

ISSN 1811-0185

# Менеджер здравоохранения

№7. 2010



# Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



## ЧИТАЙТЕ В НОВОМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА «ВРАЧ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»



### → В рубрике «Региональные информационные системы»

- **Социальная карта Республики Башкортостан**  
*Проект реализуется как межведомственный на принципах частно-государственного партнерства. Автоматизированная информационная система «Социальная карта Башкортостана» представлена девятью приложениями. В статье подробно представлена реализация Медицинского приложения социальной карты.*
- **Применение информационной системы для оценки эффективности внедрения достижений медицинской науки в работу практического здравоохранения**  
*Дана оценка эффективности внедрения достижений медицинской науки в практику здравоохранения, с учетом принципов доказательной медицины, на основе моделей конечных результатов работы с применением специальной информационной системы, которая позволяет сопоставлять затраты и различные виды эффектов.*

### → В рубрике «Информационные системы ЛПУ»

- **Создание автоматизированной системы формирования аналитической отчетности в городской клинической больнице**  
*Рассматриваются вопросы создания в ЛПУ автоматизированных информационных систем, обеспечивающих оперативное формирование аналитических сводок с возможностью интерактивного управления ими с использованием технологии OLAP.*
- **Улучшение деятельности ЛПУ с учетом использования моделей поведения пациентов**  
*Предложенная мультипликативная аналитическая модель объясняет такой феномен как соотношение факторов, влияющих на летальность и увеличение количества лиц старших возрастных групп.*

### → В рубрике «ИТ в лечебно-диагностическом процессе»

- **База данных гистологической лаборатории: возможности управления процессами и качеством**  
*Рассмотрены вопросы анализа и информатизации технологической цепочки гистологической лаборатории на примере патологоанатомического отделения онкологической больницы. Предложен вариант организации управления процессами и качеством при проведении гистологической обработки материала.*

### → В рубрике «С места событий»

*На круглом столе «ИКТ в здравоохранении-2010», организованном Snews и Snews Analytics, обсуждались причины изменений планов главврачей на 2011 год, касающихся информатизации ЛПУ*

**Обзор актуальных нормативных документов за апрель–май 2010 г.**

Условия подписки на сайте [www.idmz.ru](http://www.idmz.ru)



# Менеджер

здравоохранения

## ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Применение современных принципов оплаты труда медицинского персонала, ориентированных на результат, в лечебно-профилактических учреждениях**
- ✓ **Анализ динамики показателей расходов федерального бюджета на обеспечение государственных гарантий в сфере здравоохранения**
- ✓ **Результаты работы нового федерального центра высоких медицинских технологий**
- ✓ **Оперативный контроль лечебно-диагностического процесса и финансовых показателей ЛПУ**
- ✓ **Электронная медицинская карта: новые видение, функции и требования**

# Менеджер здравоохранения

**Главный редактор:**  
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,  
академик РАМН, профессор

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

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

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

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

№ 7  
2010

## В номере:

### ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2010

4-6

#### ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

**Некоторые аспекты современной системы  
обязательного медицинского страхования. Часть 1**

*Ф.Н. Кадыров, В.Н. Филатов, И.С. Хайруллина*

7-15

#### МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Некоторые аспекты методологии планирования заданий по обеспечению  
государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации  
бесплатной медицинской помощи**

*В.И. Стародубов, В.И. Перхов, Е.Е. Балухев*

16-22

**О целесообразности формирования отраслевого принципа  
взаимодействия государства и саморегулируемых организаций  
в сфере здравоохранения**

*Д.В. Пивень, И.С. Кицул*

23-25

**Комплекс мероприятий по переходу системы здравоохранения  
на преимущественно одноканальное финансирование**

*О.В. Обухова*

26-33

**Стандартизация организационных схем при оказании  
высокотехнологичной медицинской помощи  
(по документам Минздравсоцразвития России)**

*И.Е. Рыбальченко*

34-42

### ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

**Правовые основы оказания высокотехнологичной  
медицинской помощи**

*А.В. Белостоцкий*

43-46

**К вопросу о правовых основах оказания медицинской помощи  
научными работниками**

*О.О. Салагай*

47-52

**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

## «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

### Адрес редакции:

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

### Главный редактор:

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

### Зам. главного редактора:

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

### Шеф-редактор:

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

### Директор отдела распространения и развития:

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

### Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

### Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

### Литературный редактор:

Л.И. Чекушкина

### Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»  
Годовая — 20102  
Полугодовая — 82614

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

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

## ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

**Персональная электронная медицинская карта — сервис, доступный уже сейчас**

*Б.В. Зингерман*

53-62

## С МЕСТА СОБЫТИЙ

**Первый Всероссийский Конгресс пациентов принял Декларации о правах пациентов в России**

63-66

## ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА

**Интернет-портал для пациентов, имеющих квоту на ВМП**

64

## КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

**О проекте Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»**

*Консультирует д.э.н. Ф.Н. Кадыров*

67-71

## ИЗУЧАЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

**Вопросы налогообложения государственных (муниципальных) учреждений в свете Федерального закона № 83-ФЗ**

*Ф.Н. Кадыров*

72-75

## СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА

**Договор на предоставление медицинских услуг расторгнут страховщиком из-за того, что медицинская организация не включена в Программу госгарантий**

*Постановление Федерального арбитражного суда Дальневосточного округа от 3 апреля 2009 г. № Ф03-1 101/2009 (извлечение)*

76-80

## ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

81-96



## ПРОЕКТ НОВОГО ЗАКОНА ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ВЫНЕСЕН НА ОБСУЖДЕНИЕ



**В** конце мая на сайте Минздравсоцразвития РФ для широкого обсуждения был размещен проект нового закона об обязательном медицинском страховании. В первом чтении новый законопроект об ОМС может быть рассмотрен до конца весенней сессии Госдумы. Если документ будет принят до конца этого года, новый закон об ОМС вступит в силу с 2011 года (за исключением статей, связанных с переходным периодом).

Описывая конструкцию законопроекта и место участников, директор Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития Владимир Зеленский, выступая на круглом столе, посвященном реформе ОМС, пояснил, что авторы документа считают ОМС частью системы социального страхования. Так же, как в системе соцстраха, Федеральный фонд ОМС получает теперь статус национального государственного страховщика. Он в свою очередь реализует политику через свои территориальные фонды, а страховщики воспринимаются как компании, работающие на аутсорсинге. Им ФФОМС делегирует ряд полномочий.

Один из принципиально новых моментов законопроекта — централизация системы ОМС и переход к одноканальной системе финансирования. ФФОМС, который переименуют в ФОМС РФ, будет финансировать территориальные фонды ОМС (ранее наполнявшиеся по разным каналам), в частности, финансировать территориальные программы ОМС субъектов в рамках базовой программы ОМС. ФОМС РФ так же, как и сейчас, будет иметь право на страховой нормированный запас.

Автономность и устойчивость финансовой системе ОМС будут обеспечены прежде всего за счет ввода обязательных платежей субъектов Федерации за неработающее население. Ранее в Минздраве отмечали, что платежи за неработающих складывались произвольным образом. Теперь предлагается устанавливать тариф страхового взноса за неработающее население ежегодно на три года с учетом инфляции. За работающих страховые взносы в ОМС по действующему законодательству платит работодатель через Пенсионный фонд.

Важнейший новый принцип системы — появление понятия «базовая программа ОМС». Она является частью программы госгарантий оказания бесплатной медпомощи, ежегодно утверждаемой Правительством. Регионы при этом также принимают свои нормативы и программы. Однако подушевой норматив территориальной программы ОМС, которая является частью территориальной программы госгарантий, не может быть ниже подушевого норматива базовой программы ОМС. По сути, базовая программа — это минимум услуг ОМС, который гарантирован по полису ОМС. Территориальная программа ОМС может быть шире базовой, но не уже: за пределами своего региона полис ОМС может не открывать доступ ко всей территориальной программе, но гарантирует минимум услуг.

По тому же принципу построено и право выбора для застрахованного в системе. Гражданин сможет выбирать страховую компанию путем подачи заявления, осуществлять выбор медицинской организации, но только из участвующих в реализации территориальной программы ОМС. Разрешен и выбор врача (с учетом его согласия) в системе ОМС. Общее и принципиальное нововведение проекта — полное уравнивание частных и государственных клиник, а также возможность оплаты через систему ОМС услуг врачей частной практики.

Разворачивание системы в соответствии с проектом произойдет в течение 2011 года: за следующий год предлагается заменить нынешние полисы на полисы ОМС единого образца. Выбор всех элементов системы для застрахованного в рамках территории свободен, однако за «молчунов» (по аналогии с ПФР) выбор сделает местное подразделение ФФОМС.



Среди других изменений включение с 2014 года в финансирование через ОМС скорой помощи, с 2015 года — высокотехнологичной. До 2014–2015 годов оба вида помощи будут работать вне системы ОМС и ее страховых принципов.

Предполагается, что основные цели закона — автономизация системы ОМС и полная реализация страховых принципов в системе здравоохранения РФ — должны быть достигнуты в течение четырех лет, что крайне мало для реформы такого масштаба. Острейший вопрос об отделении сферы бесплатной медицины от платных медицинских услуг, по мнению разработчиков, решается трудно. «Статья 42 Конституции РФ гарантирует гражданам бесплатно любые медицинские услуги. Спрашивается, какие тогда услуги могут считаться платными?» — задал риторический вопрос В. Зелинский. Тем не менее, разработчики из Минздравсоцразвития ставят задачу составления минимального набора услуг, гарантированных гражданам программой ОМС. Пока, по словам В. Зеленского, единого тарифа в ОМС не будет, он не может быть установлен для всех территорий России из-за разного уровня оборудования лечебных учреждений. Он добавил, что ведомство испытывает трудности, пытаясь сегодня «подтянуть тариф к нынешнему уровню финансирования».

*Источники: АМИ-ТАСС, Коммерсантъ*

## МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ РАЗРАБОТАЛО РЕГЛАМЕНТ СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**М**инздравсоцразвития России разработало проект приказа от 17.05.2010 «Об утверждении Регламента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации». Регламент устанавливает правила внутренней организации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по реализации полномочий по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной сфере деятельности. Регламентом также устанавливается порядок осуществления Министерством координации и контроля деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по труду и занятости, Федерального медико-биологического агентства, а также координации деятельности Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

<http://www.selectum.ru>

## РОССИЯН ОБЕСПЕЧАТ БЕССРОЧНЫМИ ПОЛИСАМИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**Н**овые электронные полисы обязательного медицинского страхования, которые будут введены в РФ с 2011 года, будут бессрочными. Об этом, как передает «Интерфакс», заявил сегодня председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Андрей Юрин.

По словам А. Юрина, выдача новых полисов начнется после 1 января 2011 года, после вступления в силу закона «Об обязательном медицинском страховании», тогда же начнется создание единой базы данных застрахованных лиц, которая будет пополняться по мере обращения граждан за медицинской помощью, а также по мере замены старых полисов новыми.

«Новый, электронный полис, не надо будет менять. Человеку не нужно будет сдавать старый и ждать, пока выдадут новый, лишней суеты не будет», — сообщил глава ФФОМС.





Со временем электронный полис превратится в единую универсальную карту, которая заменит застрахованным пенсионное свидетельство и будет содержать информацию о региональных льготах.

А. Юрин напомнил также, что проект нового закона о медицинском страховании, разработанного Министерством здравоохранения и социального развития, предусматривает бесплатное медицинское обслуживание обладателей полисов ОМС на всей территории РФ, вне зависимости от места проживания. Документом также предусмотрена возможность смены страховой компании и медицинского учреждения по желанию застрахованного.

Как предполагают в Минздраве, подготовленный Министерством законопроект будет внесен в Госдуму в течение месяца, а его рассмотрение должно быть завершено до конца весенней думской сессии.

## В.В. ПУТИН ПОТРЕБОВАЛ ОТ РЕГИОНОВ НЕ ПЕРЕКЛАДЫВАТЬ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ

Премьер-министр РФ Владимир Путин потребовал от регионов не сокращать расходы на здравоохранение и не перекладывать расходы на федеральный бюджет. Об этом он заявил 10 июня 2010 г. на совещании по расходам федерального бюджета 2011–2013 годов на здравоохранение и социальную политику. «Недопустимо, чтобы под предлогом увеличения федерального финансирования региональные бюджеты сократили свои расходы в сфере здравоохранения, — сказал В.В. Путин. — Надеюсь, что в регионах меня услышат».

В.В. Путин напомнил, что в 2011 году будет запущен масштабный проект модернизации здравоохранения, в который за счет повышения страховых взносов будет привлечено около 460 миллиардов рублей. «Подчеркну, это дополнительные деньги, направляемые на решение конкретных проблем: ремонт больниц и поликлиник, обеспечение лекарствами и оборудованием, повышение зарплат медицинским работникам», — обратил внимание В.В. Путин. «Деньги будут направляться только в те регионы и учреждения, которые представят внятные, понятные, соответствующие требованию программы модернизации», — заявил он. При этом Премьер потребовал от Минздравсоцразвития заблаговременно сформировать перечень подобных требований.

Несмотря на увеличение федерального финансирования, Глава Правительства потребовал от регионов не приостанавливать текущее финансирование. «Если где-то уже приступили к ремонту больницы, обещали закупить оборудование, то нельзя отказываться от своего слова и намеченных планов, перекладывать эти расходы на федеральный бюджет», — считает он. «Все начатые проекты необходимо довести до конца, а текущие обязательства — полностью обеспечить финансированием», — подчеркнул В.В. Путин. По его словам, в ближайшее время на заседании Президиума Совета по нацпроектам будут определены конкретные целевые показатели развития здравоохранения на ближайшую финансовую трехлетку. «В том числе по таким приоритетам, как формирование здорового образа жизни, помощь материнству и детству, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи», — пояснил он.

«А сегодня нам надо определиться, какие бюджетные ресурсы мы сможем сконцентрировать под эти и другие ключевые направления политики социального развития», — предложил он. Кроме того, по словам В.В. Путина, предстоит определиться и с инвестиционными расходами на здравоохранение, в том числе на создание новых клиник высоких медицинских технологий. «Считаю, что нам нужно уже в ближайшее время полностью завершить строительство всех намеченных центров, чтобы они как можно быстрее начали оказывать реальную помощь людям», — подытожил Премьер.

*Источник: АМИ-ТАСС*



От редакции:

На фоне рассмотрения Государственной Думой законопроекта «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» особую актуальность приобретает анализ существующей системы обязательного медицинского страхования. Действительно, нужно хорошо знать проблемы нынешней системы ОМС, чтобы правильно оценить достоинства и недостатки законопроекта. Сегодня мы начинаем публикацию материалов наших экспертов, посвященных этому вопросу.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

### Ф.Н. Кадыров,

д.э.н., профессор кафедры социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Санкт-Петербург

### В.Н. Филатов,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Санкт-Петербург

### И.С. Хайруллина,

эксперт журнала, г. Москва

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ЧАСТЬ 1

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в нашей стране сложилась почти два десятилетия назад — закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» был принят в 1991 году. Таким образом, система ОМС стала данностью в Российской Федерации, и перспективы развития здравоохранения в нашей стране очень тесно связываются с ним.

В системе обязательного медицинского страхования по состоянию на 1 января 2010 года осуществляли деятельность Федеральный фонд и 84 территориальных фонда обязательного медицинского страхования, 107 страховых медицинских организаций, имеющих статус юридического лица, и 246 филиалов страховых медицинских организаций, 8142 самостоятельные медицинские организации. (1)

Тем не менее, очевидно, что система ОМС требует реформирования: неслучайно уже несколько лет идет обсуждение различных вариантов законопроекта «Об обязательном медицинском страховании».

Вопрос о реформировании обязательного медицинского страхования (ОМС) встал давно — по сути, с самого начала функционирования системы, поскольку очень быстро выявились и недоработки закона, и сложность (а то и невозможность) реализации целого ряда его положений на практике.

Соответственно актуальной оказывается оценка эффективности существующей системы обязательного медицинского страхования, выявление ее положительных элементов, которые должны получить дальнейшее развитие, а также определение тех компонентов, которые нуждаются в устранении либо усовершенствовании. В



рамках системы ОМС сегодня перераспределяются огромные финансовые средства, и далеко не безразлично, как они будут использоваться и в каком направлении будут стремиться их потоки. Значимость такого анализа определяется тем обстоятельством, что конечным его результатом выступает возможность обеспечения здоровья населения — стратегического и экономического потенциала основного ресурса страны, главная социальная цель государства.

При рассмотрении системы ОМС возникают немало проблем методологического, понятийного характера. Действительно, трактовка обязательного медицинского страхования неоднозначна. Согласно ст. 1 закона от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования. Если же обратиться к Федеральному закону от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», то обнаруживается следующее. Ст. 1 указанного закона определяет, что обязательное социальное страхование — часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом **страхование работающих граждан** от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по не зависящим от них обстоятельствам.

Вместе с тем в системе ОМС застрахованными являются еще и неработающие граждане. Получается, что система ОМС, являясь частью системы социального страхования, в то же время шире ее, охватывая и неработающее население.

Рассматривая обеспечение системой ОМС социальных гарантий населению, следует отметить еще один момент. Вышеуказанная ст. 1. Федерального закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» гласит, что обязательное медицинское страхование обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении

медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Обеспечение равенства возможностей в получении медицинской и лекарственной помощи на уровне субъектов Федерации представляет собой отдельную проблему, и она рассматривается ниже. Здесь же необходимо остановиться на том, что «равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой **за счет средств обязательного медицинского страхования**», и просто «равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи» — это далеко не одно и то же.

С другой стороны, поскольку виды и объемы помощи, предоставляемой за счет средств ОМС, гораздо меньше по сравнению с видами и объемами всей бесплатной медицинской помощи (включая финансируемые из бюджета), то система обязательного медицинского страхования и не претендует на то, чтобы гарантировать бесплатность всей медицинской помощи.

При этом важно отметить, что в главном для системы здравоохранения законодательном акте — Законе Российской Федерации от 22 июля 1993 года № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» в отношении обеспечения равной доступности вообще нет никакого нормативного положения.

Далее. Цель медицинского страхования, декларированная законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи **за счет накопленных средств**. Если этих средств недостаточно, то претензии предъявить не к кому: формально это означает, что бесплатная помощь может быть оказана в урезанном виде или не оказана вообще, при этом в полном соответствии с законом. К сожалению, на практике часто так и происходит.



Следовательно, можно заключить, что заявленное еще в момент введения в практику системы ОМС декларируемое утверждение о том, что система ОМС (хотя бы теоретически) обеспечивает большие гарантии бесплатной медицинской помощи, чем бюджет, представляется довольно сомнительным.

Не стоит забывать, что медицинское страхование исторически (с точки зрения мировой практики, за исключением стран бывшего социалистического лагеря) выступало как средство повышения социальных гарантий относительно частного здравоохранения. Вместе с тем (к сожалению или к счастью?) цивилизация не придумала лучшие гарантии, чем бесплатное бюджетное здравоохранение. Заметим, что здесь речь идет лишь о гарантиях доступности бесплатной для населения медицинской помощи, а не об уровне их финансового обеспечения, качестве оказания медицинской помощи, рациональности использования средств и т.д. (по которым медицинское страхование действительно может превосходить бюджетную систему). С этой точки зрения, никакие формы страхования не способны обеспечить лучших гарантий, чем государственная бюджетная система. Тем более это касается отечественной системы ОМС, не обладающей для этого ни рациональной организационной структурой, ни необходимыми финансовыми ресурсами.

Несовершенство системы ОМС, с точки зрения гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, проявляется и в путях практической реализации этих гарантий. Экономическая и организационная сторона дела таковы, что обеспечивать помощь наиболее рисковому контингенту (БОМЖи, переселенцы, незастрахованные, иностранные граждане и т.д.) никто не хочет. На самом деле проблема подобных «внештатных» ситуаций гораздо сложнее, чем это представляется на первый взгляд. Одна из проблем касается оказания медицинской помощи за счет средств ОМС иностранным гражданам. Она освещена в статье Кадырова Ф.Н. и Андриюшиной Н.А.

«Особенности финансирования оказания медицинской помощи иностранным гражданам», опубликованной в 5-м номере журнала «Менеджер здравоохранения» за 2010 год.

Завершая анализ возможностей обеспечения социальных гарантий в системе ОМС, следует отметить, что до сих пор значимой остается и реализация взаиморасчетов между территориями за медицинскую помощь, оказанную за пределами зоны страхования. Несмотря на наличие соответствующих инструкций Федерального фонда ОМС, целый ряд регионов игнорирует утвержденный порядок взаиморасчетов, что демонстрирует неспособность системы ОМС разрешить ею же созданную проблему.

В результате всего этого оплату услуг за бездомных, иногородних и т.д. медицинским учреждениям получить крайне сложно, а иногда и просто невозможно. Конечно же, в подобных случаях такие пациенты являются крайне «неудобными» для учреждений здравоохранения, и они стараются всеми правдами и неправдами избавиться от них как можно быстрее. Все это отнюдь не способствует реализации гарантий бесплатной медицинской помощи.

Второй широкий аспект анализа существующей системы ОМС и ее потенциала — возможности реализации основных принципов медицинского страхования.

Как известно, к одному из достоинств ОМС принято относить замену налогового характера сбора средств для здравоохранения на более эффективный — взносы в систему ОМС.

Следует отметить, что механизм сбора средств на цели обязательного медицинского страхования долгое время был вовсе не таким, каким планировался в первоначальном варианте при введении системы ОМС. Первоначально предполагалось закрепить функцию сбора средств за страховыми организациями, которые должны были напрямую получать средства от организаций-страхователей. В более позднем, уже реально внедренном вари-





анте, появились фонды обязательного медицинского страхования, на которые и были возложены функции сбора страховых взносов на ОМС. Таким образом, на первом этапе функционирования ОМС в нашей стране сбором страховых взносов занимались фонды ОМС.

Замену налогового характера сбора средств для здравоохранения на, как утверждалось, более эффективный способ сбора страховых взносов (в рамках перехода от бюджетного финансирования к страховому) тогда принято было относить к одному из достоинств ОМС. Действительно, фонды ОМС, принципиально заинтересованные в увеличении финансовых поступлений, проявляли достаточно большую активность в получении средств от должников.

В дальнейшем данная функция перешла к налоговым органам. В соответствии с Налоговым кодексом РФ взносы на обязательное медицинское страхование относились не к страховым взносам, а к налогам и входили в состав Единого социального налога (ЕСН). Порядок их начисления и сборов регламентировался главой 24 Налогового кодекса РФ (ныне утратившей силу). Соответственно сбором страховых взносов стали заниматься налоговые органы.

Преобразование страховых взносов в налоги и передача функции сбора страховых взносов на ОМС от фондов ОМС к налоговым органам вызвали немало споров. Была очевидна тенденция к централизации власти, к выстраиванию «вертикали» (в соответствии с действующим законодательством ЕСН относился к федеральным налогам и сборам — ст. 13 Налогового кодекса РФ), к устранению страховых принципов. Последствия подобных реформ были неоднозначны. С одной стороны, у налоговых органов, для которых удельный вес взносов в ОМС в общей сумме налогов был незначителен, не возникало особого интереса серьезно заниматься неплательщиками. При этом следует отметить, что если в свое время на фонды ОМС были возложены некоторые функции

налоговых органов, в частности, обязанности по налоговому контролю (ст. 30 и ст. 34.1 Налогового кодекса РФ), то в дальнейшем эти были функции упразднены. С другой стороны, реальных рычагов влияния на должников у налоговых органов было намного больше.

Сейчас же в соответствии с уже рассматривавшимся Законом № 212-ФЗ контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, уплачиваемых в фонды обязательного медицинского страхования, осуществляют Пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы. Но у Пенсионного фонда РФ и его территориальных органов нет ни возможностей налоговых органов, ни заинтересованности, присущей фондам ОМС.

Таким образом можно заключить, что в итоге с помощью ОМС в свое время не удалось уйти от налогового характера сбора средств для финансирования здравоохранения, как планировалось, за счет замены его более эффективным или социально более справедливым механизмом. Во-первых, на длительное время прямо был возвращен налоговый характер поступления средств в ОМС (ЕСН относился к налогам). Во-вторых, через бюджет, формируемый на традиционной налоговой основе (взносы на страхование неработающего населения), в фонды ОМС поступает больше средств, чем страховые взносы от работодателей. Так, в 2009 г. 200,4 млрд. руб. поступило в территориальные фонды ОМС в виде страховых взносов на ОМС неработающих граждан (то есть за счет бюджетов, сформированных на налоговой основе) и только (см. таблицу 3) 153,1 млрд. руб. в виде ЕСН (которые сейчас заменили на страховые взносы).

Сейчас вновь вернулись от ЕСН к страховым взносам. При этом совокупная ставка страховых платежей с 2011 года должна быть выше, чем была ставка ЕСН, то есть совокупная налоговая нагрузка заметно возрастет. Планируется увеличить ее с 3,1 до 5,1%.



