на федеральный бюджет, остается запланированным по действующей программе и делится по регионам пропорционально числу их жителей.

Что повлечет за собой подобное построение системы ВМП? Последствий видится несколько и все они в той или иной степени позитивны. С правовой точки зрения, у пациента, нуждающегося в высоких медтехнологиях, принципиально изменится альтернатива выбора. Согласно действующему законодательству, он обретет право выбора медучреждения. При этом не следует вводить дискриминационно-территориальных ограничений. Гражданин РФ сможет выбрать для лечения как одно из местных медучреждений, так и любые иные — в соседних регионах, ФЦ. Современные коммуникационные возможности в первую очередь Интернет, позволят ему определиться в выборе за пределами региона. У себя в регионе абсолютное большинство нуждающихся хорошо осведомлены о возможностях каждого из оказывающих подобные услуги стационаров. Оговоримся, что при подобном подходе существует спорный правовой аспект иного свойства. Финансирование муниципальных медучреждений из федеральных источников не предусматривается законодательно. Как в таком случае быть с реализацией квот при обращении пациента к «муниципалам», что сегодня происходит сплошь и рядом, а с изменением возможности выбора у пациентов примет еще больший масштаб? Преодолеть это противоречие можно либо законодательным путем, либо, что представляется более оправданным, путем передачи ряда медучреждений в регионах в ведение медуниверситетов, имеющих, как известно, федеральное подчинение. Цель передачи — создание специализированных униклиник для оказания ВМП. Не останавливаясь на деталях такой трансформации, заслуживаю-



щих отдельного рассмотрения, отметим, что подобная организационная практика уже многие десятилетия повсеместно господствует в сообществе социально ориентированных госсистем и всячески себя оправдала. Такая мера, наряду с преодолением правовых противоречий в финансировании квот, может существенно улучшить уровень оказания ВМП на местах, качественно повысить ее доступность (на 89 регионов РФ приходится более 50 медуниверситетов, каждый из которых получит одну, а крупные — несколько клиник) и позитивно отразиться на жизни высшего звена медобразования. Одновременно будет создана организационная среда для здоровой конкуренции медучреждений, работающих в сфере оказания ВМП, в борьбе за пациента, что также позитивно отразится на уровне медуслуг.

С финансовой точки зрения, в качестве прямой экономии появится возможность сократить, вероятнее всего, большую часть транспортных расходов на ВМП, поскольку абсолютно уверен — большинство нуждающихся изберет местные медучреждения для проведения лечения. Вместе с тем и ФЦ не останутся без работы. Как свидетельствует статистика Германии, например, ряд известных немецких центров эндопротезирования имеет лист ожидания пациентов на год и более. Очевидны и иные экономические возможности. Они связаны с тем, что практически отпадет необходимость в строительстве упомянутых новых ФЦ (число 35–40!), что сэкономит колоссальные бюджетные средства. Часть из них можно будет перенаправить на обеспечение дополнительных квот и повышение их денежного наполнения. Квоты, реализованные в том или ином учреждении, дадут возможность последнему развивать свою материально-техническую базу и стимулировать труд персонала. Повышение заработной платы в условиях существующего дефицита кадров на периферии привлечет в нашу специальность новые трудовые ресурсы. Кроме того, в качестве нюанса финансо-

во-юридического свойства следует при этом пересмотреть квотирование повторных операций ВМП, соотнеся их финансовое обеспечение с качеством оказания услуги. Это повысит ответственность персонала за лечение пациента, а в случае сомнения в собственных силах — к рекомендации его обращения в более квалифицированные учреждения, в том числе ФЦ.

Перераспределение контингентов больных положительно скажется и на состоянии отечественной медицинской науки. Сегодня при действующей системе госзадания на ВМП специализированные НИИ, призванные «де-юре» продвигать вперед научно-технический прогресс в российском здравоохранении, загружены под решение практических задач и «де-факто» не в полной мере заняты творческим поиском. Снятие с них «оперативной нагрузки» позволит коллективу ученых НИИ большее внимание уделять своим непосредственным профессиональным обязанностям.

Таким образом, предложенная модель представляется более эффективной для решения проблемы оказания ВМП в масштабе РФ в ближайшей и отдаленной перспективе. Она содержит в своей основе организационно-экономический стимул, который позволит позитивно повлиять как на процессы реабилитации граждан нашей страны с возвращением трудоспособного контингента в структуру экономики, так и на правовое поле здравоохранения, его материально-техническую базу и научный потенциал без существенных дополнительных расходов на программу. Вероятно, что предлагаемая концепция далека от совершенства и требует обсуждения и существенной доработки. Тем не менее, в условиях сложной демографической ситуации и большого дефицита трудовых ресурсов в РФ основной ее посыл интуитивно понятен, он с успехом применяется в ряде развитых зарубежных стран и заслуживает пристального внимания и внедрения в практику.



ОСТЕОПОРОЗ В РОССИИ: КАЖДЫЕ 5 МИНУТ — ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРА



В Санкт-Петербурге с 25 по 29 сентября 2010 г. прошел IV Российский конгресс по остеопорозу...

По признанию Всемирной организации здравоохранения, масштабы заболеваемости этой «безмолвной эпидемией» выводят остеопороз на четвертое место в глобальной структуре неинфекционной заболеваемости. Как причина инвалидности и смертности остеопороз уступает лишь сердечно-сосудистой патологии, онкологии и сахарному диабету.

Это заболевание поражает каждую третью женщину планеты и каждого пятого мужчину старше 50 лет и резко ухудшает качество жизни человека. Территория России находится выше 40 градусов северной широты, то есть большая часть народонаселения страны входит в группу риска. Тем не менее, в России остеопороз не признан государством как важная проблема здравоохранения и не входит в сферу интересов созданных Центров здоровья.

В работе конгресса приняли участие около 700 делегатов почти из всех регионов России и ряда стран Ближнего и Дальнего зарубежья. Усилия прибывших на конгресс врачей были направлены на то, чтобы обратить внимание

правительств своих стран на угрозу, исходящую от остеопороза, и придать его профилактике и лечению статус государственной программы.

Центральным событием стал Саммит организаций по остеопорозу стран Восточной Европы и Центральной Азии, на котором были представлены результаты аудита состояния оказания медицинской помощи больным с остеопорозом, где на основании анализа существующей социальной и медицинской статистики в странах данного региона, было спрогнозировано, будет ли возрастать число остеопоротических переломов. Ситуация выглядит весьма пессимистично. Как отметила в своем докладе **вице-президент РАОП, д.м.н., профессор Ольга Лесняк**, согласно прогнозам, в большинстве стран Восточной Европы и Центральной Азии доля людей в возрасте 50 лет и старше будет увеличиваться (по некоторым странам до 56%). К примеру, на Украине к 2050 г. 50% населения будут составлять люди 50 лет и

старше, а 21% — 70 лет и старше. А в России на фоне снижения общей численности населения доля людей, входящих в группу риска, увеличится на треть.

Согласно подсчетам, в РФ 14 млн. чел. (10% населения страны) страдают остеопорозом, еще 20 млн. имеют остеопению. Таким образом, 34 млн. чел. имеют высокий риск переломов. Во многих регионах Российской Федерации госпитализируются только 33–40% больных с переломом шейки бедра и лишь 13% получают хирургическую помощь (в частности, эндопротезирование тазобедренного сустава). Подобные цифры характерны для большинства стран региона. Из-за низкого уровня госпитализации и отсутствия оперативного лечения отмечается чрезвычайно высокая летальность после перелома шейки бедра, в некоторых российских городах достигающая 45–52% в течение первого года после перелома.

Ежегодно в России происходит 9 миллионов перело-

Каждую минуту в РФ фиксируются 17 переломов периферического скелета, 7 переломов позвонков; каждые 5 минут — перелом шейки бедра



В РФ фиксируется не менее 100 000 переломов шейки бедра, если бы оперировались все переломы, то сумма затрат составила 537 млн. долларов в год

мов костей периферического скелета и 3,8 миллиона переломов позвонков. Каждую минуту в РФ фиксируются 17 переломов периферического скелета, 7 переломов позвонков; каждые 5 минут случается самый тяжелый остеопоротический перелом — перелом шейки бедра.

Стоимость операции эндопротезирования тазобедренного сустава в РФ составляет 120 тыс. рублей, или \$4 тыс. Во многих странах Центральной Азии хирургическое лечение перелома шейки бедра недоступно для подавляющего большинства пациентов, поскольку они должны самостоятельно платить за операцию. Даже в стационарах до сих пор широко применяются консервативные методы лечения перелома бедра: деротационный сапожок и скелетное вытяжение. «В Западной Европе оперативное вмешательство при переломе бедра у пожилых людей давно стало нормой, у нас же это происходит крайне редко, поэтому структурам здравоохранения необходимо срочно улучшить систему реабилитации пациентов, перенесших перелом», — заключила Ольга Лесняк.

В докладе **вице-президента Российской ассоциации по остеопорозу,**

профессора Эршовой Ольги Борисовны было отмечено, что размер квоты, выделяемой государством на операцию эндопротезирования тазобедренного сустава в РФ, составляет 120 тыс. рублей, количество квот — 14 000 (коксартрозы). Между тем в год в РФ фиксируется не менее 100 000 переломов шейки бедра. Если бы оперировались все переломы, то сумма затрат составила 537 млн. долларов в год. С учетом прогнозируемого роста переломов бедра только в связи со старением населения на 23% к 2030 г. сумма затрат на лечение будет еще больше.

Поэтому основной темой конференции стал анализ состояния рентгенологической диагностики при остеопорозе. Обсуждались вопросы постановки диагноза, обеспечения современными оборудованием, обучения специалистов проблемам остеопороза. Денситометрия является высокотехнологичным методом исследования и считается золотым стандартом диагностики остеопороза, позволяя обнаружить

болезнь даже на ранних стадиях, когда заметных симптомов еще нет. Однако из 167 рентгеновских остеоденситометров, закупленных в РФ, 86 (52%) находятся в Москве, то есть на миллион жителей столицы приходится 8,6 прибора и по 0,6 на миллион жителей в остальных регионах.

На конференции принята резолюция, которая включает следующие положения: «Лучевая диагностика остеопороза должна быть основана на использовании единых общепринятых международных критериев, а также Российских клинических рекомендаций по остеопорозу. Знание данных критериев и умение их использовать на практике являются обязательными условиями для постановки диагноза остеопороза, особенно при отсутствии у пациента периферических низкоэнергетических переломов костей и возможности проведения рентгеновской остеоденситометрии. Кроме того, лучевая диагностика имеет первоочередное значение в дифференциальной диагностике остеопороза с другими заболеваниями и патологическими состояниями костной системы».

Участники конференции предложили при пересмотре

Из 167 рентгеновских остеоденситометров, закупленных в РФ, 86 находятся в Москве, то есть на миллион жителей столицы приходится 8,6 прибора и по 0,6 на миллион жителей в остальных регионах





Город	Лечебное учреждение	Город	Лечебное учреждение
Архангельск	Поликлиника при Архангельской областной клинической больнице, ул Ломоносова, 292	Набережные Челны	Поликлиника № 3
Барнаул	МУЗ Городская поликлиника № 9	Новгород	ГУЗ «Нижегородский областной клинический диагностический центр»
Волгоград	Кардиологический центр		
Иркутск	МУЗ «Клиническая больница № 1»	Оренбург	ОрГМА Диагностический центр «Клиника», ул. Спартаковская, 73
Курск	ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Росздрава	Пермь	Женская консультация при Городской клинической больнице № 7
Москва	Городская Клиническая Больница № 72 КДО, ул.Оршанская, 16	Смоленск	МЛПУ Поликлиника № 3
Москва	ПК 166	Ставрополь	Ставропольская медицинская академия
Москва	НП ОСИВИ, ул. Онежская, 7	Уфа	Поликлиника ГКБ № 21, ул. Лесной проезд, 3
Москва	Поликлиника №22, ул.Кедрова, 24	Челябинск	ГКБ № 11, стационар
МО, г. Солнечногорск	Поликлиника при ЦРБ	Якутск	Якутская городская больница № 5
МО, г. Щелково	Поликлиника № 2		

Российских рекомендаций более детально осветить вопросы вариантов постановки и формулировки диагноза, а также заключения рентгенолога. Также была озвучена необходимость обратиться в Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию РФ с вопросом о закупке рентгеновского оборудования для проведения двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Кроме того, в документе, направленном в Федеральное агентство, сформулировано предложение: включить в программу переподготовки специалистов здравоохранения по специальности «Рентгенология» перечень вопросов и тем по рентгеновской диагностике остеопороза. РАОП, по предложению участников конференции в свою очередь должна организовать обучение рентгенологов и врачей других специальностей по вопросам лучевой диагностики (в том числе остеоденситометрии)

остеопороза, а Минздравсоцразвития РФ — доработать разделы стандартов по диагностике и лечению остеопороза с учетом Российских рекомендаций по остеопорозу.

Российские и зарубежные эксперты едины во мнении: только принятие единых стандартов профилактики и лечения остеопороза способны изменить сложившуюся ситуацию. В своем обращении к правительствам стран-участников саммита специалисты обозначили первоочередные меры, без которых ситуация будет усугубляться с каждым годом. В частности, в таком обращении к Минздравсоцразвития РФ обозначены следующие шаги:

- признание остеопороза приоритетной проблемой здравоохранения;
- обеспечение оперативного лечения при переломе шейки бедра;
- внесение вопроса остеопороза в Центры здоровья;

- включение рентгеновской остеоденситометрии в программу госгарантий;

- включение препаратов для лечения остеопороза в список жизненно важных лекарственных средств.

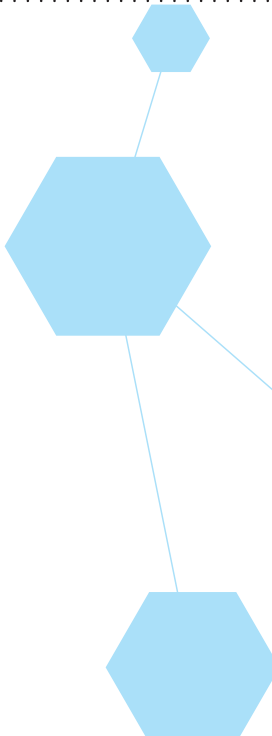
В эти дни в 23 регионах России стартует Программа массового бесплатного медицинского обследования населения по выявлению остеопороза. Проект «Остеоскрининг Россия», разработанный по инициативе ведущих зарубежных фармпроизводителей и при поддержке РАОП, возможно, поможет изменить отношение медицинского сообщества к проблеме остеопороза, диагностике которого пока не уделяется должного внимания. В его рамках тысячи россиян смогут бесплатно пройти обследование на выявление остеопороза — денситометрию, позволяющую обнаружить заболевание на ранних стадиях.

Наталья Куракова



Е.А. Варавикова,
ФГУ ЦНИИОИЗ, Москва

АНТИКРИЗИСНЫЕ СТРАТЕГИИ В НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Финансовый кризис, начавшийся в июле 2007 г. в США и распространившийся по всему миру, поразил и экономику России. По расчетам специалистов, глобальное здравоохранение будет преодолевать последствия рецессии до 2015 года. Глобальный по размаху он оказал негативное влияние на здоровье людей. Результаты исследования, проводимого в Швеции при охвате 500 человек в течение года, показали, что экономическая рецессия сопровождается увеличением риска смертности мужчин. Тесная связь между экономическими трудностями и показателями самоубийств обнаружена в Японии, Новой Зеландии, Российской Федерации и Соединенных Штатах Америки [12], причем повышение уровня безработицы на 3% приводило к повышению уровня смертности от самоубийств в возрасте до 65 лет на 4,45%, от злоупотребления алкоголем — на 28% [22]. Подобное проявление кризиса не является неожиданным. Такая же реакция общества на кризис наблюдалась и в период экономического спада 1997–1998 гг., когда произошел существенный рост смертности по причине самоубийства в Восточном и Южно-Азиатском регионах. [9], [12], [19], [20], [24]. За один год смертность мужчин по этой причине выросла в Японии на 39%, в Гонконге — на 44%, в Южной Корее — на 45%. Смертность среди женщин тоже увеличилась, хотя и не так значительно. Опираясь на опыт прошлых лет, в некоторых странах контроль смертности, особенно преждевременной, стал рассматриваться как антикризисная стратегия.

Другим негативным последствием кризиса является увеличение нищеты, связанной с ростом безработицы, ценами на продукты, топливо и пр., что, по оценкам ВОЗ, может привести к нищете дополнительно более 120 миллионов человек. [4], [6]. Особенно остро эти вопросы встают перед странами со средним и низким уровнем социально-экономического развития. Нарастание бедности неминуемо повлечет за собой ухудшение здоровья.

Социальные последствия кризиса ощутимы и в области охраны здоровья. Во многих странах происходит сокращение и/или перераспределение государственных финансовых средств, сокращаются и частные источники субсидирования общественного здравоохранения. В этих сложных условиях правительства избегают непопулярных мер по снижению расходов на национальные системы здравоохранения, а сохраняя их уровень, вынужденно уменьшают объемы, техническое и кадровое обеспечение медицинской помощи, что сказывается на ее доступности и





качестве. В этих условиях значительно возрастает роль антикризисного управления системами здравоохранения, которое и реализуется в странах с учетом национальных особенностей, сложившихся политических и социальных тенденций. Опыт управления здравоохранением в разных странах в кризисный период, безусловно, представляет значительный интерес для России.

Стратегии, реализуемые ВБ и ВОЗ

Большое влияние на развитие ситуации оказывают антикризисные стратегии, предложенные и реализуемые Всемирным банком и Всемирной организацией здравоохранения.

Практическая помощь странам со стороны Всемирного банка прежде всего состоит в том, что он за один год утроил количество займов, выделяемых на нужды здравоохранения, питания и народонаселения (ЗПН) с 950 до 2,9 млрд. долларов США. Стратегия ВБ по предоставлению кредитов, традиционно направленная на поддержание реформ в здравоохранении на основе развития частных инициатив, приносящих прибыль, а также на контроль над расходами государства на социальные нужды и здравоохранение, получила развитие в виде реализации антикризисных проектов, направленных на снижение бедности [1], [25].

Антикризисные рекомендации ВОЗ прежде всего ориентированы на сохранение и повышение эффективности социальных систем и особенно системы здравоохранения. Для реализации данной стратегии ВОЗ предлагает:

- выявлять группы населения, подвергающиеся наибольшему риску;
- обеспечить адекватную нацеленность программ социальной защиты на помощь наиболее нуждающимся;
- стремиться к повышению эффективности затрат там, где это возможно;
- использовать условия кризиса для проведения реформ, особенно если это касается создания эффективных систем здравоохранения;

- поддерживать расходы на профилактику и первичную медицинскую помощь и обеспечить соблюдение баланса между лечебной и профилактической помощью при поддержке межсекторального подхода к укреплению здоровья;

- обеспечить государственные субсидии в систему социального медицинского страхования [4].

В Докладе ВОЗ «Финансовый кризис и глобальное здравоохранение» (Женева, 2009 г.) в качестве тактических мер по реализации антикризисных стратегий предложены следующие [6]:

- защита расходов на национальные системы здравоохранения (в условиях снижения потребительского спроса на частные медицинские услуги население чаще обращается в государственные учреждения, что потребует их дополнительного бюджетного финансирования);

- четкое определение доли государственного и муниципального финансирования, требуемого на защиту бедного населения;

- обеспечение эффективности и действенности расходов на здравоохранение (расширение первичной медицинской помощи, обеспечивающей больших охват населения);

- расширение строительства школ и больниц в качестве обеспечения временной занятости населения с целью сохранения его доходов;

- повышение влияния общественных институтов на политические решения, принимаемые на правительственном уровне в области охраны здоровья;

- осуществление мониторинга и анализа для эффективного управления в чрезвычайных обстоятельствах с использованием современных научных методов.

Существенную роль в развитии антикризисной методологии играет Программа ВОЗ по надлежащему управлению в области лекарственных средств (НУЛС), направленная на повышение прозрачности и обеспечение доступа к лекарственным препаратам



при экономии ресурсов [7]. Программа НУЛС, начавшаяся в 2004 г. в четырех азиатских странах, сейчас проводится в 26 странах. Ее целью стало уменьшение масштабов коррупции в фармацевтическом секторе путем строгого соблюдения прозрачных и подотчетных административных процедур, а также стимулирование этических методов работы компаний на рынке. В странах были созданы центры фармацевтической информации, с помощью которых осуществлялось информирование больниц об уровне цен.

В соответствии с антикризисной стратегией ВОЗ системы здравоохранения должны продолжать действовать в рамках генеральной политики ВОЗ, направленной на предоставление основной помощи для всех, тем самым способствовать росту человеческого капитала и благосостояния общества, действуя в качестве активной экономической силы по преодолению кризисных явлений [7].

Нацеленность ВОЗ на сохранение бюджета на здравоохранение на докризисном уровне в качестве неперемennого условия сохранения здоровья и преодоления социально-экономических последствий кризиса обусловлена широко используемой рядом стран стратегией снижения социальных расходов.

Антикризисные стратегии стран ОЭСР и ЕС

В странах Европы возникшие за счет кризиса дефициты бюджетов часто компенсируются сокращением затрат на социальную сферу. Так, в Испании сокращение бюджета на 15 млрд. евро привело к замораживанию зарплат, пенсий, реформе рынка труда, сокращению кадров, в том числе в здравоохранении. В Великобритании необходимость экономии бюджета на 20 млрд. фунтов стерлингов в течение следующих четырех лет приведет к снижению бюджета здравоохранения на 10% [8]. Это в первую очередь коснется сокращения медицинских кадров. Больничные трасты уже объявили о готовящемся

сокращении на первом этапе 650 врачебных и 2000 сестринских должностей. В целях усиления поддержки врачей первичной медицинской помощи Конференция менеджеров (Ливерпуль, 2010 г.) рекомендовала проведение «мягкой» реструктуризации системы оказания помощи путем сокращения «дорогих» коек в стационарах, исключения ненужных операций, укрепления первичной медицинской помощи (ПМП) [14]. Такое внимательное отношение к ПМП объясняется общегосударственными интересами, определяемыми научно доказанным влиянием уровня развития первичной помощи на снижение преждевременной смертности от ряда заболеваний [9], [12], [15], [19].

Другим направлением антикризисных стратегий, реализуемых странами ОЭСР, является эффективное использование финансовых средств [21]. В целях экономии затрат, например, Австралия, Новая Зеландия осуществляют оплату лекарственных препаратов с учетом критерия экономической эффективности. Затраты на препараты, не являющиеся экономически эффективными, не подлежат возмещению. В большинстве стран осуществляются профилактические мероприятия: проводится массовый скрининг на выявление таких заболеваний, как рак молочной железы и рак шейки матки, обсуждается целесообразность программ по раннему выявлению рака кишечника. Наиболее широко этот подход используется в Англии и Швеции [4], [6]. Считается, что большие возможности для расширения профилактики на уровне общеврачебной практики имеют страны, обладающие жесткой системой контроля доступа к специализированной помощи.

Антикризисные программы в здравоохранении США

Основные направления антикризисных стратегий в США определяются привлечением федерального правительства к «разруливанью» ситуации с неконтролируемым ростом расходов здравоохранения. В США,





как ни в какой другой стране мира, кризисный период политически использован для проведения крупнейшей в истории страны реформы здравоохранения по обеспечению права каждого гражданина на доступное медицинское страхование. Ожидается, что эта реформа позволит снизить дефицит бюджета на 143 млрд. долл. в 2010–2019 гг. и на 0,5% ВВП в период 2020–2029 гг. [3]. Сегодняшние направления антикризисной деятельности связаны с контролем расходов на лекарственные средства (повышением их доступности) за счет увеличения объема продаж. В целях снижения риска потери качества стационарной помощи, а также угрозы закрытия больниц из-за уменьшения объема госпитализаций руководители больниц предлагают федеральному правительству разработать программу сохранения рабочих мест в больницах [23]. В государственной поддержке также нуждаются местные учреждения общественного здравоохранения и профилактические программы. Общество ожидает радикальных действий от федеральных властей в преодолении кризисных последствий в здравоохранении, это обусловлено тем, что здравоохранение США — самая большая индустрия страны, которая в условиях кризиса способна обанкротить всю национальную экономику.

К предпринимаемым конкретным мерам относится создание электронной сети здравоохранения для устойчивой экономии бюджетных средств и резкого повышения эффективности здравоохранения¹ [17]. Другим решением является поддержка существующих «сетей безопасности», позволяющих людям, не имеющим работу и медицинскую страховку, получать медицинскую помощь, а больницам, оказавшим им помощь, получать оплату произведенных услуг. По законам США любой человек, нуждающийся в неотложной медицинской помощи, должен ее получить, несмотря на свой статус страхования. Источ-

ники оплаты такого лечения включают в себя федеральные программы и финансирование штата, благотворительные фонды, распределение стоимости некоторых услуг среди всех больных, повышение стоимости сервисных услуг и т.п. [16].

Опыт антикризисного управления в странах Азии и Латинской Америки

Острый кризис приостановил экономическое и социальное развитие Индонезии, Малайзии и Таиланда и отразился на здоровье населения [24], [20], [19]. [12]. Так, экономический кризис в Таиланде резко увеличил уровень бедности в стране (54% из миллиона бедняков впали в крайнюю бедность). Расходы на здравоохранение в бедных домохозяйствах сократилось почти на четверть, люди перешли на самолечение. Вместе с тем государство сохранило контроль иммунизации населения, однако эффективность этих программ снизилась, что отразилось на росте показателей заболеваемости дифтерией, коклюшем, малярией [24]. Существенный урон финансированию здравоохранения Таиланда наносит коррупция, в результате которой теряется 10–25% расходов на государственные закупки [7], [26]. Особенно это касается фармацевтической продукции. Рост цен на фармацевтические средства представляет реальную угрозу закрытия больниц в системе Министерства общественного здравоохранения. Поэтому проблема реформирования фармацевтической отрасли имеет первостепенное значение. Меры, предпринятые правительством, касаются ограничения видов и количества лекарственных средств в резервных запасах больниц, а также посредством создания групповых схем закупок лекарственных средств на уровне провинций и учреждения центра фармацевтической информации для обеспечения обмена лекарственными препаратами между больницами. Позитивными

¹ В ЕС также планируется развитие этого направления — «электронного здоровья».



проявлениями кризиса стали прекращение оттока специалистов в частный сектор и переход от широкого использования патентованных лекарств на дженерики.

В то время как правительства Таиланда и Индонезии последовали жестким предписаниям Всемирного банка и в числе прочих мер резко сократили государственные расходы на социальные нужды и нужды здравоохранения (несмотря на резкий рост безработицы), Малайзия выбрала иной путь, позволивший избежать роста смертности населения, отмечавшегося в Таиланде и Индонезии. Сравнение стратегий по выходу из кризиса, анализ эпидемиологических и социально-экономических показателей этих стран позволяют сделать вывод о минимизации последствий экономического шока для населения Малайзии, что удалось добиться при помощи сохранения государственных субсидий и поддержания социальных «сетей безопасности» [19], [26].

В Аргентине, пережившей острый экономический кризис 2001–2002 гг., кризис вызвал внутри системы здравоохранения быстрое и значительное перераспределение средств и медицинских услуг [10], [11]. При общем сокращении объема средств в системе они перераспределились в наиболее финансово емкие секторы (больничная помощь, диагностика). Значительная часть бедного населения потеряла доступ к медицинским услугам, и они стали достоянием более благополучных граждан страны. При анализе ситуации был сделан вывод о том, что аргентинская система здравоохранения уязвима к экономическим спадам главным образом из-за прочной связи между медицинским страхованием и занятостью населения и высокой зависимости от индивидуальных платежей пациентов. В ходе последовавших реформ здравоохранения были учтены некоторые уроки кризиса. Был внедрен единый базовый пакет медицинских услуг. Обсуждается задача мониторингирования доступа к медицинским услугам.

В сложившихся условиях особое значение имеет анализ опыта эффективного антикризисного управления в отдельных странах. Прежде всего это касается Кубы и Сингапура. Куба, находящаяся в многолетней финансовой, экономической и торговой блокаде, то есть живущая в условиях долгосрочного кризиса, имеет эффективное здравоохранение, превышающее по уровню многие страны, находящиеся в более благоприятных условиях. Продолжительность жизни населения Острова Свободы, по оценкам ООН, на 2009 год — одна из самых высоких в регионе — 77,45 лет для всего населения (в США — 78,11 лет). У мужчин она достигает 75,9 лет, у женщин — 79,85 лет. Показатели здоровья кубинцев соответствуют или превосходят показатели развитых стран по низкой младенческой и материнской смертности и высокой продолжительности жизни. В мировом рейтинге здравоохранения Куба заняла 34-е место, опережая многие страны, включая и экономически развитые [13], [18].

Государственная система здравоохранения несет на себе полную финансовую и административную ответственность за оказание медицинской помощи всем гражданам. Система здравоохранения гарантирует доступную интегрированную и эффективную лечебную помощь, особо уделяя внимание профилактике, активно действует триединый подход: медицинская, психологическая и социальная помощь, оказываемые одновременно. Различные уровни медицинской помощи эффективно взаимодействуют между собой. Сбалансированное развитие системы привело к созданию сильной и разветвленной сети учреждений — от врачебного кабинета до высокоспециализированной больницы, насыщенных базовыми технологиями, грамотным персоналом. Местное производство диагностических и лекарственных средств покрывает 85% потребностей страны, включая антиретровирусные и цитостатические средства. Куба одной из первых глубоко внедрила информационные технологии





в систему здравоохранения, была создана единая компьютеризированная система. Финансирование осуществляется в основном за счет бюджета. На Кубе не разрешены частные больницы и клиники. Реальным дополнительным источником в последнее время становится быстро развивающийся медицинский туризм. Ежегодно лечение проходят более 6000 человек [18]. Несмотря на серьезные бюджетные ограничения, в стране выделяются значительные средства на научные исследования, связанные со здоровьем человека, в частности, в сфере биотехнологий и генной инженерии, производства вакцин и многочисленных медикаментов. Реализация такого подхода стала возможной благодаря наличию большого количества специалистов высокой квалификации, подготовленных в рамках национальной системы образования. В основе достижений кубинского здравоохранения лежит созданная в стране система обучения врачей.

Кадровые ресурсы здравоохранения насчитывают 447 023 работника, что составляет около 7% населения трудоспособного возраста, из них более 70% — женщины. В 2005 году в стране функционировала 21 медицинская, 4 стоматологические и 4 медсестринские школы [18], [27].

Вместе с тем тяжелое экономическое положение страны сказывается на секторе здравоохранения. Наиболее острой проблемой, связанной с недофинсированием, является чрезвычайно низкий уровень оплаты труда медицинских работников.

Опыт Кубы показывает, что благодаря развитию кадрового потенциала в секторе здравоохранения даже в условиях долгосрочного экономического кризиса и жестко ограниченных ресурсов здравоохранение при условии четкого управления в состоянии обеспечивать высокий уровень здоровья населения.

В отличие от Кубы, Сингапур демонстрирует редкий случай, когда эффективное управление в условиях кризиса позволяет не толь-

ко удержаться на докризисном уровне, но и осуществить рывок в будущее [2], [5]. Система здравоохранения Сингапура, по данным ВОЗ, признана лучшей в Азии и одной из лучших в мире. Истоки этого чуда заложены в кризисе 1997 г., когда правительство с целью выхода из кризиса, используя достижения в микроэлектронике, сделало ставку на развитие биологии, биотехнологии и медицины. Огромные инвестиции вкладывались крупными производителями лекарств. В июне 2000 г. в Сингапуре начала действовать программа в области биомедицины. В кратчайшие сроки была создана система управления развитием биомедицины. Не имея собственных научных традиций, Сингапур пошел по пути привлечения специалистов со всего мира. В стране работает Агентство по науке, технологии и исследованиям, Совет экономического развития и Международный консультационный совет, в который входят ученые с мировыми именами и даже лауреаты Нобелевской премии. В результате был создан уникальный научный центр «Биополис», крупнейший в мире биотехнологический кластер, в рамках которого работают девять НИИ биотехнологической и фармацевтической направленности. Штат сотрудников насчитывает около 4 тыс. исследователей. В результате к кризису 2007 г. Сингапур подошел с быстро и эффективно развивающимся производством биомедицинских товаров. Этот рост вызван успехами науки и существенными налоговыми льготами и поощрениями, что стимулирует многих гигантов фармацевтики и биотехнологии к переносу своих производств в Сингапур. Благодаря высокому уровню медицинской помощи, страна становится одним из центров медицинского туризма.

Заключение

Финансово-экономический кризис, широко охвативший весь мир и оказавший негативное влияние на положение населения во многих странах, сказался и на снижении



уровня здоровья населения, способствовал росту смертности в отдельных группах трудоспособного населения. Влияние кризиса на состояние систем здравоохранения отразилось в снижении бюджетного финансирования, что повлекло снижение доступности помощи для значительной части населения, рост самолечения, сокращение различных профилактических программ, вырос риск потери качества медицинского обслуживания из-за увеличения обращаемости населения при снижении объемов платной помощи.

В условиях глобального кризиса значительно возросло влияние международных организаций на национальные системы здравоохранения, таких как ВБ и ВОЗ, осуществляющих антикризисную политику. Если ВБ ориентирован на оказание финансовой поддержки странам и расширение частного сектора здравоохранения, то ВОЗ в качестве основных направлений преодоления социальных последствий кризиса рекомендовала повышение доступности первичного звена здравоохранения, мониторинг и моделирование кризисных явлений, лидерство в отстаивании интересов сектора здравоохра-

нения и повышение эффективности деятельности системы здравоохранения.

Специфика антикризисных стратегий правительств многих стран, наиболее благополучно переживающих кризис, проявилась в преимущественной поддержке первичной медицинской помощи, в контроле над состоянием рынка фармацевтической продукции, введении ограничений для коррупции, усилении контроля доступа к специализированной помощи, а также за счет государственной помощи наиболее нуждающейся части населения.

Исключительный интерес функционирования систем здравоохранения в условиях кризиса представляет опыт Кубы и Сингапура — стран, создавших национальные системы здравоохранения, по уровню внутрисистемной организации и качеству оказываемой помощи опередивших многие значительно более благополучные государства. Результат высоких достижений кубинского здравоохранения во многом определяется системой подготовки и развития медицинских кадров, в Сингапуре — развитием новых научных направлений и передовых технологий.



Литература

1. Всемирный банк: здравоохранение, питание и народонаселение, обзор деятельности. Годовой отчет, 2009 г. (http://siteresources.worldbank.org/EXTAR2009/Resources/6223977-1253813071839/AR09_Year_in_Review_Russian.pdf) [Дата обращения: 02.09.2010]
2. Дембский Л.К. Чудеса азиатского дракона. Здравоохранение Сингапура// «Республиканское предприятие «Крымский республиканский медицинский центр реабилитации зрения» (http://eyecenter.com.ua/doctor/discus_club/world/26.htm) [Дата обращения: 02.09.2010]
3. Козлов К. США: краткий обзор реформы здравоохранения. Обзор Центра макроэкономических исследований Сбербанка России. Март 2010 г. (http://www.sbrf.ru/common/img/uploaded/files/pdf/press_center/Review_us_health_reform.pdf) [Дата обращения: 02.09.2010]
4. Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: Задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. EUR/RC59/7, Европейский региональный комитет, Пятьдесят девятая сессия, Копенгаген, 14–17 сентября 2009 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/66963/RC59_rdoc07.pdf) [Дата обращения: 04.09.2010]





5. Сайт Министерства здравоохранения Сингапура. Healthcare Financing Overview (<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx>) [Дата обращения: 06.09.2010].
6. «Финансовый кризис и глобальное здравоохранение». Доклад Консультации высокого уровня, Всемирная организация здравоохранения, Женева, 19 января 2009 года. Информационная записка 2009/1 (http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_ru_.pd) [Дата обращения: 06.09.2010].
7. Целевое исследование в Таиланде: надлежащее управление и предотвращение коррупции. Совместная программа Таиланда и ВОЗ. http://www.who.int/features/2010/medicines_thailand/ru/print.html [Дата обращения: 07.09.2010].
8. Юдаева К., Козлов К., Годунова М., Калашникова Е. «Кризис: новый раунд. Суверенный долг». Макроэкономический обзор Центра макроэкономических исследований Сбербанка России, 2010 г. (http://www.sbrf.ru/common/img/uploaded/files/pdf/press_center/Review_new_round_100622.pdf) [Дата обращения: 01.09.2010].
9. Bednarz Dan. «The economic crisis impacts on public health.» Health after Oil, March 13, 2010. Paper delivered at the Health after Oil conference, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, March 12, 2010. (<http://healthafteroil.wordpress.com/2009/03/18/the-economic-crisis-impacts-on-public-health/>) [Дата обращения: 02.09.2010].
10. Cavagnero E., Bilger M. Equity during an economic crisis: Financing of the Argentine health system//Journal of Health Economics. — Volume 29, Issue 4, July 2010, Pages 479–488.
11. Cavagnero E. Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system Health Policy//Journal of Health Economics. — Volume 88, Issue 1, October 2008, P. 88–99.
12. Chang S., Gunnell D., Sterne J., Lu T., Cheng A. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand//Social Science & Medicine. —Volume 68, Issue 7, April 2009, Pages 1322–1331.
13. Cooper RS, Kennelly JF, Ordunez-Garcia P. Health in Cuba//Int J Epidemiol. — 2006. — 35. — P. 817–824.
14. Dealing with the Downturn. Health Care, marketising reforms and the media. Conference of the International Association of Health policy in Europe (IAHPE) Coventry University, UK, June 2010 г. (<http://www.healthp.org/taxonomy/term/1>) [Дата обращения: 05.09.2010].
15. Ettelt S., Nolte E., Mays N., Thomson S., Martin McKee and International Health care comparison network. Медицинская помощь вне стационара. Получение общеврачебной и специализированной медицинской помощи в восьми странах. Основы политики. Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 93 стр., 2008 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/108964/E89259R.pdf) [Дата обращения: 06.09.2010].
16. Felland LE, Cunningham PJ, Cohen GR, November EA, Quinn BC. The economic recession: early impacts on health care safety net providers//Res Briefs. — 2010. — Jan (15). — P. 1–8.
17. John W. Hill, Phillip Powell The national healthcare crisis: Is eHealth a key solution?//Business Horizons. — Volume 52. — Issue 3, May-June 2009. — P. 265–277.