Таблица 1

**Тарифы страховых взносов в 2010 и 2011 гг. (в % от фонда оплаты труда)**

Год	Всего	В том числе:			
		Пенсионный фонд Российской Федерации	Фонд социального страхования Российской Федерации	Фонды обязательного медицинского страхования	
				Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	Территориальные фонды обязательного медицинского страхования
2010	26,0	20,0	2,9	1,1	2,0
2011	34,0	26,0	2,9	2,1	3,0

Подобные перспективы, конечно, не могут не радовать представителей здравоохранения. Однако не все так замечательно, как видится на первый взгляд. Страховые взносы взимаются не со всего фонда оплаты труда, а лишь с годовой зарплаты сотрудника до 415 тыс. рублей в год. С сумм выплат и иных вознаграждений в пользу физического лица, превышающих 415 тыс. рублей нарастающим итогом с начала расчетного периода, страховые взносы не взимаются, хотя при этом шкала будет «плоской», а не «регрессивной», как применительно к случаю с ЕСН. На наш взгляд, оба варианта не в полной мере соответствуют фундаментальным принципам обязательного медицинского страхования, в частности, принципу «богатый платит за бедного».

В 2010 и в 2011 годах для основной части плательщиков страховых взносов за небольшим исключением применяются следующие тарифы страховых взносов (таблица 1).

В целом в отношении способов поступления средств в систему ОМС с позиций реализации страховых подходов, анализ выявляет следующее. В наибольшей степени страховым принципам соответствуют платежи на страхование работающего населения (вне зависимости от их названия: ЕСН или страховые взносы). Взносы на страхование неработающего населения, несмотря на свое название, в настоящее время не выполняют функцию страховых взносов, поскольку фактически никак не привязаны к страховому случаю в связи с отсутствием ставки платежей и

связи с числом застрахованных, а также из-за того, что источником этих платежей являются соответствующие бюджеты, то есть средства, которые в свою очередь формируются за счет налоговых поступлений.

Очевидно, что обязательное медицинское страхование не обеспечило выполнения такой своей основополагающей задачи, как обеспечение дополнительного финансирования отрасли. Между тем именно этот факт как раз трудно поставить в вину самой системе обязательного медицинского страхования — таковы были условия в стране в момент ее внедрения, обусловившие соответствующие правительственные решения, в первую очередь гигантский бюджетный дефицит 90-х годов XX века. Это не вина, а беда ОМС. Не выявляя сегодня виновников уже создавшегося положения, нужно только констатировать тот факт, что средства ОМС не стали дополнением бюджетного финансирования. Произошло лишь замещение средствами ОМС части бюджетных средств. Более того, именно бюджеты различных уровней являются наиболее «злостными» неплательщиками взносов в фонды ОМС (за неработающее население). На этом фоне трудно согласиться с достаточно распространенным утверждением, что средства ОМС позволили не допустить краха финансовой системы здравоохранения, способствуя, по крайней мере, смягчению последствий резкого снижения бюджетного финансирования.



**Исполнение бюджетов территориальных фондов ОМС по налоговым платежам и страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2009 году**

Показатель	Всего		Работающее население		Неработающее население	
	Абсолютное значение	Удельный вес (в %)	Абсолютное значение	Удельный вес (в %)	Абсолютное значение	Удельный вес (в %)
Численность населения, млн. чел.	142,6	100,0	60,5	42,4	82,1	57,6
Поступление средств, млн. руб. (фактическое)	362 656,1	100,0	162 274,5	44,75	200 381,6	55,25
Финансовое обеспечение на 1 гражданина, руб.	2542,5	100,0	2682,6	108,1	2445,7	94,3
Поступление средств, млн. руб. (расчетное)	382 516,0	100,0	162 274,5	42,4	220 241,5	57,6

В этой связи зададимся вопросом: «Что бы изменилось, если бы эти 3,1% (первоначально — 3,6%) от фонда оплаты труда направлялись сначала в бюджет, а уже оттуда шли на финансирование здравоохранения?» Исчезла бы адресность — эти средства могли не дойти до здравоохранения. В системе ОМС они сразу идут в здравоохранение, а при бюджетном финансировании благополучие отрасли во многом определяется «доброй волей» органов власти. Принято считать, что адресность (как свойство, присущее ОМС) — это для здравоохранения хорошо, а общность средств (как это имеет место в бюджете) — плохо. К тому же адресность обычно рассматривается в качестве механизма, обеспечивающего выравнивание уровней оказания медицинской помощи по регионам и стабильность финансирования. Анализ ситуации демонстрирует, что на самом деле это не совсем так.

Для оценки степени выравнивания за счет средств ОМС уровней оказания медицинской помощи по регионам рассмотрим исполнение бюджетов территориальных фондов ОМС (таблица 2).

Численность граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, в

2009 году составила 142,6 млн. человек, в том числе 58,9 млн. работающих и 83,4 млн. неработающих граждан. Из общей численности застрахованных граждан 139,6 млн. человек (98,1%) обеспечены страховыми медицинскими полисами.

В структуре контингента застрахованных граждан на основании договоров обязательного медицинского страхования работающие граждане составили 42,4%, неработающие граждане — 57,6%, из них дети до 18 лет — 18,8%.

В то же время в структуре доходов территориальных фондов ОМС (без учета прочих поступлений) взносы за работающих составляют 44,75%, а взносы за неработающее население — 55,25% [1].

Исходя из этих данных можно определить, в расчете на 1 человека за неработающего человека взносы составляют меньшую величину, чем за работающего. При этом удельные затраты на оказание медицинской помощи на 1 неработающего в среднем значительно выше, чем работающего. Таким образом, именно недостаточные платежи в систему ОМС на страхование неработающего населения являются основной причиной недофинансирования системы ОМС.



Таблица 3

### Поступление средств в территориальные фонды обязательного медицинского страхования в 2008–2009 гг. [1]

Показатели	2008 год	2009 год	
	млрд. рублей	млрд. рублей	в % к 2008 г.
Поступило средств всего, из них:	537,0	551,5	102,7
Налоги, страховые взносы всего, из них:	341,9	363,3	106,3
— единый социальный налог	153,0	153,1	100,1
— страховые взносы на ОМС неработающих граждан	178,9	200,4	112,0
— недоимки и пени по страховым взносам на ОМС неработающих граждан	0,6	0,5	83,3
— единый налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения	6,2	5,9	95,2
— единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	2,8	2,9	103,6
— единый сельскохозяйственный налог, млн. руб.	0,1	0,1	87,5
— недоимки, пени и штрафы по взносам в государственные внебюджетные фонды	0,3	0,4	133,3
Безвозмездные поступления всего, из них:	185,2	176,2	95,1
— дотации из средств ФОМС	71,3	91,6	128,5
— субсидии и субвенции из средств федерального бюджета, из них:	80,0	20,8	26,0
— на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными средствами	45,9	—	—
— на денежные выплаты медицинским работникам	21,0	—	—
— на ОМС неработающего населения (детей)	3,5	3,8	108,6
— на проведение пилотного проекта в субъектах РФ, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения	3,4	—	—
— на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, находящихся в стационарных учреждениях	0,5	0,8	165,1
— на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	5,7	3,8	—
— на реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи	—	12,4	—
— средства бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемые бюджетам территориальных фондов ОМС на денежные выплаты медицинским работникам	—	19,0	—
— безвозмездные поступления из бюджетов субъектов РФ, муниципальных, городских бюджетов, государственных организаций	33,9	44,8	165,1
Прочие поступления	9,5	12,1	165,1



Таблица 4

**Фактическое финансирование Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за период с 2006 по 2008 гг. по источникам финансирования (13)**

Источники финансирования	2006 год		2007 год		2008 год	
	Абсолютное значение (млрд. руб.)	Удельный вес (в %)	Абсолютное значение (млрд. руб.)	Удельный вес (в %)	Абсолютное значение (млрд. руб.)	Удельный вес (в %)
Федеральный бюджет	117,4	17,0	162,5	18,1	288,6	24,4
Консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации	317,2	45,9	406,6	45,3	483,7	40,8
Средства системы ОМС	256,1	37,1	328,2	36,6	412,8	34,8
Итого (млрд. руб.)	690,7	100,0	897,3	100,0	1 185,1	100,0
в % от ВВП	2,6	–	2,9	–	2,8	–

Таблица 5

**Финансовое обеспечение субъектов Российской Федерации средствами ОМС и бюджета здравоохранения в 2009 году (в рублях на 1 жителя) (14)**

Показатель	В среднем по Российской Федерации	Максимальный уровень	Минимальный уровень	Разброс значений (коэффициент превышения максимального уровня над минимальным)
Финансовое обеспечение населения в системе ОМС всего, в том числе за счет	2542,5	52 209,5 (Чукотский автономный округ)	2268,4 (Республика Ингушетия)	23,0
— единого социального налога и налога на вмененный доход	2682,6	5286,6 (Ямало-Ненецкий автономный округ)	1584,3 (Забайкальский край)	3,3
— страховых взносов на ОМС неработающего населения	2445,7	47018,5 (Чукотский автономный округ)	474,0 (Забайкальский край)	99,2

В строке «Поступления средств, млн. руб. (расчетное)» приведен смоделированный расчетный уровень финансирования системы ОМС в том случае, если бы взносы на страхование одного неработающего соответствовали уровню взносов на одного работающего (2682,6 руб. x 82,1 млн. чел. = 220 241,5 млн. руб.).

Проведенные в рамках рассматриваемой модели расчеты показывают, что при условии поступлений средств в систему ОМС (в расчете на 1 человека) за неработающих граждан на уровне работающих общим объемом

финансирования системы ОМС за счет указанных источников увеличился бы на 19 859,9 млн. руб. (382 516,0 млн. руб. – 362 656,1 млн. руб. = 19 859,9 млн. руб.), или на 5,5%. Величина, как видим, весьма существенная.

На основе анализа данных о поступлениях средств в территориальные фонды обязательного медицинского страхования можно заключить, что высокий удельный вес (около 1/3) имеют безвозмездные поступления, не имеющие стабильного и гарантированного характера (таблица 3). И действительно, если



в 2008 году они составили 185,2 млрд. руб., то в 2009 году только 176,2 млрд. руб. Кроме того, высокими темпами росли взносы на страхование неработающего населения. Это само по себе неплохо, но, во-первых, в настоящее время отсутствуют гарантии их стабильного поступления. Во-вторых, они, как уже отмечалось выше, в меньшей степени соответствуют страховому принципу. Все это свидетельствует о высокой неустойчивости финансовых поступлений в территориальные фонды ОМС и об усиливающемся «нестраховом» их характере.

Достаточно распространенным с момента создания системы ОМС и по сегодняшний день является мнение о том, что она выступает основным источником финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Анализ фактических данных приводит к совершенно иному заключению.

Удельный вес системы ОМС в общем финансировании Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за период с 2006 по 2008 гг. по источникам финансирования (официальных данных за 2009 г. пока нет) составляет чуть более 1/3 и имеет тенденцию к снижению (таблица 4).

С учетом того факта, что финансирование системы ОМС в свою очередь на 2/3 состоит из поступлений бюджетов различных уровней, деньги, поступившие через ЕСН и наиболее отвечающие страховым принципам (153 млрд. руб. в 2008 г.), не превысили даже 13% всех средств, направленных на программы государственных гарантий. Оговоримся, ЕСН мы условно отнесли к страховым поступлениям. Если же исходить из реального источника средств ОМС, фактически они все до 2010 года были налоговыми, а не страховыми.

Таким образом, вполне правомерно заключить, что система финансирования здравоохранения Российской Федерации по-прежнему в большей степени остается бюджетной, а не страховой.

Следующим важным для анализа аспектом функционирования системы ОМС выступает выполнение ею функции обеспечения равенства возможностей в получении медицинской и лекарственной помощи на уровне субъектов Федерации.

Здесь необходимо отметить следующее. Разброс в уровнях финансового обеспечения регионов за счет средств бюджетов значительно меньше, чем за счет средств ОМС. Что же касается самой системы ОМС, то дифференциация финансового обеспечения в первую очередь связана с платежами на неработающее население (таблица 5).

Если разброс значений финансового обеспечения субъектов Российской Федерации средствами ОМС и бюджета здравоохранения в 2009 году в расчете на 1 жителя по показателю единого социального налога и налога на вмененный доход составляет только 3,3, то для страховых взносов на ОМС неработающего населения — 99,2.

Как видно из приводимых данных, основной проблемой как недостаточного финансирования системы ОМС, так и высокой дифференциации финансового обеспечения по регионам являются недостаточные взносы в систему ОМС на страхование неработающего населения. Необходимо добавить, что размер взносов за неработающее население не определен законодательно и это является одной из ключевых проблем эффективности системы ОМС.

*Продолжение статьи читайте в следующем номере*



## Литература

1. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2009 году. — М.: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. — <http://www.ffoms.ru/portal/page/portal/top/index>.



### **В.И. Стародубов,**

академик РАМН, профессор, директор ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России», г. Москва

### **В.И. Перхов,**

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

### **Е.Е. Балуев,**

консультант заместителя председателя Правительства Пермского края, г. Пермь

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕТОДОЛОГИИ ПЛАНИРОВАНИЯ ЗАДАНИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Россия по важнейшим показателям здоровья населения продолжает уступать многим странам, и главной целью совершенствования системы российского здравоохранения является прежде всего повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Бесплатная медицинская помощь должна быть общедоступна, а гарантии ее предоставления понятны не только специалистам. Для достижения указанной цели необходимо решение многих задач, в том числе по внедрению способов планирования и оплаты медицинской помощи, ориентированных на конечный результат. Одним из таких способов является метод установления заданий медицинским учреждениям, который является разновидностью программно-целевого метода.

Следует подчеркнуть, что организация деятельности медицинских учреждений с использованием механизмов установления задания является в настоящее время обязательным условием. Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913, государственное (муниципальное) задание с 2009 года должно устанавливаться медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Вместе с тем основными методами, используемыми в настоящее время при формировании Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, являются метод экспертных оценок, нормативный, экономико-статистического анализа и моделирования. Программно-целевой метод в чистом виде не используется. Программа содержит плановые объемные и финансовые показатели гарантированной медицинской помощи, но не содержит плана на результат оказания этой помощи. Фактически территориальные органы управления здравоохранением могут установить сами себе любые результирующие показа-

© В.И. Стародубов, В.И. Перхов, Е.Е. Балуев, 2010 г.



тели деятельности в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания собственному населению бесплатной медицинской помощи. Это обостряет проблему декларативности государственных гарантий медицинской помощи.

Установление задания на объемы медицинской помощи — метод согласования экономических интересов производителя и покупателя медицинской помощи, направленный на формирование системы управления методом оплаты. Он предполагает разработку и использование системы показателей, позволяющих отслеживать поведение управляемого объекта и корректировать осуществление выбранного метода оплаты.

В таблице 1 представлены основные отличия финансирования медицинских учреждений по заданию от метода финансирования по бюджетной смете.

В Постановлении Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913 не указан объект (процесс оказания медицинской помощи или услуг, профильная деятельность) и предмет этого задания (объемы помощи или услуг, результаты профильной деятельности). Вместе с тем в случае финансирования из государственных источников услуги здравоохранения, произведенные в результате осуществления объектами системы здравоохранения деятельности по выполнению как *прямых*, так и *непрямых* функций, можно считать государственно-муниципальными услугами здравоохранения. Именно на эти услуги целесообразно устанавливать государственное (муниципальное) задание, которое по своей природе, содержанию и предназначению должно полностью исключать действие рыночных механизмов. Все субъекты системы здравоохранения (медицинские учреждения и организации, вышестоящие над ними органы, органы исполнительной власти в сфере здравоохранения), осуществляющие деятельность в области охраны здоровья граждан, выполняя определенные функции, являются *производителями*

товаров и услуг здравоохранения. Следовательно, задание может быть установлено всем субъектам системы здравоохранения, включая вышестоящие над медицинскими учреждениями органы, органы исполнительной власти в сфере здравоохранения, которые также оказывают населению услуги, которые не ориентированные на конечное потребление (рис. 1).

На наш взгляд, можно выделить три зоны деятельности субъектов системы здравоохранения: *собственно продуцирования; использования; властного регулирования*. При этом в основе функционирования всех зон лежит единый механизм продуцирования единого блага — *услуг и товаров здравоохранения*. Все зоны пересекаются, так как являются потребителем ресурсов, предназначенных для достижения одной и той же цели. Каждая из зон потребляет продукты других сфер. Любая зона, потребляя продукты других зон, воспроизводит сама себя и развивается. Все три зоны находятся в окружающей природной среде, и поэтому их взаимодействие должно основываться на принципе сохранения и воспроизводства данной зоны путем создания качественных услуг и товаров.

При этом *качественные услуги и товары здравоохранения* — это совокупность потребительских, квалификационных и стоимостных свойств, удовлетворяющих требованиям получателей (потребителей) и производителей этих товаров и услуг. Услуги могут быть как ориентированы на конечное потребление, так и нет.

*Конечное потребление* — последняя стадия в процессе движения всякой услуги, созданной человеческим трудом. Оно предполагает использование человеком полезности, заключающейся в благе и, следовательно, в уничтожении произведенного блага. Так как задание на объем производства каждой услуги и каждого товара в здравоохранении установить невозможно из-за гигантского числа наименований этих товаров и услуг, предме-





## Отличия финансирования медицинских учреждений по заданию от метода финансирования по смете

Планирование, утверждение и исполнение бюджета	Метод финансирования медицинских учреждений по бюджетной смете	Метод финансирования медицинских учреждений по заданию
Задача планирования	Распределение общего объема расходов между бюджетополучателями	Увязка объема и структуры расходов бюджета с приоритетами государственной политики и ее социально значимыми ожидаемыми и фактическими результатами
Основные подходы к планированию	Планирование в разрезе учреждений и их смет	Программно-целевой подход (целевые программы, показатели результатов)
Отправной пункт планирования	Расходные потребности учреждений	Приоритеты, результаты программ
Структура расходов бюджета	Приоритет экономической и ведомственной классификации	Приоритет программной (функциональной) классификации
Формат нормативного акта о бюджете	Не предусматривает информации о запланированных результатах	Постановка целей, результатов, измеримых показателей результатов
Детализация расходов	Очень подробная	Агрегированные расходы
Органы власти обсуждают и утверждают	Детальную структуру расходов	Цели, результаты, показатели результатов, агрегированную структуру расходов
Ответственность финансирующей стороны	За целевое использование средств	За целевое использование средств и за достижение плановых результатов с минимальными затратами
Уровни принятия решений	Высокая степень централизации	Делегирование на уровни эффективного исполнения
Система контроля	Доминирует внешний контроль	Доминирует внутренний самоконтроль
Фокус контроля	Использование бюджетных средств в соответствии с утвержденным планом	Достижение запланированных результатов, правильность их измерения
Главные объекты внешнего контроля	Дробные статьи затрат	Результаты и общий объем расходов, качество системы внутреннего контроля
Фокус отчетности	Фактические расходы относительно утвержденных	Акцент на достижение результатов

том задания может стать деятельность по производству этих услуг и товаров. Эта деятельность должна находиться вне зоны действия рыночных механизмов. При этом следует подчеркнуть, что зону действия рыночных механизмов целесообразно ограничить рамками так называемой «вспомогательной деятельности». **Вспомогательная деятельность в здравоохранении** — это сопутствующая деятельность, косвенно связанная с производством услуг и товаров здравоохранения (в основном

техническое обеспечение лечебно-диагностического процесса и процесса производства товаров здравоохранения, административно-хозяйственная деятельность, централизованные закупки и т.д.).

Существует также отдельная группа функций в системе здравоохранения, **которые можно назвать «функциями, связанными со здравоохранением»**. К ним можно отнести: образование и повышение квалификации кадров, научные исследования в области здра-



**Рис. 1. Функции системы здравоохранения, зоны и виды деятельности, исполнители и объекты задания на объемы деятельности по оказанию гарантированных в сфере здравоохранения услуг**

вохранения; контроль за продуктами питания, гигиеной и питьевой водой; охрана окружающей среды для обеспечения здоровья населения; контроль и надзор в сфере здравоохранения и социального развития; предоставление социальных услуг в натуральной форме больным и инвалидам и управление соответствующими социальными программами; предоставление социальных пособий для охраны здоровья населения и другие. Представляется целесообразным деятельность по выполнению этих функций исключить из зоны действия механизмов планирования и финансирования, основанных на установлении задания.

Финансирование из государственных источников должно обеспечивать государственные гарантии услуг здравоохранения, предоставляемых населению в бюджетных

медицинских учреждениях и других медицинских организациях. При этом целесообразно использовать следующий понятийный аппарат.

**Государственные гарантии услуг здравоохранения** — предусмотренные государством меры, обеспечивающие реализацию конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

**Оказание гарантированных в здравоохранении услуг** — это деятельность медицинского учреждения или иной организации по оказанию профилактических, диагностических, лечебно-оздоровительных и иных медицинских услуг населению бесплатно, имеющих самостоятельное и законченное значение, а также документированное основание к их оплате за счет государственных источников финансирования.





**Муниципальное задание на оказание гарантированных в здравоохранении услуг** — это планируемый объем деятельности и финансирования медицинских учреждений муниципального подчинения и других местных организаций здравоохранения по оказанию гарантированных в здравоохранении услуг жителям муниципального образования за счет и в пределах ассигнований, запланированных на эти цели в бюджете муниципального образования или в соответствующем государственном внебюджетном фонде.

**Государственное задание на оказание гарантированных в здравоохранении услуг в учреждениях здравоохранения субъекта Федерации** — это планируемый объем деятельности и финансирования медицинских учреждений субъекта Федерации по оказанию гарантированных в здравоохранении услуг жителям субъекта Федерации за счет и в пределах ассигнований, запланированных на эти цели в бюджете субъекта Федерации или в соответствующем государственном внебюджетном фонде.

**Государственное задание на оказание гарантированных в здравоохранении услуг в федеральных учреждениях здравоохранения** — это планируемый объем деятельности и финансирования ВУЗов и НИИ федерального подчинения, имеющих клиническую базу, по оказанию гарантированных в здравоохранении услуг гражданам Российской Федерации за счет и в пределах ассигнований, запланированных на эти цели в федеральном бюджете.

Предложенный глоссарий имеет принципиальное отличие аналогичной терминологии, содержащейся в Бюджетном кодексе Российской Федерации. Согласно Бюджетному кодексу (статья 6), **государственное (муниципальное) задание** — это документ, устанавливающий требования к составу, качеству и (или) объему, условиям, порядку и результа-

там оказания государственных (муниципальных) услуг. То есть объектом задания, согласно Кодексу, являются услуги. В предложенном глоссарии объектом задания являются не услуги, а деятельность. Измерение объема и стоимости этой деятельности будет зависеть от выбранного способа ее оплаты из общественных средств, которых в здравоохранении существует множество. Но при любом способе оплаты этой деятельности из общественных средств пациент не должен доплачивать за достижение конечного результата его контакта с исполнителем задания.

Вместе с тем среди функций государственных и муниципальных органов власти в сфере здравоохранения выделяется одна функция. Эта функция оказания государственных (муниципальных) услуг населению. Для этой функции предназначен, как считалось ранее (в период обсуждения проекта федерального закона «О стандартах государственных услуг»), специальный тип административного регламента — стандарт государственной услуги. Существуют две точки зрения на то, что представляет собой стандарт государственной услуги. В соответствии с одной стандарт государственной услуги есть часть административного регламента. В соответствии с другой — любой стандарт, в том числе и стандарт государственной услуги, является документом, содержащим добровольные требования. Регламент же содержит обязательные требования для выполнения. Особенностью данной функции (оказание государственной услуги) является то, что она может выполняться определенным исполнительным органом государственной власти. При этом исполнение данной функции зависит от волеизъявления заинтересованного лица, который во многих случаях выступает как сопроизводитель данной услуги, а услугодатель должен содействовать заявителю в реализации его прав, законных интересов и конституционных обязанностей<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup> Зворыкина Т.И. Техническое регулирование в сфере услуг // Стандарты и качество. — 2004. — № 5. — С. 44–45.

<sup>2</sup> Нестеров А.В. Регламентация. — М., 2009. — 152 с.



Поэтому, видимо, задания в соответствии с Бюджетным кодексом целесообразно устанавливать органам государственной власти в области здравоохранения в части оказания услуг, не ориентированных на конечное потребление. Прежде всего это услуги, направленные на защиту конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь, а также другие услуги в рамках работы с населением. Проведение работы с населением становится особенно актуальным в связи с перспективой внедрения одноканального финансирования медицинских учреждений преимущественно через систему ОМС, а также принятием федерального закона, предусматривающего изменение организационно-правовой формы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Указанные новации вносят серьезные изменения в основы функционирования системы здравоохранения, а позитивные последствия их реализации не бесспорны.