18. *Jenkins T.M.* Patients, practitioners, and paradoxes: responses to the Cuban health crisis of the 1990s//Qual Health Res. — 2008. — 18. — P. 1384–1400.
19. *Hopkins S.* Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis//Health Policy. — Volume 75. — Issue 3. — February 2006. — P. 347–357.
20. *Kim H., Song Y., Chung W., Nam C.* Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea//Annals of Epidemiology. — Volume 14. — Issue 6. — July 2004. — P. 442–446.
21. OECD Health Data 2010: Statistics and Indicators (http://puck.sourceoecd.org/vl=13412665/cl=40/nw=1/rpsv/statistic/s37_about.htm?jnlissn=99991012) [Дата обращения: 05.09.2010]
22. *Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M.* The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis//The Lancet. — Volume 374. — Issue 9686. — 25 July 2009 — 31 July 2009. — P. 315–323
23. *Sussman JB, Halasyamani LK, Davis MM.* Hospitals during recession and recovery: vulnerable institutions and quality at risk//J Hosp Med.. — May-Jun 2010. — 5(5). — P. 302–305.
24. *Tangcharoensathien V., Harnvoravongchai P., Kasemsup V.* Health impacts of rapid economic changes in Thailand//Social Science & Medicine. — Volume 51. — Issue 6. — 15 September 2000. — P. 789–807.
25. *Tandon P., Sparkes S., Gupta V., Berman V.* Protecting Pro-Poor Health Services during Financial Crises Lessons from Experience/Working Paper, the World Bank, April 2009 (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/ProtectingProPoorFC.pdf>) [Дата обращения: 02.09.2010]
26. Transparency International (2006). Handbook for curbing corruption in public procurement: Experiences from Indonesia, Malaysia and Pakistan. (http://www.transparency.org/regional_pages/asia_pacific/newsroom/news_archive2/handbook_for_curbing_corruption_in_public_procurement_2006) [Дата обращения: 04.09.2010]
27. World Health Organization. The world health report 2006. Working Together for Health Geneva, 2006 (http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf) [Дата обращения: 07.09.2010]

Полезная ссылка

http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_rPB_5.pdf



Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения? Краткий аналитический обзор. — Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения...

Полный текст документа на русском языке



От редакции:

Российская система здравоохранения находится в ожидании перемен... Весной 2010 г. Премьер-министр РФ Владимир Путин заявил об отмене лицензирования для большинства видов медицинской деятельности в 2013 г. Эта перспектива вызвала острую полемику. Поэтому нам представилось полезным познакомить читателей «МЗ» с рефератом статьи белорусского политика и экономиста Ярослава Романчука, которая представляет собой развернутый комментарий статьи экспертов журнала The Institute of Economic Affairs (Tim Evans and Helen Evans Healthcare: state failure. — Journal of The Institute of Economic Affairs. — 2008. — V. 28. — No 4. — P. 2–4).

Оригинал статьи может быть запрошен в редакции «МЗ».

Я.Ч. Романчук,

руководитель научно-исследовательского центра Мизеса, Республика Беларусь

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ — ПРИМЕР ПРОВАЛА ГОСУДАРСТВА

Если Вы не врач или больше им не являетесь (с точки зрения государства), Вы не можете заниматься тремя вещами. Вот они по возрастанию важности: подписывать справки о смерти, выписывать лекарства и принимать на себя медицинский риск в целом... Иными словами, медицина — это поддерживаемая государством монополия. Вы не можете серьезно заниматься медициной, если Вам разрешено выписывать только несущественные лекарства или принимать незначительные риски. Насколько я могу судить, так обстоят дела везде. Нет ни одной страны в мире, в которой государство бы не вмешивалось в медицину.

B. Micklethwait How and How not to demonopolize medicine

Люди одной профессии редко встречаются друг с другом, даже для забавы и развлечения. Если они встречаются, то эти встречи заканчиваются разговором против общества или неким хитроумным планом поднять цены.. Поскольку закон не может запрещать людям одной специальности собираться вместе, он не должен делать ничего, чтобы облегчать такие встречи, тем более не считать их полезными.

A. Смит, Природа и причины богатства народов

Многие ужасные истории из деятельности Национальной системы здравоохранения (NHS) симптоматичны для института, который имеет неадекватные отношения с потребителями. Как и со всеми государственными учреждениями, существует тенденция принимать во внимание заботы производителей (часто их мнение подается как «суждение профессионалов»). Такой подход доминирует над способностью реагировать на желания и спрос потребителей.

E. Butler & M. Pirie 2001 The New Shape of Public Services

Холлы больниц переполнены ожидающими в очередях пациентами. Длинные очереди пациентов на лечение рака. Нехватка высокотехнологического оборудования. Неудивительно, что доверие к Medicare, самой почитаемой социальной программе Канады, упало до исторического минимума.

D. Gratzer 1999 Code Blue: Reviving Canada's Health Care System

Для меня совершенно очевидно, что свободный рынок медицинских услуг будет успехом. Он принесет человечеству огромную пользу. Чем быстрее система здравоохранения перейдет в режим работы свободного рынка, тем лучше. Не все неизбежно будет идеальным. Некоторые дураки будут совершать грубые ошибки, игнорируя, очевидно, лучшие медицинские услуги и защищая, очевидно, некомпетентных производителей. Некоторые из этих дураков погибнут от своей глупости. Другим просто не повезет. Ни один закон не предотвратит глупость и неудачу, хотя мир сегодня переполнен особой глупостью. Она состоит в том, что люди отказываются признавать правду о рынке медицинских услуг.

B. Micklethwait How and How not to demonopolize medicine



На самом деле NHS эффективна и популярна в большой степени за счет того, что она не эгалитарна. Достаточно обеспеченные люди очень уважают NHS в большой степени и потому, что они получают неплохие условия получения от нее услуг. Они себя хорошо чувствуют, продолжая платить то, что им говорят, является субсидией бедным.

A. Adonis, S. Pollard A Class Act: The Myth of Britain's Classless Society 1997

Человеческая деятельность делится на одобряемую и неодобряемую, здоровую и нездоровую, предписываемую и осуждаемую, ответственную и безответственную. К безответственным действиям, которые моралисты называют пороками, относятся «аморальный» секс, потребление наркотиков как легальных (алкоголь, табак), так и нелегальных. Список этих действий можно расширить, включив в него не посещение регулярного медицинского осмотра, потребление «нездоровой пищи или незанятие спортом»

Petr Skrabanek The death of humane medicine 1994

Теоретики и практики государственного интервенционизма убеждают, что здравоохранение — это особый сектор экономики. Отдавать его на откуп рыночным силам нельзя. Без санкции государства человек не может назвать себя врачом или даже санитаром. Так работает государственная монополия в области здравоохранения.

Идеология государственного интервенционизма в сфере здравоохранения построена на целом ряде предположений. Во-первых, сфера здравоохранения требует особых знаний. Здесь имеет место асимметричность информации, то есть ситуация, когда у производителя услуг или товаров в этой сфере есть полная информация о своем товаре (услуге), а у покупателя ее нет, что увеличивает риски продажи некачественных товаров (услуг).

Данный аргумент как основание для государственного интервенционизма, тем более монополии на рынке услуг здравоохранения, абсолютно несостоятелен. Асимметричность информации имеет место при каждой обменной операции производителя и покупателя. На здоровье человека влияет много факторов, товаров и услуг, которые он потребляет. Он даже грибы и ягоды собирает без соизволения и опеки государства. А ведь встречаются мухоморы и волчьи ягоды. Однако это не является основанием для лицензирования сбора грибов и ягод. Риски подводной охоты тоже чрезвычайно велики, а за рулем автомобилей ежегодно погибают тысячи людей. Даже съев яйцо, человек может заболеть сальмонеллой и умереть, но это не значит, что надо национализировать все курятники.

В сфере здравоохранения нет неких особых, уникальных рисков, которые бы человек не был в состоянии нейтрализовать при помощи доступных на других рынках инструментов и механизмов. Среди них стандартными являются частное страхование, брэнды производителей, оценки знакомых или авторитетных изданий (типа журналов потребителей), оценки специализированных изданий и т.д. Все эти источники информации помогают минимизировать риски приобретения и потребления некачественных товаров и услуг.

Второй аргумент интервенционистов в защиту монополии или жесткого государственного вмешательства в здравоохранение — это невежество людей. Мол, люди слишком глупы, чтобы оценить риски для своего здоровья в течение жизни. В детстве, понятное дело, они еще не могут о себе позаботиться, а в старости — уже не могут. Это тоже очень слабый аргумент. В иерархии ценностей и приоритетов человека здоровье занимает одну из самых высоких строчек. Очевидно, что при такой ценности человек обязательно будет инвестировать в свое здоровье, в лечение, так как данные затраты абсолютно необходимы для его жизни и экономической деятельности. Если человек платит за услуги сотовой связи, автомобиль, музыку и видео, за разного рода развлечения и пищевые излишества, нет оснований считать, что человек не заплатит за услуги здравоохранения. Если здоровье — это такое ценное состояние, то есть гарантирован устойчивый спрос на него, то рынок, то есть предприниматели, наверняка, организуют полноценное предложение. Даже на гораздо





менее значимые товары и услуги рынок организует предложение самых разнообразных товаров на каждый вкус. Рынок услуг и товаров для здоровья, если бы на нем не было государства, был бы гораздо более развитым, чем, скажем, рынок мясных или молочных изделий, мороженого или женских шляпок.

Что касается здравоохранения детей и стариков, это тоже надуманная интервенционистами проблема. Детей, как известно, не аисты приносят. Родители несут полную ответственность за своих детей. Расходы на особые случаи, когда родители отказываются от детей, слишком малы, чтобы служить основанием для национализации целой системы здравоохранения. Поскольку забота о детях является безусловным приоритетом цивилизованного общества, то люди либо сами организуют финансирование медицинских учреждений для заботы о брошенных детях (через благотворительные, религиозные организации), либо согласятся на бюджетное финансирование частных структур здравоохранения и опеки, которые на деньги налогоплательщиков будут оказывать данные услуги.

Третий аргумент, который используется интервенционистами для монополизации системы здравоохранения, — это необходимость заботы о бедных, хронических больных и инвалидах. Опять же достаточно проанализировать эмпирические данные, чтобы сделать вывод о несостоятельности такого аргумента. Вместо того, чтобы признать факт выравнивания рынком социальной власти, его способность нейтрализовывать власть производителей и стимулировать полный охват товарами и услугами, интервенционисты делают все, чтобы обвинить рынок в проблемах, в появлении которых виновато само государство. Экономист в сфере здравоохранения Джулиан ле Гран (Julian Le Grand) продемонстрировал, что в Великобритании на лечение высокопрофессиональных работников фиксируется на

40% больше затрат на один эпизод болезни, чем в Национальной системе здравоохранения (NHS) тратится на неквалифицированных или полуквалифицированных работников

Система здравоохранения еще никогда не функционировала в условиях свободного рынка. Поэтому ее низкое качество, ее пороки ни в коем случае нельзя приписывать рынку. В этом сегменте рынка отсутствуют права собственности, добровольное заключение контрактов, создание брэндов, свободная реклама разного рода медицинских услуг. Многие товары и услуги либо жестко регулируются и лицензируются, либо вообще находятся в исключительной компетенции государства. Таким образом, состояние системы здравоохранения, в частности, в Великобритании, которую описывают эксперты The Institute of Economic Affairs, является доказательством провала государства.

Наконец, полностью несостоятелен аргумент в пользу сохранения государственной монополии. Мол, только в ее рамках люди по-настоящему заботятся о своем здоровье. На самом деле система всеобщего охвата населения услугами госсистемы, разведение по разные стороны обмена поставщиков услуг и их потребителей создают стимулы не инвестировать в здоровье, а пользоваться бесплатными или очень дешевыми услугами государственной медицины. По сути дела, здоровый, трудолюбивый, честный, ответственный человек платит за лентяя, пьяницу, наркомана и обжору.

Хелсизм как сговор Большого государства и Особой касты врачей

По мнению Петра Скрабанка, доктора и профессора медицины, политика здоровья неумолимо шла к парадигме, в которой государство, а не сам человек несет ответственность за здоровье. Здоровье стало темой, проблемой, политикой всего общества¹.

¹ *Хелсизм (healthism)* — это вид идеологии по отношению к медицине и здоровью, в которой ответственность за состояние здоровья несет не человек, а общество. Впервые термин использовал Роберт Крофорд (Robert Crawford) в работе «Healthism and the medicalization of everyday life» в 1980 г.



Постепенно на политической арене и в идеологии появилось терапевтическое государство. В нем политики и чиновники начали уделять очень много внимания тому, что едят, пьют люди, а также курению, алкоголю и сексуальным привычкам. В политическом обиходе идея личной моральной ответственности человека за свое здоровье была вытеснена правом на здоровье. По мнению П. Скрабанка, хелсизм (healthism) заполнил идейный ценностный вакуум, который остался после отказа от религиозной веры: *«Хелсизм — это мощная идеология, потому что в светских обществах она заполняет вакуум, оставленный религией. Как эрзац — религия, она пользуется большой популярностью, особенно среди представителей среднего класса, которые потеряли связь с традиционной культурой. Они все больше чувствуют себя неуверенными в быстро меняющемся мире. Хелсизм охотно воспринимается как дорога к суррогатному спасению. Если смерть — это конец всего, возможно, его можно оттягивать до бесконечности. Поскольку болезнь может стать причиной смерти, ее надо предотвращать примирительными ритуалами. Добродетельные будут спасены, а безнравственные умрут».*

В XXI веке, когда человек умирает рано, его жизнь внимательно анализируется. Смерть не просто наступает. Кого-то или что-то надо в этом обвинить. Как заметил Иван Иллич (Ivan Illich), в современном светском обществе *«смерть не наступает иначе, как самосбывающееся пророчество медика».* П. Скрабанек так говорит об этом: *«Сегодня уже принято говорить, что когда человек умирает от болезни, которую можно предотвратить (preventable disease), такой как рак, сердечные болезни, доктора «объясняют» наступление смерти нездоровым «поведением» человека, то есть он утверждает, что плохое поведение человека стало причиной смерти. Социально одобряемая смерть происходит, когда человек стал если не производителем, то потребителем героического «лечения против смерти». Это отношение*

проявляется в категоризации смертей и выделении «преждевременных» (они наступают в самом начале пенсионного возраста) и поздних, когда человек перестает работать и становится финансовой обузой для государства. Героем в «геройском» лечении является не врач, а пациент. Его смерть становится социально приемлемой, только если он не отреагировал на применение срочных лекарств. Многих больных раком принуждают к такому невольному героизму посредством внушения им долга принимать «лечение» против смерти до самого конца».

Если раньше государство интересовалось здоровьем граждан разве только с позиции призыва в армию, то в рамках терапевтического государства медицинско-политический консенсус предполагает активное вмешательство государства в личную жизнь человека с точки зрения, что он ест, занимается ли он спортом, регулярно ли обследуется и т.д. Доходит до абсурда, когда многие псевдоученые начинают связывать самые разные болезни с развитием цивилизации. Несмотря на то, что статистика по болезням рака ведется с начала XX века, многие врачи начали убеждать, что рак — это болезнь цивилизации. Профессор Ричард Долл в 1967 г. утверждал: *«Контакт кожи с солнечным светом, жевание табака, бетеля и других веществ, курение, потребление алкоголя, сексуальные связи, недостаточная чистота и гигиена — все это так или иначе влияет на развитие рака».* Ученик Долла Ричард Пето в 1979 г. добавил в список причин рака диету: *«Многие и, вероятно, большинство, случаев рака являются результатом определенных сексуальных привычек, курения и грубых диетических нарушений».* Внезапно появилось огромное количество материалов, книг, передач по диете, по здоровому образу жизни. Джоггинг стало чрезвычайно модным увлечением. В 1977 г. Джеймс Фикс (James Fick) написал свой бестселлер «The complete book of running». Он пробежал 10 миль в день, но, к сожалению, в возрасте 52 лет умер от сердечного приступа во время джоггинга в





1984 г. В период с 1973 по 1978 гг. врачи находились под сильным влиянием взглядов Thomas J. Bessler, калифорнийского патолого-анатома и бегуна марафонов. Он утверждал, что марафон гарантирует полный иммунитет от атеросклероза и коронарных болезней сердца. До тех пор, пока исследования не доказали обратное, врачи советовали своим пациентам, имеющим проблемы с сердцем, заниматься марафоном.

В 1930–1940-х в Британии государство активно продвигало жирную диету. Только в конце 1950-х врачи установили, что жиры являются причиной многих сердечных заболеваний. В 1970 г. группа американских экспертов опубликовала советы для американцев, в которых было рекомендовано не есть «масло, яичный желток, бекон, сало». Продукты питания быстро разделили на здоровые и нездоровые. Несмотря на то, что не было доказательств того, что такая диета продлевает жизнь, ее начала рекомендовать American Medical Association. В 1976 г. ее поддержала британская British Royal College of Physicians. К началу 1990-х такая диета была принята чуть ли не во всем мире. При этом, по мнению П. Скрабанека, «данные рекомендации были приняты и предоставлены вниманию всему миру без доказательств в виде исследований населения, что такая диета полезна».

Так политики помогли закрепить за врачами монополию на профессию. Активная пропаганда оказывает на людей большое психологическое давление, когда человеку предлагается строго ограниченный, санкционированный набор лекарств и способов лечения. В такой среде беда от навязывания неких универсальных рецептов всем гораздо больше, чем польза от свободного выбора в условиях частной медицины. Да, случаются ошибки в диагностике и лечении. Да, люди тоже совершают ошибки. Стремление при помощи государства добиться общественной идиллии и идеального здоровья генерирует не только финансовые злоупотребления, но нередко приводит к летальным исходам.

Национальная система здравоохранения (NHS): уроки национализированной системы здравоохранения

Британская система здравоохранения часто описывается как образец эгалитарной модели. Она финансируется из общих налоговых поступлений и бесплатна для потребителей. Британская система была создана после Второй мировой войны и воплощает в себе все недостатки государственной монополии: чрезмерные затраты, неэффективность, недостаток инвестиций, нормирование (очереди) и постоянное вмешательство политиков. В результате британская система показывает существенно худшие результаты, чем в других богатых странах. NHS не добилась того, чего от нее ожидали ее авторы: неограниченного объема медицинских услуг, эгалитаризма и всеобщего охвата.

В 1942 году сэр Уильям Беверидж опубликовал свою известную работу Social Insurance and Allied Services. В ней он изложил план создания Национальной системы здравоохранения. По его мнению, данная система наполовину приблизит Британию к Москве. После Второй мировой войны в бункерах фашистов были найдены статьи этого британца и дана им оценка. Немцы утверждали, что данные работы являются убедительным доказательством того, что «наши враги перенимают национал-социалистические идеи». Данная система начала работать в июле 1948 года. Тогда она обещала предоставление «всех медицинских, санитарных и стоматологических услуг. Ею смогут воспользоваться все, как богатые, так и бедные». За 50 лет существования государственная система ни разу не предоставила того, чего обещали ее авторы.

В далеком 1944 г. в работе «A National Health Service» Анюрин Беван оценил, что данная система обойдется налогоплательщикам в 132 млн. фунтов в год. Уже в первый год работы она обошлась более чем в 300 млн. фунтов стерлингов. Предварительные оценки были сделаны, исходя из уровня спроса, кото-



рый существовал до введения системы. Однако, когда услуги оказались бесплатными, спрос на них резко возрос. Уже в 1949 году в закон были внесены изменения и установлена плата (один шиллинг) за все лекарства, выписываемые по рецепту. В 1950-х система показала всю свою несостоятельность: *«Сегодня в Британии не хватает докторов и санитаров. На услугах больниц очень сильно экономят. Строительство новых больниц, которые могли бы удовлетворить спрос, практически приостановлено из-за практически неизбежного сокращения наших инвестиций в основной капитал. Широко разрекламированные новые клиники, которые должны были решить большинство внутренних и профессиональных проблем врачей и осчастливливать несчастных пациентов, так и не были построены и не будут в застопоренной социалистической экономике. Она функционирует при постоянной реализации одного правила: забрать у одного, чтобы дать другому»* [1].

Очередной чертой системы было нормирование предложения не через цену, а через дефицит. Вначале докторам говорили оказывать медицинские услуги каждому по потребностям, но вскоре они стали менеджерами ограниченных ресурсов. В критических случаях врачи часто ограничивались оказанием минимального количества услуг. В конце 1970-х в Британии операций по коронарному шунтированию проводились в 10 раз меньше, чем в США. Несмотря на громкие декларации, NHS никогда не предлагала бесплатные услуги для всех. В долгосрочной перспективе эти услуги теоретически доступны, но ведь они нужны именно в краткосрочной перспективе.

После национализации государство должно было финансировать строительство новых больниц и поликлиник, но денег хронически не хватало. В начале 1960-х большинство используемых медицинских учреждений было либо построено еще частным сектором, либо местными органами власти. За 12 лет после национализации инвестиции в

основной капитал в данной сфере составили только 160 млн. фунтов. Потом было выделено 500 млн. фунтов, но опять же в 1999 г. эксперты сделали вывод, что план не был выполнен. Только одна треть из 224 проектов была завершена, а треть проектов вообще даже не были начаты. Национализированная медицина испытывала острый дефицит инвестиций. С 1992 г. большинство инвестиций в основной капитал было привлечено в рамках программы Private Finance Initiative и Public Private Partnerships. Так государство признало свой вопиющий провал. А ведь в момент национализации авторы проекта уверяли, что качество системы улучшится. На практике оказалось все наоборот.

NHS не стала эгалитарной. Профессор Джулиан Ле Гран (Julian Le Grand) из Лондонской школы экономики проанализировал, как расходовались ресурсы системы, и сделал вывод, что представители профессиональных и управленческих групп получали услуг на 40% больше на каждый случай болезни, чем низко- и неквалифицированные работники. Люди из самой высокой группы по доходам получали на 2% больше общих услуг и на 17% больше услуг по госпитализации, чем представители самых бедных социальных групп. Ученые из Глазго даже установили, что богатые чаще получали клинические услуги в области болезней сердца, чем бедные, хотя они реже болели этими болезнями.

NHS воспроизвела классовую структуру британского общества. На самом верху национализированной системы оказались консультанты госпиталей (на самом верху — консультанты лондонских больниц). За ними следует верхний средний класс медицинской профессии — главные менеджеры. Они могут зарабатывать столько же, сколько и консультанты. Они являются нуворишами медицинских услуг. Следом идет средний класс — универсальные врачи. Много среди них женщин, так как они понимают, что пробиться выше им очень сложно. Затем через большую пропасть находятся квалифицированные





работники, нижний средний класс или санитарки, терапевты, техники и технологи. Большинство из них женщины. В самом низу находится так называемый пролетариат системы: вспомогательный, подсобный, обслуживающий персонал, в большинстве своем женщины.

В 2008 г. в разного рода очередях NHS находилось более 1 млн. человек. Еще более 200 тысяч стараются стать на очередь. Во многих районах Великобритании сложно найти врача общей практики или стоматолога. В государственных больницах более 10% больных приобретают госпитальные инфекции (информация London School of Hygiene & Tropical Medicine 2001). По мнению Malnutrition Advisory Group, 60% больных в больницах не доедают. Больше всего страдают пожилые пациенты.

М. Пири и Е. Батлер убедительно показывают, что низкое качество национализированной медицины является не вызывающим сомнения провалом государства. *«Если бы приватизированная частная медицинская система заставляла пациентов ждать операции по 18 месяцев, размещала их на передвижных тележках в коридорах, а не на кроватях после поступления в больницу, если бы она более чем каждого четвертого «награждала» в больнице болезнью, которой у пациента не было до поступления, если бы она конфисковывала части тела мертвых детей без разрешения их родителей и даже не информируя их, люди бы обвинили в этом всем приватизацию. Если бы один из ее врачей убил 150 своих пациентов или один из ее хирургов вырезал здоровую почку вместо больной, или если бы врачи так провели анализы, что операбельная болезнь не лечилась вообще, а здоровые женщины были оперированы без всякой надобности — вся ответственность за это легла бы на плечи безудержной жадности наживы или приоритета интересов акционеров перед интересами пациентов».*

Исследование начала 2008 г. выявило, что NHS является причиной более 17 тысяч необязательных смертей в год [2]. Начиная с

1980-х по 2008 г., дополнительные расходы в объеме 34 млрд. не оказали влияния на уровень смертности в Великобритании. В 2004 г. NHS не смогла предотвратить смерть в пять раз большего количества людей, чем погибло в автомобильных авариях, и в 2,5 раза больше числа людей, умерших от злоупотребления алкоголем. Профессор Карол Сикора пишет: *«NHS не должна быть религией, структура которой начертана на камне. У нас есть выбор между современной, движимой спросом потребителей медицинской системой для всех или загнивающей, бюрократической системой, из которой могут уйти только люди, владеющие собственными ресурсами».*

К концу 1990-х, когда провал национализированной медицины уже нельзя было скрыть, когда данная тема стала одной из важнейших на выборах, лейбористы запустили тему государственно-частного партнерства. Был подписан конкордат с независимым частным сектором через торговую структуру Independent Healthcare Association. Согласно этому договору, NHS начал посылать пациентов на лечение в частные клиники и больницы. В период 2000–2003 гг. более 250 тысяч пациентов NHS лечились в частных медицинских учреждениях.

В 2001 г. правительство приняло решение о том, что частный сектор должен проектировать, строить и управлять вновь создаваемыми медицинскими центрами (Independent Sector Treatment Centers). В этом же году власти заявили об учреждении независимых Foundations Hospitals. Государство заявило о том, что лучшие поликлиники и больницы в системе NHS должны действовать вне контроля правительства и больше прислушиваться к мнению инвесторов, а не чиновников.

В последние годы NHS заявил о необходимости предоставления пациентам больше свободы выбора места лечения. Речь идет также о выборе частного медицинского учреждения. Таким образом, в XXI веке направление реформ системы здравоохранения очевидно.



Политики и чиновники, не справившись с декларируемыми целями и задачами, идут по пути приватизации. Рыночные решения рассматриваются как способ улучшения качества медицинских услуг, модернизации сектора и предоставления адекватного предложения. NHS стал площадкой для политиков, которые спекулируют на данной теме вместо того, чтобы наладить механизмы предоставления услуг, в первую очередь пациентам.

Государственная система здравоохранения по тем же причинам и в такой же степени провалилась в США, Medicare и Medicaid. В Америке политики тратят на нее еще больше денег, чем в Британии, — с тем же результатом. В Британии после 60 лет существования NHS 7 млн. человек имеют частные медицинские страховки. У 6 млн. есть частные медицинские планы. 8 млн. британцев платят дополнительно за медицинские услуги. Более 250 тысяч людей ежегодно платят за экстренные хирургические операции. Особенно вопиющим является провал британской NHS в стоматологии. Политики, причинив огромную боль миллионам людей, сегодня разрешают им получать услуги частных стоматологов. Миллионы британцев имеют частные долгосрочные медицинские планы. Очевидно, люди выбирают качество, время и поэтому они голосуют за рыночные решения в здравоохранении.

Как работает система здравоохранения в Северной Америке. Когда правительство является проблемой, а не ее решением

Систему здравоохранения в США и Канаде часто критикуют за ее дороговизну и социальную безответственность. Критики считают, что дело в наличии частного сектора в данном сегменте рынка. На самом деле государственный интервенционизм в разных формах является причиной состояния системы здравоохранения США и Канады.

В этих странах частные расходы на здравоохранение выше, чем в других государствах — членах ОЭСР. США имеют самую

большую долю расходов на эти цели от ВВП, Канада занимает седьмое место в ОЭСР. При этом государство в этих двух странах тратит столько же ресурсов (7% от ВВП) на здравоохранение. Франция тратит на 1,9 п.п. ВВП больше, являясь мировым лидером по данному показателю.

На уровень расходов на здравоохранение влияют многие факторы. Во-первых, разная демографическая ситуация: в странах с высокой долей пожилого населения расходы больше. Во-вторых, аварийность на дорогах и преступность в целом. В-третьих, общий уровень доходов в США и Канаде — один из самых высоких в мире. При росте доходов люди склонны все больше ресурсов выделять на здравоохранение. Как отмечает Бретт Скиннер (Brett J. Skinner), агрегатные цифры не раскрывают суть и формы государственного вмешательства в систему здравоохранения в США и Канаде.

Канадский провал

В Канаде на правительство приходится около 70% всех расходов на здравоохранение. В этой стране правительство финансирует 100% медицинских услуг, которые считаются «необходимыми с медицинской точки зрения» («medically necessary»). В эту категорию попадают все больницы и услуги врачей. Государство также покрывает 48% расходов на лекарства по рецепту. В отличие от Канады, в других странах есть параллельная частная медицинская страховка на те услуги, которые также включены в государственную. То есть в Канаде де-факто существует монополия государства на медицинское страхование. Каждый гражданин имеет право на медицинское обслуживание, за которое платит государство из общих доходов бюджета. Каждый орган местной власти отвечает за предоставление услуг на своей территории и не допускает никакой частной конкуренции. На практике это означает запрет на частное финансирование больниц и медицинских услуг.

Местные или федеральные органы власти также действуют как поставщики услуг или





лекарств по рецепту, в том числе услуг для специфических социальных групп (пенсионеры, люди с низким доходом, военные). При этом частные платежи за такого рода услуги не запрещены. Больницы и клиники так регулируются государством, чтобы они работали как государственные, чтобы их менеджеры имели такую же систему стимулов, как госслужащие. Рынок лекарств по рецепту только регулируется под существующие государственные программы, госстраховку. На них распространяется ценовой контроль и ограничения по маркетингу.

В 2006 г. канадское правительство потратило 52% всех расходов на здравоохранение на больницы, поликлиники, врачей, инвестиции в основной капитал. В этом сегменте конкуренция частных структур невозможна. Существенная часть расходов на здравоохранение идет на расходы по обеспечению «общественного здоровья» (борьба с инфекционными заболеваниями) — 11% расходов государства на здравоохранение. 37% расходов идет на оплату тех услуг и товаров, где есть конкуренция с частными производителями.

По оценке специалистов (Esmail, Walker 2007), несмотря на высокие расходы, канадская система показывает худшие результаты, чем системы здравоохранения в странах с аналогичным уровнем доходов. Дефицит медицинских ресурсов и отсутствие мотивации приводят к формированию длинных очередей. В Канаде они длиннее, чем в любой другой аналогичной стране. В условиях дефицита правительство отреагировало ограничением доступа к государственной медицинской системе. Например, из списка услуг, которые раньше покрывались страховкой, были исключены отдельные виды, равно как был введен запрет на включение в страховку новых лекарств, а также использование новых технологий. Недофинансирование в основной капитал (здания, оборудование) привело к тому, что пациентов переводили на укороченные сроки госпитализации.

Б. Скиннер так описывает недостатки системы здравоохранения Канады:

- В 2007 г. около 1,7 млн. канадцев не могли найти постоянного семейного доктора.

- В 1993 г. канадский пациент ждал в среднем 9,3 недели от времени, когда он был обследован и получил консультацию семейного врача, и до времени, когда он получил специализированное лечение. К 2007 г. срок ожидания почти удвоился, до 18,3 недель.

- Среднее время ожидания на лечение в Канаде в два раза больше времени, которое считают врачи клинически разумным.

- В 2005 г. канадские статорганы показали, что среди пациентов, которые дождались своей очереди, 11% ждали более 3 месяцев для получения консультации специалиста, 17% ждали более трех месяцев для получения несрочного хирургического лечения, 12% ждали более трех месяцев для получения диагностических анализов.

- Государственная программа лекарств часто отказывается регистрировать новые лекарства. Когда новое лекарство все-таки включается в госпрограмму, пациенты должны ждать на год больше, чем пациенты, которые получают лекарства по частной страховке.

- С 1997/98 по 2006/07 фискальные годы во всех десяти канадских провинциях расходы на систему здравоохранения увеличивались в среднем за год на 7,3%, а темпы роста доходов провинций составляли 5,6%, равно как и темпы роста ВВП провинций (5,6%). Это значит, что расходы на здравоохранение увеличивались быстрее, чем способность государства покрывать эти расходы.

- Без учета растущего бремени стареющего населения прогнозируется, что к 2035 г. в шести из десяти провинций государственные расходы на здравоохранение превысят более половины общих доходов бюджета из всех источников.

- По состоянию на 2004 г. не подкрепленные финансами обязательства в сфере здравоохранения Канады достигли CAN\$364 млрд. (\$296 млрд. по ппс), или 30% ВВП страны (\$1 трлн.). Объем такого рода обязательств продолжает увеличиваться. Он повысился на 20,7% в период с 2000 г. по 2004 г.



• В июне 2005 г. Верховный суд Канады ликвидировал монополию правительства провинции Квебек на оказание медицинских услуг, считая, что ожидание в длинных очередях нарушает право человека на сохранение своего здоровья. Еще в двух провинциях граждане опротестовывают в суде государственную монополию на медицинское страхование.

Все эти факты говорят об очевидном провале государства на рынке медицинских услуг. Все эти проблемы являются результатом функционирования не рыночных механизмов, а именно следствие монополистических практик государства. Государство запретило вход на рынок частным конкурентам, пообещав людям высокое качество, доступность, всеобщий охват. Результат оказался далеким от обещанной идилии государственной медицинской системы.

Кроме выше перечисленных недостатков система полна двойных стандартов. Например, в шести из десяти провинций запрещают частную медицинскую страховку базовых медицинских услуг (врачи и больницы). При этом во всех провинциях разрешена частная медицинская страховка на лекарства по рецепту и на услуги стоматологов. При этом для тех граждан, которые пользуются государственной страховкой по покупке лекарств, предусмотрены скидки (1/3 населения имеют данную страховку). Это еще один пример дискриминации частного сектора.

Американская система здравоохранения

Нет оснований считать систему здравоохранения США моделью, в которой в полной мере реализованы принципы свободного рынка. Ее часто критикуют за отсутствие всеобщего охвата населения. Б. Обама и Х. Клинтон победили на президентских выборах 2008 г., в том числе под лозунгом реализации принципа всеобщего охвата населения государственной страховой медициной.

Многие «болячки» системы здравоохранения США являются следствием государственного вмешательства, а не признаком несовершен-

ства рыночных механизмов. Например, налоговое законодательство США предоставляет налоговые льготы по страхованию здоровья, если страховые платежи платит наниматель. В результате получается, что когда люди меняют работу, они теряют страховые взносы. Самозанятые тоже вынуждены платить более высокие страховые взносы потому, что они выплачивают их с чистой прибыли. Именно на эти две группы приходится то большое число незастрахованных. К тому же к ним относятся те люди, которые имеют право на получение медицинской страховки от Medicaid или программы страхования детей (CHIP), но они не обращались за страховкой по причине отсутствия проблем со здоровьем. В это число входят также люди с высоким доходом, которые не считают нужным страховать свое здоровье. При учете всех этих факторов число незастрахованных оценивается в половину того, что указано в опросе населения.

В США около половины всех расходов на здравоохранение осуществляет государство. При этом высокие цены лекарств и медицинских услуг являются в большой степени следствием государственного регулирования данного сектора экономики. К тому же отсутствие страховки не является признаком полной блокировки доступа к медицинским услугам. В США больницам запрещено отказывать в предоставлении медицинских услуг по спасению жизни.

Б. Скиннер приводит такие сравнения американской и канадской систем здравоохранения [3]:

- В 2006 г. в Канаде было 2,1 практикующего врача на 1000 населения, в США — 2,4. Это значит, что в Канаде на 300 врачей на 1 млн. населения меньше.
- В 2006 г. в Канаде было 8,8 практикующих младших медицинских работников на 1000 населения, в США — 10,5. Это значит, что в Канаде на 1700 меньше на 1 млн. населения.
- В 2004 г. в Канаде на 1000 населения совершалось 45 хирургических операций, а в США — 90.
- В 2006 г. предложение диагностического оборудования в Канаде составило 6,2 на





1 млн. населения, в США — 26,5 на 1 млн. населения.

- В 2006 г. в Канаде предложение СТ-сканнеров составило 12 на 1 млн. населения, в США — 33,9 на 1 млн. населения.

- В 2004 г. проводилось 87,3 обследования при помощи СТ-сканнера, в США — 172,5 на 1000 человек.

- В 2003 г. возраст средней больницы в Онтарио, самый большой штат Канады по населению, составил 40 лет, в США — 9 лет.

- С учетом паритета покупательной способности в 2005 г. канадские врачи зарабатывали в среднем только 40% от уровня заработка среднего американского врача. Средняя канадская медсестра зарабатывала 71% от уровня зарплаты американской медсестры.

- Тысячи высококвалифицированных канадских врачей и медсестер переехали на работу в США. Миграция американских врачей и медработников в Канаду не зафиксирована.

Опыт Канады убеждает, что для обеспечения полного охвата населения системой медицинского обеспечения совсем не обязательно монополизировать ее. В Канаде только 4% домашних хозяйств имеют «катастрофически высокие» расходы на здравоохранение по сравнению с другими расходами. Второй важный вывод: у менее 1% населения катастрофически высокие расходы на здравоохранение и также нехватка ресурсов на прямую покупку медицинских услуг или на медицинскую страховку. Получается, что канадцы платят за медицинские услуги для 99% населения, которое само могло бы позволить себе эти услуги обеспечить.

У каждого человека должен быть свободный выбор формы, времени покупки медицин-

ских услуг. Один выберет страховку, другой — покупку медицинских услуг в текущем режиме. Даже если существует законодательная норма об обязательном медицинском страховании, то самый лучший вариант — это индивидуальная медицинская страховка на свободном рынке частных страховых услуг. При этом государство поддерживает только тех, кто реально нуждается. Поскольку таких людей очень мало, то и бюджетная нагрузка будет минимальной. Главное, чтобы действовал принцип «тратить свои деньги на свое здоровье прежде, чем заставлять налогоплательщиков платить за тебя». При этом необходимо иметь эффективную систему определения нужды помощи государства по приобретению медицинских услуг. Подобная система функционирует в Швейцарии. Здесь граждане обязаны иметь медицинскую страховку. Размер страховых взносов определяется местными органами власти, а человек самостоятельно выбирает страховую компанию. Он может менять ее два раза в год. Страховые компании не имеют права отказывать в обязательной медицинской страховке. Страховщики, подверженные высоким рискам, минимизируют их посредством пула ресурсов через контролируемый государством механизм. Страховые компании конкурируют путем установления выплат и цен. Для сокращения бремени обязательной страховки на население с низкими доходам предусмотрены бюджетные субсидии, размер которых зависит от дохода и активов, которыми владеет получающий государственную помощь человек (means-tested subsidy).