Наиболее затратной является больничная помощь. Объемы этой помощи в рамках задания необходимо планировать не только по профилям коечного фонда круглосуточных стационаров, но и по профилям заболеваний (классам МКБ-10, групповым (родовым) понятиям внутри каждого класса), а также уровням технологий их оказания. При этом именно группы заболеваний по классам МКБ-10 (а по отдельным классам и родовые группы нозологий, такие как ЦВБ, ИБС) могут стать одним из основных факторных носителей информации, определяющих плановые объемы медицинской помощи и объемы ее финансирования. Этот подход можно назвать «нозологическим подходом». Именно нозологический подход лежит в основе так называемых «клинико-затратных групп пациентов» (DRG в европейской версии), которые также учитывают возраст и пол пациента, сопутствующие заболевания, технологию лечения. Построение системы обеспечения населения объемами медицинской помощи с использованием нозологического подхода может

стать также основой для измерения результативности мероприятий в сфере охраны здоровья граждан.

**Результаты мероприятий по охране здоровья** — это изменения в состоянии здоровья индивидуума или группы пациентов (популяции), которые могут быть отнесены на счет системы здравоохранения. Речь идет об обеспечении таких результатов деятельности, когда причинно-следственная связь с изменениями в состоянии здоровья граждан, с результатами деятельности организаций, учреждений и органов управления здравоохранением (государственных и муниципальных), а следовательно, с итогами развития всей системы здравоохранения будет прочной и очевидной. С учетом этого предложения систему обеспечения населения объемами больничной помощи в самом общем виде можно представить как удовлетворение неудовлетворенной потребности населения в медицинской помощи путем использования ресурсов системы здравоохранения, включающей государственно-муниципальный и предпринимательский (частный) сектор.

Таким образом, входной поток в систему представляется в виде числа больных, страдающих конкретными заболеваниями. Выходной из системы поток представляют больные, которые удовлетворили свою потребность в оказании профильной медицинской помощи. Теоретически система будет сбалансирована тогда, когда на конец отчетного периода объем входного потока в систему будет равен выходному. При этом следует подчеркнуть, что потребности динамичны, они трансформируются и действуют в соответствии с законом возвышающихся потребностей. Это всеобщий экономический закон, к специфике действия которого относится его необратимость. То есть с той или иной степенью интенсивности при любой ситуации потребности изменяются только в одном направлении — в сторону их роста. Поэтому производство не может полностью удовлетворить все потребности, ибо по мере их удовлетворения возни-





**Рис. 2. Логическая схема системы здравоохранения, построенной на использовании нозологического подхода при установлении заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи**

кают новые. Но производитель может и породить новые потребности, развивая, производя товары и услуги, ранее не знакомые потребителю. Следовательно, практически система никогда не будет сбалансирована.

Для удовлетворения не выявленных в результате работы системы потребностей должен существовать резерв мощностей и предусмотрен резерв финансов, так как не выявленные потребности обуславливают необходимость оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, а также финансирование оказания новых технологий, объемы которых не были запланированы заранее. Выявленные и не выявленные, но не удовлетворенные потребности в медицинской помощи будут определять размер дисбаланса системы на конец отчетного периода. При этом система должна включать в себя все медицинские учреждения вне зависимости от формы собственности и ведомственной принадлежности (рис. 2)

В современных условиях становится невозможным полностью устранить действия рыночных сил в сфере предоставления медицинских услуг населению, свидетельство чему — реальная практика функционирования западного, а в последние десятилетия и российского здравоохранения. Это требует разработки новых способов влияния государства на систему планирования, финансирования и оказания медицинской помощи, а также определения четких границ и пределов государственного регулирования отрасли. Рассмотренные в публикации методологические аспекты планирования заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи основаны на системном подходе, позволяющем увязать развитие всех взаимодействующих между собой субъектов системы здравоохранения не только с объемом и качеством их услуг и товаров, но и с эффективностью их работы.



**Д.В. Пивень,**

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

**И.С. Кицул,**

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

## О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОТРАСЛЕВОГО ПРИНЦИПА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГОСУДАРСТВА И САМОРЕГУЛИРУЕМЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**В** настоящее время в Российской Федерации сформирована нормативно-правовая база, способствующая развитию механизмов саморегулирования в самых разных областях предпринимательской и профессиональной деятельности, направленных на повышение качества выполняемых работ и оказываемых услуг. Полагаем, что указанная база абсолютно применима и к здравоохранению.

К основным нормативным правовым актам в области саморегулирования относятся:

- Федеральный закон от 01.12.2007 № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях»;
- Федеральный закон от 28.04.2009 № 62-ФЗ «О внесении изменения в статью 20 Федерального закона «О саморегулируемых организациях»;
- Федеральный закон от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;
- Федеральный закон от 25 декабря 2008 г. № 273-ФЗ «О противодействии коррупции»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 29 сентября 2008 г. № 724 г. «Об утверждении порядка ведения государственного реестра саморегулируемых организаций».

С учетом действующей нормативно-правовой базы вопросы, связанные с возможностью создания саморегулируемых организаций в сфере здравоохранения, сейчас не только активно обсуждаются в медицинском сообществе, но уже отмечено и появление некоммерческих организаций, действующих на принципах саморегулирования.

Для отработки практического взаимодействия и формирования науч-



но-обоснованных подходов к развитию саморегулируемых организаций между Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, ФГУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (г. Москва) и Некоммерческим партнерством «Национальная стоматологическая организация» (г. Иркутск) заключено Соглашение по внедрению механизмов саморегулирования в систему организации стоматологической помощи в рамках пилотного проекта.

В настоящее время можно констатировать следующее.

Формирование саморегулируемых организаций в сфере здравоохранения и социального развития актуально прежде всего для частного медицинского сектора. Это обусловлено необходимостью:

- разработки и использования частными медицинскими организациями стандартов профессиональной деятельности, соответствующих действующим государственным стандартам;

- развития инструментов досудебной защиты потребителей произведенных товаров (работ, услуг);

- создания системы обеспечения имущественной ответственности членов саморегулируемой организации перед потребителями произведенных ими товаров (работ, услуг);

- организации в частном здравоохранении внутренней системы контроля качества оказываемых услуг, произведенной продукции.

Следует отметить, что объединение в саморегулируемые организации выгодно и для самих представителей медицинского и фармацевтического бизнеса, так как позволяет им сформировать принципиально новую систему защиты собственных профессиональных интересов, основанную на внедрении механизмов повышения качества оказываемых услуг. В соответствии с законом «О саморегулируемых организациях» указанная система защиты профессиональных интересов участников саморегулируемых органи-

заций включает наличие стандартов и правил профессиональной деятельности; досудебную защиту интересов производителя услуг (третейские суды, имущественная ответственность); квалифицированное юридическое обеспечение участников саморегулируемых организаций с учетом специфики их деятельности; отбор и использование медицинских технологий, только разрешенных к применению в установленном законодательством порядке; расширение возможностей для эффективного взаимодействия с государственными органами.

Кроме того, развитие саморегулируемых организаций в медицинском и фармацевтическом бизнесе целесообразно в целях эффективной реализации Федерального закона от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» и Федерального закона от 25 декабря 2008 г. № 273-ФЗ «О противодействии коррупции».

Развитие саморегулирования в частном медицинском и фармацевтическом бизнесе следует рассматривать, с одной стороны, как возможность привлечения дополнительных частных инвестиций в качество выполняемых работ (услуг), в то же время, с другой стороны, как новую возможность для развития государственно-частного партнерства в сфере обеспечения качества медицинской помощи.

Таким образом можно заключить, что саморегулирование в частном медицинском секторе является одним из эффективных инструментов государственной политики, способствующих повышению качества оказываемых услуг, совершенствованию защиты интересов производителей и получателей услуг.

Необходимо отметить, что Федеральным законом от 1 декабря 2007 г. № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях» предусмотрена процедура государственной регист-



рации, ведения реестра саморегулируемых организаций и контроля за их деятельностью.

В связи с принятием Федерального закона от 28.04.2009 № 62-ФЗ «О внесении изменения в статью 20 Федерального закона «О саморегулируемых организациях» «ведение государственного реестра саморегулируемых организаций осуществляется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти в случае, если не определен уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю (надзору) за деятельностью саморегулируемых организаций в установленной сфере деятельности».

В настоящее время в соответствии с указанными положениями законодательства в Российской Федерации формируется отраслевой принцип взаимодействия государства и саморегулируемых организаций.

Так, в Положении о Федеральной регистрационной службе, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 12 июня 2008 г. № 451 «О Федеральной регистрационной службе», установлено, что Росрегистрация наделена соответствующими полномочиями в части ведения единого государственного реестра саморегулируемых организаций арбитражных управляющих, реестра арбитражных управляющих и единого государственного реестра саморегулируемых организаций оценщиков, а также функциями по контролю деятельности саморегулируемых организаций арбитражных управляющих и надзору за деятельностью саморегулируемых организаций оценщиков.

Постановлением Правительства РФ от 19 ноября 2008 г. № 864 определено, что государственный контроль (надзор) за деятельностью саморегулируемых организаций в области инженерных изысканий, архитектурно-строительного проектирования, строи-

тельства, реконструкции, капитального ремонта объектов капитального строительства, а также ведение реестра указанных организаций осуществляются Федеральной службой по экологическому, технологическому и атомному надзору (Ростехнадзор).

На основании изложенного выше считаем, что в целях эффективной реализации единой государственной политики в сфере здравоохранения и социального развития регистрировать саморегулируемые организации, вести реестр саморегулируемых организаций и контролировать их деятельность должен соответствующий уполномоченный государственный орган по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития, то есть Росздравнадзор.

В п. 5.17 Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323, сказано, что Росздравнадзор «осуществляет иные функции в установленной сфере деятельности, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации».

Таким образом, сегодня, с одной стороны, существует реальная необходимость в развитии саморегулирования в частной системе здравоохранения, в то же время, с другой стороны, есть все правовые основания для подготовки и принятия постановления Правительства РФ о наделении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития полномочиями по регистрации, ведению государственного реестра саморегулируемых организаций и осуществлению функции по контролю (надзору) за деятельностью саморегулируемых организаций в установленной сфере деятельности.





**О.В. Обухова,**

заведующая отделением экономики и ресурсным обеспечением здравоохранения  
ФГУ «ЦНИИОИЗ», г. Москва

# КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРЕХОДУ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

Эффективность перехода системы здравоохранения субъектов Российской Федерации на одноканальное финансирование определяются уровнем приверженности административно-управленческих структур самого субъекта к поиску соответствующих решений для выполнения данной задачи. На начальном этапе необходимо решить, каким образом и за счет чего:

- в структуру тарифа на медицинские услуги в системе ОМС будут включены все статьи расходов;
- будет осуществлена передача обязательств по заболеваниям и видам медицинской помощи, ранее предоставляемых за счет бюджетов, в систему ОМС;
- для обеспечения сбалансированности возросших расходных обязательств и финансовых ресурсов системы ОМС добиться повышения подушевого норматива платежей на ОМС неработающего населения. В данном случае речь идет не об увеличении расходных обязательств бюджетов, а о перераспределении части средств в пользу страхования неработающего населения за счет прямых бюджетных расходов на содержание ЛПУ;
- осуществить реструктуризацию сети ЛПУ;
- совершенствовать методы оплаты медицинской помощи;
- решить вопросы по разграничению полномочий органов управления здравоохранением и органов обязательного медицинского страхования в оказании медицинской помощи гражданам субъектов. Зачастую нечеткая координация деятельности приводит или к дублированию полномочий и соответственно столкновению властных полей, или, напротив, к самоустранению многих структур для решения существующих проблем и созданию состояния самовывживания для управляемых объектов.

Комплекс мероприятий по подготовке субъектов Российской Федерации для перевода здравоохранения на преимущественно одноканальную систему финансирования через ОМС включает:

- анализ состояния системы здравоохранения;
- разработку требований к административному аппарату;
- формирование групп участников с наделением их правами и обязанностями;

© О.В. Обухова, 2010 г.



— формирование плана поэтапного перехода на новую систему с разработкой критериев оценки результатов перехода на каждый этап;

— определение возможных рисков и путей их преодоления для всех участников;

— описание схемы движения финансовых потоков при внедрении новой системы финансирования;

— разработку и утверждение необходимых нормативно-правовых документов;

— формирование плана мониторинга и оценки реализации мероприятий с указанием ответственных лиц (организаций), сроков исполнения, планируемых результатов.

К ключевым субъектам перехода на одноканальное финансирование относят инспекцию Федеральной налоговой службы, Федеральный фонд ОМС, орган власти субъекта, орган управления здравоохранением субъекта, территориальный Фонд ОМС, страховые медицинские организации, действующие в субъекте, медицинские учреждения на территории субъекта, застрахованные граждане субъекта.

Для успешной реализации намеченных планов по реструктуризации финансовой системы здравоохранения необходимо адекватно оценить состояние и возможности как самого здравоохранения, так и социально-экономического положения субъекта Российской Федерации.

Оценка готовности субъекта Российской Федерации для перехода на новую систему должна производиться по следующим показателям:

- Бездефицитная территориальная Программа госгарантий, в том числе в части ОМС.
- Отсутствие дефицита платежей из бюджета на неработающее население по программе ОМС.
- Наличие работающих страховых медицинских организаций на территории субъекта РФ.
- ТФОМС, СМО субъекта РФ владеют полными массивами медико-экономической информации.

• Наличие глубокого анализа и оценки о состоянии ресурсной базы системы здравоохранения субъекта РФ.

• Четкое представление возможных вариантов финансирования медицинских учреждений в условиях одноканального финансирования (для АПУ — подушевое финансирование, частичное или полное фондодержание, для стационаров — оплата по законченным случаям, МЭС и т.д.).

• Наличие нормативно-законодательной базы по переходу на одноканальное финансирование (в том числе законодательное определение организационных и финансовых полномочий муниципальных образований в сфере здравоохранения).

• Наличие четкого структурированного плана реализации перехода субъекта РФ на одноканальное финансирование с описанием конкретных мероприятий, ответственных лиц, сроков выполнения, индикаторов эффективности выполнения с включением перечня индикаторов состояния здоровья населения.

Для эффективной реализации плана перехода на одноканальное финансирование необходимо просчитать возможные риски и пути их преодоления.

Среди общих рисков по переходу на новую систему в субъектах Российской Федерации решающее значение имеют:

- административно-правовые проблемы в связи с несовершенством или отсутствием нормативно-законодательной базы, регламентирующей механизм перехода системы здравоохранения субъекта РФ на преимущественно одноканальное финансирование;
- значительные задержки в оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, от ТФОМС, обусловленные задержкой отчислений предприятий субъекта РФ в ТФОМС в связи с экономическим кризисом;
- опасность недостаточности финансовых ресурсов у медицинских учреждений в связи с невыполнением объемов медицинской помощи, в том числе на оплату коммунальных расходов в связи с изменениями тарифов





на теплоэнергоносители в муниципальных образованиях, на проведение капитальных и текущих ремонтов, а также приобретение медицинского оборудования, требующих больших финансовых ресурсов;

- возможность сокращения мощностей государственных медицинских организаций здравоохранения в связи с передачей их медицинским организациям частной формы собственности.

Преодолению рисков и минимизации возможных проблем реализации перехода на одноканальное финансирование помогут:

- анализ, изучение опыта других регионов РФ;
- выработка плана перехода, содержащего:
  - методику и порядок финансирования;
  - формирование нормативно-правовой базы;
  - схему информационного взаимодействия участников системы;
  - алгоритм нейтрализации негативных последствий перехода;
- отработка схемы финансирования на пилотных территориях субъекта РФ;
- внесение необходимых изменений и дополнений в нормативно-законодательную базу субъекта РФ;
- изменения подходов к формированию территориальной программы ОМС;
  - в целях финансового наполнения Программы госгарантий по обеспечению предоставления населению необходимых объемов бесплатной медицинской помощи создать правовые условия для использования всех имеющихся источников финансирования;
  - установление минимального финансового норматива взносов на неработающее население из бюджета субъекта Российской Федерации;
- внедрение договоров о передаче средств из муниципального района в ТФОМС;

- проведение большой разъяснительной работы с руководящим составом учреждений здравоохранения, разъяснение внедрения методики одноканального финансирования учреждений здравоохранения;
- осуществление тотальной персонификации услуг здравоохранения.

Согласно анализу регионального законодательства, в большинстве субъектов ТФОМС является финансовой структурой, обеспечивающей переход на преимущественно одноканальное финансирование учреждений здравоохранения. Источниками финансового наполнения одноканальной системы в большинстве субъектов выступают:

- бюджет субъекта в составе средств на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
- муниципальные бюджеты в соответствии с заключенными соглашениями о передаче бюджетных средств;

- безвозмездные поступления бюджету ТФОМС из бюджета субъекта, бюджетов муниципальных районов и городских округов<sup>1</sup>.

Перечень статей расходов, финансирование которых осуществляется по новой системе, преимущественно включает все затраты, за исключением расходов на капитальный ремонт и капитальные вложения и коммунальные платежи.

На территории Вологодской области для государственных учреждений здравоохранения, переведенных на преимущественно одноканальное финансирование, дополнительно учитываются расходы на содержание учреждений (расходы на услуги связи, транспортные услуги, арендную плату, услуги по содержанию имущества, прочие расходы и выплаты, кроме коммунальных расходов, расходов на капитальный и текущий ремонты и на приобретение оборудования)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Закон РТ от 20.12.2008 № 125-ЗРТ «О бюджете Фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов».

<sup>2</sup> Постановление Законодательного Собрания Вологодской области от 28.01.2009 № 11 (ред. от 01.07.2009) «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2009 год».



Учреждения г. Томска, работающие в системе обязательного медицинского страхования, переведены на одноканальное финансирование с оплатой медицинских услуг по полному тарифу. По решению органов местного самоуправления за счет средств местного бюджета осуществляются приобретение оборудования и капитальный ремонт зданий<sup>3</sup>.

Областной целевой программой Кировской области определено урегулирование межбюджетных отношений посредством перехода на одноканальное финансирование по тарифу, включающему расходы на текущее содержание муниципальных учреждений здравоохранения<sup>4</sup>.

В 2010 году в городе Перми финансирование муниципальных учреждений здравоохранения через систему ОМС производится по тарифу, включающему все затраты, за исключением расходов на капитальный ремонт и капитальные вложения, кроме расходов на приобретение и модернизацию оборудования<sup>5</sup>.

В связи с переходом на одноканальное финансирование Костромской области затраты на лекарственные средства, необходимые при конкретных нозологических формах заболеваний, компенсируются из средств, направленных на реализацию ТППГ<sup>6</sup>. Бюджетные ассигнования Фонда, получаемые в виде межбюджетных трансфертов из Федерального

фонда обязательного медицинского страхования и областного бюджета, направляются на преимущественно одноканальное финансирование государственных учреждений<sup>7</sup>.

В общем виде движение финансовых потоков при внедрении новой схемы финансирования представлено на *рисунке 1*. Стороны, осуществляющие реализацию территориальной программы ОМС, оговаривают сумму дополнительного финансирования на текущий финансовый год в разрезе муниципальных образований и учреждений здравоохранения субъектов. Органы управления муниципальных образований совместно с финансовыми управлениями распределяют сумму дополнительного финансирования по подведомственным учреждениям здравоохранения (юридическим лицам), выполняющим Программу ОМС, и передают данные в ТФОМС. Сумма дополнительного финансирования должна соответствовать сумме, указанной в ПС для данного муниципального образования.

Учреждения здравоохранения (экономическая служба) распределяют суммы дополнительного финансирования по кварталам с учетом ожидаемых расходов и по условиям оказания медицинских услуг (стационар, дневной стационар и поликлиника) в соответствии с планируемой сметой расходов и передают результаты распределения в ТФОМС. Суммы, полученные от учреждений здравоохранения,

<sup>3</sup> Постановление Администрации г. Томска от 28.12.2007 № 881 (ред. от 30.07.2009) «Об утверждении Программы реформирования муниципальных финансов города Томска на 2008–2010 годы».

<sup>4</sup> Закон Кировской области от 07.10.2008 № 294-ЗО (ред. от 25.09.2009) «Об областной целевой программе «Развитие системы здравоохранения в Кировской области» на 2009–2011 годы».

<sup>5</sup> Решение Пермской Городской Думы от 22.09.2009 № 212 «О финансировании муниципальных учреждений здравоохранения города Перми в 2010 году через систему обязательного медицинского страхования по тарифу, включающему все затраты, за исключением расходов на капитальный ремонт и капитальных вложений, кроме расходов на приобретение и модернизацию оборудования».

<sup>6</sup> Приказ Департамента здравоохранения Костромской области от 09.12.2009 № 876 «О проведении анализа медико-экономических стандартов главными внештатными специалистами-экспертами Департамента здравоохранения Костромской области».

<sup>7</sup> Закон Костромской области от 10.12.2009 № 544-4-ЗКО «О бюджете Костромского областного фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год», Закон Краснодарского края от 08.12.2008 № 1601-КЗ (ред. от 03.04.2009) «О бюджете Краснодарского территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов».



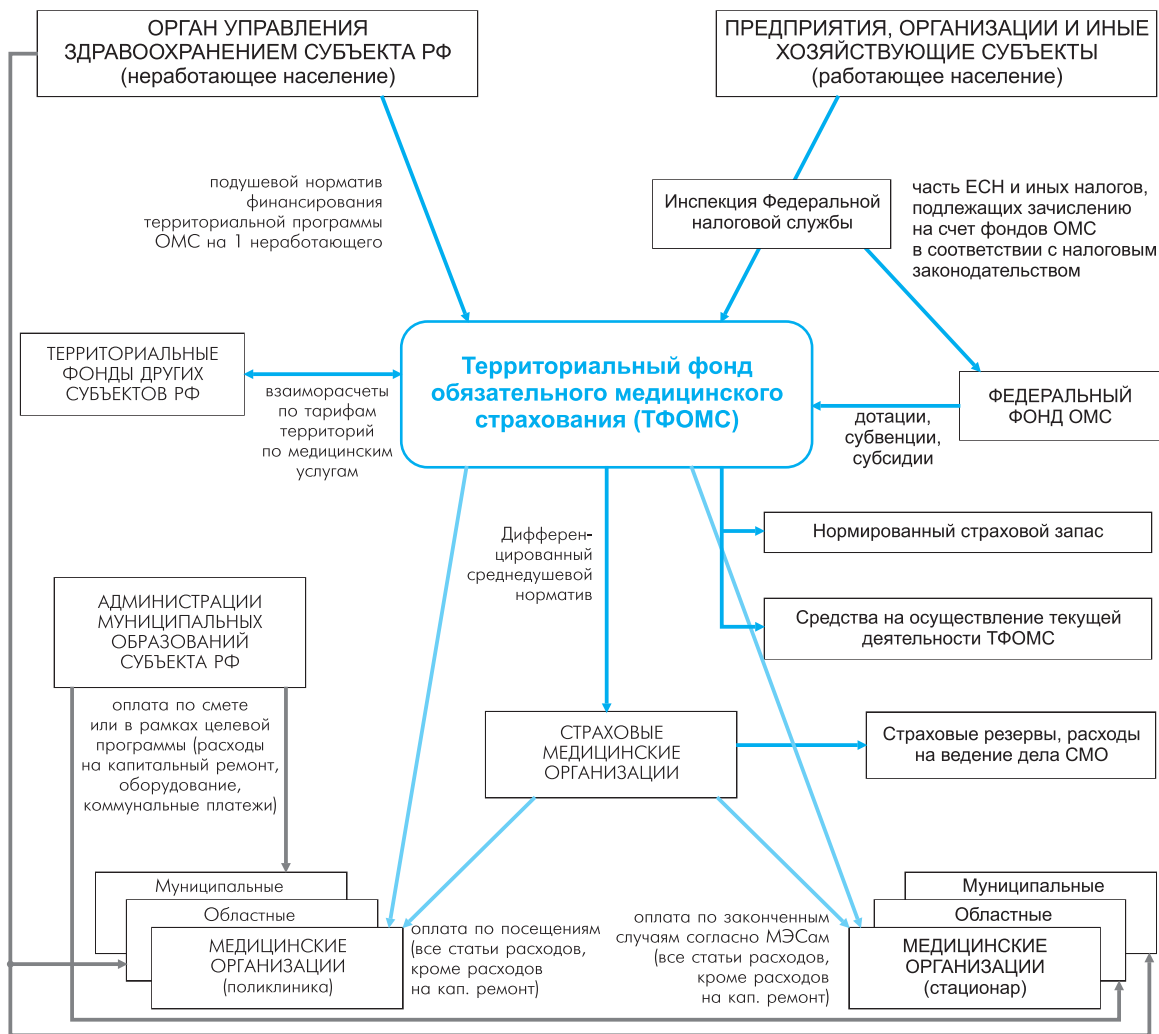


Рис. 1. Движение финансовых потоков при внедрении одноканальной схемы финансирования здравоохранения

конкретного муниципального образования, должны соответствовать сумме, полученной от органов управления здравоохранением муниципальных образований.

Распределенные дополнительные данные хранятся в ТФОМС в виде динамической реляционной базы данных, имеющей такую же структуру, как база данных плановых объемов. Тождество структур баз дополнительного финансирования и плановых объемов позволяет формировать тарификатор, квартальные протоколы стоимости и проводить подушевое

финансирование СМО с использованием единого алгоритма отнесения суммы дополнительного финансирования по конкретному учреждению здравоохранения.