Продолжение читайте в следующем номере

Литература

1. Palmer C. The British Socialist Ill-Fare State 1952.
2. Sinclair M. Wasting Lives. A Statistical Analysis of NHS Performance in a European Context since 1981, London Taxpayers' Alliance.
3. Skinner, B. J. M. Rovere and M. Warrington (2008) The Hidden Costs of Single-payer Health Insurance: A Comparison of the United States and Canada, Vancouver: Frazer Institute.

Таблица 1

**Основные социально-экономические показатели в странах Европейского региона ВОЗ,
2007 г. или последний год с наличием данных**

Государства-члены	Индекс развития человеческого потенциала	ВВП (долл. США на душу населения)	Реальный ВВП, в международных долларах (ППС) на душу населения	Общие государственные расходы (%ВВП)	Население в возрасте ≥ 25 лет (% от общего)			Экономически активное население (% от общего)	Уровень безработицы (%)
					С начальным образованием	Со средним образованием	С высшим образованием		
Австрия	0,948	38 924	33 700	49,7	49,3	94,0	6,1	48,6	6,8
Азербайджан	0,746	1026	5016	25,3	8,6	70,1	14	51,0	1,2
Албания	0,801	2439	3316	30,4	—	—	—	43,5	13,8
Андорра	0,921	—	—	19,2	—	—	—	—	—
Армения	0,775	1017	4945	21,8	—	—	—	43,0	6,7
Беларусь	0,804	2330	7918	47,9	32,5	45,8	12,5	49,3	1,0
Бельгия	0,946	37 522	32 119	51,8	60,6	28,7	5,2	43,1	11,5
Болгария	0,824	3109	9032	38,9	49,1	35,7	15	39,7	9,0
Босния и Герцеговина	0,803	2183	7032	37,0	27,2	65,5	7,3	52,9	31,1
Бывшая югославская Республика Македония	0,801	2637	7200	35,0	56,2	30,6	6,7	42,8	34,9
Венгрия	0,874	11 212	17 887	49,8	59,2	30,7	10,1	41,8	7,4
Германия	0,935	35 241	29 461	46,9	—	18,0	4,3	50,0	10,3
Греция	0,926	23 991	23 381	37,5	62,6	28,7	8,7	47,2	8,8
Грузия	0,754	1151	3365	28,2	—	—	—	50,6	13,8
Дания	0,949	50 765	33 973	53,3	—	41,6	19,6	52,1	3,4
Израиль	0,932	17 194	25 864	46,3	24,9	40,0	35,1	39,6	7,3
Ирландия	0,959	51 567	38 505	33,8	41,75	46,3	13,1	51,1	4,5
Исландия	0,968	54 657	36 510	42,4	—	—	—	60,0	2,9
Испания	0,949	27 825	27 169	38,5	65,3	25,5	8,4	48,5	8,5
Италия	0,941	31 659	28 529	48,2	31,46	22,9	7,54	41,8	6,1
Казахстан	0,794	2717	7857	27,0	36,9	50,7	12,4	55,0	7,3
Кипр	0,903	18 668	22 699	44,0	—	—	—	50,1	4,5
Кыргызстан	0,696	433	1927	28,5	—	51,3	12,5	45,0	8,1
Латвия	0,855	5868	13 646	35,6	40,3	46,3	13,4	48,2	4,9
Литва	0,862	6480	14 494	33,5	30,4	57,0	12,6	48,0	4,3
Люксембург	0,944	67 795	60 228	42,3	39,7	40,3	10,8	43,0	4,2
Мальта	0,878	13 256	19 189	44,9	47,6	40,1	4,47	43,1	6,5
Монако	0,925	—	—	21,3	21,8	41,1	23,58	—	2,5
Нидерланды	0,953	40 860	32 684	45,2	14,0	64,0	22	53,0	4,2
Норвегия	0,968	72 016	41 420	42,1	0,2	81,3	18,7	54,9	2,5
Польша	0,870	8969	13 847	43,3	44,3	47,8	7,9	45,4	13,8
Португалия	0,897	18 335	20 410	47,6	77,6	14,8	7,7	53,1	8,0
Республика Молдова	0,708	615	2100	37,0	29,8	58,9	11,3	52,4	1,9
Российская Федерация	0,802	4042	10 845	31,9	—	49,0	14,1	51,7	7,2
Румыния	0,813	3374	9060	31,2	29,8	63,2	6,9	47,0	7,3
Сан-Марино	0,916	—	—	44,6	68,9	28,7	2,4	66,2	1,6
Сербия	—	—	—	38,0	—	—	—	—	18,1
Словакия	0,863	10 219	15 871	38,4	38,6	50,9	9,5	50,0	11,0
Словения	0,917	16 115	22 273	46,0	48,3	42,9	8,8	52,1	7,7
Соединенное Королевство	0,946	39 793	33 238	44,9	89,0	—	11	51,0	5,0
Таджикистан	0,673	322	1356	22,7	22,8	65,5	11,7	33,7	2,7
Туркменистан	0,713	1294	3838	21,6	—	—	—	46,7	—
Турция	0,806	9305	13 669	24,2	77,8	21,9	10,8	46,2	10,3
Узбекистан	0,702	456	2063	32,1	—	—	—	44,6	0,4
Украина	0,788	1366	6848	43,6	—	40,5	6,5	47,7	6,8
Финляндия	0,952	39 643	32 153	50,5	45,06	37,86	17,07	50,5	6,9
Франция	0,952	35 445	30 386	53,6	51,7	36,9	11,4	44,2	9,8
Хорватия	0,850	7724	13 042	43,4	53,8	39,5	6,4	43,8	11,1
Черногория	—	—	—	29,9	—	—	—	—	30,3
Чешская Республика	0,891	13 949	20 538	44,9	31,7	58,6	8,5	50,9	5,3
Швейцария	0,955	51 970	35 633	36,4	24,0	57,0	19	56,4	3,8
Швеция	0,956	43 267	32 525	55,3	32,4	43,0	23	51,9	5,4
Эстония	0,860	8331	15 478	33,4	41,2	45,1	13,7	49,8	4,7

Таблица 2

Улучшение показателей здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ

Государства-члены	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет), 2007 г.*		Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении (число лет), 2007 г.		Вероятность смерти до достижения возраста 5 лет (на 1000 новорожденных)		Коэффициент материнской смертности (на 1 000 000 новорожденных)		Перинатальная смертность (на 1000 родившихся), 2007г.*
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	По национальным данным 2007 г.*	По оценкам ВОЗ, 2004 г.	По национальным данным 2007 г.*	По оценкам ВОЗ /ЮНИСЕФ/ ЮНФПА/Всемирного банка, 2005 г.	
Австрия	77,6	83,2	70	74	4,4	5,0	3,9	4	3,1
Азербайджан	71,3	76,3	59	60	14,5	89,5	34,9	82	8,9
Албания	73,7	78,9	64	64	12,4	18,5	15,1	92	11,5
Андорра	–	–	72	76	–	6,5	0,0	–	0,0
Армения	70,0	75,9	59	63	13,4	32,0	15,0	76	15,3
Беларусь	64,6	76,3	58	66	6,9	10,0	6,8	18	4,0
Бельгия	74,6	81,1	70	74	5,9	4,5	5,3	8	7,4
Болгария	69,1	76,3	63	69	14,5	15,0	10,0	11	11,0
Босния и Герцеговина	69,5	76,0	65	68	16,1	15,5	21,6	3	–
Бывшая югославская Республика Македония	71,1	76,1	65	66	13,0	14,0	0,0	10	15,3
Венгрия	68,8	77,2	62	69	7,5	8,0	8,2	6	4,9
Германия	77,2	82,4	71	75	4,6	5,0	6,1	4	5,6
Греция	77,2	82,0	71	74	4,3	5,0	1,8	3	5,3
Грузия	69,3	76,7	62	67	19,4	44,5	20,2	66	16,3
Дания	75,7	80,5	70	73	4,0	5,0	14,0	3	3,1
Израиль	78,2	82,1	72	74	5,5	6,0	7,3	4	4,8
Ирландия	77,5	82,2	71	74	4,3	6,0	1,4	1	5,1
Исландия	79,7	83,5	73	75	3,4	2,5	0,0	4	1,9
Испания	77,1	83,8	71	76	4,7	4,5	3,9	4	4,7
Италия	78,6	84,3	73	76	4,3	4,5	2,0	3	4,6
Казахстан	60,8	72,3	53	60	18,6	72,5	47,5	140	14,1
Кипр	78,8	82,6	69	71	4,0	5,0	11,5	10	–
Кыргызстан	63,5	71,7	55	59	35,5	67,5	60,9	150	21,8
Латвия	65,8	76,5	59	68	10,3	11,0	25,8	10	6,5
Литва	64,9	77,3	58	68	7,2	9,5	6,2	11	5,2
Люксембург	77,0	82,2	71	75	3,2	5,5	13,6	12	3,6
Мальта	77,7	82,3	71	74	6,7	6,0	0,0	8	4,1
Монако	–	–	71	76	–	4,0	0,0	–	12,2
Нидерланды	78,2	82,7	72	74	4,8	5,5	5,0	6	5,7
Норвегия	78,3	83,0	72	74	3,9	4,0	8,5	7	3,6
Польша	71,0	79,8	64	70	7,1	7,5	2,9	8	5,0
Португалия	74,9	81,6	69	73	5,2	5,5	8,2	11	4,2
Республика Молдова	65,2	72,7	58	63	14,0	28,0	18,4	22	10,3
Российская Федерация	60,5	73,3	55	65	13,0	16,0	23,8	28	9,0
Румыния	69,7	76,9	63	68	14,2	20,0	15,4	24	10,0
Сан-Марино	78,9	83,2	74	76	0,5	3,5	0,0	–	0,0
Сербия	70,9	76,5	64	66	8,1	–	12,7	–	6,9
Словакия	70,3	78,2	64	70	8,6	8,5	5,6	6	5,3
Словения	74,8	82,1	69	74	3,8	4,5	15,1	6	3,9
Соединенное Королевство	77,7	81,9	71	73	5,8	5,5	7,3	8	8,2
Таджикистан	71,2	76,3	58	57	16,6	117,5	43,4	170	15,1
Туркменистан	62,5	69,8	53	57	53,2	102,5	15,6	130	9,5
Турция	71,1	75,6	64	67	26,6	32,0	21,2	44	8,1
Узбекистан	68,2	73,0	58	60	20,8	68,5	25,0	24	7,5
Украина	62,3	73,8	55	64	12,3	18,0	15,2	18	9,0
Финляндия	76,1	83,2	70	75	3,5	4,0	1,7	7	3,3
Франция	77,5	84,6	71	76	4,4	4,5	7,4	8	6,9
Хорватия	72,6	79,4	66	70	6,1	7,5	9,7	7	4,9
Черногория	71,4	76,9	65	66	11,0	–	–	–	6,8
Чешская Республика	73,8	80,3	68	72	4,0	4,5	2,6	4	3,6
Швейцария	79,4	84,4	73	76	5,1	5,0	8,2	5	7,6
Швеция	78,9	83,2	72	75	3,5	3,5	4,7	3	4,3
Эстония	67,3	78,2	61	71	7,3	8,0	0,0	25	4,3

* Данные за 2007 г. или за последний год, по которому имеются сведения.

Таблица 3

**Факторы, влияющие на здоровье (окружающая среда, образ жизни и поведение)
в странах Европейского региона ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных**

Государства-члены	Население (% от общего)		Смертность от производственных несчастных случаев (на 100 000)	Регулярно (ежедневно) курящие среди населения в возрасте ≥ 15 лет (% от общего)	Потребление алкоголя (в литрах чистого спирта на душу населения)	Дорожно-транспортные несчастные случаи, связанные с потреблением алкоголя (на 100 000)	Число погибших и пострадавших при дорожно-транспортных несчастных случаях (на 10 000)	Число впервые поступивших в центры по лечению от наркотической зависимости (на 100 000)
	проживающее в домах, подключенных к системе водоснабжения	с обеспечением гигиенического удаления сточных вод						
Австрия	100	100	2,4	23,2	10,5	34,7	655,9	30,6
Азербайджан	47	55	1,5	17,7	3,1	1,0	43,1	6,2
Дания	68	89	–	39,0	1,7	0,5	35,5	–
Андорра	–	100	1,5	36,0	–	7,5	205,3	–
Армения	85	84	0,5	27,0	1,1	2,3	54,5	3,0
Беларусь	61	–	2,2	27,5	4,8	7,7	93,7	13,1
Бельгия	100	100	1,0	22,0	8,9	41,0	616,5	–
Болгария	99	100	1,7	32,7	5,0	5,4	143,3	–
Босния и Герцеговина	82	93	0,6	37,6	8,3	–	176,9	–
Бывшая югославская Республика Македония	–	–	0,2	36,0	1,9	10,0	212,3	3,5
Венгрия	91	56	1,2	30,4	11,6	28,8	347,1	40,3
Германия	100	93	1,1	33,9	10,7	29,4	531,9	–
Греция	84	96	1,0	37,6	7,7	13,1	197,5	17,3
Грузия	58	83	1,5	27,8	1,3	2,8	107,7	6,3
Дания	100	100	0,9	24,0	9,8	20,1	146,5	24,7
Израиль	100	100	1,1	23,2	1,7	4,8	542,2	25,2
Ирландия	97	96	1,5	24,0	10,6	–	203,8	57,1
Исландия	100	100	2,0	19,5	5,5	7,9	348,8	76,6
Испания	99	97	1,6	26,4	10,0	10,6	316,3	51,5
Италия	99	100	1,4	22,4	7,6	5,1	553,9	59,3
Казахстан	61	72	2,2	23,1	2,2	8,2	146,1	206,9
Кипр	100	100	1,8	23,9	9,0	2,4	316,4	–
Кыргызстан	48	60	0,4	20,0	2,4	6,1	96,0	8,2
Латвия	–	–	2,6	30,4	8,4	32,3	262,6	14,7
Литва	–	–	2,9	26,5	8,6	28,8	270,8	9,4
Люксембург	100	100	2,1	25,0	14,6	31,3	248,8	–
Мальта	100	100	1,7	23,4	5,4	0,3	297,6	96,6
Монако	100	100	10,7	–	–	53,3	833,3	–
Нидерланды	98	100	0,4	29,1	7,8	12,8	209,5	30,1
Норвегия	100	100	0,8	22,0	4,8	–	247,4	–
Польша	95	80	1,3	29,0	6,7	15,1	174,6	–
Португалия	82	100	2,9	20,9	9,4	21,5	506,0	44,8
Республика Молдова	41	68	1,5	27,1	10,2	7,8	100,8	10,3
Российская Федерация	81	87	2,0	35,8	8,9	21,6	198,8	11,9
Румыния	49	51	1,9	21,4	7,4	1,4	39,4	–
Сан-Марино	100	100	–	22,7	–	–	–	–
Сербия	–	–	–	26,2	–	–	–	–
Словакия	83	100	1,6	28,0	9,5	20,9	205,8	16,4
Словения	98	98	2,1	18,9	8,8	88,3	728,2	13,7
Соединенное Королевство	100	96	0,3	25,0	9,3	18,8	449,9	16,8
Таджикистан	40	53	0,4	–	0,3	0,3	36,4	8,6
Туркменистан	53	62	3,5	14,0	0,7	1,8	46,9	64,6
Турция	93	88	2,3	27,4	1,2	26,8	273,9	2,2
Узбекистан	53	57	–	12,5	1,0	–	57,6	10,7
Украина	78	99	2,1	36,0	5,2	6,3	128,2	26,2
Финляндия	97	100	0,9	20,6	8,2	19,3	178,5	–
Франция	99	96	1,0	25,4	10,0	–	185,9	51,3
Хорватия	94	93	1,7	27,4	10,3	88,0	503,6	39,0
Черногория	–	–	0,2	–	–	–	–	–
Чешская Республика	87	75	1,8	25,4	13,7	27,3	327,3	37,4
Швейцария	100	100	0,6	22,0	9,4	34,4	365,1	–
Швеция	100	100	0,8	15,9	5,6	11,7	300,9	–
Эстония	87	82	1,6	29,9	13,4	42,2	237,5	89,7



От редакции:

Одним из наиболее актуальных в ближайший год будет являться вопрос о критериях выбора типов государственных (муниципальных) учреждений в рамках реализации Федерального закона № 83-ФЗ от 8 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

В целях реализации указанного федерального закона вышел ряд нормативных документов, в том числе и непосредственно касающихся указанного вопроса. Комментарий «Методических рекомендаций по определению критериев изменения типа государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений с учетом сферы их деятельности», утвержденных Распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 сентября 2010 г. № 1505-р, мы приводим в данной рубрике.

Напоминаем нашим читателям, что рекомендации по выбору типов учреждений с учетом специфики здравоохранения содержатся в книге под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова «Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы», подготовленной издательским домом «Менеджер здравоохранения».

Шеф-редактор Н.Г.Куракова



КРИТЕРИИ ИЗМЕНЕНИЯ ТИПА ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЙ

**КОНСУЛЬТИРУЕТ
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ**

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 сентября 2010 г. № 1505-р утверждены «Методические рекомендации по определению критериев изменения типа государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений с учетом сферы их деятельности» (далее — Методические рекомендации).



Методические рекомендации разработаны в целях оказания органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления содействия по приведению правового положения государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений (далее — государственные (муниципальные) учреждения) в соответствие с требованиями Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

В соответствии с Методическими рекомендациями в целях определения типа государственного (муниципального) учреждения (оценки целесообразности принятия решения об изменении типа государственного (муниципального) учреждения) могут применяться следующие критерии:

1. Основанные на положениях федеральных законов и принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов и исходящие из нормативного правового регулирования правового положения соответствующего типа государственного (муниципального) учреждения. Их можно разделить на две подгруппы:

а) критерии возможности исполнения государственным (муниципальным) учреждением государственных (муниципальных) функций в целях осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти, полномочий органов местного самоуправления. С учетом особенностей правового положения государственных (муниципальных) учреждений для исполнения государственных (муниципальных) функций может создаваться только казенное учреждение, за исключением случаев, прямо установленных федеральными законами. Автономное учреждение и бюджетное учреждение создаются публично-правовым образованием (субъектом Российской Федерации, муниципальным образова-

нием) для выполнения государственных (муниципальных) работ, оказания государственных (муниципальных) услуг и не вправе исполнять государственные (муниципальные) функции, за исключением случаев, прямо установленных федеральными законами.

В соответствии с Методическими рекомендациями с учетом особенностей правового положения казенных учреждений целесообразно относить к казенным учреждениям только учреждения, созданные в сфере управленческой деятельности, либо учреждения, отнесенные к казенным в соответствии с законом.

Обращаем внимание на то, что поскольку законодательно для сферы здравоохранения виды деятельности, осуществление которых давало бы возможность отнести учреждения субъектов Российской Федерации или муниципальных образований к казенным, не определены, то создание соответствующих казенных учреждений здравоохранения в соответствии с Методическими рекомендациями вообще не предполагается. Тем не менее, отметим, что Методические рекомендации не лишают права субъектов Российской Федерации и муниципальных образований самостоятельно решать эти вопросы;

б) критерии исходя из сферы деятельности, в которой создается соответствующее государственное (муниципальное) учреждение. Однако поскольку в сфере здравоохранения могут создаваться все три типа учреждений, то данный критерий для здравоохранения значения не имеет.