Анализ территориальной нормативно-правовой базы по вопросу одноканального финансирования показывает разнородность ее состава и содержания. Ниже представлен унифицированный перечень документов, которые принимаются на уровне субъектов Российской Федерации в связи с переходом на новый финансовый механизм (таблица 1).



Таблица 1

**Унифицированный перечень документов, принимаемых на уровне субъектов Российской Федерации в связи с переходом на новый финансовый механизм**

Наименование документа	Назначение документа
1. Соглашение о реализации эксперимента по переходу на преимущественно одноканальное финансирование учреждений здравоохранения	Устанавливает взаимоотношения между муниципальным образованием и ТФОМС о правилах и условиях передачи средств на осуществление одноканального финансирования. (Типовая форма соглашения между муниципальным образованием и ТФОМС приведена в Приложении 1)
2. Постановление Правительства субъекта Российской Федерации о передаче бюджетных ассигнований в территориальный фонд ОМС	Закрепляет включение бюджетных ассигнований в состав страхового взноса на неработающих граждан субъекта, который выплачивается из бюджета субъекта. Таким образом, муниципальные бюджеты не взаимодействуют с территориальным фондом ОМС, что значительно упрощает организационно-финансовую схему. В Постановлении фиксируются ответственность муниципальных бюджетов за сохранение достигнутого уровня финансирования учреждений здравоохранения и возможность привлечения средств муниципальных бюджетов для софинансирования одноименных статей расходов учреждений здравоохранения [4]
3. Генеральное тарифное соглашение по реализации территориальной программы ОМС (ГТС).	Заключает соглашение между участниками системы ОМС в лице органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, территориальным фондом ОМС, организацией профсоюзов работников здравоохранения РФ субъекта, представителями страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования субъекта (СМО). ГТС содержит общие положения по порядку формирования и применения тарифов в системе ОМС. В частности, определяет, какие затраты входят в структуру тарифа медицинских услуг. В приложении к ГТС стороны фиксируют сумму дополнительного финансирования текущего финансового года в разрезе муниципальных образований и учреждений здравоохранения субъектов (пример Генерального тарифного соглашения приведен в Приложении 1)
4. Правила финансирования расходов на реализацию проекта по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения субъекта Российской Федерации через систему обязательного медицинского страхования	Устанавливает порядок использования финансовых средств лечебно-профилактическими учреждениями, участвующими в одноканальном финансировании





Таблица 1, продолжение

Наименование документа	Назначение документа
5. Закон субъекта Российской Федерации «О внесении изменений в Закон «О межбюджетных отношениях в субъекте Российской Федерации»	Устанавливает порядок передачи ассигнований из бюджета субъекта Территориальному фонду обязательного медицинского страхования в форме межбюджетных трансфертов
6. Закон субъекта Российской Федерации «О внесении изменений в Закон «О бюджете субъекта Российской Федерации»	В целях пересмотра суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения субъекта с учетом участия в проекте лечебно-профилактических учреждений, переведенных на одноканальное финансирование
7. Закон субъекта Российской Федерации «О внесении изменений в Закон «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации»	Отражаются средства, передаваемые бюджету Фонда из бюджета субъекта, бюджетов муниципальных районов и городских округов для реализации преимущественно одноканального финансирования учреждений здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования
8. Программа государственных гарантий оказания населению субъекта Российской Федерации бесплатной медицинской помощи	Устанавливает виды, объемы медицинских услуг, подушевые нормативы, в том числе с учетом условий одноканального финансирования
9. Порядок оплаты медицинских услуг в системе ОМС	Регламентирует отношения между учреждениями здравоохранения, работающими в системе ОМС, страховыми медицинскими организациями и ТФОМС по оплате медицинской помощи
10. Единый справочник тарифов — тарификатор	Дает однозначное применение конкретного тарифа конкретным учреждением здравоохранения или его подразделением, что в свою очередь позволяет использовать программные роботы для формирования отчетности в системе ОМС и для ее контроля. Структура тарификатора — сформировать и дополнительную составляющую тарифа для учреждений здравоохранения с одноканальным финансированием



Таблица 1, окончание

Наименование документа	Назначение документа
11. Положение об осуществлении контроля за использованием финансовых средств государственными учреждениями здравоохранения, перешедшими на одноканальное финансирование	Положение разрабатывается в целях осуществления контроля за эффективным использованием финансовых средств государственными учреждениями здравоохранения, перешедшими на одноканальное финансирование (пример Положения в Приложении 1)



### Литература

1. Закон РТ от 20.12.2008 № 125-ЗРТ «О бюджете Фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов».
2. Постановление Законодательного Собрания Вологодской области от 28.01.2009 № 11 (ред. от 01.07.2009) «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2009 год».
3. Постановление Администрации г. Томска от 28.12.2007 № 881 (ред. от 30.07.2009) «Об утверждении Программы реформирования муниципальных финансов города Томска на 2008–2010 гг.».
4. Черепов В.М. Одноканальное финансирование здравоохранения (на примере Московской области)//Банковское дело». — 2008. — № 94–97. — С. 12.
5. Закон Кировской области от 07.10.2008 № 294-ЗО (ред. от 25.09.2009) «Об областной целевой программе «Развитие системы здравоохранения в Кировской области» на 2009–2011 годы».
6. Решение Пермской Городской Думы от 22.09.2009 № 212 «О финансировании муниципальных учреждений здравоохранения города Перми в 2010 году через систему обязательного медицинского страхования по тарифу, включающему все затраты, за исключением расходов на капитальный ремонт и капитальных вложений, кроме расходов на приобретение и модернизацию оборудования».
7. Приказ Департамента здравоохранения Костромской области от 09.12.2009 № 876 «О проведении анализа медико-экономических стандартов главными внештатными специалистами-экспертами Департамента здравоохранения Костромской области».
8. Закон Костромской области от 10.12.2009 № 544-4-ЗКО «О бюджете Костромского областного фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год».
9. Закон Краснодарского края от 08.12.2008 № 1601-КЗ (ред. от 03.04.2009) «О бюджете Краснодарского территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов».



**И.Е. Рыбальченко,**

к.э.н., член Экспертного совета по здравоохранению Федерального Собрания Российской Федерации, начальник некоммерческого учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть», г. Астрахань

## СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ СХЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (по документам Минздравсоцразвития России)

Одна из самых актуальных проблем в развитии российского здравоохранения состоит в организации предоставления высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации. Оптимальное взаимодействие между органами управления здравоохранением и лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) при предоставлении высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) может быть обеспечено только тогда, когда в нормативно-правовых актах будет четко прописан порядок действий каждого из ее участников, перечень необходимых документов, маршруты их движения, то есть даны четкие и понятные алгоритмы соответствующих технологических процессов. Рассматривая вопрос с практических позиций, отметим, что в данном направлении имеется еще ряд важных организационных вопросов, на которые следует обратить особое внимание при дальнейшем развитии национальной системы ВМП.

Действующий порядок направления граждан в медицинские учреждения для оказания ВМП в рамках государственного задания на 2010 г. за счет ассигнований федерального бюджета установлен Приложением 5 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2009 г. № 1047н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» [1]. В рамках этого порядка взаимодействуют между собой следующие физические и юридические лица:

- 1) граждане Российской Федерации, нуждающиеся в получении высокотехнологичной медицинской помощи;
- 2) медицинские организации по месту наблюдения и (или) лечения пациента;
- 3) федеральные медицинские учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России, Федерального медико-биологического агентства и Российской академии медицинских наук;
- 4) медицинские организации, находящиеся в ведении субъектов Федерации;
- 5) Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Департамент высокотехнологичной медицинской помощи);

© И.Е. Рыбальченко, 2010 г.



Таблица 1

**Сокращения для терминов, используемых в статье**

№	Термин	Сокращение
1	Граждане Российской Федерации, нуждающиеся в получении высокотехнологичной медицинской помощи	больные, пациенты
2	Федеральные медицинские учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России, Федерального медико-биологического агентства и Российской академии медицинских наук, участвующие в выполнении государственного задания на оказание ВМП	ФМУ-ВМП
3	Медицинские организации, находящиеся в ведении субъектов Федерации, участвующие в выполнении государственного задания на оказание ВМП	СМУ-ВМП
4	Медицинские учреждения, участвующие в выполнении государственного задания на оказание ВМП	ЛПУ-ВМП
5	Органы исполнительной власти субъектов Федерации в сфере здравоохранения	ОУЗС
6	Комиссия ОУЗС по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи	Комиссия ОУЗС

**6)** органы исполнительной власти субъектов Федерации в сфере здравоохранения;

**7)** Комиссия органа исполнительной власти субъекта Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания ВМП;

**8)** главные штатные или внештатные специалисты органа исполнительной власти субъекта Федерации в сфере здравоохранения;

**9)** Комиссия ЛПУ по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Для перечисленных терминов далее в статье будем применять сокращения согласно *табл. 1*.

Порядок взаимодействия указанных физических и юридических лиц, установленный в Приказе №1047н, на первый взгляд, представляется довольно громоздким, однако специальный анализ показывает, что он фактически представляет собой сочетание из четырех **типовых** организационных схем, различающихся между собой в зависимости от того, как больной «попадает» в систему оказания ВМП:

**1)** через ЛПУ по месту наблюдения или лечения и далее через ОУЗС (схемы № 1 и № 2);

**2)** через Департамент высокотехнологичной медицинской помощи Минздравсоцразвития России (схема № 3);

**3)** непосредственно через ЛПУ, оказывающее ВМП (схема № 4).

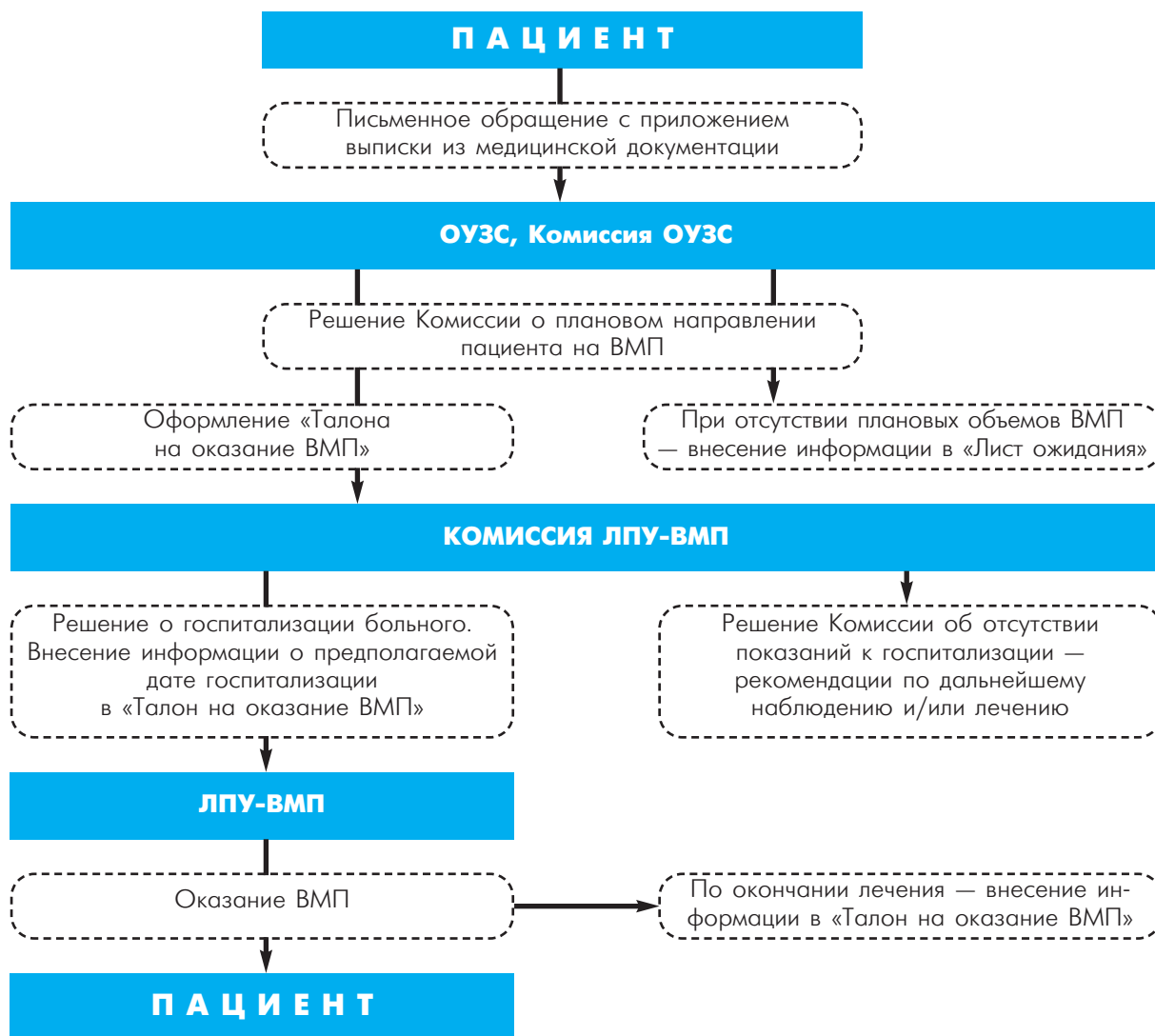
Покажем основные особенности каждой из перечисленных схем, опуская второстепенные детали.

**Схема № 1:** больной «входит» в систему оказания ВМП по направлению ЛПУ с места его наблюдения или лечения. Далее больной проходит комиссию при ОУЗС, получает (при наличии показаний) направление в одно из ЛПУ, участвующих в выполнении госзадания по ВМП. Решение о госпитализации больного принимается комиссией ЛПУ-ВМП. Подчеркнем, что для каждого этапа схемы № 1 регламентируется перечень необходимой медицинской документации и маршруты ее движения. Основные блоки организационной схемы № 1 показаны на *рис. 1*.

Обратим внимание на то, что по рассматриваемой схеме ОУЗС осуществляет направление пациентов по двум «каналам»:

**А) в ФМУ** — в счет плановых объемов ВМП, предусмотренных государственным заданием Минздравсоцразвития России для





**Рис. 1. Иллюстрация для схемы № 1: порядок направления граждан для оказания ВМП по направлению ЛПУ с места наблюдения или лечения больного**

данного субъекта Российской Федерации. Однако в рассматриваемом нами документе нет цифр государственного задания Минздравсоцразвития России для населения субъектов Российской Федерации, а показаны только цифры государственных заданий для конкретных ФМУ в разрезе профилей ВМП (Приложение 3 к Приказу № 1047н). При этом в документе ничего не говорится о том, из каких субъектов Федерации могут поступить больные в данное ФМУ. Из указанных

цифр можно самостоятельно подсчитать цифры госзадания для того или иного субъекта Федерации, если просуммировать данные по всем ФМУ, расположенным на соответствующей территории, однако в данном подсчете не будет учтена ВМП, оказанная гражданам в СМУ-ВМП, кроме того, результаты такого самостоятельного расчета не имеют официального статуса. Более того, например, в 2009 году 33 субъекта Федерации вообще не имели на своей территории ЛПУ-



ВМП [2], участвующих в выполнении государственного задания; таким образом, из приказа Минздравсоцразвития России неясно, куда будут направляться пациенты из субъектов Федерации, на территории которых нет таких медицинских учреждений, и, следовательно, какое госзадание дается для ЛПУ каждого субъекта Федерации, а также какое количество пациентов из данного субъекта Федерации могут получить ВМП на других территориях.

**Б) в СМУ** — в счет плановых объемов ВМП, предусмотренных государственным заданием субъекта Российской Федерации. В Приказе № 1047н, выпущенном Минздравсоцразвития России, указанные госзадания для ЛПУ субъектов Федерации не приводятся. В том, что касается субъектов Федерации, то еще один документ — Приказ Минздравсоцразвития России № 1048н от 30 декабря 2009 г. устанавливает форму государственного задания медицинским организациям, находящимся в ведении субъекта Федерации, на оказание в 2010 г. ВМП на условиях софинансирования (Приложение 1 к Приказу) [3]. Таким образом, название формы уточнено, но не соответствует названиям госзаданий, которые регламентированы в Приказе № 1047н (см. выше). В той же форме не показано, из каких регионов России СМУ на плановой основе могут принимать больных.

В нормативных актах Минздравсоцразвития используются термины:

- государственное задание Минздравсоцразвития России для данного субъекта Российской Федерации;
- государственное задание субъекта Российской Федерации;
- государственное задание медицинским организациям, находящимся в ведении субъекта Федерации.

При дальнейшем совершенствовании нормативных актов Минздравсоцразвития России следует конкретизировать, какое в них вкладывается содержание, и уточнить формулировки.

Организацию оказания ВМП в соответствии с рассматриваемой схемой № 1 можно, по нашему мнению, несколько упростить.

Участие главного специалиста ОУЗС (его роль в основном сводится к подписыванию бумаг без контакта с больным) в процессе не является обязательным. Решение об участии главных специалистов в работе Комиссии ОУЗС следует предоставить органам управления здравоохранением на местах, исходя из конкретной обстановки. Было бы целесообразно, чтобы Минздравсоцразвития России обязало ОУЗС регламентировать порядок взаимодействия комиссии ОУЗС и ЛПУ по месту жительства больного для его направления на ВМП.

**Схема № 2.** В действующем порядке направления граждан для оказания ВМП выделяется отдельная типовая схема, которая используется при необходимости оказания больному ВМП по экстренным показаниям (п. 17 Приложения 5 к Приказу № 1047н). Если Комиссия ОУЗС принимает решение о необходимости направления пациента для оказания ВМП в экстренном порядке, ОУЗС обеспечивает направление на госпитализацию больного в ЛПУ-ВМП по предварительному согласованию с руководителем указанного медицинского учреждения (см. рис. 2). В случае госпитализации в ФМУ при отсутствии плановых объемов по профилю заболевания ОУЗС направляет в Минздравсоцразвития России (Департамент высокотехнологической медицинской помощи) заявку о выделении субъекту Федерации дополнительного планового объема ВМП в данном ФМУ. При удовлетворении такой заявки ОУЗС обеспечивает оформление на пациента «Талона на оказание ВМП» по данным «Листа ожидания». В случае отсутствия плановых объемов ВМП в СМУ больной направляется в другое медицинское учреждение.

При дальнейшем совершенствовании порядка оказания ВМП в нормативных актах Минздравсоцразвития представляется необходимым более детально прописать следующие вопросы:



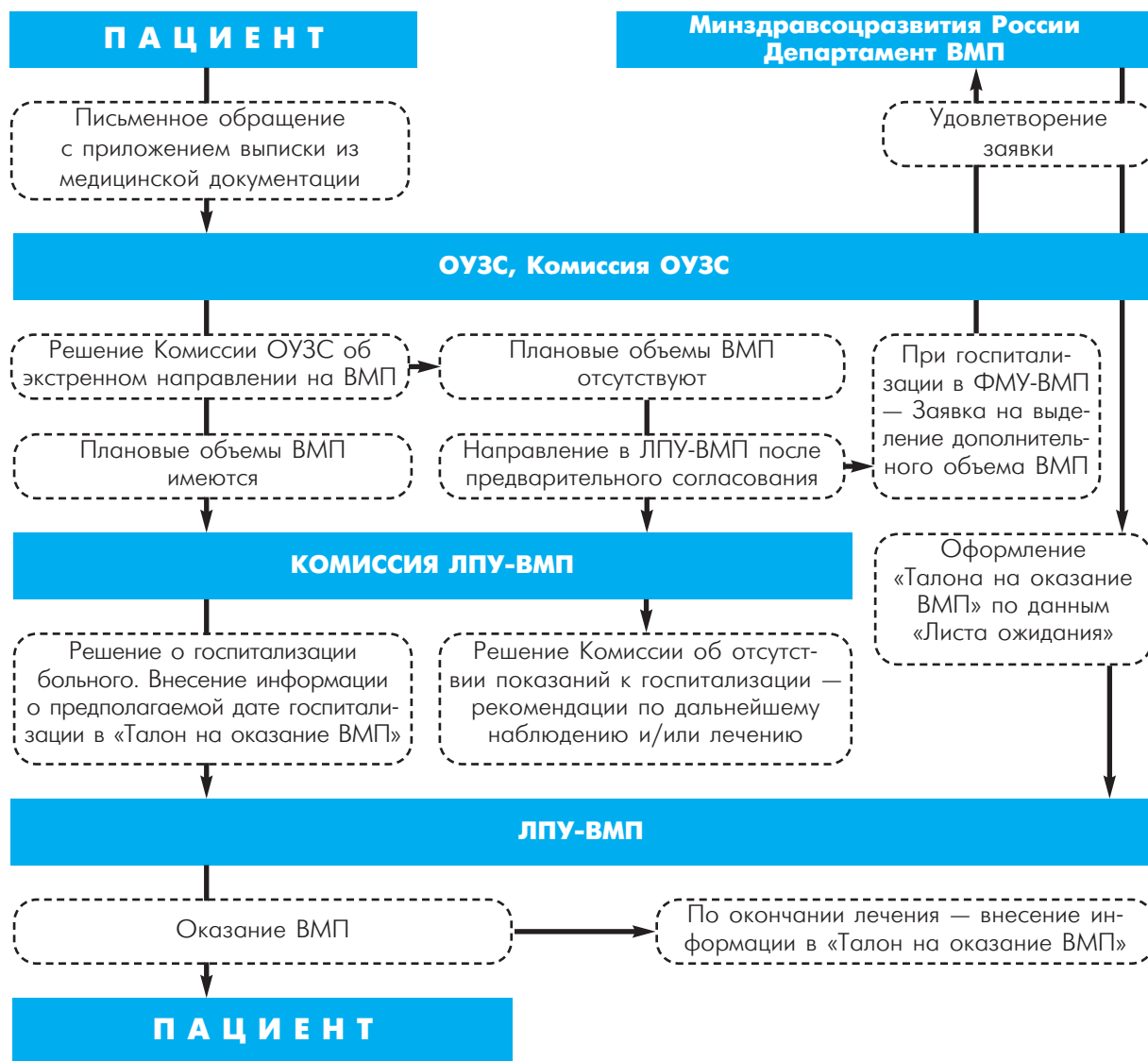


Рис. 2. Иллюстрация для схемы № 2: порядок направления граждан через ОУЗС для оказания ВМП в экстренном порядке

- а) каковы критерии «экстренности» для ВМП?
- б) кто и как определяет «экстренность» медицинских показаний?
- в) каким образом должна осуществляться транспортировка экстренных пациентов (каким транспортом, кто сопровождает больного, на какие средства она осуществляется и т.п.)?

**Схема № 3:** больной входит в систему оказания ВМП, самостоятельно обратившись в Департамент высокотехнологичной медицинской помощи Минздравсоцразвития

России, который далее осуществляет направление в ФМУ. В соответствии с Приказом № 1047н данная ситуация допускается только в трех строго очерченных случаях (см. рис. 3).

Применительно к схеме № 3 представляется необходимым в дальнейшем оговорить, каков должен быть порядок госпитализации в ЛПУ-ВМП больного, направленного Департаментом (общий, индивидуальный или внеочередной).

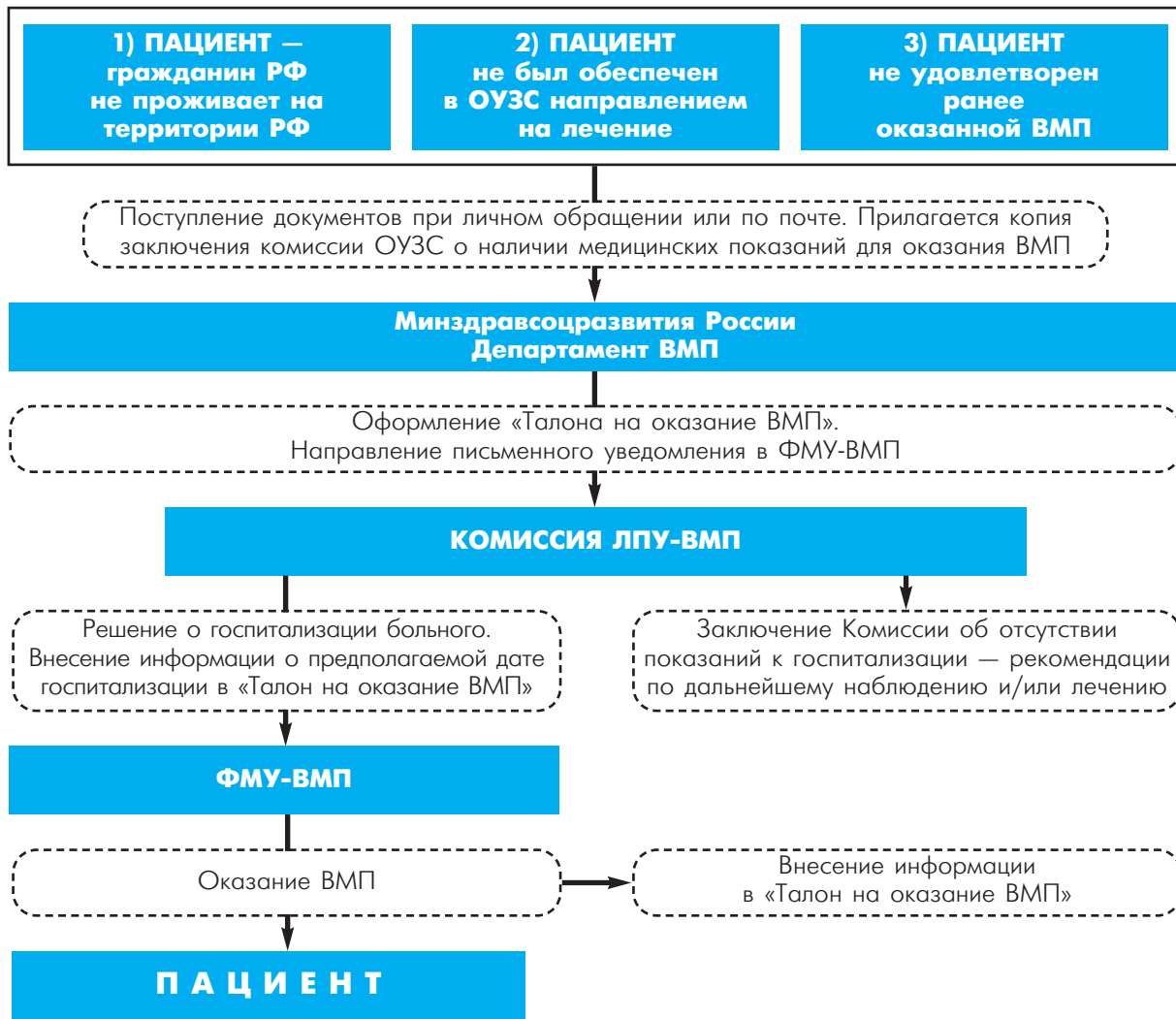


Рис. 3. Иллюстрация для схемы № 3: порядок направления граждан для оказания ВМП при обращении больного в Минздравсоцразвития России

**Схема № 4.** В действующем порядке направления граждан для оказания ВМП представляется необходимым выделить типовую схему, которая используется при непосредственном обращении больного в ЛПУ-ВМП (см. рис. 4).

Согласно Приказу № 1047н (п. 35 Приложения 5), данная ситуация допускается в случае необходимости оказания ВМП по экстренным медицинским показаниям. В этой схеме Комиссия ЛПУ-ВМП принимает решение о госпитализации пациента с последующим уведомлением руководителя ОУЗС по

месту постоянного жительства больного об использовании плановых объемов ВМП из госзадания Минздравсоцразвития для данного субъекта Федерации и о необходимости оформления «Талона на оказание ВМП».

Данная схема действует во всех подобно-го рода случаях для ФМУ-ВМП, а для СМУ-ВМП только в том случае, если оно имеет госзадание для оказания ВМП населению региона, в котором проживает пациент.

Независимо от причин перемещения больного между субъектами Федерации рассматриваемая нами ситуация, как показыва-





Рис. 4. Иллюстрация для схемы № 4: организация оказания ВМП при непосредственном обращении больного в ЛПУ-ВМП

ет практика, принуждает СМУ-ВМП к выбору одной из следующих альтернатив:

- предоставить ВМП «чужому» больному и, как следствие, быть втянутыми в длительную переписку с ОУЗС другого субъекта РФ, который не спешит отдавать свою квоту, так как ее необходимо «отнять» у одного из своих СМУ-ВМП;
- перенаправить «чужого» больного в другое ЛПУ-ВМП в условиях ограниченного времени и если у другого ЛПУ-ВМП имеются квоты на тот субъект Федерации, где проживает больной;
- отказать «чужому» больному.

Нетрудно видеть, что при выборе любой альтернативы в рамках действующего порядка будут пострадавшие — либо больной, либо СМУ-ВМП, оказавшее ему помощь, при этом в распоряжении органов здравоохранения практически нет эффективного инструмента для разрешения подобного рода ситуаций.

При дальнейшем совершенствовании порядка оказания ВМП, по нашему мнению, для схемы № 4 следует четко прописать в нормативных актах следующие вопросы:

- каков порядок действий системы ВМП при экстренных медицинских показаниях (например, острый коронарный синдром), если больной постоянно проживает в субъекте Федерации, который «прикреплен» к другому ЛПУ-ВМП (в частности, пошаговый порядок передачи квот)?
- каков порядок уведомления Минздрава и ОУЗС о передаче квот?
- каков должен быть порядок действий, если больной обратился не в ФМУ, а в СМУ?
- каким образом должна осуществляться транспортировка экстренных пациентов (каким транспортом, кто сопровождает больного, на какие средства она осуществляется и т.п.)?

В рамках рассматриваемой схемы большой интерес представляет опыт ФГУ «Феде-



ральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова (Санкт-Петербург). В указанном Центре внедрена система работы с больными, ожидающими своей очереди на госпитализацию. В Центре регулярно отслеживают состояние каждого больного из данной группы: с определенной периодичностью пациент вызывается на консультации и при наличии негативных сдвигов в его состоянии он рассматривается как имеющий экстренные показания и вся необходимая ВМП оказывается ему вне очереди. Такой подход позволяет уменьшить вероятность осложнений и летальных исходов.

Таким образом, по итогам нашего рассмотрения, представляется целесообразным выдвинуть некоторые предложения (в дополнение к уже сформулированным выше):

**1)** Сформировать порядок направления граждан для оказания ВМП в виде четко разграниченных типовых схем. По результатам нашего рассмотрения видно, что в дальнейшем вполне можно будет ограничиться 4 стандартными схемами. Каждая **ТИПОВАЯ** схема должна иметь одну и ту же **ТИПОВУЮ** структуру, например:

**а)** для каких случаев предназначена данная схема;

**б)** круг участников, задействованных в данной схеме;

**в)** этапы реализации (или пошаговое описание) данной схемы. Этапы располагаются в порядке их следования во времени, для каждого из них указываются действия участников, а также регламентируется документооборот.

**2)** Установить, какие виды ВМП могут быть только плановыми (например, экстракорпоральное оплодотворение в рамках профиля «акушерство и гинекология»), а для каких необходимо учитывать экстренные ситуации (например, помощь при остром инфаркте миокарда в рамках профиля «сердечно-сосудистая хирургия»).

**3)** Особо выделить порядок оказания ВМП по экстренным показаниям во внепла-

новом порядке, особенно в тех случаях, когда пациент получает ВМП в ЛПУ, не имеющем госзадания для того субъекта, в котором постоянно проживает больной. Для таких случаев следует детально прописать механизм передачи квот на оказание ВМП от одного субъекта Федерации к другому, включив его в предлагаемые типовые схемы.

**4)** Компьютерная программа, разработанная Минздравсоцразвития России и предназначенная для учета и контроля за оказанием ВМП в режиме on-line, не учитывает многие медицинские аспекты, в частности, указанные выше экстренные ситуации. Проиллюстрируем это на следующем примере: для данного ЛПУ-ВМП установлено госзадание по данному профилю объемом 100 чел. на год. В определенный момент времени 50 чел. уже госпитализировали, а еще 50 ждут очереди в программном листе ожидания. При появлении больного с экстренными показаниями его нельзя внести в данную систему, так как все оставшиеся 50 мест уже «закреплены» за другими пациентами. Следует поставить вопрос о такой коррекции программы Минздравсоцразвития, где предусмотрено формирование специального резерва для такого рода ситуаций в каждом ЛПУ-ВМП, утвердив критерии экстренности и порядок их применения во избежание злоупотреблений. Любая жестко выстроенная система удобна для получения отчетности, но имеет особенность всякий раз давать сбой при нестандартных ситуациях, что усложняет решение основной задачи — медицинской, и особенно нежелательно, когда речь идет о больных людях, нуждающихся в ВМП.

**5)** Коренной исходной причиной большинства рассмотренных выше организационных трудностей является недостаточное количество мест для оказания ВМП населению. В этих условиях планирование и организация ВМП фактически представляют собой вариант карточной системы (ее ключевые звенья — «Талон на оказание ВМП» и «Лист ожидания») по распределению ограниченных ресурсов





→ между ЛПУ, регионами и профилями ВМП. Увеличение мест, а следовательно, финансирования ВМП до уровня «по потребностям» могло бы снять большинство поставленных вопросов, однако для этого должна быть разработана методика определения потребностей населения в высокотехнологичной медицинской помощи по тому или иному профилю.

Использование перечисленных выше предложений, прежде всего четырех типовых организационных схем, по мнению автора, поможет снять многие неясные вопросы у практиков здравоохранения и будет способствовать максимальной четкости порядка, от которого ежегодно зависит жизнь и здоровье нескольких сотен тысяч граждан России.



### Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2009 г. № 1047н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» (Приложение 5).
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2008 г. № 786н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета» (Приложение 4 и Приложение 5).
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 1048н от 30 декабря 2009 г. «Об утверждении формы соглашения о предоставлении в 2010 году субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации» (Приложение 1).

## Здравоохранение-2010



### В РОССИИ В 2010 ГОДУ БУДЕТ РЕАЛИЗОВАНА СОЦИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПО БОРЬБЕ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

→ В рамках программы в 2010 году будут проведены образовательные мероприятия по диагностике и лечению бронхиальной астмы для врачей в Москве и ряде регионов. Для пациентов будут организованы обучающие программы физической и психологической реабилитации. Также запланировано безвозмездное обеспечение пациентов специальными тренажерами для тренировки функций легких. В детских стационарах будут оборудованы новые игровые комнаты: здесь дети не только смогут развивать творческие способности, но и повышать физическую подготовку.

В настоящее время в РФ, по оценкам специалистов, более 10 млн. больных бронхиальной астмой, но диагностировано только лишь 1,2 млн. Также, по результатам подсчетов с использованием эпидемиологических маркеров, около 11 млн. россиян страдают хронической обструктивной болезнью легких, хотя официальная статистика гораздо ниже — 1,3 млн. пациентов.

*Источник: АМИ-ТАСС*



**А.В. Белостоцкий,**  
НИИ питания РАМН, г. Москва

## ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**В**первые в российской нормативной практике термин «дорогостоящая (высокотехнологичная) медицинская помощь» появился в начале 90-х годов XX века. Этот период характеризовался политической дестабилизацией в стране, которая привела к развалу СССР и серьезным экономическим проблемам. Вскоре после начала тяжелого общеэкономического кризиса Президент Российской Федерации в своем Указе от 26.09.1992 № 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации» поручил Правительству Российской Федерации «предусматривать из республиканского бюджета Российской Федерации целевое финансирование дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, утверждаемых ежегодно Министерством здравоохранения Российской Федерации». Так появился новый вид медицинской помощи, финансируемой в то время исключительно из федерального бюджета и отличавший федеральные специализированные медицинские учреждения, ее оказывающие, от других ЛПУ.

В настоящее время деятельность по обеспечению населения высокотехнологичной медицинской помощью (далее по тексту — ВМП) является одним из основных направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Здоровье» и осуществляется путем установления медицинским учреждениям государственного задания.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (далее — Основы) как основной нормативный акт в сфере здравоохранения содержат незначительное число положений, касающихся оказания ВМП. Основы определяют ВМП как вид специализированной медицинской помощи, которая оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий. Федеральные органы государственной власти уполномочены формировать государственное задание на оказание ВМП, осуществлять контроль за соответствием качества ВМП установленным стандартам, а также лицензирование деятельности по оказанию ВМП. Следует подчеркнуть, что часть 4 статьи 40 Основ относит финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание ВМП населению к расходным обязательствам Российской Федерации.



ВМП оказывается населению в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (далее — Программа). Программа на 2009 год была утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913. Программа определяла в том числе виды и условия оказания медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ на территории Российской Федерации бесплатно. В соответствии с абзацами 4 и 8 раздела II специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется бесплатно гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий. При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами питания детей-инвалидов. Финансовое обеспечение ВМП, оказываемой в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием, осуществляется за счет ассигнований федерального бюджета. ВМП, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, финансируется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации. Программа на 2010 год (утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 811) закрепляет возможность медицинских учреждений субъектов Российской Федерации за счет ассигнований региональных бюджетов оказывать объемы ВМП, которые являются дополнительными по отношению к «федеральному» государственному заданию.

Документом, регламентирующим оказание ВМП медицинскими учреждениями за счет средств федерального бюджета, является государственное задание. На 2009 год оно было утверждено Приказом Минздрав-

соцразвития России от 29 декабря 2008 г. № 786н. Государственное задание устанавливает гарантированный объем ВМП, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет ассигнований федерального бюджета; перечни медицинских учреждений, участвующих в выполнении государственного задания; профили и виды ВМП, оказываемой в рамках задания; распределение плановых объемов ВМП в виде показателей по числу пролеченных больных; нормативы финансовых затрат на оказание ВМП, а также порядок направления граждан Российской Федерации для оказания ВМП.

Государственное задание формируется Минздравсоцразвития России на основании и с учетом заявленной органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения (далее — ОИВС) потребности населения в оказании ВМП; мощности медицинских учреждений; нормативов финансовых затрат на оказание ВМП; бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на эти цели. Вместе с тем правило, согласно которому объем государственного задания для учреждения определяется по заявкам ОИВС, может привести к весьма негативным последствиям. Имели место случаи, когда первоначально запланированный в задании объем больных был полностью пролечен за первые несколько месяцев отчетного года. В результате работа соответствующего учреждения фактически приостанавливалась [1]. Эта проблема решается посредством внесения изменений в первоначальные плановые показатели государственного задания. Кроме того, издан Приказ Минздравсоцразвития России от 18 марта 2009 г. № 119 «Об утверждении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание ВМП гражданам РФ за счет ассигнований федерального бюджета». Указанным приказом впервые предусмотрена форма заявки самого медицинского учреждения на объемы



ВМП. Таким образом, планируемые в рамках государственного задания объемы ВМП должны учитывать не только заявки ОИВС, но и возможности медицинских учреждений.

В государственном задании, как уже отмечалось, определяется перечень видов ВМП по каждому ее профилю. Подобный подход вызывает определенные вопросы, так как до сих пор отсутствуют утвержденные в установленном порядке критерии отнесения той или иной медицинской технологии к категории высокотехнологичной, что затрудняет планирование объемов и ресурсное обеспечение ВМП. При этом «перечневый» подход, основанный на экспертном мнении, длительное время остается единственным механизмом решения важнейшей проблемы выбора высоких медицинских технологий для последующего их финансирования из государственных источников [2]. Однако в процессе развития законодательства может быть выработан перечень критериев, с помощью которых можно было бы идентифицировать ВМП, разработать обоснованный перечень ее видов.

Государственное задание определяет, кроме того, порядок работы по направлению граждан РФ (далее — больного) для оказания ВМП в медицинские учреждения, участвующие в выполнении задания (далее — Порядок). Направление осуществляет ОИВС в счет плановых объемов ВМП, предусмотренных для конкретного субъекта Российской Федерации. В ряде случаев больной может обратиться также в Минздравсоцразвития России (Департамент высокотехнологичной медицинской помощи), а при необходимости оказания ВМП по экстренным медицинским показаниям — непосредственно в медицинское учреждение.

Для отбора больных, которым может быть оказана ВМП в рамках задания, в составе ОИВС создается соответствующая комиссия, которая на основании представленных документов принимает решение о наличии или отсутствии показаний для высокотехнологичного лечения. Для принятия решения привле-

кается главный штатный или внештатный специалист ОИВС по профилю заболевания больного. При необходимости больной может быть направлен на дополнительное клинико-диагностическое обследование. Решение принимается в срок не более 10 дней с момента поступления необходимых документов и оформляется протоколом.

При этом следует подчеркнуть, что при рассмотрении комиссией ОИВС вопроса о наличии или отсутствии показаний для ВМП может иметь место нарушение прав пациента, предусмотренных статьей 30 Основ, а именно права на проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов. В заседании комиссии участвует один специалист по профилю заболевания, который может дать отрицательное заключение. В данном случае представляется целесообразным по требованию пациента провести консилиум или получить консультацию других профильных специалистов. При выявлении у них иного мнения решение комиссии ОИВС должно быть пересмотрено. Эта процедура может быть значительно проще и эффективнее, нежели предусмотренная пунктом 32 Порядка возможность обжалования принятых решений.

Пункт 18 Порядка предусматривает, что перед направлением больного для оказания ВМП он должен пройти необходимые обследования в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации и (или) муниципальных образований. При наличии же необходимости в оказании экстренной ВМП госпитализация осуществляется в кратчайшие сроки. Кроме того, ОИВС оформляет Талон на оказание ВМП (в электронном виде), форма которого утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 18 марта 2009 г. № 119, и направляет его в учреждение, оказывающее ВМП.

После комиссии ОИВС вопрос о госпитализации больного рассматривается комиссией медицинского учреждения, в котором планируется оказание ВМП. Комиссия на





основании представленных документов принимает решение о наличии или отсутствии показаний для госпитализации больного и оформляет его протоколом.

После оказания ВМП ОИВС обеспечивает в случае необходимости проведение реабилитационных мероприятий гражданам РФ, проживающим на территории субъекта. Одним из документов, регламентирующих направление больных на санаторно-курортное лечение, является Приказ Минздравсоцразвития России от 27 марта 2009 г. № 138н «О порядке организации работы по направлению больных из учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России».

При ведении документации, связанной с оказанием ВМП, необходимой является реализация права пациента на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении. Руководители ОИВС обязаны принимать меры по защите информации конфиденциального характера, в частности, это должно быть учтено при разработке формы протокола заседания комиссии, например, посредством проставления отметки «Для служебного поль-

зования». Кроме того, есть необходимость в проставлении данной отметки и на иных документах, в том числе на Талоне на оказание ВМП, для чего необходимо внести соответствующие изменения в его форму.

## Заключение

О необходимости увеличения доступности для населения высокотехнологичной медицинской помощи говорилось уже неоднократно. При этом основным фактором, препятствующим решению этой проблемы, до настоящего времени считаются дефицит финансирования и несовершенство механизмов планирования объемов ВМП. За период, истекший с момента появления ВМП, многие федеральные медицинские учреждения утратили свой монопольный статус единственных поставщиков ВМП, а целевые средства федерального бюджета в виде субсидий на оказание ВМП по государственному заданию стали поступать в региональные и муниципальные медицинские учреждения. Это, безусловно, способствует росту обеспеченности населения России ВМП. В данной статье рассмотрены некоторые нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность по оказанию ВМП за счет государственных источников финансирования, которые также нуждаются в совершенствовании для обеспечения системности и целостности процессов, происходящих в сфере высоких медицинских технологий.



## Литература

1. «Российская газета», Федеральный выпуск № 4911 (87) от 15 мая 2009 г.// <http://www.rg.ru/2009/05/15/kardiohirurgia.html>
2. Рыбальченко И.Е. О критериях высокотехнологичных медицинских услуг// Менеджер здравоохранения. — 2007. — №10.



**О.О. Салагай,**

к.м.н., референт Правового департамента Минздравсоцразвития России, г. Москва

## К ВОПРОСУ О ПРАВОВЫХ ОСНОВАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАУЧНЫМИ РАБОТНИКАМИ<sup>1</sup>

**Н**еобходимость становления российской экономики и производства на инновационный путь развития неоднократно подчеркивалась Президентом Российской Федерации Д.А. Медведевым как в программных выступлениях<sup>2</sup>, так и в принимаемых нормативных правовых актах. Указанная необходимость может быть, на наш взгляд, в полной мере экстраполирована и на медицину, где внедрение результатов инновационной научной деятельности в сферу практического здравоохранения является исключительно важным аспектом совершенствования качества оказываемой медицинской помощи, а следовательно, и повышения удовлетворенности пациентов.

Медицинская наука, включая как фундаментальные, так и прикладные составляющие, имеет ряд существенных особенностей перед другими научными отраслями, главной из которых является то, что осуществлять исследования в области клинической медицины, не оказывая при этом собственно медицинской помощи, практически не представляется возможным. Данные факты на практике нередко вызывают определенные вопросы относительно правомочности оказания соответствующими научными работниками медицинской помощи больным. Кроме того, имеют место дискуссии относительно возможности наделяния научных работников правами медицинских работников.

Исследованию правовых основ решения вышеперечисленных теоретических затруднений и посвящена настоящая работа.

Ответ на вопрос о возможности оказания медицинской помощи научными работниками, по существу, содержит в себе два аспекта: прежде всего необходимо установить, какие требования к лицам, желающим оказывать медицинскую помощь, предъявляет здравоохранительное законодательство, а затем — существуют ли нормы законодательства, регулирующие вопросы научной деятельности, препятствующие научным работникам, обладающим необходимым уровнем квалификации, оказывать медицинскую помощь.

В соответствии со статьей 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности. Понятия медицинской деятельности и медицинской помощи, однако, не являются тождественными: «медицинская деятельность» выступает родовым по отношению к «медицинской помощи». В то же время виды работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности, утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30, включают работы (услуги), непосредственно связанные с оказанием

<sup>1</sup> Настоящая статья не может рассматриваться как официальное разъяснение Минздравсоцразвития России.

<sup>2</sup> См., например, Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 05.11.2008//Российская газета, № 230 от 06.11.2008.





медицинской помощи (например, «сердечно-сосудистая хирургия» или «стоматология хирургическая»), что позволяет сделать вывод о достаточности вышеперечисленных требований статьи 54 Основ для оказания лицом медицинской помощи.

Следует, однако, обратить внимание, что при обращении пациента за получением медицинской помощи<sup>3</sup> субъектами соответствующих правоотношений выступают пациент, с одной стороны, и учреждение здравоохранения (а не конкретный врач), с другой, что определяет необходимость существования в законодательстве требований, предъявляемых к медицинским организациям.

Так, в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» медицинская деятельность подлежит лицензированию. Обладателем лицензии (лицензиатом) может являться только юридическое лицо или индивидуальный предприниматель. Следовательно, действующее законодательство устанавливает еще одно косвенное ограничение на занятие медицинской деятельностью для лиц, соответствующих требованиям статьи 54 Основ, заключающееся в невозможности осуществления указанной деятельности каким-либо иным способом, кроме как состоя в штате медицинской организации или же являясь индивидуальным предпринимателем. Данное ограничение представляет собой дополнительную гарантию для пациента на случай причинения ему вреда действиями медицинского персонала, поскольку такой вред в соответствии со статьей 1068 Гражданского кодекса Российской Федерации будет подлежать компенсации медицинской организацией (работодателем)<sup>4</sup>.

В силу персонального характера лицензии

для индивидуального предпринимателя, предполагающей только личное оказание медицинской помощи и невозможность поручения данной функции другим лицам (что подтверждено определением Конституционного Суда Российской Федерации от 04.10.2006 № 441-О), осуществление отдельных видов медицинской деятельности в полном объеме (например, сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии и др.) имеет естественные ограничения.

Таким образом, статья 54 Основ равно, как и иные положения здравоохранительного законодательства, связывают возможность занятия медицинской деятельностью лишь с наличием определенного уровня квалификации и соблюдением лицензионных условий, не устанавливая требований к наименованию занимаемой должности (врач лечебно-профилактического учреждения, научный работник и т.д.). При этом в случае, если оказание медицинской помощи входит в трудовую функцию работника, данный факт должен быть в обязательном порядке отражен в трудовом договоре в соответствии со статьей 57 Трудового кодекса Российской Федерации.

Далее необходимо кратко охарактеризовать положения федерального законодательства, регулирующие деятельность научных работников в части, могущей затрагивать обсуждаемый предмет.

В соответствии со статьей 4 Федерального закона от 23.08.1996 № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике» научным работником (исследователем) является гражданин, обладающий необходимой квалификацией и профессионально занимающийся научной и (или) научно-технической деятельностью. Научная (научно-исследовательская) деятельность,

<sup>3</sup> За исключением случаев обращения за медицинской помощью к индивидуальному предпринимателю или же экстренных случаев, когда факт обращения отсутствует как таковой (например, при оказании первой помощи, скорой помощи и т.д.).

<sup>4</sup> Отметим, однако, что в соответствии со статьей 1081 Гражданского кодекса Российской Федерации лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей, лицом, управляющим транспортным средством, и т.п.), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом.



согласно указанному федеральному закону, — это деятельность, направленная на получение и применение новых знаний, в том числе:

— фундаментальные научные исследования — экспериментальная или теоретическая деятельность, направленная на получение новых знаний об основных закономерностях строения, функционирования и развития человека, общества, окружающей среды;

— прикладные научные исследования — исследования, направленные преимущественно на применение новых знаний для достижения практических целей и решения конкретных задач.

При этом, как следует из указанных положений, научным работником является не всякий, кто занимается научными исследованиями, а лишь тот, кто осуществляет это профессионально.