2. Дополнительные критерии, основанные на учете экономического и управленческого потенциала государственного (муниципального) учреждения.

Экономический потенциал государственно-го (муниципального) учреждения в соответствии с Методическими рекомендациями следует определять на основании следующих показателей, приведенных в *таблице 1*. В правой колонке (здесь и во всех остальных таблицах) даны наши комментарии.



**Показатели оценки экономического потенциала государственного
(муниципального) учреждения**

<i>Показатели</i>	<i>Комментарии</i>
а) средняя доля внебюджетных средств в общем объеме финансового обеспечения государственного (муниципального) учреждения за отчетный финансовый год и 2 предыдущих финансовых года;	Высокая доля внебюджетных средств в общем объеме финансового обеспечения свидетельствует о высоком потенциале учреждения (в части возможности привлечения внебюджетных средств).
б) средний рост доходов государственного (муниципального) учреждения (по всем источникам финансового обеспечения) за отчетный финансовый год и 2 предыдущих финансовых года;	Рост доходов может быть обусловлен как ростом выделяемых бюджетных средств (в чем нет заслуги самого учреждения), так и ростом доходов от платных услуг. Соответственно реальный потенциал учреждения в этих случаях различен.
в) средний рост балансовой стоимости основных фондов государственного (муниципального) учреждения за отчетный финансовый год и 2 предыдущих финансовых года;	Рост может быть обусловлен как ростом выделяемых бюджетных средств (в чем нет заслуги самого учреждения), так и приобретением оборудования за счет доходов от платных услуг.
г) средний рост расходов бюджетных средств на единицу государственной (муниципальной) услуги за отчетный финансовый год и 2 предыдущих финансовых года;	В системе ОМС это зависит от тарифов, при бюджетном финансировании — от полноты финансового обеспечения. Показатель не характеризует деятельность самого учреждения и его реальный потенциал (тем более, что рост может быть обеспечен при высокой зарплате и низких расходах на медикаменты и т.д.).
д) средний рост заработной платы работников государственного (муниципального) учреждения в среднем по учреждению за отчетный финансовый год и 2 предыдущих финансовых года;	Данный показатель никак не свидетельствует об эффективности работы учреждения (высокие темпы роста заработной платы могут быть достигнуты за счет абсолютного или относительного снижения расходов на медикаменты и другие статьи) и не характеризует потенциал учреждения.
е) коэффициент эффективности использования фонда оплаты труда, определяемый как отношение среднего роста заработной платы работников государственного (муниципального) учреждения, за исключением административно-управленческого персонала, к среднему росту заработной платы административно-управленческого персонала государственного (муниципального) учреждения за отчетный финансовый год и 2 предыдущих финансовых года.	К реальной эффективности и характеристике потенциала учреждения этот показатель никакого отношения не имеет. Характеризует лишь «справедливость» использования средств на оплату труда.

Общий недостаток критериев, характеризующих средний рост значений соответствующих показателей (показатели: б, в, г, д таблицы 1), заключается в том, что темпы роста характеризуют лишь динамику изменения показателя, реальный же потенциал основывается на абсолютных значениях. Действительно, важна, например, реальная балансовая стоимость основных фондов учреждения, а не

темпы их роста. Тем более, что высокие темпы роста легче обеспечить при низких стартовых условиях. Наконец, нет никаких гарантий сохранения в будущем имевшихся за последние годы высоких темпов роста показателей.

При определении экономического потенциала бюджетного или автономного учреждения, кроме вышеуказанных показателей, в соответствии с Методическими рекоменда-



Таблица 2

Дополнительные критерии для определения экономического потенциала бюджетного или автономного учреждения

Показатели	Комментарии
а) достаточность обеспечения недвижимым и особо ценным движимым имуществом, закрепляемым за бюджетным или автономным учреждением в соответствии с установленными нормативными требованиями, а также стандартами качества предоставления государственных (муниципальных) услуг (оценивается положительно, если имущество создаваемого бюджетного или автономного учреждения соответствует нормативным требованиям, требованиям стандартов качества либо превышает их);	Данный показатель, безусловно, характеризует потенциал учреждения. Но он может быть сформирован как исключительно за счет бюджетных средств, так и с привлечением самим учреждением внебюджетных средств. В первом случае вопрос заключается в том, насколько потенциал, заслуга в создании которого принадлежит исключительно государству (муниципальным органам), а не самому учреждению, является основанием для предоставления учреждению большей свободы.
б) степень износа основных фондов (нефинансовых активов), определяемая как отношение суммы накопленного износа к балансовой стоимости основных фондов на конец отчетного финансового года (оценивается положительно, если это значение составляет не более 85%);	Низкая степень износа основных фондов также адекватно характеризует потенциал учреждения. Вопрос о приемлемости данного показателя аналогичен рассмотренному в отношении предыдущего показателя.
в) отношение среднемесячной заработной платы работников государственного (муниципального) учреждения к среднемесячной заработной плате работников по субъекту Российской Федерации (муниципальному образованию) в целом, муниципальному образованию, в котором располагается государственное учреждение субъекта Российской Федерации, в соответствующей сфере деятельности за отчетный финансовый год (оценивается положительно, если это значение превышает 100%);	Во-первых, безразлично, за счет каких средств это обеспечено (выделяемых государством (муниципальными) органами или внебюджетных средств учреждения). Во-вторых, на этот показатель влияет специфика учреждения (выплаты компенсационного характера в связи с «вредностью»). В-третьих, высокая зарплата может быть достигнута за счет сокращения расходов на медикаменты и т.д.
г) наличие в текущем финансовом году просроченной кредиторской задолженности (оценивается положительно в случае отсутствия указанной задолженности);	Значимый показатель. Заслуживает отнесения к основному, а не дополнительному критерию, характеризующим экономический потенциал учреждения.
д) доля профильных внебюджетных доходов, определяемая как отношение доходов от основной деятельности учреждения, полученных из внебюджетных источников, к объему финансового обеспечения учреждения за счет всех источников финансового обеспечения за отчетный финансовый год.	Значимый показатель. Но он во многом пересекается с показателем а) таблицы 1.

ями могут использоваться следующие показатели (таблица 2).

Управленческий потенциал государственного (муниципального) учреждения в соответствии с Методическими рекомендациями рекомендуется определять на основании следующих показателей (таблица 3).

В соответствии с Методическими рекомендациями чем выше экономический и управленчес-

кий потенциал государственного (муниципального) учреждения, тем менее целесообразно сохранение на установленный Федеральным законом № 83-ФЗ переходный период финансового обеспечения данного учреждения на основе бюджетной сметы и (или) изменение его типа в целях создания казенного учреждения.

Из сказанного понятно, что учреждения с высоким потенциалом нецелесообразно



Таблица 3

**Показатели управленческого потенциала государственного
(муниципального) учреждения**

<i>Показатели</i>	<i>Комментарии</i>
а) способность административно-управленческого персонала эффективно осуществлять организационно-управленческую и финансово-хозяйственную деятельность, в том числе направленную на развитие соответствующего государственного (муниципального) учреждения, после изменения типа государственного (муниципального) учреждения (оценивается с помощью метода экспертных оценок, социологических методов и (или) иных методов, определенных органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления);	Критерий, действительно, очень важный. Однако возникает вопрос о его объективности.
б) рейтинг государственного (муниципального) учреждения по данным независимых рейтинговых агентств;	Закономерен вопрос: каковы шансы сельской амбулатории, расположенной «в глубинке», попасть в рейтинг независимого рейтингового агентства?
в) наличие плана (программы) учреждения по внедрению энергосберегающих технологий;	Странно, что требование наличия указанной программы, установленное в соответствии с Федеральным законом № 261-ФЗ (и обязательное к исполнению всеми государственными и муниципальными учреждениями, причем еще в срок до 15.05.2010), вдруг стало критерием выбора типов учреждений.
г) наличие программы развития автономного учреждения.	А если у бюджетного учреждения нет программы развития автономного учреждения (что вполне естественно, раз оно бюджетное, а не автономное), то нет и основания для перевода в автономное учреждение?

оставлять на счете или изменять тип таких учреждений в целях создания казенного учреждения. При этом, однако, ничего не говорится о том, достаточно ли бюджетные учреждения с высоким потенциалом перевести на финансовое обеспечение через государственное (муниципальное) задание или целесообразно изменить их тип в целях создания автономных учреждений.

Таким образом, к сожалению, Методические рекомендации не дают однозначного ответа на ключевой вопрос: какие критерии и какое конкретное их значение дают осно-

вания изменить тип существующего бюджетного учреждения в целях создания автономного учреждения? Кроме того, Методические рекомендации не касаются отраслевых особенностей учреждений.

С другой стороны, все это дает свободу органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления в самостоятельном определении конкретных критериев, являющихся основанием для выбора типов учреждений здравоохранения с учетом региональных особенностей и специфики отрасли здравоохранения.



ЕВРОПЕЙСКАЯ ОБСЕРВАТОРИЯ ПО СИСТЕМАМ И ПОЛИТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЫПУСТИЛА В СВЕТ НОВЫЕ КНИГИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ



Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N., International Healthcare Comparison Network. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта. — Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2007 г., 62 стр.

В книге рассмотрены подходы по планированию, являющемуся ключевым компонентом оказания медицинской помощи. Концентрируя внимание на таких разных странах, как Канада, Дания, Англия, Финляндия, Франция, Германия, Италия, Нидерланды и Новая Зеландия, составители документа преследовали цель продемонстрировать различные подходы в отношении финансирования оказания медицинской помощи и ее организации, поскольку эти два фактора оказывают принципиальное влияние на планирование.

С полным текстом брошюры можно ознакомиться на сайте ВОЗ:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/108968/E91193R.pdf



«Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний. Опыт Европы и Латинской Америки» — под ред. R. Coker, R. Atun, M. McKee.

Во всем мире системы здравоохранения постоянно меняются, стремясь соответствовать изменению характера заболеваний. Это особенно справедливо в отношении инфекционных болезней: между человеком и микроорганизмами идет непрерывная эволюционная борьба, в ходе которой микроорганизмы приспосабливаются к новым условиям. Ситуацию усугубляет все более широкое распространение устойчивости к антимикробным препаратам.

Именно таким вопросам посвящена эта книга. Основное внимание уделено двум регионам, в которых изменения особенно стремительны, — Европе и Латинской Америке. Системы здравоохранения в этих регионах, сами переживающие период глубоких организационных реформ, вынуждены одновременно приспосабливаться к постоянно меняющемуся окружению.

Прежде чем рассматривать текущую ситуацию с инфекционными заболеваниями, авторы обращаются к прошлому, анализируя этапы эволюционной борьбы человека и микроорганизмов с момента его появления на Земле, — борьбы, нередко имевшей серьезные исторические последствия. Затем оценивается готовность современного общества и правительств к грядущим угрозам, анализируется опыт стран Европы и Латинской Америки по борьбе с такими угрозами и их предотвращению.

Книга будет интересна тем, кто участвует в разработке политики здравоохранения в странах со средними и высокими доходами, а также тем, кто изучает и внедряет политику здравоохранения.

С полным текстом книги можно ознакомиться на сайте ЕРБ ВОЗ
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98394/E91946R.pdf





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

В последнее время много говорят о реформах в здравоохранении. Но пока принят только закон, касающийся статуса учреждений. Какие еще законы, касающиеся здравоохранения, предполагается принять в ближайшее время?

Действительно, в последнее время принят только один важный закон, направленный на реформирование бюджетной сферы (в том числе здравоохранения) — Федеральный закон от 08.05.2010 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

Первое чтение прошел проект Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». С ним будет связано принятие еще как минимум двух основных законов:

- 1.** Федерального закона «О тарифе страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»;
- 2.** Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части внесения изменений в следующие федеральные законы:
 - 1)** Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»;
 - 2)** Федеральный закон от 1 апреля 1996 года № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования»;
 - 3)** Федеральный закон от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
 - 4)** Федеральный закон от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»;

5) Федеральный закон от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»;

6) Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 5 августа 2000 года № 117-ФЗ;

7) Федеральный закон от 8 августа 2001 года № 129-ФЗ «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей»;

8) Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 года № 195-ФЗ;

9) Федеральный закон от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;

10) Федеральный закон от 26 июля 2006 года № 135-ФЗ «О защите конкуренции»;

11) Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»;

12) Федеральный закон от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

Принятие Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» потребует также издания целого ряда подзаконных актов. Наиболее значимыми будут:

1) Постановление Правительства Российской Федерации «О порядке и условиях размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций»;

2) Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования»;

3) Постановление Правительства Российской Федерации об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

4) Постановление Правительства Российской Федерации о порядке финансового обеспечения реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Подготовлен *проект Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*. Его принятие также вызовет необходимость внесения изменений в целый ряд Федеральных законов.

Подготовлены также проекты следующих федеральных законов:

— *«Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами»;*

— *«Об обязательном страховании медицинских, фармацевтических и иных работников здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью».*

Их принятие также потребует принятия новых законов и (или) внесения изменений в действующие. Кроме того, предполагается принятие целого ряда





подзаконных актов. Наиболее значимым для учреждений здравоохранения может стать постановление Правительства Российской Федерации, утверждающее Правила оказания платных медицинских услуг населению.



Какие подзаконные акты изданы в связи с принятием Федерального закона от 08.05.2010 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»?

В настоящее время имеется информация о следующих документах, принятых на федеральном уровне в целях реализации указанного Федерального закона:

- 1.** Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 537 «О порядке осуществления федеральными органами исполнительной власти функций и полномочий учредителя федерального государственного учреждения».
- 2.** Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 538 «О порядке отнесения имущества автономного или бюджетного учреждения к категории особо ценного движимого имущества».
- 3.** Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 539 «Об утверждении порядка создания, реорганизации, изменения типа и ликвидации федеральных государственных учреждений, а также утверждения уставов федеральных государственных учреждений и внесения в них изменений».
- 4.** Постановление Правительства Российской Федерации от 10.10.2007 № 662 «Об утверждении положения об осуществлении федеральными органами исполнительной власти функций и полномочий учредителя федерального автономного учреждения».
- 5.** Распоряжение Правительство Российской Федерации от 7 сентября 2010 г. № 1505-р.
- 6.** Распоряжение Правительства РФ от 5 марта 2010 № 296-р.
- 7.** Приказ Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. № 348 «Об утверждении плана мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, направленных на реализацию Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».
- 8.** Приказ Министерства финансов Российской Федерации от 16 июля 2010 г. № 72н «О санкционировании расходов федеральных государственных учреждений, источником финансового обеспечения которых являются субсидии, полученные в соответствии с абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации».
- 9.** Приказ Министерства финансов Российской Федерации от 28 июля 2010 г. № 81н «О требованиях к плану финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения».
- 10.** Приказ Министерства финансов Российской Федерации от 28 июля 2010 г. № 82н «О взыскании в соответствующий бюджет неиспользованных остатков субси-

дий, предоставленных из бюджетов бюджетной системы Российской Федерации государственным (муниципальным) учреждениям».

11. Приказ Федерального медико-биологического агентства от 30 августа 2010 г. № 475 «Об установлении порядка определения платы за оказание бюджетным учреждением услуг (выполнение работ), относящихся к основным видам деятельности бюджетного учреждения, для граждан и юридических лиц».



Одной из проблем ЛПУ сегодня является несоответствие площадей в расчете на 1 койку установленным нормативам. Можно ли в такой ситуации организовывать палаты повышенной комфортности?

Безусловно, создание палат или отделений повышенной комфортности в условиях, когда не выдерживаются установленные требования к площадям в расчете на 1 койку и происходит дальнейшее сокращение площадей в расчете на 1 койку, недопустимо. В подобной ситуации возможны два основных варианта:

1. Сокращение коечного фонда стационара, работающего в системе ОМС или оказывающего помощь за счет средств бюджета. В ряде случаев подобные варианты возникают при реструктуризации сети учреждений и сокращении коечного фонда (например, в рамках региональных программ модернизации здравоохранения, прямо нацеливающих на это). Подобные варианты могут появиться и после принятия Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», когда будет открыт свободный доступ в систему ОМС любым ведомственным или частным медицинским организациям и может уменьшиться потребность в мощностях государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения. Наконец, реализация Федерального закона от 08.05.2010 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» предполагает переход для бюджетных учреждений со сметного финансирования на субсидии на выполнение государственного (муниципального) задания. Если государственное (муниципальное) задание не обеспечивает полной загрузки всех имеющихся коек, их количество тоже может быть сокращено. При этом следует иметь в виду, что субсидии из соответствующих бюджетов на содержание имущества автономного или бюджетного учреждения также должны быть уменьшены с учетом сокращения количества коек, выполняющих государственное (муниципальное) задание.

2. Использование для увеличения площадей, занимаемых стационарными койками, других помещений учреждения. Такие варианты возможны как в рамках обычной оптимизации использования имеющихся площадей, так и при реализации некоторых направлений аутсорсинга (например, при передаче функций технического обслуживания оборудования и т.д. внешнему исполнителю и высвобождении площадей, на которых размещались штатные сотрудники).





Компания Конференции Евроконвеншн

Саммит по развитию инфраструктуры здравоохранения России, Украины и стран СНГ 2010 – Финансирование и инвестирование в больничные проекты и развитие медицинской техники

8-9 декабря 2010г., Москва, Отель Марриотт Гранд

Компания Конференции Евроконвеншн и Издательский Дом «Менеджер здравоохранения», в сотрудничестве с Международной Финансовой Корпорацией (IFC) и Корпорацией Зарубежных Частных Инвестиций (ОПИС) рады пригласить Вас на предстоящий Саммит по развитию инфраструктуры здравоохранения России, Украины и стран СНГ 2010 - Финансирование и инвестирование в больничные проекты и развитие медицинской техники, который пройдет 8-9 декабря в Москве в Отеле Марриотт Гранд.

После нашего большого успеха в 2009 году предстоящий Саммит соберёт членов правительств и представителей государственных учреждений, заинтересованные компании и финансовые организации с заслуживающими особого внимания проектами в области здравоохранения. Будут рассматриваться важнейшие вопросы успешного развития и структурирования государственно-частного партнерства (ГЧП), а также инвестирование частного капитала в инфраструктуру здравоохранения региона. На этот раз будут освещены проблемы, связанные с развитием больниц и изучением растущей роли новых медицинских технологий.

Наши ключевые темы включают:

- Обновление информации об инфраструктуре здравоохранения России, Украины и СНГ
- Строительство и финансирование больниц
- Является ли ГЧП будущим?
- Повышение роли частного капитала
- Финансирование контроля и утилизации больничных отходов
- Проекты капиталовложений в больницы и медицинскую технику
- Привлечение международных финансовых организаций
- Финансирование исследований и развития здравоохранения в области нанотехнологий

В этой встрече примут участие представители России, Казахстана, Азербайджана, Таджикистана, Кыргызстана, Молдовы, Армении, Узбекистана, Туркменистана и Украины. Аудитория из более чем 200 человек будет состоять из представителей центральных, региональных и местных органов власти, ведущих компаний США, ЕС, стран СНГ и других регионов, экспертов по вопросам инвестиций, юридических фирм, частных инвесторов, консалтинговых, инжиниринговых и страховых компаний, ГЧП-практиков и экспортно-кредитных агентств.