Собственно Федеральный закон от 23.08.1996 № 127-ФЗ не содержит в себе положений, исключающих возможность научных работников заниматься иной (например, медицинской) деятельностью, а также не содержит норм, устанавливающих исчерпывающий перечень форм и способов осуществления научной деятельности. Данная позиция законодателя применительно к медицинским исследованиям представляется довольно логичной, имея в виду, что научный работник, занимающийся, например, совершенствованием методик оперативных вмешательств на сердце, может получить необходимую клиническую информацию, в большинстве случаев лишь оказывая помощь по соответствующему профилю<sup>5</sup>.

Если же соглашаться с тезисом о невозможности оказания медицинской помощи научными работниками, то уместно полагать, что в таком случае научный работник должен был бы только анализировать информацию, получаемую от клинического подразделения, где помощь больным оказывают медицинские работники. Однако кажется весьма сомни-

тельным, что такой подход мог быть положен в основу действующего законодательства, поскольку в Российской Федерации исторически сложилась система оказания медицинской помощи, предполагающая направление пациентов в сложных случаях в научно-исследовательские институты или же клиники высших медицинских учебных заведений. Действующая в настоящее время система оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи, сформированная Приказом Минздравсоцразвития РФ от 30.12.2009 № 1047н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета», также предусматривает направление пациентов в установленном порядке в организации науки и высшего образования. Очевидно, что носителями специальных знаний, необходимых для оказания помощи на должном уровне качества, в данных организациях зачастую являются именно научные работники, поскольку они первыми получают результаты как своего, так и чужого (анализируя специальную литературу) научного труда. Допущение невозможности оказания данной категорией работников медицинской помощи значило бы, что для оказания такой помощи в научной организации должна была бы быть создана сложная организационная модель, предполагающая, что научные работники, освоив или изобретя новую медицинскую технологию, должны были бы обучить ей лиц, состоящих на врачебных должностях, которые в последующем применяли бы ее на практике.

Кроме того, запрет на оказание медицинской помощи научными работниками в известной степени ограничивал бы право пациента на наивысший достижимый уровень здоровья, закрепленное в Уставе Всемирной организации

<sup>5</sup> Отдельно заметим, что неразрывность оказания медицинской помощи и научного исследования в отдельных случаях не исключает необходимости соблюдения всех требований законодательства, регулирующих порядок проведения научных исследований с участием человека.





здравоохранения (например, в случае необходимости применения уникального метода лечения, которым владеют лишь несколько специалистов, являющихся научными работниками), а также право на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования, содержащееся в статье 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

На последнем тезисе необходимо остановиться подробнее, поскольку буквальное прочтение нормы статьи 30 Основ о праве на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования не позволяет сделать однозначного вывода о том, применимо ли данное право для случаев оказания медицинской помощи в организациях науки научными работниками. Иными словами, может ли пациент реализовать данное право, выбрав в качестве лечебно-профилактического учреждения научную организацию, а в качестве врача — научного работника? Для ответа на этот вопрос необходимо установить, в каком значении слова «врач» и «лечебно-профилактическое учреждение» употребляются в статье 30 Основ, то есть определить правовое содержание данных терминов.

Термин «врач», на наш взгляд, употребляется в Основах преимущественно в широком смысле, указывая скорее на квалификацию лица, нежели на его должность. Более того, в ряде случаев Основы используют слово «врач» в отношении лиц, *de jure* могущих называться таковыми с известной долей сомнения. Например, статья 58 Основ устанавливает, что лечащим врачом не может быть «врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования». Такая дефиниция при ее буквальном понимании давала бы основания допускать возможность называть

врачами лиц, обучающихся в высших медицинских учебных заведениях (студентов), а также лишать возможности выступать лечащими врачами лиц, соответствующих требованиям статьи 54 Основ и проходящих дополнительное обучение в образовательном учреждении послевузовского профессионального образования без отрыва от работы, что не соответствует общей логике и содержанию законодательства.

Теоретический подход, при котором под врачами в статье 30 Основ понимаются лишь лица, работающие в соответствующих организациях на врачебных должностях, устанавливал бы для пациентов ограничение на обращение за медицинской помощью к определенным специалистам лишь на основании того, что последние, имея право заниматься медицинской деятельностью, не состоят на должностях врачей, что, как было указано выше, ограничивало бы право на наивысший достижимый уровень здоровья. Однако, как следует из статьи 55 Конституции Российской Федерации, права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. Описываемое умозрительное ограничение, как представляется, не подпадает ни под один из случаев, указанных в Конституции РФ, ввиду чего рассмотрение положений законодательства, регулирующих право на выбор врача, в их конституционно-правовом единстве позволяет, на наш взгляд, прийти к выводу о возможности пациента выбрать в качестве врача любое лицо, соответствующее охарактеризованному выше требованиям, вне зависимости от наименования его штатной должности (разумеется, при условии, что это соответствует его трудовой функции).

Что же касается термина «лечебно-профилактические учреждения», то, как ранее указывал Верховный Суд Российской Федерации в Решении от 10 июля 2009 г. по делу № ГКПИ09-



652, по смыслу Основ термины «лечебно-профилактические учреждения» и «медицинское учреждение» включают в себя все медицинские организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющие право осуществлять медицинское освидетельствование граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия. Использование данных терминов отражает направление деятельности медицинских организаций, а не их организационно-правовую форму.

Отдельным вопросом, требующим разъяснения, является возможность распространения на научных работников прав, установленных законодательством для медицинских работников (получение квалификационных категорий и т.д.).

Прежде всего необходимо заметить, что действующее федеральное законодательство не дает однозначного ответа на вопрос, какой собственно персонал следует относить к медицинскому: только врачебный, сестринский и врачебный или же всех сотрудников медицинской организации. Так, в частности, в Основях законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (далее — Основы) употребляются термины «медицинский персонал», «медицинские работники», «работники государственной и муниципальной систем здравоохранения», «работники организаций здравоохранения», «фармацевтические работники», «работники со средним медицинским образованием». В Уголовно-исполнительном кодексе Российской Федерации одновременно употребляются термины «медицинский работник» и «медицинский персонал», в Федеральном законе от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» — «медицинский работник», «персонал медицинских учреждений» и «работники медицинских учреждений». Термин «медицинский персонал» употребляется также в Налоговом кодексе Российской Федерации, Законе Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи

и гарантиях прав граждан при ее оказании»; термин «медицинские работники» — в Трудовом кодексе Российской Федерации, Таможенном кодексе Российской Федерации, Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях, Федеральном законе от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», Федеральном законе от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и ряде других законодательных актов.

В ряде случаев данные термины конкретизируются посредством отделения медицинского персонала от других категорий работников медицинских организаций. Так, статья 30 Основ закрепляет право пациента на уважительное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала. Статья 46 Основ ситуативно конкретизирует понятие «медицинские работники», устанавливая, что констатация смерти осуществляется «медицинским работником (врачом или фельдшером)».

Логично было бы предположить, что к медицинскому персоналу относятся лишь специалисты, непосредственно участвующие в оказании медицинской помощи больным, однако статья 22 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» содержит формулировку «врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал учреждений здравоохранения, участвующие в оказании психиатрической помощи», давая основания полагать, что «другой персонал» также участвует в оказании медицинской помощи.

Имеющаяся юрико-лингвистическая неопределенность в известной степени усложняет определение содержания приведенных понятий, а следовательно, и установление правового положения данной категории лиц.

В то же время, согласно статье 64 Основ, для медицинских, фармацевтических и иных





работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное страхование в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с такой угрозой, утверждаемым Правительством Российской Федерации. Указанный перечень утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2006 № 191 «Об утверждении перечня должностей подлежащих обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников». При этом научные работники, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, в данный перечень включены, что позволяет сделать вывод о возможности их отнесения к категории медицинских работников.

Следовательно, на соответствующих научных работников распространяются положения статьи 63 Основ, содержание нормы о социальной поддержке и правах медицинских работников. К таким правам относятся: право на обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда; работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом; защиту своей профессиональной чести и достоинства; получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки; совершенствование профессиональных знаний; переподготовку при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятий, учреждений и организаций в соответствии с законодательством Российской Федерации; страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей; беспре-

пятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни.

Необходимо отдельно отметить, что, наряду с системой аттестации медицинских работников, для научных работников предусмотрена собственная система аттестации, регулирование которой осуществляется Федеральным законом от 23.08.1996 № 127-ФЗ, а также принятыми во исполнение его подзаконными нормативными правовыми актами.

Таким образом, изложенные в данной работе обстоятельства позволяют прийти к выводу, что действующая система норм, регулирующих требования к субъектам оказания медицинской помощи, в их историческом, телеологическом и конституционно-правовом единстве не предусматривает запрета на оказание медицинской помощи научными работниками.

Однако осуществление указанной категории граждан данного вида деятельности возможно лишь при соблюдении ряда условий, таких как:

- наличие у научного работника достаточного уровня квалификации, предусмотренного законодательством;

- закрепление оказания медицинской помощи соответствующей категории больных в качестве трудовой функции научного работника в трудовом договоре (наряду с собственно научным поиском);

- наличие у организации, в которой научный работник выполняет свою трудовую функцию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по соответствующим работам (услугам).

Одновременно с этим на научных работников, которые в силу осуществляемой ими деятельности могут быть отнесены к медицинским работникам, распространяются права медицинских работников, установленные законодательством.



**Б.В. Зингерман,**

заведующий отделом компьютеризации Гематологического научного центра РАМН, г. Москва

## ПЕРСОНАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА — СЕРВИС, ДОСТУПНЫЙ УЖЕ СЕГОДНЯ

**В**се мы, и читатели, и писатели этого журнала, не только «профессионалы» в сфере здравоохранения или информационных технологий, но еще и «пациенты».

Так вот, с точки зрения «пациента», задумаемся над простым (а на самом деле — очень сложным) вопросом: «Где лежит Ваша медицинская карта?» На него нет простого ответа. Ваши медицинские данные лежат в районной поликлинике (если Вы еще помните, где он, этот «Ваш район»), в больницах, где Вы лечились. В Вашем платяном шкафу наверняка лежат старые рентгеновские снимки<sup>1</sup> и заключения специалистов, у которых Вы консультировались «частным образом», а ведь есть еще система ведомственных медучреждений, специализированные диагностические центры и набирающая все большую силу коммерческая медицина. Данные о состоянии здоровья каждого человека расплывены, а ведь это ценнейший информационный ресурс.

Слова «информационный ресурс», как звук трубы, превращают нас из простых пациентов обратно в «суровых профессионалов» ИТ-отрасли, которые начинают задавать вопросы о том, кому будет принадлежать этот ресурс, где он будет храниться и кто им будет управлять; как собрать информацию и кому предоставить к ней доступ. Попробуем ответить на эти вопросы.

Данная статья посвящена теме персональной электронной медицинской карты (ПЭМК) — подходу, при котором пациент сам собирает всю свою медицинскую информацию, поступающую из различных медучреждений и иных источников. В статье предлагается обсудить проблемы и важнейшие принципы построения ПЭМК, а также конкретную реализацию этих принципов на примере проекта Мед@рхив ([www.medarhiv.ru](http://www.medarhiv.ru)) — абсолютно бесплатного Интернет-сервиса, доступного уже сейчас всем желающим.

### Три дороги, три пути

28.04.2008 офис национального координатора медицинских информационных технологий США опубликовал документ «Defining Key Health Information Technology Terms». Этот документ явился результатом широ-

<sup>1</sup> Видимо, это и имеют в виду англичане, когда говорят, что у каждого есть свой скелет в шкафу.





кой общественной дискуссии, специально проведенной накануне нового этапа массового внедрения<sup>2</sup> информационных систем в практику здравоохранения США. В этом документе определены 6 ключевых понятий, в том числе:

**Electronic Medical Record, EMR** — электронная информация, связанная со здоровьем субъекта (пациента), которая создается, хранится, ведется и используется сертифицированными медицинскими специалистами и персоналом в *одной* медицинской организации.

**Electronic Health Record, EHR** — электронная информация, связанная со здоровьем субъекта (пациента), соответствующая национальным стандартам совместимости (интероперабельности<sup>3</sup>), которая создается, ведется и используется сертифицированными медицинскими специалистами и персоналом более чем одной медицинской организации.

**Personal Health Record, PHR** — электронная информация, связанная со здоровьем субъекта (пациента), соответствующая национальным стандартам совместимости (интероперабельности), полученная из различных источников, ведение, управление и предоставление доступа к которым осуществляет сам субъект (пациент).

Таким образом, и EMR, и EHR, и PHR — это наборы информации о конкретном человеке, связанной с его здоровьем. Эти информационные наборы отличаются друг от друга местом сбора информации и способом управления ею. Важно, что в сферу этих определений входит информация, связанная со здоровьем (а не только история болезни). К ней могут относиться и счета за медицинские услуги, и вопросы диетологии, здорового образа жизни и дис-

пансеризации, физиологические параметры и особенности развития здорового человека.

Эти 3 определения «определяют» 3 важнейших направления информатизации здравоохранения:

- Информатизацию конкретных медицинских организаций.

- Создание интеграционных проектов для обмена информацией между медицинскими организациями вплоть до проектов национального и даже международного масштаба. Эта задача создания единого информационного пространства для медиков (профессионалов).

- Единое информационное пространство для непрофессионалов (пациентов и даже тех, кто пока себя пациентом не ощущает), сервисы и средства для ведения медицинской информации<sup>4</sup> и электронного взаимодействия врачей и пациентов.

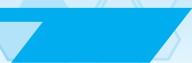
Все три направления очень важны, должны развиваться параллельно и дополнять друг друга, но если первые два широко обсуждаются, то о 3-м пути в России практически не говорят<sup>5</sup>. В то же время именно третий путь сейчас становится самой обсуждаемой темой на международных конференциях по медицинской информатике. На мой взгляд, это связано с тем, что второй путь, на который Россия только вступает, уже успел принести первые серьезные разочарования. Конечно, разочаровались не в самой идее электронного обмена информацией между медицинскими учреждениями, а скорее в «масштабных национальных проектах», которые оказались слишком дороги и не слишком успешны. Характерен пример Великобритании, в которой такой проект стартовал в 2004 году и уже обошелся английскому

<sup>2</sup> Вернее будет сказать — масштабного финансирования.

<sup>3</sup> Требование соответствия национальным стандартам совместимости отсутствовало в первой версии определения и появилось только после публичного обсуждения.

<sup>4</sup> На Медсофт-2010 прозвучала даже мысль, что к привычным АРМ рентгенолога, АРМ эндокринолога, АРМ диетолога и т.д. следует добавить еще и АРМ пациента

<sup>5</sup> 16.04.2010 в рамках выставки и конференции Медсофт-2010 прошел первый в России круглый стол «Персональная электронная медицинская карта (ПЭМК) — сервис, доступный уже сейчас», вызвавший большой интерес специалистов.





налогоплательщику в сумму, близкую к 20 млрд. долларов (14 млрд. фунтов стерлингов). Первоначальный срок завершения проекта — 2010 год — теперь передвинут на 2015-й, и многие эксперты сомневаются и в этом сроке. Главные проблемы: невозможность стандартизованных внедрений в медицинских организациях и сопротивление медработников<sup>6</sup>. Все это привело к тому, что британские консерваторы (находящиеся в оппозиции) выдвинули первое конкретное предложение в рамках своей программы **«Пост-бюрократическая эра»** — закрыть нашумевший проект Connecting for Health, который слишком дорог и слишком долго, и раздать гражданам их данные с тем, чтобы они хранили их в Google Health, Microsoft Health Vault<sup>7</sup> или у другого провайдера по их выбору<sup>8</sup>. В этом заявлении чувствуется экстремизм, свойственный оппозиционерам, но, по существу, крупные национальные проекты порождают «крупные технические проблемы», очень трудно решаемые на национальном уровне. При этом каждый отдельный пациент может решить их для себя значительно проще. 3 наиболее сложных, на мой взгляд, проблемы приведены в *таблице 1*.

Отсутствие вышеупомянутых технических проблем в сегменте ПЭМК, с лихвой компенсируется рядом ниже обсуждаемых проблем психологического свойства.

Важно подчеркнуть еще одну особенность российского здравоохранения, в сфере внимания которого традиционно находятся в основном государственные и муниципальные медучреждения, которые никак информационно не связаны, например, с коммерческой медициной. Связь эта осуществляется

только самим пациентом: сдал анализ в коммерческой лаборатории, отнес результат своему врачу. Особую информационную проблему представляет «серая зона» российского здравоохранения. Имеются в виду ситуации, в которых квалифицированные врачи (часто самые квалифицированные) оказывают медицинскую помощь вне всяких организационных структур, так сказать, «по знакомству». Медицинская информация, возникающая при этом, остается в голове или в руках у пациента и в лучшем случае отправляется в платяной шкаф, где и лежит рядом со скелетом. Этот сегмент здравоохранения принято не замечать, да и оценить его трудно. Но по некоторым оценкам, он превышает 30% всего здравоохранения. Сохранить эту информацию может только сам пациент.

Таким образом, собрать всю медицинскую информацию о себе сегодня может только сам пациент, но ...:

- ... кто ему даст?
- ... с чего это он станет этим заниматься?

Без ответа на эти два грубо сформулированных вопроса невозможно преодолеть традиционный скепсис в отношении ПЭМК.

### ...Нам мешают врачи

Хотят ли врачи передавать медицинскую информацию пациентам? Как правило, нет! Н.Е. Шкловский несколько лет проводил анкетирование врачей-гематологов, приезжающих со всей России на конференции в Гематологический центр. В анкете был вопрос: «Следует ли представлять Вашим пациентам полную информацию об их заболевании». 75% ответили: «Нет, от этого будут одни неприятности». Но дальше в анкете был

<sup>6</sup> В то же время в рамках данного проекта реализована Национальная электронная кадровая система для работников здравоохранения Англии. Данная единая система обеспечивает кадровый учет и начисление заработной платы для более чем 1,3 млн. медиков. Стоимость системы около 100 млн. долларов. Этот грандиозный проект свидетельствует о том, что проблема именно в особенностях медицинской информации, а не в «размахе» проекта.

<sup>7</sup> Google Health и Microsoft Health Vault, получившие самую шумную известность, но далеко не единственные проекты в сфере PHR (Personal Health Record).

<sup>8</sup> <http://www.timesonline.co.uk/tol/news/politics/article6644919.ece>.





## Технические проблемы при ведении электронных медицинских карт

Проблема	Интегрированная медицинская карта на государственном уровне	Персональная медицинская карта
Безопасность и защита персональных данных <sup>9</sup>	Максимальная (как для рок-звезд и министров)	Определяется пациентом (в зависимости от потребностей и платежеспособности)
Идентификация пациентов	Единая система идентификации должна быть определена законом. Создание системы и введение идентификационных карт (или иных носителей) — сложнейшая задача, до конца не решенная ни в одной стране	Пациент сам определяет идентификатор и носит его с собой (в голове, на карточке, электронном ключе)
Права доступа к данным	Установить единые и разумные правила доступа почти невозможно	Пациент сам определяет, кому предоставить доступ к своей информации

вопрос: «А если Вы заболете, надо ли Вам сообщать полную информацию?» и 97% ответили: «Да! Мне нужна вся информация и как можно скорее». В этом месте сошлись 2 проблемы:

- Российская традиция: не пугать пациента, рассказывая о тяжести его заболевания.
- Боязнь скомпрометировать себя «некачественными» (назовем это так) медицинскими документами. Есть мнение, что и вошедший в анекдоты нечитаемый медицинский почерк нужен для того, чтобы запутать прокурора.

И то, и другое — сложные проблемы, не решаемые в одночасье. Прокурора пока оставим за кадром, но вот в одной крупной коммерческой клинике пациентам предоставили электронный доступ ко всей медицинской информации, которая имелаась о пациенте в данной клинике, включая записи врачей. Тут же посыпались жалобы в таком духе: «Написано, что давление 120/80, а мне давление даже не мерили» или «Тут записаны мои жалобы, а я на это не жаловался». Про-

верка показала, что, естественно, никакого злого умысла со стороны «коварных врачей» тут не было — просто они пользовались типовыми шаблонами, дополняя их нужной информацией. Необычной для меня оказалась реакция главврача. Вместо простого решения — закрыть пациентам он-лайн-доступ к информации, он принял сложное решение — начал бороться с врачебными шаблонами.

В этой истории есть еще один важнейший аспект: контроль со стороны пациента позволяет уменьшить число врачебных ошибок; другое дело, что врачам не слишком уютно ощущать такой контроль.

Другой, более серьезный пример уже из английской жизни: «В общенациональной базе электронных историй болезни британских пациентов обнаружены многочисленные ошибки...Исследователи из Университетского колледжа Лондона приводят примеры ошибок в базе Summary Care Records. В качестве примеров ошибок указываются неверные сведения об имеющихся у пациентов аллергиях на лекар-

<sup>9</sup> Защита персональных данных определяется законом «О персональных данных». Поскольку этот закон новый, в нем имеется явный перегиб в пользу защиты данных. При этом большинство граждан совсем не озабочено конфиденциальностью своих медицинских данных. Если сформулировать вопрос грубо: «Что для Вас важнее, чтобы Ваш анализ не увидел посторонний или чтобы его своевременно увидел лечащий врач?», то ответ почти очевиден. Такая постановка правомерна, поскольку защищенность всегда противостоит доступности. Кроме того, большинство пациентов не готово вкладывать дополнительные собственные деньги в чрезмерную защиту конфиденциальности своих данных.



ственные средства, реакция на их прием и назначениях, сделанных лечащими врачами»<sup>10</sup>.

Все эти данные можно отнести к разряду жизненно важных, они могут быть использованы в экстренных ситуациях даже без ведома пациента, и ошибки в них могут привести к самым негативным последствиям. С другой стороны, информация об аллергиях и принимаемых лекарствах в большинстве случаев известна самому пациенту. Кто лучше него может проконтролировать эти данные и уменьшить вероятность ошибки?

Как же все-таки пациенту получить доступ к своей медицинской информации?

### Кому принадлежит медицинская информация?

Вопрос этот не простой, очень запутанный и в разных странах решается по-разному. Обычно на него нет однозначного ответа [1]. Раньше ответ был простой — медицинская карта принадлежит медучреждению. Трудно спорить с тем, что бумага и чернила принадлежат медучреждению, а информация в отрыве от бумаги и чернил раньше просто не существовала. Сейчас, в эпоху электронных медицинских карт, ситуация изменилась.

В России проще всего сослаться на закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (в ред. от 07.03.2005), статья 31 «Право граждан на информацию о состоянии здоровья» гласит:

*Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения...*

*...Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного*

*прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.*

*Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов.*

*По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны...*

С точки зрения обсуждаемой проблемы важен подчеркнутый абзац. Конечно, воспользоваться этой нормой закона не всегда легко. У медучреждения может не быть копировального аппарата. Надо надеяться, что медучреждение или врач не является той самой третьей стороной, интересы которой могут помешать выдать копию. Кроме того, в законе ничего не сказано про электронные копии медицинских документов, но этот вопрос решится в будущем при возникновении удобных средств выгрузки медицинских данных (об этом ниже).

### ...Нам мешают пациенты

Они не интересуются собственным здоровьем, не хотят собирать о нем информацию, считают, что их здоровье — дело врача, что государство должно о них позаботиться и создать качественное здравоохранение. В конце концов у них нет компьютеров, доступа в Интернет и бла-бла-бла... Весь этот стандартный набор отговорок все мы многократно слышали и говорили, но жизнь меняется. Компьютеры появляются повсеместно. Наши дети, испорченные компьютерными играми, не дадут нам без них прожить. Возможности доступа в Интернет явно обгоняют наличие в нем качественных медицинских ресурсов.

<sup>10</sup> [http://www.aksimed.ru/company/news\\_1/iz.php?ELEMENT\\_ID=622](http://www.aksimed.ru/company/news_1/iz.php?ELEMENT_ID=622).





По данным, представленным на конференции RIW-2009 (<http://2009.russianinternetweek.ru/program/?type=group&gid=22.1&id=294>), около половины (48,5%) населения России старше 12 лет пользуются Интернетом хотя бы раз в месяц. Среди людей в возрасте 18–24 лет таких 90%. Эти люди будут «стареть», не выходя из Интернета. Интересно, что только 28% используют Интернет на работе, при этом 80% входят в Интернет дома<sup>11</sup>. Таким образом, в Интернете большинство людей решают личные проблемы, а что может быть более личным, чем здоровье.

Остается одна не техническая, а педагогическая проблема: пациент должен быть ответственным. Ответственных пациентов надо воспитывать. Мы все приучены к тому, что забота о здоровье — дело скорее врача, нежели пациента. Вероятно, такое отношение будет меняться. Можно предложить несколько лозунгов воспитательного характера.

***Твоя ПЭМК — твое богатство!***

*(особенно если годами ты уже богат).*

Как ни смешно выглядит этот лозунг, но современный человек уже привык к тому, что личные электронные архивы могут быть огромной ценностью. Например, записная книжка в мобильном телефоне или электронный почтовый ящик. Персональная электронная медицинская карта, содержащая сведения о твоём здоровье, — действительно богатство.

***Современная Мать!***

***Ты завела своему ребенку ПЭМК?***

***Он будет пользоваться ею всю жизнь!***

Этот лозунг также выглядит провокационным, но, по существу, очень верный. У нового поколения детей впервые в истории появляется возможность собирать свою медицинскую информацию от самого рождения (и даже до него). И начать собирать эту информацию должны родители с тем, чтобы передать ребенку ПЭМК в качестве дополнительного подарка к совершеннолетию<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Видимо, 8% пользуются Интернетом и дома, и на работе.

<sup>12</sup> То есть подарить ему не только Феррари, но еще и ПЭМК.

<sup>13</sup> Современные технологии предполагают, что и отсканированные документы можно проиндексировать и включать в полнотекстовый поиск. Мы работаем над тем, чтобы подключить эту функцию.

***Вы потратили деньги, время и даже несколько капель крови на свой анализ...***

***Потратьте еще пару минут на то, чтобы результат не потерялся.***

***Заведите электронную медицинскую карту на сервисе Мед@рхив.***

Этот лозунг уже стоит на сайте [www.med-arhiv.ru](http://www.med-arhiv.ru). И он должен быть хорошо понятен современному человеку в непростых жизненных условиях: если Вы заплатили за анализ 2000 рублей, жалко потерять его результат.

Всем, конечно, ясно, что одними лозунгами воспитывать трудно, но наша жизнь очень сильно меняется, особенно под влиянием Интернета, в среде которого человеку могут быть предоставлены удобные средства ведения ПЭМК, способы электронного взаимодействия с врачами и медучреждениями. Первая такая попытка предпринята нами в проекте **Мед@рхив**. Возможно, еще не все его интерфейсы достаточно удобны, но дорогу осилит идущий (особенно идущий под правильными лозунгами).

## **Как информация попадает в ПЭМК пациента?**

Конечно, рассчитывать на то, что пациенты будут настолько ответственны, что аккуратно внесут в ПЭМК каждый свой медицинский документ (не забыв предварительно потребовать его у врача), не приходится. Система станет работоспособной, только если основная масса записей будет попадать в ПЭМК другими путями.

Сервис **Мед@рхив** предполагает 4 основных маршрута:

**1. Пациент может сам ввести или отсканировать любую свою «медицинскую бумажку».** Мы рекомендуем сделать и то, и другое. Внесенный руками текст можно будет впоследствии найти средствами полнотекстового поиска<sup>13</sup>. Внесенные результаты анализов можно сравнивать друг с другом и



представлять в виде графика, что особенно важно при большом количестве данных. Отсканированный же документ вызывает больше доверия у врача. Кроме того, некоторые документы, например, ЭКГ, без отсканированной картинке не слишком интересны.

**2. Загрузить свои медицинские данные, полученные в электронном виде.** Сейчас такие встречаются не слишком часто, однако многие коммерческие лаборатории присылают результаты анализов в виде файла по электронной почте. Результаты рентгенологических исследований (МРТ, КТ) все чаще выдаются на CD-диске. Рентгеновская пленка скоро станет раритетом. Многие коммерческие медицинские организации выдают пациенту его медицинские данные на флэшке или диске<sup>14</sup>. Эти данные тоже удобно загрузить в ПЭМК с тем, чтобы они не потерялись<sup>15</sup> и были доступны и пациенту, и его лечащему врачу из любой точки мира.

**3. Врач может лично вводить данные прямо в ПЭМК пациента,** если пациент предоставил ему такое право. ПЭМК в таком случае может заменить медицинскую

информационную систему для частного врача или маленького медицинского офиса. Кроме того, этот подход незаменим для частных консультаций «по знакомству», которые упоминались во вступлении.

**4. Медучреждения по заявке пациента могут загружать в его ПЭМК медицинские данные непосредственно из своих электронных баз данных.** Это наиболее удобная для пациента процедура. Такую процедуру мы уже отработали на примере Гематологического научного центра РАМН. В настоящее время мы предлагаем такой сервис всем нашим пациентам<sup>16</sup>. Аналогичные подходы планируются сейчас в отношении еще ряда медицинских организаций.

Перечисленные выше 4 маршрута будут иметь разный вес и значение. Пока преобладающий — 1-й путь, однако с течением времени, мы надеемся, основными станут 3-й и 4-й пути.

### **Ответственный врач + Ответственный пациент = Доверие**

Вопрос, который чаще всего задают врачи: «Вот пациент ведет свою ПЭМК.

<sup>14</sup> Директор компании «Медиалог» А.Г. Борисов в своем выступлении на «МедСофт-2010» сказал, что многие клиенты коммерческих медицинских организаций просто не считают медицинскую услугу оказанной, если результат ее не предоставлен клиенту в электронном виде.

<sup>15</sup> Опыт показывает, что потерять CD-диск проще, чем рентгеновский снимок.

<sup>16</sup> Данная процедура запущена в соответствии с информационным письмом, подписанным директором ГНЦ РАМН, академиком Андреем Ивановичем Воробьевым. Нам представляется важным привести текст этого письма целиком.

#### **Информационное письмо**

*В Гематологическом научном центре РАМН действует компьютерная клиническая информационная система, которая сохраняет большую часть результатов обследования наших пациентов. По Закону о здравоохранении пациент имеет право получать копии записей о состоянии своего здоровья. У нас появилась возможность переносить данные из Информационной системы ГНЦ РАМН в персональную электронную медицинскую карту (ПЭМК), создаваемую по заявке пациента на сайте [www.medarhiv.ru](http://www.medarhiv.ru).*

*Электронные версии медицинских документов приобретают все большее распространение, их можно и нужно использовать для ведения записей о своем здоровье, для очных и заочных консультаций. ПЭМК показывает динамику клинических показателей на таблицах и графиках — это особенно важно при большом количестве исследований. Собирая свои медицинские данные в ПЭМК, Вы облегчите стоящую перед врачом задачу полноценного анализа Вашего заболевания. ПЭМК защищена от несанкционированного доступа, но открыта Вам и Вашему врачу в любое время и из любого места, где есть Интернет.*

*Мы рекомендуем Вам завести персональную электронную медицинскую карту на сайте [www.medarhiv.ru](http://www.medarhiv.ru). Для этого, если Вы — пациент ГНЦ РАМН, Вам надо просто заполнить бланк в Отделе компьютеризации.*





Почему я должен этому верить? Он мог наделать ошибок, написать неизвестно что по недомыслию или злему умыслу». Этот вопрос можно разделить на 2 составляющие: психологическую и технологическую.

Психологический аспект состоит в том, что, когда врач расспрашивает пациента на приеме, перед ним стоит та же проблема, но еще умноженная на плохую память пациента<sup>17</sup>.

Технологический же аспект предполагает ряд решений:

**1.** Врач всегда видит, каково происхождение любой записи в ПЭМК пациента, и может определить степень доверия к ней. Сервис *Мед@рхив* предполагает 3 статуса записи:

- Запись внесена самим пациентом.
- Запись внесена врачом, зарегистрированным в системе. При этом пациент не может изменить в ней ни единой буквы. Зато всегда можно найти данные о враче, сделавшем запись, и связаться с ним.
- Запись загружена напрямую из электронной базы данных учреждения (всегда указано какого). Эта запись также недоступна для изменения пациентом.

**2.** Врач может быть уверен, что информация из ПЭМК, на основе которой он сделал определенные выводы, не изменится и не исчезнет. Предоставление доступа устроено так, что «неподписанную» запись пациент не может показать врачу, а «подписанную» — может показать, но уже не может изменить<sup>18</sup>. Подписанная запись фактически приобретает статус медицинского документа.

Подписанный документ нельзя изменить, зато к нему можно написать комментарий. Комментарий может написать как пациент, так и врач. Этот механизм очень удобен для решения одной неразрешимой проблемы:

*Медицинские документы пишутся врачами для врачей. Что же пишется для пациентов? Ничего! Пациентам часто абсолютно не понятны документы, написанные «специальным врачебным языком».*

В проекте *Мед@рхив* мы предусмотрели специальный комментарий, который врач может написать для пациента (при этом целостность самого медицинского документа не нарушается, а также сохраняется его стиль, принятый во врачебном сообществе).

Впрочем мы предусмотрели и специальный комментарий, который врач может написать для себя или других врачей (этот комментарий не виден пациенту и также не нарушает целостности медицинского документа).

Этот подход, который мы совместно с М.А. Шифриным назвали «ответственный пациент» [2], состоит в том, что данные собирает пациент (потому, что больше никому), но создают их и пользуются ими врачи. Изложенный подход обеспечивает доверие врачей и пациентов, а также их взаимодействие.

## Ключевое слово — взаимодействие

Естественно, пациент ведет свою ПЭМК не столько для себя, сколько для своих врачей — настоящих и будущих. ПЭМК может обеспечить полноценное взаимодействие врача и пациента, включая полноценные электронные консультации. Мы скептически относимся к «лечению через Интернет», да и ресурсов, где можно задать вопрос врачу, который Вас в глаза не видел, предостаточно. Иногда это полезно, чтобы сориентироваться в бурном медицинском море, но самый честный ответ, который может дать врач, — «Приходите на прием». Другое дело, если Вы консультируетесь со *своим леча-*

<sup>17</sup> Академик Гельфанд, много занимавшийся в 70-е годы медицинской информатикой, считал, что достоверность медицинской информации падает чуть не экспоненциально с течением времени, прошедшего от самого события до момента его записи.

<sup>18</sup> Этот принцип представляется нам очень важным. Практически все зарубежные сервисы семейства PHR пренебрегают этим принципом. Считается, что если пациент — хозяин своей карты, то может менять ее как угодно. Пациенту это удобно, но каково врачу?



*щим врачом.* Электронные консультации с лечащим врачом на базе ПЭМК могут заменить многие очные визиты. Например, врач на приеме назначил ряд обследований. Оценить их результаты врач может, заглянув в ПЭМК пациента, и тем самым лишиться платы за визит (или посещения, нужного для отчетности). Это, конечно, проблема! Но поскольку такой способ взаимодействия может быть удобен и пациенту, и врачу, необходимо изыскать способ оплаты (учета) электронных консультаций. Впрочем аналогичная проблема стоит и в классической телемедицине, что не мешает ей развиваться уже в течение многих лет.

Кому и как пациент может предоставить доступ к своей ПЭМК? Это пациент решает сам. В проекте *Мед@рхив* предусмотрено, что ПЭМК состоит из трех разделов:

- Личные данные (недоступны никому).
- Медицинские данные (пациент может предоставить к ним доступ своим врачам).
- Жизненно важные данные (лежат почти открыто: доступны любому, врачу, зарегистрированному на сайте).

В какой раздел поместить ту или иную медицинскую запись, пациент решает самостоятельно (или посоветовавшись с врачом относительно жизненной важности информации).

Доступ к медицинской информации пациент может предоставлять конкретным врачам. При этом можно предоставить доступ ко всем записям, к определенному разделу ПЭМК (например, только к стоматологии) или даже к одной конкретной записи. Доступ может быть предоставлен на время или бессрочно, только на чтение или с возможностью делать новые записи. Кроме достаточно гибких механизмов предоставления доступа, пациенту также доступен механизм аудита: он в любой момент может посмотреть, кто и когда обращался к любой записи в его ПЭМК.

<sup>19</sup> В ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни. Общие положения» указано: «Персональная медицинская запись — любая медицинская запись, сделанная конкретным медицинским работником в отношении конкретного пациента».

<sup>20</sup> Определение из ГОСТ Р 52636-2006.

## Терминология

Учитывая новизну темы и отсутствие устоявшейся терминологии, необходимо определить основные понятия. С этого, вероятно, стоило бы начать статью, но обсуждение этой новой для нашей страны темы хотелось начать в менее формальном тоне. Ниже приведены определения, касающиеся ПЭМК.

**Персональная медицинская запись (ПМЗ)** — любая запись, имеющая отношение к здоровью конкретного человека и выполненная конкретным лицом. Это определение несколько расширено по сравнению с ГОСТ Р 52636-2006<sup>19</sup> за счет записей о здоровье, которые могут быть сделаны самим субъектом или его доверенными лицами (например, родителями). МЗ — это квант информации о здоровье субъекта, характеризующийся конкретным автором, отвечающим за содержимое этой записи, и конкретным моментом выполнения этой записи.

**Электронная персональная медицинская запись (ЭПМЗ)** — любая медицинская запись, сохраненная на электронном носителе<sup>20</sup>. ЭПМЗ привязана к конкретному электронному хранилищу, а также характеризуется моментом размещения в этом хранилище. ЭПМЗ проходит несколько стадий своего жизненного цикла, описанных в ГОСТ Р 52636-2006. Одной из стадий является подписание ЭПМЗ<sup>21</sup>. Выполнив процедуру подписания, автор ЭПМЗ принимает на себя всю полноту ответственности за ее содержание. После подписания ЭПМЗ приобретает статус официального (юридически значимого) медицинского документа.

**Электронная медицинская карта (ЭМК)** — совокупность электронных медицинских записей (ЭМЗ), относящихся к одному человеку, собираемых, хранящихся и используемых в рамках одной медицинской организации. Термин ЭМК является аналогом международного термина EMR. Традиционное





разделение на электронную амбулаторную медицинскую карту и электронную историю болезни в стационаре является условным. Эти термины приведены для соотнесения с ныне существующими. Правила сбора, хранения и использования ЭМК, а также права доступа к ней устанавливаются медицинской организацией на основе национального стандарта ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни. Общие положения», а также в соответствии с требованиями законодательства и нормативными документами МЗСР РФ.

**Персональная электронная медицинская карта (ПЭМК) — совокупность электронных персональных медицинских записей (ЭПМЗ), поступивших из различных источников и относящихся к одному человеку, который и осуществляет их сбор, управление ими, а также определяет права доступа к ним.** Термин ПЭМК является аналогом международного термина PHR. Хранение ПЭМК может осуществляться ее владельцем на собственных электронных носителях (личном компьютере, устройствах флэш-памяти и др.) или в специализированных хранилищах, доступных через сеть Интернет или другие каналы связи. В последнем случае хранение, а также предоставление сервиса ведения и управления ПЭМК осуществляет специализированный провайдер на основании соглашения, заключенного с владельцем ПЭМК. Общие требования к провайдерам ПЭМК и предоставляемому ими сервису, а

также к системам ведения ПЭМК на личных электронных носителях должны быть сформулированы в отдельном национальном стандарте.

**Персональный электронный медицинский архив (ПЭМА) — электронное хранилище данных, содержащее персональные электронные медицинские карты (ПЭМК), а также другие наборы данных, программ и сервисов, необходимые для сбора, ведения и управления ПЭМК со стороны их владельцев.** ПЭМА создается конкретным провайдером для предоставления частным лицам услуг по ведению, безопасному хранению и управлению их личными ПЭМК. Средства управления, входящие в состав ПЭМА, должны предусматривать возможность предоставления прав доступа к ПЭМК или ее части медицинским работникам, организациям или иным лицам по усмотрению владельца ПЭМК. Взаимоотношения между владельцем ПЭМК и провайдером ПЭМА устанавливаются на основании договора (соглашения). Правила функционирования ПЭМА, права и обязанности пользователей, стандарты электронного обмена, требования безопасности устанавливаются провайдером в соответствии с действующим законодательством. Общие требования к ПЭМА должны быть сформулированы в отдельном национальном стандарте.

Более полная система определений приведена в [3].



## ЛИТЕРАТУРА

1. Mark A. Hall, JD; Kevin A. Schulman, MD Ownership of Medical Information// JAMA. — March 25, 2009. — Vol. 301. — № 12. — P. 1283.
2. Зингерман Б.В., Шкловский-Корди Н.Е., Шифрин М.А. Ответственный пациент: Концепция электронного персонального архива данных о здоровье//Koch-Metschnikow Journal (Кох-Мечников журнал). — 2008. — № 2.
3. Емелин И.В., Зингерман Б.В., Лебедев Г.С. Проблемы определения ключевых терминов медицинской информатики//Информационно-измерительные и управляющие системы. — 2009. — № 12. — Т. 7. — С. 15–23.

<sup>21</sup> ГОСТ Р 52636-2006 п. 8.2.3.



## ПЕРВЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПАЦИЕНТОВ ПРИНЯЛ ДЕКЛАРАЦИИ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТОВ В РОССИИ

**В** Конгрессе, организованном Всероссийским Союзом пациентов и состоявшемся в Москве 28 мая, приняли участие более 100 организаций: обществ пациентов и инвалидов, государственных органов, научных организаций, медицинских ассоциаций, фармацевтических и страховых компаний. Главным итогом работы Конгресса стало единогласное принятие Декларации о правах пациентов в России и консолидация сил, заинтересованных в развитии пациентского движения в России.

В работе Конгресса приняли участие заместитель Министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Сковрцова, исполняющая обязанности руководителя Росздравнадзора Е.А. Тельнова, представители Европейского сообщества, Украины, многочисленные делегаты медицинских ассоциаций, организаций инвалидов, пациентов и потребителей России.

Приветствуя участников конгресса, Вероника Игоревна Сковрцова отметила, что созда-

ние системы качественной и доступной медицинской помощи возможно лишь на основе разработки стандартов и порядков оказания медицинской помощи и просчетов необходимого ее финансового обеспечения. Ответ на вопрос, сколько нужно денег для оказания медицинской помощи в нужном объеме, по словам В. Сковрцовой, в последний раз был получен в 60-х годах прошлого столетия, «потом данные брались с потолка». И лишь в течение последнего года Минздравсоцразвития России выполнило такой анализ. Было выявлено, что 90% заболеваемости граждан РФ составляют 2 тыс. из 33 тыс. нозологий, занесенных в МКБ. Создан их классификатор и система автоматического обсчета стоимости стандартов лечения этих нозологий. Данные, полученные в ходе таких расчетов, доложены Правительству, что послужило поводом для направления в систему здравоохранения дополнительных средств Фонда модернизации здравоохранения: 136 млрд. руб. на обеспечение стандартов медицинской помощи,

**ФОНД МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: АККУМУЛИРОВАНИЕ С 2010 ГОДА СРЕДСТВ, ПОСТУПАЮЩИХ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОМС, ПОЛУЧЕННЫХ ОТ УВЕЛИЧЕНИЯ СТАВКИ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ НА ОМС С 3,1 ДО 5,1%. ВСЕГО – 460 МЛРД. РУБЛЕЙ ЗА 2 ГОДА**

### ТРИ НАПРАВЛЕНИЯ МОДЕРНИЗАЦИИ:

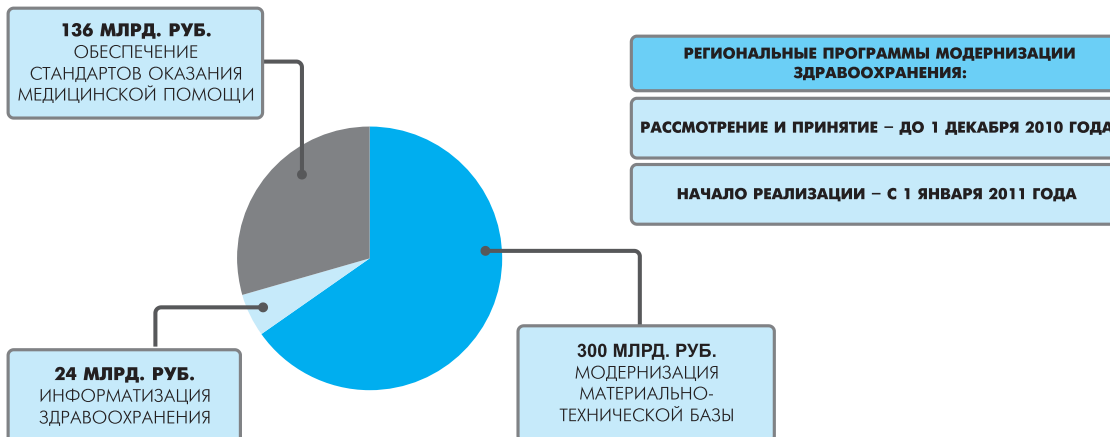


Рис. 1. Модернизация системы здравоохранения



24 млрд. руб. на информатизацию здравоохранения, 300 млрд. руб. на модернизацию материально-технической базы (рис. 1).

«Однако сегодня, когда 30% ЛПУ требуют технологического и кадрового переоснащения, сбрасывать в них деньги пока нецелесообразно. Поэтому вместе с экспертами Высшей школы экономики и Академии народного хозяйства при Правительстве РФ мы продумываем, как здравоохранению распорядиться дополнительно выделенными деньгами. Это кропотливая и интеллектуальная задача», — подчеркнула заместитель Министра.

Характеризуя кадровые проблемы отрасли, замминистра отметила, что, согласно федеральному регистру медицинских работников, избыток специалистов, работающих в российских клиниках, составляет 100 тысяч человек. В то же время в стране наблюдается дефицит в 60 тысяч участковых врачей, не хватает общих хирургов и врачей других специальностей. В. Скворцова заявила, что до ноября 2010 года Минздрав намерен создать кадровый профиль по каждому региону и разработать меры по достижению кадрового баланса среди медицинских специалистов. В связи с этим Министерство разработало новые образовательные стандарты для высших и среднеспециальных медицинских учебных заведений, которые вступят в силу с 1 сентября 2010 года. Кроме того, замглавы Минздрава сообщила, что ведомство совместно с Минобрнауки разработало программу целевого приема студентов на медицинские специальности. В рамках этой программы после получения специальности медики должны будут 2–3 года отработать на территории региона, где они обучались.

Для создания прозрачной системы предоставления высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) создан и уже начал работу открытый Интернет-портал (<http://talon.gasurf.ru>) для пациентов, имеющих квоту на ВМП.



### Полезная ссылка



С января 2009 года Минздравсоцразвития РФ ввело новый порядок распределения квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по регионам.

Медицинские документы (решение врачебной комиссии лечебного учреждения, выписка из медицинской документации, заключение главного специалиста) представляются на рассмотрение Комиссии регионального органа управления здравоохранением по отбору больных на оказание ВМП. Срок подготовки решения Комиссии о наличии (отсутствии) показаний для планового направления больного для оказания ВМП составляет 10 дней с момента получения указанных документов из медицинской организации, направившей больного.

В случае принятия Комиссией решения о плановом направлении пациента на ВМП оформляется «Талон на оказание ВМП» в информационной системе Минздравсоцразвития России, после чего Талон с медицинскими документами, необходимыми для принятия решения о госпитализации, в электронном виде направляется на заочную консультацию в профильное медицинское учреждение, оказывающее ВМП. В случае отсутствия квот медицинские документы заносятся в «Лист ожидания оказания ВМП» (в электронном виде) по форме, утвержденной Минздравсоцразвития России. Каждый больной, ожидающий оказания высокотехнологичной медицинской помощи, на которого заведен электронный талон, может получить оперативную информацию о ходе рассмотрения своих медицинских документов и дате госпитализации на Открытом информационном Интернет-портале для пациентов по адресу <http://talon.gasurf.ru>. С появлением сайта Министерство может корректировать очереди на лечение, планировать выделение квот благодаря прозрачности «Листов ожидания».



Таблица 1

## Проект Федерального закона «Об охране здоровья граждан РФ»

Статья	Название
<b>Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья</b>	
Статья 24	Право граждан на охрану здоровья
Статья 25	Право граждан на медико-социальную помощь
Статья 26	Права граждан на бесплатную медицинскую помощь
Статья 27	Права граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье, на территории РФ
Статья 28	Дополнительные права граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности, на охрану здоровья
Статья 29	Права семьи
Статья 30	Права беременных женщин и матерей
Статья 31	Права несовершеннолетних
Статья 32	Права военнослужащих и граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (альтернативную гражданскую службу) и поступающих на военную службу по контракту
Статья 33	Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы на определенный срок в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи
Статья 34	Права иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья на территории РФ
Статья 35	Право граждан на информацию о состоянии здоровья
Статья 36	Согласие на медицинское вмешательство
Статья 37	Отказ от медицинского вмешательства
Статья 38	Оказание медицинской помощи без согласия граждан
Статья 39	Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в сфере охраны здоровья граждан
Статья 40	Обязанности граждан в сфере охраны здоровья
Статья 41	Ассоциации защиты прав граждан в сфере охраны здоровья
<b>Ответственность в сфере охраны здоровья граждан</b>	
Статья 71	Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан
Статья 72	Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий
Статья 73	Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в сфере охраны здоровья
Статья 74	Ответственность организаций, оказывающих медицинскую помощь, за нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан
Статья 75	Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья
Статья 76	Ответственность работодателей в сфере охраны здоровья граждан





## Проект Декларации о правах пациентов в России

### Права пациента

<b>Право на профилактические мероприятия</b>	<b>Право на безопасность</b>
<b>Право на доступность медицинской помощи</b>	<b>Право на инновации</b>
<b>Право на информацию</b>	<b>Право на исключение боли и страданий</b>
<b>Право на согласие</b>	<b>Право на индивидуальное лечение</b>
<b>Право на свободу выбора</b>	<b>Право на жалобы и претензии</b>
<b>Право на личную жизнь и конфиденциальность</b>	<b>Право на возмещение ущерба</b>
<b>Право на уважение времени пациента</b>	<b>Права родственников пациента</b>
<b>Право на соблюдение стандартов качества</b>	<b>Право на защиту</b>

При положительном решении в электронном «Талоне на оказание ВМП» указывается предварительная дата госпитализации и об этом уведомляется региональный орган управления здравоохранением, в полномочия которого входят: извещение пациента о принятом решении и уточнение даты госпитализации при возникновении непредвиденных обстоятельств, из-за которых пациент не может прибыть в медицинское учреждение. После этого пациенту остается только прибыть в лечебное учреждение, имея на руках оригиналы медицинских документов с результатами обследований. В случае отсутствия у пациента показаний для госпитализации для оказания ВМП медицинская комиссия профильного медицинского учреждения сообщает в региональный орган управления здравоохранением рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению больного. В свою очередь региональный орган управления здравоохранением должен довести данную информацию до сведения пациента.