Для регистрации, а также для получения дополнительной информации о возможности спонсорства или участия в выставке, будьте любезны, обращайтесь:

Лондон: Клаудио Кассуто | тел: +44 20 7381 9291 | eMail: cassuto@euroconvention.com
Брюссель: Эрика Пато | тел: +32 2626 9664 | eMail: epatho@euroconvention.com

Брюссель: Алла Граждан | тел: +32 2 6269666 | eMail: agrazhdan@euroconvention.com
Братислава: Роланд Кура | тел: +421 257 272856 | eMail: rcura@euroconvention.com

С нетерпением ждем встречи с Вами на Саммите. www.euroconvention.com



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

КАК ПЛАНИРУЕТСЯ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 августа 2010 г. № 765н «Об утверждении Порядка составления и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности федеральных государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Установлен порядок составления и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности бюджетных и автономных учреждений Минздравсоцразвития России.

Он формируется на текущий (очередной) финансовый год.

План состоит из трех частей — заголовочная, содержательная (текстовая (описательная) и табличная), оформляющая. Приведены перечни информации, которая должна раскрываться в каждом из разделов.

Так, в плане указываются цели и основные виды деятельности учреждения, перечень оказываемых (выполняемых) им платных услуг (работ), общая балансовая стоимость имущества. Отражаются показатели финансового состояния (данные об активах, обязательствах на последнюю отчетную дату, предшествующую дате составления плана).

После утверждения федерального бюджета и доведения Министерством ассигнований учреждения в течение 15 рабочих дней представляют план и сведения об операциях с целевыми субсидиями в 3 экземплярах в Финансовый департамент.

Последний рассматривает план и сведения в течение 10 рабочих дней со дня их получения и, если отсутствуют замечания, направляет на утверждение заместителю Министра.

Приказ вступает в силу с 1 января 2012 г.

БЮДЖЕТ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ В 2011–2013 ГГ. БУДЕТ ПРОФИЦИТНЫМ

Проект федерального закона № 433094-5 «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов»

В Государственную Думу РФ 30 сентября 2010 г. внесен проект бюджета Фонда социального страхования РФ на 2011 г. и плановый период 2012–2013 гг.

Прогнозируемый объем доходов бюджета Фонда в 2011 г. составит 458,8 млрд. руб., расходов — 456,8 млрд. руб. В 2012 г. аналогичные показатели составят 500,9 и 496,8 млрд. руб. соответственно, а в 2013 г. — 552,5 и 545,1 млрд. руб. Доходная часть бюджета Фонда формируется в основном за счет взносов на обязательное социальное страхование и трансфертов из федерального бюджета и бюджета ФОМС.

Проект учитывает предполагаемое изменение порядка расчета пособий по временной нетрудоспособности и в связи с материнством. Это приведет к уменьшению расходов бюджета ФСС РФ.

Планируется проиндексировать на уровень инфляции пособия гражданам, имеющим детей. Увеличится размер выплат по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний. Стоимость родового сертификата не изменится (11 тыс. руб.).





Предусмотрены ассигнования на оплату путевок в санаторно-курортные учреждения. При этом срок пребывания в них сокращен с 21 до 18 дней (для детей-инвалидов и больных с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга он останется прежним).

Зарезервированы средства на предоставление инвалидам технических средств реабилитации.

В 2011–2013 гг. в ряде регионов планируется реализовать пилотный проект по переходу на кассовое обслуживание исполнения бюджета Фонда. Он предусматривает особый порядок финансирования, назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, а также в связи с материнством.

С 2012 Г. ВСЕ ВЗНОСЫ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДСТРАХОВАНИЕ БУДУТ ЗАЧИСЛЯТЬСЯ В БЮДЖЕТ ФФОМС

Федеральный закон от 16 октября 2010 г. № 272-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» и статью 33 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»

Скорректированы Законы о страховых взносах в государственные внебюджетные фонды и об обязательном пенсионном страховании.

Изменены тарифы взносов в фонды ОМС. В настоящее время в федеральный зачисляется 2,1%, в территориальные — 3%. Согласно поправкам с 1 января 2011 г. тарифы составят 3,1 и 2% соответственно. С 1 января 2012 г. вся сумма (5,1%) будет зачисляться в ФФОМС.

Плательщиками взносов в т. ч. являются организации, ИП и не признаваемые таковыми граждане, выплачивающие вознаграждения физлицам.

Для указанных плательщиков установлен максимальный размер базы для начисления взносов в отношении каждого физлица — 415 тыс. руб. нарастающим итогом с начала расчетного периода. С 1 января 2011 г. данная величина ежегодно индексируется в соответствии с ростом средней зарплаты по России. Установлено, что максимальный размер базы округляется до полных тысяч. При этом 500 руб. и более округляются до тысячи, менее 500 руб. отбрасываются.

Ряд плательщиков используют пониженные тарифы взносов. Решено установить их на 2010 г. для организаций, осуществляющих деятельность в области информтехнологий. Речь идет о российских юрлицах, которые разрабатывают и реализуют программы для ЭВМ, базы данных и (или) оказывают услуги по их разработке, адаптации, модификации, установке, тестированию и сопровождению. Данные организации должны отвечать установленным условиям. При их соблюдении они смогут уплачивать взнос в 14%. Вся сумма будет перечисляться в ПФР.

Пониженные тарифы также действуют в течение переходного периода. Установлены его новые рамки — 2011–2019 гг. (до внесения изменений — 2011–2014 гг.).

Положения о пониженных тарифах переходного периода изложены в новой редакции. В частности, к применяющим их лицам отнесены организации, осуществляющие деятельность в области информтехнологий, и хозобщества, созданные научными и образовательными учреждениями после 13 августа 2009 г. Они вместе с резидентами технико-внедренческих ОЭЗ смогут использовать пониженные тарифы в 2011–2019 гг.



Закон вступает в силу со дня его официального опубликования. Положения об округлении максимального размера базы для начисления взносов применяются с 1 января 2011 г.

СОЗДАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНИИ: НЕОБХОДИМОЕ ИМУЩЕСТВО ПЕРЕДАДУТ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯМ В ОПЕРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Постановление Правительства РФ от 12 октября 2010 г. № 819 «Об утверждении Правил передачи в 2010 году имущества, приобретенного в целях создания информационной системы в здравоохранении»

Для создания информационной системы в здравоохранении Минздравсоцразвития России приобретает необходимое имущество. В дальнейшем оно передается подведомственным федеральным медучреждениям, участвующим в апробации типовых программно-технических решений системы. Регламентирован порядок передачи.

Министерство утверждает схему распределения имущества с указанием его видов и количества по каждому получателю. Доставку осуществляют организации-поставщики. Имущество закрепляется за учреждениями в оперативное управление.

ПОРЯДОК НАЧИСЛЕНИЯ МАТЕРИНСКИХ ПОСОБИЙ И БОЛЬНИЧНЫХ МОЖЕТ ИЗМЕНИТЬСЯ

Досье на проект федерального закона № 433100-5 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и признании утратившим силу пункта 2 части 3 статьи 9 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (внесен Правительством РФ)

30.09.2010 в Государственную Думу поступил законопроект, пересматривающий порядок расчета некоторых социальных пособий.

Речь идет о пособиях по временной нетрудоспособности, беременности и родам, а также по уходу за ребенком до достижения им полутора лет.

Предлагается расширить перечень лиц, подлежащих обязательному соцстрахованию. К ним хотят отнести граждан, работающих по гражданско-правовым договорам, а также по договорам авторского заказа.

С 2 до 3 дней планируется увеличить период временной нетрудоспособности, оплачиваемый за счет средств работодателя.

Возможно, изменятся требования к страховому стажу, учитываемому при начислении больничных. Так, если сегодня пособие составляет 100% среднего заработка при стаже от 8 лет, то согласно предложенным поправкам может потребоваться минимум 15 лет стажа. Для оплаты 80% понадобится стаж от 8 лет (сейчас достаточно 5 лет), остальным полагается 60%. При этом сохраняется условие о максимально допустимом размере больничных.

Сам средний заработок для расчета пособий, предположительно, будет определяться за последние 24 месяца (а не за календарный год до наступления страхового случая, как сейчас). Причем должны учитываться доходы, полученные за этот период у всех работодателей.

Как отмечают авторы законопроекта, вышеуказанные меры призваны обеспечить сбалансированность бюджета ФСС РФ.





ИНФОРМАЦИЯ О БЮДЖЕТНЫХ И КАЗЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДОЛЖНА ПОСТУПИТЬ В ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗНАЧЕЙСТВО ДО 1 НОЯБРЯ 2011 Г.

Письмо Минфина РФ и Федерального казначейства от 1 октября 2010 г. №№ 02-03-07/3852, 42-7.4-05/1.1-640 «О представлении федеральными органами исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия учредителя, перечней подведомственных им бюджетных и казенных учреждений»

В мае 2010 г. в некоторые законодательные акты были внесены изменения, цель которых — усовершенствовать правовое положение государственных и муниципальных учреждений.

В частности, закреплён новый тип учреждения — казенное. Все поступления от его приносящей доход деятельности должны зачисляться в соответствующий бюджет.

В связи с этим федеральные органы исполнительной власти, реализующие полномочия учредителей, не позднее 1 ноября 2010 г. должны представить в Федеральное казначейство некоторые документы.

Речь идет о копии утвержденного перечня подведомственных бюджетных и казенных учреждений, а также о сведениях из него. Определены способы представления информации.

Приведены некоторые особенности заполнения сведений. Так, необходимо указывать полное наименование участника бюджетного процесса на момент представления перечня. В поле «казенное» ставится отметка, в случае если учреждение признается таковым в силу закона или распоряжения Правительства.

ОБНОВЛЕН СТАТИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ТРАВМАТИЗМОМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ЕСТЕСТВЕННЫМ ДВИЖЕНИЕМ НАСЕЛЕНИЯ

Приказ Федеральной службы государственной статистики от 31 августа 2010 г. № 299 «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения за деятельностью в сфере здравоохранения, травматизмом на производстве и естественным движением населения»

Обновлены формы статнаблюдения за деятельностью в сфере здравоохранения, за травматизмом на производстве и за естественным движением населения.

С отчета за 2010 г. вводится новая форма № 1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи населению». Ее заполняют юрлица, имеющие лицензию на медицинскую деятельность и оказывающие помощь населению (кроме микропредприятий и учреждений системы Минздравсоцразвития России). Срок представления — до 15 января после отчетного периода.

Обновлены формы № БР «Сведения о числе зарегистрированных браков» и № РЗ «Сведения о зарегистрированных разводах». Они вводятся в действие с отчета за январь 2011 г. Формы заполняют органы ЗАГС. Срок представления — на 7 день после отчетного периода.

Утверждено новое приложение к форме № 7-травматизм «Сведения о распределении числа пострадавших при несчастных случаях на производстве по основным видам происшествий и причинам несчастных случаев». Ее представляют 1 раз в 3 года до 25 января. Отчитываются юрлица (за исключением микропредприятий), занимающиеся экономической деятельностью, кроме отдельных видов. Среди последних — финансовая, образование, обеспечение военной безопасности.

Прежние формы признаны утратившими силу.



ФОРМА МЕДЗАКЛЮЧЕНИЯ О ГОДНОСТИ К УПРАВЛЕНИЮ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ НЕ ДЕЙСТВУЕТ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 августа 2010 г. № 772 «Об отмене приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 июля 2010 г. № 506н «Об утверждении формы медицинского заключения о наличии (отсутствии) противопоказаний к управлению транспортным средством»

Отменена форма медзаключения о наличии (отсутствии) противопоказаний к управлению транспортным средством.

ЕЩЕ ДЛЯ РЯДА МИКРООРГАНИЗМОВ-ПРОДУЦЕНТОВ ОПРЕДЕЛЕНЫ ПДК В ВОЗДУХЕ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 2 августа 2010 г. № 96 «Об утверждении ГН 2.2.6.2704-10 «Дополнение № 3 к ГН 2.2.6.2178-07 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) микроорганизмов-продуцентов, бактериальных препаратов и их компонентов в воздухе рабочей зоны»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 2 сентября 2010 г. Регистрационный № 18 344.

Утверждены гигиенические нормативы ГН 2.2.6.2704-10. Они устанавливают предельно допустимые концентрации еще ряда микроорганизмов-продуцентов в воздухе рабочей зоны. Речь идет о *Bacillus licheniformis* ВКПМ В-9608, *Bacillus amyloliquefaciens* ВКПМ В-10291, *Yarrowia lipolytica* ВКПМ Y-3323, *Clostridium acetobutylicum* 3108. Это компоненты препаратов, способных вызывать аллергические заболевания. Нормативы вводятся в действие с 1 октября 2010 г.

БОЛЕЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ РЕГЛАМЕНТ ФМБА РОССИИ ПО НАДЗОРУ ЗА МЕДОБЕСПЕЧЕНИЕМ И САНЭПИДБЛАГОПОЛУЧИЕМ ВОДОЛАЗОВ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 июля 2010 г. № 582н «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2007 г. № 803» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 сентября 2010 г. Регистрационный № 18335.

ФМБА России уполномочено осуществлять контроль и надзор в сфере медобеспечения и санэпидблагополучия лиц, проводящих водолазные и кессонные работы. Признан утратившим силу приказ Минздравсоцразвития России, утверждавший Административный регламент по исполнению Агентством данной госфункции.

Следует отметить, что осуществление ФМБА России госсанэпиднадзора в отдельных отраслях промышленности с особо опасными условиями труда регулируется регламентом, утвержденным приказом Министерства от 25 декабря 2009 г.

ВЫДАЧА САНЭПИДЗАКЛЮЧЕНИЙ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 12 августа 2010 г. № 309 «О внесении изменений в Приказ Роспотребнадзора от 19.07.2007 № 224»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 сентября 2010 г. Регистрационный № 18 366.

Скорректирован Приказ Роспотребнадзора о санэпидэкспертизах, обследованиях, исследованиях, испытаниях и токсикологических, гигиенических и иных видах оценок. Изменения коснулись Порядка выдачи санэпидзаключений.





Установлено, что такие заключения касаются соответствия санитарным правилам имущества, которое предполагается использовать для осуществления установленных видов деятельности. Ранее было закреплено, что заключения выдаются на саму деятельность.

Перечень видов деятельности, требующих санэпидзаключения, изложен в новой редакции. Фактически из него исключены использование водных объектов для питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения, купания, занятий спортом, отдыха и в лечебных целях, а также производство новых видов продовольственного сырья, пищевых продуктов и добавок. Это связано с отсутствием соответствующих требований законодательства.

Кроме того, закреплено, что при осуществлении деятельности на территории 2 и более регионов заключения выдаются отдельно по каждому из них.

КАК ПОЛУЧИТЬ РАЗРЕШЕНИЕ НА ВВОЗ БИОМАТЕРИАЛОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ МЕДПРИМЕНЕНИЯ?

Постановление Правительства РФ от 3 сентября 2010 г. № 673 «Об утверждении Правил ввоза на территорию Российской Федерации и вывоза за пределы территории Российской Федерации биологических материалов, полученных при проведении клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения»

Утверждены правила ввоза на территорию России и вывоза за ее пределы биоматериалов, полученных при проведении клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения.

Биоматериалы ввозят (вывозят) для их изучения на основании разрешения Минздравсоцразвития. Оно представляется в таможенные органы. Разрешение выдают на период проведения клинических исследований.

Ввозить (вывозить) биоматериалы могут юрлица, проводящие клинические исследования. Это разработчик препарата, учреждения высшего профобразования, в том числе дополнительного, научно-исследовательские организации.

Определен перечень необходимых документов, представляемых в Минздравсоцразвития России. Среди них — заявление о ввозе (вывозе), обоснование расчета количества единиц каждого вида биоматериала, копии разрешения на проведение клинического исследования, учредительных документов. Если необходимо увеличить количество ввозимого (вывозимого) биоматериала в рамках того же испытания, то подают соответствующее заявление.

Министерство проверяет полноту и достоверность информации, принимает решение, выдает разрешение или дополнение к нему. Срок — 10 рабочих дней.

Плата за выдачу разрешения не взимается.

Основание для отказа в выдаче разрешения — неполнота и (или) недостоверность представленных сведений.

Если исследования приостановлены или прекращены, то Минздравсоцразвития России принимает соответствующее решение. Его доводят до организации-заявителя и ФТС России в течение 5 рабочих дней.

К ПРОВЕДЕНИЮ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛЕКАРСТВ ПРИВЛЕКАЮТСЯ ТОЛЬКО ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 755н «Об утверждении порядка определения уровня профессиональной подготовки экспертов федерального государственного бюджетного учреждения по проведению экс-



пертизы лекарственных средств для медицинского применения и аттестации их на право проведения экспертизы лекарственных средств для медицинского применения»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 308.

Установлен порядок определения уровня профподготовки и аттестации специалистов, участвующих в проведении экспертизы лекарственных средств в целях их госрегистрации.

Специалист должен иметь высшее (медицинское, фармацевтическое, биологическое или химическое) образование по профилю экспертной деятельности. Он обязан знать законодательство в области экспертизы и госрегистрации лекарственных средств, методику анализа отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения препарата. Эксперт должен владеть методами контроля качества лекарственных средств для медицинского применения и знать правила их экспертизы. Также к перечню обязательных относится умение анализировать представленную документацию, отбирать пробы для экспертизы, составлять заключение по ее результатам.

Аттестация проводится экспертно-квалификационной комиссией Минздравсоцразвития России. В нее включаются сотрудники Министерства, а также представители научных, образовательных и иных организаций. Аттестация может быть первичной, плановой (не реже 1 раза в 5 лет) и внеплановой. Последняя организуется при нарушениях специалистом правил проведения экспертизы, что привело к ее недостоверным результатам, либо при переходе на другую должность, предполагающую расширение или изменение области экспертизы.

Аттестация включает собеседование и тестирование. Решение об аттестации утверждает приказом Минздравсоцразвития России.

Экспертные группы формируются в зависимости от профиля подготовки и области знаний специалистов.

КАК ФОРМИРУЮТ РЕЕСТР РАЗРЕШЕНИЙ НА ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 754н «Об утверждении порядка ведения, опубликования и размещения на официальном сайте в сети «Интернет» реестра выданных разрешений на проведение клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 300.

Новым Законом о лекарствах предусмотрены клинические исследования препаратов для медицинского применения. На это необходимо разрешение. Формируется реестр выданных разрешений. Реестровая запись содержит дату включения сведений, данные об организации, проводящей исследования, реквизиты разрешения, название препарата, лекарственную форму, дозировку и др.

Записи в реестр вносят в срок, не превышающий 1 рабочего дня. Он исчисляется с момента, когда решено выдать разрешение, получено сообщение о приостановлении или прекращении исследований.

Реестр публикуют и размещают на сайте Минздравсоцразвития России. Его ежедневно обновляют.

Сведения, содержащиеся в реестре, являются открытыми и общедоступными. Их могут получить любые заинтересованные лица.





СВЕДЕНИЯ О КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАТЕЛЯХ ЛЕКАРСТВ ВКЛЮЧАЮТСЯ В РЕЕСТР

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 751н «Об утверждении правил ведения реестра исследователей, проводящих (проводивших) клинические исследования лекарственных препаратов для медицинского применения, и порядок его размещения на официальном сайте Министерства в сети «Интернет»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 316.

Новый закон, регулирующий обращение лекарств, предусматривает следующее. Руководитель медицинской организации, которая проводит клиническое исследование препарата, назначает для указанных целей ответственного специалиста. Речь идет об исследователе. Его данные вносятся в реестр. В связи с этим определено, как ведется реестр таких исследователей.

В него включаются следующие сведения: ФИО; место работы; должность; специальность; перечень клинических исследований, в которых участвовало данное лицо, и др.

Реестр размещается на сайте Минздравсоцразвития России и обновляется ежедневно. Все предыдущие редакции сохраняются.

ЧТО ДОЛЖНО БЫТЬ УКАЗАНО В РЕГИСТРАЦИОННОМ УДОСТОВЕРЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 745н «Об утверждении формы регистрационного удостоверения лекарственного препарата для медицинского применения» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 297.

Утверждена форма регистрационного удостоверения лекарственного препарата для медицинского применения.

В удостоверении, в частности, указываются торговое, международное непатентованное или химическое наименование препарата, перечень веществ, входящих в его состав, и их количество. Приводятся лекарственная форма, дозировка, первичная упаковка, ее комплектность, число доз.

Регистрационное удостоверение имеет свой номер.

Оно оформляется на бланке, являющемся защищенной полиграфической продукцией уровня «Б».

Удостоверение действует бессрочно. Исключение — лекарства, которые в России регистрируются впервые. В этом случае оно выдается на 5 лет.

КАК ПОЛУЧИТЬ РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 748н «Об утверждении порядка выдачи разрешения на проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 317.

С 1 сентября 2010 г. вступил в силу новый закон, регулирующий обращение лекарственных средств в России.

В связи с этим пересмотрен порядок выдачи разрешения на проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения.



Его получают организаторы клинического исследования. Это может быть разработчик препарата, ВУЗ, учреждение дополнительного профобразования или научно-исследовательская организация. Заявление на выдачу разрешения подается в Минздравсоцразвития России. Определено, что в нем указывается. Приведен перечень прилагаемых документов. Среди них — копия договора обязательного страхования жизни и здоровья пациентов, участвующих в клиническом исследовании.

Разрешение выдается в течение 5 рабочих дней. Оно оформляется на бланке, являющемся защищенной полиграфической продукцией уровня «В».

В случае утраты разрешения выдается его дубликат (в течение 10 рабочих дней с момента подачи соответствующего заявления).

Ранее действовавший порядок принятия решения о проведении клинических исследований лекарственных средств утратил силу.

ДЕНЕЖНЫЕ ВЫПЛАТЫ ПОЛАГАЮТСЯ ТОЛЬКО ШТАТНОМУ МЕДПЕРСОНАЛУ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФМБА РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 июля 2010 г. № 497н «О порядке и условиях осуществления в 2010 году 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» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 329.

Регламентирован порядок осуществления выплат в 2010 г. медперсоналу фельдшерско-акушерских пунктов и станций (отделений) скорой помощи учреждений здравоохранения, подведомственных ФМБА России.

Учреждение ежемесячно (до 25 числа) представляет в Агентство заявку на перечисление средств.

Размер выплат по сравнению с прошлым годом не изменился: врачам — 5 тыс. руб., фельдшерам (акушеркам) — 3,5 тыс. руб., медсестрам — 2,5 тыс. руб. в месяц. Они распространяются только на штатных сотрудников. При наличии районных коэффициентов и процентных надбавок к зарплате выплаты производятся с их учетом.

Указанные средства выдаются вместе с зарплатой и учитываются при исчислении среднего заработка.

Учреждение обязано отчитываться перед Агентством о расходовании выделенных средств. ФМБА России представляет соответствующий отчет в Минздравсоцразвития России.

ГОСРЕЕСТР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ МЕДПРИМЕНЕНИЯ: ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 746н «Об утверждении порядка ведения государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения» [

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 305.

Определены правила ведения госреестра лекарственных средств для медприменения.

Реестр содержит сведения о препаратах для медприменения, прошедших госрегистрацию (далее — препараты), фармацевтических субстанциях, входящих в состав лекарств, и тех, что





не используются при производстве последних. Определены данные, указываемые для препаратов и субстанций.

Записи вносятся в реестр в течение 1 рабочего дня со дня принятия решения о госрегистрации препарата или ее подтверждении, о внесении изменений в документы из регистрационного досье на него либо включении фармацевтической субстанции, не используемой при производстве лекарств.

Определены случаи, когда сведения о препарате из реестра исключаются. В частности, это представление Росздравнадзором заключения об угрозе здоровью человека при применении медикамента, превышающей его эффективность, подача разработчиком заявления об отмене госрегистрации, непредставление данных для внесения изменений в досье в течение 30 рабочих дней со дня их наступления.

Реестр публикуется на официальном сайте Министерства и ежедневно обновляется.

РЕГИСТРАЦИЯ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ МЕДПРИМЕНЕНИЯ: ПОРЯДОК ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ДОСЬЕ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 759н «Об утверждении порядка представления необходимых документов, из которых формируется регистрационное досье на лекарственный препарат для медицинского применения в целях его государственной регистрации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 сентября 2010 г. Регистрационный № 18 331.

Определен порядок представления документов, из которых формируется регистрационное досье на лекарственный препарат для медприменения для его госрегистрации.

Определено, какие документы необходимо представить в Минздравсоцразвития России. Среди них — проекты макетов первичной и вторичной упаковки, нормативной документации, инструкции по применению, отчет о результатах доклинического исследования.

Если клинические испытания не проводились, то документы представляют поэтапно. Если проходили международные многоцентровые клинические исследования — то единовременно. Это относится также к препаратам, которые разрешено применять в России более 20 лет и в отношении которых исследования биоэквивалентности невозможны.

Документы должны быть оформлены на русском языке или иметь заверенный перевод. Их направляют на электронном и бумажном носителях. Копии документов заверяют, многостраничные прошивают.

За проведение экспертизы документов для разрешения клинических исследований, качества лекарств и отношения ожидаемой пользы к возможному риску уплачивают госпошлину.

Заявитель может представить отчеты о проведенных в других странах клинических испытаниях, исследованиях биоэквивалентности.

Заявление о госрегистрации лекарств, регистрационное досье и иные документы оформляют в отдельное дело.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ МОЖНО НАЙТИ НА САЙТЕ РОСЗДРАВНАДЗОРА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 757н «Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения»



Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 324.

С 1 сентября 2010 г. вступил в силу новый закон, регулирующий обращение лекарственных средств. Он предусматривает, что проводится мониторинг безопасности препаратов, находящихся в обращении в России. Субъекты обращения должны сообщать обо всех побочных действиях, не указанных в инструкциях по применению. Кроме того, о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях.

В связи с этим определено, как осуществляется данный мониторинг, а также регистрируются побочные действия и указанные выше реакции.

Мониторинг проводится Росздравнадзором на основании сообщений, поступивших от лиц по роду их профессиональной деятельности и от других субъектов. Используется информация, полученная в ходе контроля. Кроме того, разработчик препарата и (или) производитель, на имя которого выдано регистрационное удостоверение, направляют в Службу периодические отчеты. В них приводятся данные о безопасности конкретного препарата.

Сведения регистрируются. Результаты их анализа направляются в Минздравсоцразвития России. В определенных случаях принимаются решения приостановить использование препарата, внести изменения в инструкцию по применению, изъять его из обращения. Это происходит, если применение лекарства угрожает жизни или здоровью пациентов, сведения о нем не соответствуют инструкции.

Информацию о принятых решениях Росздравнадзор размещает на своем сайте.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ГОСРЕГИСТРАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА: КАК ОФОРМЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ЕГО БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 749н «Об утверждении формы документа, содержащего результаты мониторинга безопасности лекарственного препарата для медицинского применения в целях подтверждения его государственной регистрации» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 304.

Регистрационное удостоверение лекарственного препарата выдается бессрочно (кроме впервые регистрируемых в России препаратов, удостоверения на которые выдаются сроком на 5 лет). Для получения бессрочного удостоверения надо подтвердить госрегистрацию препарата.

К заявлению о подтверждении прилагаются результаты мониторинга безопасности лекарственного препарата для медицинского применения. Установлен образец оформления таких результатов.

ПРИОСТАНОВЛЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВ: ПРОЦЕДУРА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 758н «Об утверждении Порядка приостановления применения лекарственного препарата для медицинского применения»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. Регистрационный № 18 325.

Определены правила приостановления применения лекарств, находящихся в обращении на территории России.

Минздравсоцразвития рассматривает вопрос о приостановлении на основании определенных данных. Это информация о побочных действиях, не указанных в инструкции к препарату, о серьезных нежелательных (в том числе непредвиденных) реакциях при его приме-





нии, об особенностях его взаимодействия с другими лекарствами, которые могут представлять угрозу жизни/здоровью пациентов. Также учитываются сведения о медикаменте, не соответствующие тем, что содержатся в названной инструкции.

Указанные данные могут быть получены 2 путями. Первый — мониторинг безопасности лекарств, проводимый Росздравнадзором. Второй — обращение разработчика и (или) производителя препарата, на имя которого выдано соответствующее регистрационное удостоверение. К обращению должны прилагаться документы, подтверждающих необходимость приостановления.

Полученные данные проверяются в течение 3 рабочих дней. Затем организуются 2 экспертизы: качества препарата и отношения ожидаемой пользы к возможному риску его применения.

При соответствующем результате экспертиз Министерство принимает решение о приостановлении. На это даются не более 5 рабочих дней. Приостановление вводится до устранения причин, представляющих угрозу жизни/здоровью пациентов, либо до внесения изменений в инструкцию. Разработчику и (или) производителю направляется соответствующее уведомление с приложением копий заключений экспертов. Также необходимая информация представляется в Росздравнадзор.

Если эксперты не выявили нарушений, Министерство в срок не более 5 рабочих дней направляет копии их заключений разработчику и (или) производителю и информирует Службу.

Решения, связанные с приостановлением/возобновлением применения лекарств, размещаются на сайте Министерства.

ЗА ДУБЛИКАТ ЛИЦЕНЗИИ НА ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ ПО ЗАКАЗАМ ГРАЖДАН ПРИДЕТСЯ ЗАПЛАТИТЬ 200 РУБ.

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 9 июля 2010 г. № 6551-Пр/10 «О внесении изменений в приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 6 ноября 2007 г. № 3542 Пр/07 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в процессе лицензирования деятельности по изготовлению протезно-ортопедических изделий по заказам граждан»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 августа 2010 г. Регистрационный № 18 148.

Уточнены формы заявлений о предоставлении (переоформлении, выдаче дубликата/копии) лицензии на изготовление протезно-ортопедических изделий по заказам граждан.

Поправки обусловлены повышением госпошлины за переоформление (в том числе в связи с продлением действия) лицензий со 100 до 200 руб. Выросла с 10 до 200 руб. плата за выдачу дубликата (копии) лицензии. Выписка из реестра о конкретных лицензиатах обойдется в 100 руб. (ранее — 10 руб.).

Следует отметить, что госпошлина взимается не за рассмотрение заявления, а за совершение соответствующего действия.

ПЛАНИРУЕТСЯ ВНЕДРИТЬ УНИВЕРСАЛЬНУЮ ЭЛЕКТРОННУЮ КАРТУ ДЛЯ ДОСТУПА К ГОСУСЛУГАМ

Распоряжение Правительства РФ от 16 августа 2010 г. № 1353-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 26 августа 2009 г. № 1231-р»



В федеральную целевую программу «Электронная Россия (2002–2010 гг.)» внесли изменения. В связи с этим в новой редакции изложен перечень ее мероприятий, единственным исполнителем которых выступает ОАО «Ростелеком».

Некоторые исключены. В то же время предусмотрен ряд новых мероприятий.

Так, необходимо обеспечить, чтобы информационные системы и ресурсы органов госвласти взаимодействовали. Планируется внедрить универсальную электронную карту для доступа к госуслугам. В числе новых мероприятий — интеграция государственных информационных систем с использованием инфраструктуры электронного правительства. Должны быть созданы система идентификации и авторизованного доступа к нему, а также сайт Российской Федерации, на котором размещается информация о государственных и муниципальных заказах. Нужно обеспечить открытость сведений о деятельности органов власти и доступность государственных информационных ресурсов.

В ОТНОШЕНИИ НЕКОТОРЫХ ИНВАЛИДОВ ПЕРЕСМОТРЯТ РЕШЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 августа 2010 г. № 595 «Об организации пересмотра решений федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»

С 1 января 2010 г. ежемесячные выплаты инвалидам производятся без учета степени ограничения способности к трудовой деятельности.

В связи с этим до 1 сентября 2010 г. должны быть пересмотрены решения ФГУ медико-социальной экспертизы относительно граждан, признанных инвалидами с 1 января 2010 г., а также прошедших освидетельствование с 1 января по 6 апреля 2010 г. Речь идет о тех, которым была установлена II группа инвалидности при наличии ограничения способности к трудовой деятельности III степени. При этом дополнительное переосвидетельствование проводиться не будет. Соответствующее поручение дано ФМБА России.

ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ ЖИТЕЛИ СЕЛ, ГДЕ НЕТ АПТЕК, МОГЛИ ПОКУПАТЬ ЛЕКАРСТВА У МЕСТНЫХ МЕДРАБОТНИКОВ?

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 августа 2010 г. № 25-1/10/2-6491

С 1 сентября 2010 г. вступает в силу Закон об обращении лекарственных средств. Разъяснено, какие меры должны принять региональные органы исполнительной власти для его реализации в части лекарственного обеспечения жителей сельских поселений.

В частности, необходимо установить перечень медорганизаций и их обособленных подразделений (амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики), расположенных там, где нет аптекных организаций. Нужно определить, какие препараты они могут продавать.

Лица, включенные в перечень, должны получить лицензию на фармацевтическую деятельность. В приложении к этому документу указываются места фактического ее осуществления.

Работники лиц, имеющих лицензию, которые будут непосредственно отпускать препараты, должны получить дополнительное профобразование в части розничной торговли лекарствами. В связи с этим необходимо организовать их обучение.

Кроме того, следует определить форму и условия поставки лекарств, оснастить рабочее место по их отпуску, обеспечить учет и отчетность, установить порядок оплаты расширения функциональных обязанностей и увеличения объема работы.





ЧЕМ И КАК ЧАСТО БОЛЕЕТ НАСЕЛЕНИЕ, ОБСЛУЖИВАЕМОЕ ФМБА РОССИИ?

Письмо Федерального медико-биологического агентства от 7 июля 2010 г. № 32-024/473

Приводятся данные по различной заболеваемости среди населения, обслуживаемого ФМБА России, за январь-май 2010 г.

По сравнению с аналогичным периодом 2009 г. зарегистрировано снижение заболеваемости по следующим нозологическим формам: другим сальмонеллезным инфекциям на 8,9%, в том числе группы Д — на 9,2%, вирусоносительство гепатита В — на 10,8%, коклюшем — в 3,3 раза, ветряной оспой — на 23,4%, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом — в 2,6 раза, педикулезом — на 23,8%, сифилисом — на 12,7%, гонореей — на 4,2%, ВИЧ — на 18,1%. Заболеваемость острым вирусным гепатитом А увеличилась почти в 2 раза, острыми кишечными инфекциями установленной этиологии — на 35,7%.

Ситуация по клещевому вирусному энцефалиту не изменилась.

Отмечен 1 случай брюшного тифа в г. Обнинске Калужской области. Не регистрировались случаи заболеваний полиомиелитом, дифтерией, корью, эпидемическим паротитом, краснухой, столбняком, туляремией, сибирской язвой, бруцеллезом, легионеллезом.

Указаны уровни охвата профилактическими прививками.

Обращается внимание руководителей территориальных органов на необходимость постоянного ежемесячного анализа состояния инфекционной заболеваемости и иммунопрофилактики. Следует принимать адекватные профилактические и противоэпидемические мероприятия.

РАЗРАБОТКУ ПРОЕКТА ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДКАРТЫ РОССИЯНИНА ОРГАНИЗУЕТ СПЕЦИАЛЬНАЯ РАБОЧАЯ ГРУППА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 августа 2010 г. № 587 «О рабочей группе Минздравсоцразвития России по организации разработки проекта электронной медицинской карты гражданина Российской Федерации»

Решено создать рабочую группу Минздравсоцразвития России по организации разработки проекта электронной медкарты гражданина России. Утверждены положение о ней и ее персональный состав. Группа организует разработку состава обязательных полей карты, форматов и типов вносимых в нее данных, определяет ее базовую структуру. Определены сроки данных мероприятий. Это соответственно июль-август, август и сентябрь 2010 г.

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

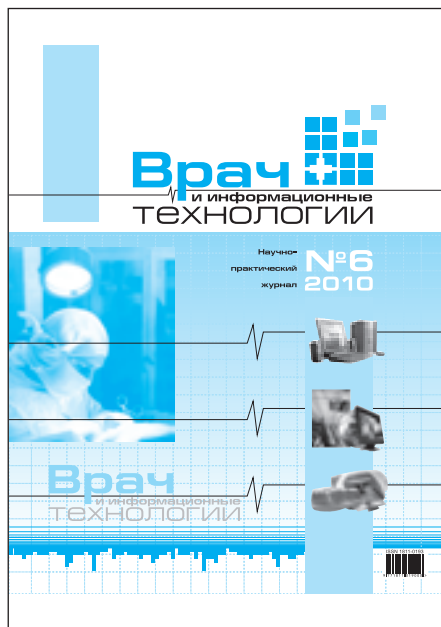


ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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



Читайте в новом номере журнала «Врач и информационные технологии» (2010 – № 6)



- **Обзор региональных решений «Электронная регистратура»**

Аналитическое исследование журнала «ВиИТ»

- **Нужны ли региональные медицинские информационные системы?**

Деверсификация проблемы

- **Направления развития МИС**

Как их учитывают разработчики Интерин PROMIS-2010

- **Стандартизация в сфере информатизации здравоохранения**

О текущем статусе решения проблем говорит признанный опиньон-лидер А.П. Столбов

- **Автоматизация управления стоматологической организацией**

Чем полезен метод проектного и процессного управления

- **Внедрение информационных технологий для профилактики травматизма**

Перспективы и прогнозируемые результаты

- **Чтобы Вы рекомендовали учесть при разработке программы информатизации в проектах модернизации регионального здравоохранения?**

Обзор ответов экспертов

- **Устройство для дистанционного мониторинга пациентов**

Представляем инновационный проект

- **Медицинская информационная система из Карелии стала первым Российским решением, прошедшим экспертизу в США на соответствие требованиям Health Integration Framework**

Как этого добиться?

- **Форум «Информационные технологии в медицине»**

Репортаж с места событий

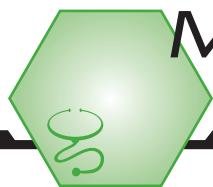
- **MedInfo-2010: 13й международный Конгресс Международной ассоциации медицинской информатики (IMIA), 12–15.09.2010, Кейптаун, ЮАР**

Зарубежный опыт: обзор, тенденции

О журнале:

- Издается с 2004 года в двух версиях: бумажной и электронной
- Входит в перечень журналов, рекомендованных ВАК
- Главный редактор — академик РАМН В.И. Стародубов

www.idmz.ru, idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92



Менеджер
здравоохранения