Вероника Игоревна подчеркнула, что «проект Декларации о правах пациентов в России

абсолютно синтонен пониманию ситуации Министерством здравоохранения и разрабатываемому проекту федерального закона «Об охране здоровья» (таблицы 1, 2). Отметив совпадение позиций, докладчик предложила представителям пациентского движения обсудить возможности совместной работы в сфере законотворческой деятельности.

Для создания окончательной редакции Декларации создана редакционная комиссия. Проект Декларации и материалы мероприятия выложены на сайте <http://patients.ru>.

Тональность, в которой был завершён Конгресс, отражают слова сопредседателя Всероссийского союза пациентов Александра Саверского: «Мы уверены, что знаменатель здравоохранения по имени «пациент» позволит консолидироваться всем заинтересованным силам, ведь все мы хотим помочь людям, которые болеют и о которых необходимо искренне заботиться. Только помня об этом, мы сможем находить компромиссы не для себя, а для тех, кому мы нужны, для кого мы с Вами работаем, для пациентов».

*Наталья Куракова*



От редакции:

Наш журнал оперативно отражает наиболее значимые события в сфере здравоохранения. Мы получаем благодарности от читателей за серию комментариев по федеральному закону «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

Сегодня мы начинаем публикацию материалов по поводу законопроекта «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Мы будем внимательно следить за ходом принятия закона и в следующих номерах журнала дадим очередные комментарии.

Ознакомиться с новой версией законопроекта можно на сайте нашего журнала <http://www.idmz.ru>.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова



## О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

КОНСУЛЬТИРУЕТ  
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Законопроект «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», разрабатывавшийся в течение более пяти последних лет, наконец, вышел на «финишную прямую». Он внесен на рассмотрение Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации 02.06.2010.

Обращает на себя внимание тот факт, что хотя законопроект разработан Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и был практически готов к внесению от имени Правительства Российской Федерации, официально он был внесен группой депутатов Государственной Думы: О.Г. Борзовой, Н.Ф. Герасименко, А.М. Чухраевым, Н.Н. Гончаром, В.М. Резником, М.Н. Мищенко, А.К. Исаевым. Не вдаваясь в детали, отметим, что такой вариант применяется обычно тогда, когда стоит задача мак-

симально быстрого внесения и рассмотрения законопроекта в условиях наличия разногласий по поводу законопроекта между отдельными министерствами. Необходимость спешить, действительно, имеется — ведь предполагается, что закон вступит в силу с 01.01.2011, а необходима еще большая подготовительная работа и принятие целого ряда не только подзаконных актов, но и новых законов. Об этом подробнее мы скажем ниже.

В то же время следует отметить, что имеются некоторые отличия текста законопроекта, внесенного депутатами, от текста, вывешенного на сайте Минздравсоцразвития России 25.05.2010. Хотя эти отличия носят в основном редакционный характер, рекомендуем ознакомиться с официальным текстом законопроекта и тем, кто уже знаком с проектом, вывешенным на сайте Министерства.

Потребность принятия закона не вызывает сомнений. Действующий в настоящее время Закон Российской Федерации № 499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» был принят еще 28 июня 1991 года. Он регулирует одновременно и обязательное, и добровольное медицинское страхование. При этом и то, и другое он регулирует плохо. Закон носит в значительной мере декларативный характер — многие важнейшие вопросы обязательного медицинского страхования не нашли отражения в законе и регулируются подзаконными актами — постановлениями Правительства Российской Федерации, а то и приказами Федерального фонда. Более того, во все статьи действующего закона, за исключением последней статьи 28, за прошедшие годы были внесены изменения.

Поэтому можно только приветствовать появление законопроекта, посвященного обязательному медицинскому страхованию.

Тем не менее, законопроект вызвал неоднозначную оценку, что в общем-то не удивительно, учитывая, что он затрагивает интересы многих групп, преследующих свои цели.

Коснемся основных положений законопроекта.

Прежде всего следует отметить, что при всех вносимых новшествах существующая модель обязательного медицинского страхования не претерпевает принципиальных изменений. Однако функции, права и обязанности многих участников ОМС меняются. Наиболее бросающиеся в глаза изменения касаются фондов обязательного медицинского страхования. По ныне действующему законодательству фонды ОМС не являются субъектами ОМС. Теперь они становятся субъектами ОМС — его полноправными участниками. При этом они будут не просто присутствовать в системе ОМС, но и непосредственно участвовать в процессе медицинского страхования как одна из сторон (страховщик).

Итак, в соответствии с законопроектом субъектами обязательного медицинского страхования будут являться:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) страховщик — Федеральный фонд;
- 4) территориальные фонды;
- 5) страховые медицинские организации;
- 6) медицинские организации.

Желание сделать фонды ОМС (объективно играющие важную роль в системе ОМС) субъектами обязательного медицинского страхования можно понять. Однако то, как это сделано у многих, вызвало удивление. Предполагается, что Федеральный фонд будет являться страховщиком в системе обязательного медицинского страхования. Тем не менее, основная его задача, как и прежде, — реализация государственной политики в области обязательного медицинского страхования. При этом отдельные полномочия страховщика будут осуществляться территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями.

Получается, что функции страховщика будут выполнять сразу три субъекта ОМС, включая страховые медицинские организа-



ции, которые, как ни парадоксально, не будут являться страховщиками. Закономерно возникает вопрос: а кто в конечном счете будет нести ответственность, если функции страховщика будут реализованы ненадлежащим образом? С кого конкретно спрашивать?

Другой связанный с этим вопрос заключается в том, почему страховые медицинские организации, не являющиеся по законопроекту страховщиками, должны иметь лицензию на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию, а страховщик — Федеральный фонд и территориальные фонды (как и страховые организации, обладающие отдельными полномочиями страховщика) — не должны?

Учитывая, что взносы в систему ОМС поступают через Пенсионный фонд, а не через фонды ОМС, можно заключить, что в системе обязательного медицинского страхования накапливается довольно много нелогичностей, в первую очередь касающихся фондов ОМС (по крайней мере, формального свойства).

Некоторые эксперты считают, что логичнее было бы придать фондам функции не страховщика, а страхователя. Мы постараемся осветить эту тему отдельно следующий раз.

Еще один неоднозначный момент: из договорных отношений в системе ОМС исключается понятие договоров страхования, заключаемых между страхователем и страховщиком, которые определяли права, обязанности и ответственность сторон. Очевидно, исключается именно потому, что страховщиком становится организация, представленная в единственном числе — Федеральный фонд, которому просто физически не справиться с объемом договоров страхования со всеми работодателями по стране. Это положение законопроекта также является предметом критики прежде всего со стороны нынешних страховщиков — страховых медицинских организаций.

Законопроектом исключается право работодателя и органов государственной

власти субъектов Российской Федерации на выбор страховых медицинских организаций. Застрахованное лицо будет также вправе заменить выбранную им страховую медицинскую организацию на иную, при этом страховые медицинские организации не вправе отказать ему в таком выборе. Это положительный момент, поскольку застрахованный гражданин сам (не через посредника) будет иметь право выбрать или заменить страховую медицинскую организацию. Другое дело — сможет ли он сделать такой выбор обоснованно, будет ли обладать необходимой для этого объективной информацией? Правда, можно и не выбирать — лица, застрахованные в системе обязательного медицинского страхования до вступления в силу закона, будут считаться выбравшими страховую медицинскую организацию, и обладать правами застрахованных лиц.

Кроме того, предусмотрен определенный алгоритм в отношении граждан, подлежащих страхованию, но не выбравших страховую медицинскую организацию. Территориальный фонд будет ежемесячно направлять сведения о гражданах, не выбравших страховую медицинскую организацию и подлежащих страхованию, в три страховые медицинские организации, имеющие наибольшую численность застрахованных лиц в данном субъекте Российской Федерации на 1 января текущего года, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (кстати, понятие подобного договора в действующем законе отсутствует). Соответственно эти граждане будут застрахованы в одной из трех страховых организаций. Данное положение тоже вызывает резкую критику, как правило, со стороны страховых организаций, не входящих в состав «большой тройки». Обвинения касаются нарушения антимонопольного законодательства.

Право участия любой страховой медицинской организации в системе ОМС, с одной





стороны, способствует усилению конкуренции между ними, что рассматривается как положительный момент. С другой стороны, многие отмечают, что это осложнит работу фондов и медицинских организаций: им придется иметь дело с большим числом страховых организаций.

Застрахованные лица будут иметь страховой медицинский полис единого образца, не требующий замены при смене страховой медицинской организации и действующий на всей территории Российской Федерации.

Полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования до вступления в силу закона, будут являться действующими до 1 января 2014 года. С 1 января 2011 года по 31 декабря 2013 года страховыми медицинскими организациями будет осуществляться замена действующих страховых медицинских полисов на полисы обязательного медицинского страхования единого образца.

Законопроект предусматривает участие в системе обязательного медицинского страхования медицинских организаций любых организационно-правовых форм и имеющих имущество в любой форме собственности, предусмотренной законодательством Российской Федерации. Правда, это право было и ранее, однако сформулировано оно было не совсем корректно. В соответствии со ст. 2 закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. Указанная статья 2 закона не совсем корректна в том плане, что в ней говорится об учреждениях. Таким образом, формально другие организационно-правовые формы (например, акционер-

ные общества, общества с ограниченной ответственностью и т.д.) не могут быть допущены в систему ОМС.

Важным новшеством является заявительный (уведомительный) порядок включения медицинских организаций в систему ОМС. Медицинским организациям не будет требоваться решение органов государственной власти субъектов Российской Федерации об их участии в системе обязательного медицинского страхования. Медицинские организации будут включаться в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования, на основании заявления, носящего уведомительный характер, об участии в системе обязательного медицинского страхования, направляемого в территориальный фонд до 1 ноября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена участвовать в системе обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинским организациям в приеме заявления.

С одной стороны, это снимает необоснованные барьеры для участия частных медицинских организаций в системе ОМС. Но, с другой стороны, реальный интерес к системе ОМС у них возникнет только при одноканальном финансировании (при полном тарифе). Кроме того, такой порядок может создать сложности при планировании: ведь для государственных (муниципальных) учреждений плановые объемы в системе ОМС — это еще и ассигнования, субсидии и т.д., которые должны быть предусмотрены в бюджете. Бюджет же будет сверстан намного ранее 1 ноября. К тому же такой порядок включения в систему ОМС (до 1 ноября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена участвовать в системе ОМС) будет означать, что вновь созданное (или реорганизованное) государственное или муниципальное учреждение в текущем году уже не может рассчитывать на участие в системе ОМС (судьба частных



медицинских организаций в подобной ситуации вызывает меньше тревог, ведь они создаются для других целей и должны финансироваться в первую очередь за счет предпринимательской деятельности, поэтому забота об их финансовом благополучии — задача собственников). За счет каких средств учреждение будет финансироваться до начала следующего года (тем более в условиях одноканального финансирования, когда бюджетное финансирование учреждений не будет осуществляться)? Если новое юридическое лицо будет образовано после 1 ноября, то практически год оно не сможет участвовать в системе ОМС. Эта проблема требует своего разрешения.

Что касается одноканального финансирования, то с 1 января 2011 года по 31 декабря 2012 года территориальная программа обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации может включать оказание медицинской помощи при отдельных заболеваниях и состояниях здоровья, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, без соблюдения условия выполнения нормативов, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (данное требование сейчас установлено Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи). Скорая медицинская помощь будет включена в базовую программу обязательного медицинского страхования с 2013 года, а высокотехнологичная медицинская помощь — с 2015 года.

Законопроект предполагает установление минимального размера тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения федеральным законом. Это одно из важнейших положительных новшеств законопроекта, направленное на финансовую стабильность системы ОМС, которое можно только приветствовать.

Со дня вступления в силу Федерального закона «Об обязательном медицинском стра-

ховании в Российской Федерации» закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» будет применяться в части, не противоречащей рассматриваемому закону. Это означает, что закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» будет действовать только в части, касающейся добровольного медицинского страхования.

Как уже отмечалось, принятие проекта Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» потребует принятия целого ряда новых документов, в частности:

- 1) Федерального закона «О тарифе страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»;
- 2) Постановления 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»;
- 3) Постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования»;
- 4) Постановления Правительства Российской Федерации об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- 5) Постановления Правительства Российской Федерации о порядке финансового обеспечения реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Кроме того, потребуются внесение изменений как минимум в 11 действующих законодательных актов Российской Федерации.

В заключение отметим, что мы рассмотрели только часть положений законопроекта. Эта тема будет продолжена в следующих публикациях.



**Ф.Н. Кадыров,**

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



## ВОПРОСЫ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЙ В СВЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 83-ФЗ

**Ф**едеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — Закон) затрагивает многие вопросы деятельности государственных (муниципальных) учреждений. Сегодня мы рассмотрим некоторые аспекты налогообложения.

Статья 16 Закона вносит ряд изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации (далее — Налоговый кодекс). Указанная статья вступает в силу с 1 января 2011 года, но не ранее 1-го числа очередного налогового периода по соответствующим налогам.

В первую очередь интерес представляет налогообложение казенных учреждений — нового типа государственных (муниципальных) учреждений, которые прежде не существовали и порядок налогообложения которых, естественно, отсутствовал.

В отношении бюджетных и автономных учреждений можно сказать, что меняется скорее не порядок их налогообложения, а уточняется порядок налогообложения в связи с изменением их правового положения. Так, изменения в порядке налогообложения бюджетных учреждений обусловлены в основном изменением порядка их финансового обеспечения (переходом от сметного финансирования к субсидиям). Изменения в налогообложении автономных учреждений носят редакционный характер.

Что касается налогообложения казенных учреждений, то сразу отметим, что в целом оно мало отличается от налогообложения бюджетных учреждений в их нынешнем статусе. В общем случае действуют нормы, относящиеся к налогоплательщикам — юридическим лицам.

И все же некоторые отличия появляются. В частности, в новой редакции Налогового кодекса уточняется порядок расчета налоговой базы налога на добавленную стоимость при сдаче в аренду имущества. Пункт 3 статьи 161 Налогового кодекса устанавливает, что при предоставлении на территории Российской Федерации казенными учреждениями в аренду федерального имущества, имущества субъектов Российской Федерации и муниципального имущества налоговая база налога на добавленную стоимость определяется как сумма арендной платы с учетом налога.

© Ф.Н. Кадыров, 2010 г.



Рассмотренные изменения касаются уплаты государственными (муниципальными) учреждениями налога на прибыль.

Как известно, в соответствии с действующим Налоговым кодексом (часть 14 п. 1 статьи 251) при определении налоговой базы не учитываются доходы в виде имущества, полученного налогоплательщиком в рамках целевого финансирования. При этом налогоплательщики, получившие средства целевого финансирования, обязаны вести раздельный учет доходов (расходов), полученных (произведенных) в рамках целевого финансирования. При отсутствии такого учета у налогоплательщика, получившего средства целевого финансирования, указанные средства рассматриваются как подлежащие налогообложению с даты их получения.

В новой редакции кодекса (с 01.01.2011) к средствам целевого финансирования будет относиться, в частности, имущество, полученное налогоплательщиком и использованное им по назначению, определенному организацией (физическим лицом) — источником целевого финансирования или федеральными законами **в виде лимитов бюджетных обязательств (бюджетных ассигнований), доведенных в установленном порядке до казенных учреждений, а также в виде субсидий, предоставленных бюджетным учреждениям и автономным учреждениям.** То есть законодатели предусмотрели, чтобы средства, получаемые в виде субсидий как автономными учреждениями, так и бюджетными учреждениями в новом статусе, не попадали под обложение налогом на прибыль.

Кроме того, с 1 января 2011 года пункт 1 статьи 251 Налогового кодекса (определяющей какие виды доходов не учитываются при налогообложении) будет дополнен подпунктом 33.1 следующего содержания:

«33.1) в виде средств, полученных от оказания казенными учреждениями государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ), а также от исполнения ими иных государственных (муниципальных) функций».

Это означает, что эти доходы тоже не будут учитываться при определении налоговой базы налога на прибыль.

С 1 января 2011 года статья 270 Налогового кодекса будет дополнена пунктом 48.11. В соответствии с этим пунктом к расходам, не учитываемым в целях налогообложения, будут относиться расходы казенных учреждений в связи с исполнением государственных (муниципальных) функций, в том числе с оказанием государственных (муниципальных) услуг (выполнением работ).

Вносятся изменения в пункт 3 статьи 286 Налогового кодекса. С 01.01.2011 бюджетные учреждения, автономные учреждения будут уплачивать только квартальные авансовые платежи по налогам на прибыль по итогам отчетного периода.

В соответствии с Федеральным законом от 08.05.2010 № 83-ФЗ с 1 января 2011 года статья 321.1 «Особенности ведения налогового учета бюджетными учреждениями» будет признана утратившей силу.

Исключение данной статьи из Налогового кодекса вызывает некоторое сожаление. Данная статья в настоящее время содержит целый ряд положений, определяющих порядок учета амортизации, распределения коммунальных услуг по источникам финансирования и т.д. (правда, имеет место и дублирование некоторых положений других статей Налогового кодекса). Но, на наш взгляд, наиболее важным является положение, защищающее сейчас бюджетные учреждения от попыток переложить все проблемы недофинансирования на само учреждение (когда вышестоящие органы пытаются заставить покрывать недостаток бюджетных средств или средств ОМС из доходов от платных услуг). Это положение звучит так: «Сумма превышения доходов над расходами от коммерческой деятельности до исчисления налога не может быть направлена на покрытие расходов, предусмотренных за счет бюджетных ассигнований, выделяемых бюджетному учреждению».





Безусловно, исходя из логики Закона, эта статья должна была претерпеть существенные изменения хотя бы потому, что в ней говорится о коммерческой деятельности, а данный Закон закрепляет в качестве основного другое понятие — «приносящая доходы деятельность».

Однако имеется еще одна важная причина признания этой статьи, утратившей силу. Положения статьи 321.1 признаны не соответствующими Конституции РФ Постановлением Конституционного Суда Российской Федерации от 22.06.2009 № 10-П в той мере, в какой они в системе действующего правового регулирования не отвечают требованиям определенности законодательно установленного порядка исполнения государственными образовательными учреждениями высшего профессионального образования обязанности по уплате налога на прибыль организаций с доходов от сдачи в аренду переданного им в оперативное управление федерального имущества. А в соответствии с частью 3 статьи 79 Федерального конституционного закона от 21.07.1994 № 1-ФКЗ «О Конституционном Суде Российской Федерации» акты или их отдельные положения, признанные неконституционными, утрачивают силу.

И все же в отредактированном виде эта статья могла бы остаться.

Далее. В соответствии с п. 1 статьи 333.35 Налогового кодекса в новой редакции от уплаты государственной пошлины за право использования наименований «Россия», «Российская Федерация» и образованных на их основе слов и словосочетаний освобождаются только казенные учреждения. Бюджетные учреждения, ранее имевшие данную льготу, ее теряют.

В соответствии с подпунктом 17 пункта 3 статьи 346.12 Налогового кодекса, изложенным в новой редакции, казенные и бюджетные учреждения не вправе применять упрощенную систему налогообложения.

Следует отметить, что вопросы налогообложения Закон регулирует, не только внося

изменения в Налоговый кодекс. Ряд статей Закона имеет самостоятельное значение с точки зрения налогообложения.

Так, в переходный период, устанавливаемый статьей 33 Закона, на суммы поступивших в федеральный бюджет доходов от сдачи в аренду имущества, находящегося в федеральной собственности и переданного в оперативное управление федеральным казенным или являющимся получателями бюджетных средств бюджетным учреждениям культуры и искусства, здравоохранения, науки, образования, а также архивным учреждениям, на лицевых счетах указанных учреждений, открытых в органах Федерального казначейства, отражается источник дополнительного финансового обеспечения содержания и развития их материально-технической базы, включая расходы на уплату налогов с доходов от аренды, сверх бюджетных ассигнований, предусмотренных ведомственной структурой расходов федерального бюджета (часть 3) п. 19 статьи 33 Закона).

Понятно, что источником средств для уплаты налога на добавленную стоимость, налога на прибыль и ряда других видов налогов, связанных с получением доходов от приносящей доходы деятельности, является сам соответствующий доход. Но теоретически такого дохода может и не быть. Между тем существуют налоги, которые казенные, бюджетные и автономные учреждения будут обязаны уплачивать независимо от наличия или отсутствия приносящей доходы деятельности. Речь, в частности, идет о налоге на имущество и о земельном налоге.

В Законе это учтено. Статья 70 Бюджетного кодекса Российской Федерации определяет, что обеспечение выполнения функций казенных учреждений включает в том числе и уплату налогов, сборов и иных обязательных платежей в бюджетную систему Российской Федерации.

П. 6 вновь введенной статьи 9.2 Федерального закона «О некоммерческих организациях» определяет, что финансовое обеспече-



ние выполнения государственного (муниципального) задания бюджетным учреждением осуществляется с учетом расходов на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за бюджетным учреждением учредителем или приобретенных бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, **расходов на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки.**

П. 3. статьи 4 Федерального закона от 3 ноября 2006 года № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» в новой редакции устанавливает, что финансовое обеспечение выполне-

ния государственного (муниципального) задания осуществляется с учетом расходов на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за автономным учреждением учредителем или приобретенных автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, **расходов на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки,** с учетом мероприятий, направленных на развитие автономных учреждений, перечень которых определяется учредителем. Правда, отметим, что фраза указанного положения, относящаяся к налогам, изменений в новой редакции не претерпела.

### Полезная ссылка



## ВЕДУЩИЕ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЦЕНТРЫ ОТКРЫЛИ ОБЩЕСТВЕННЫЕ ПРИЕМНЫЕ



**В** Информационно-консалтинговом центре Лиги здоровья нации, который расположен в Павильоне № 5 на ВВЦ, 1 июня открылись Общественные приемные пяти ведущих федеральных научно-медицинских центров России:

- НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
- Клиника НИИ питания РАМН
- ФГУ МНТК «Микрохирургии глаза» им. акад. С.Н. Федорова
- ФГУ Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава
- Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

В данных Общественных приемных врачи знаменитых клиник на самом современном оборудовании будут **БЕСПЛАТНО** проводить медицинский осмотр всех желающих. Приемные будут функционировать в Информационно-консалтинговом центре Лиги здоровья нации на постоянной основе. Время работы с 10:30 до 17:30 по будням. Время и перечень осмотров будут осуществляться согласно графику, с изменениями в котором можно ознакомиться непосредственно в Павильоне № 5, а также на сайте Лиги здоровья нации <http://www.ligazn.ru/>.



## ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ РАСТОРГНУТ СТРАХОВЩИКОМ ИЗ-ЗА ТОГО, ЧТО МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НЕ ВКЛЮЧЕНА В ПРОГРАММУ ГОСГАРАТИЙ



*От редакции:*

**Страховая организация в одностороннем порядке расторгла договор с медицинской организацией, поскольку последняя не была включена в Территориальную программу государственных гарантий на текущий год. Соответственно не были оплачены медицинские услуги, оказанные в период после расторжения договора. Медицинская организация обратилась с иском в суд.**

**Судебное решение по этому вопросу смотрите в приведенном ниже документе.**

**Напоминаем, что эти документы, как и многие другие, касающиеся злободневных проблем здравоохранения, приложены в виде CD к книге «Управление ЛПУ в современных условиях: 2009–2010 гг.», выпущенной нашим Издательским Домом «Менеджер здравоохранения».**

*Шеф-редактор Н.Г. Куракова*

### Постановление Федерального арбитражного суда Дальневосточного округа от 3 апреля 2009 г. № Ф03-1101/2009 (извлечение)

Федеральный арбитражный суд Дальневосточного округа при участии: от истца: Рихтер В.В., представитель по доверенности от 17.01.2009 № 2, рассмотрел в судебном заседании кассационную жалобу закрытого акционерного общества «Елизовская городская больница» на решение от 23.12.2008 по делу № А24-4525/2008 Арбитражного суда Камчатского края по иску закрытого акционерного общества «Елизовская городская больница» к открытому акционерному обществу «Страховая медицинская компания «Биополис» о взыскании убытков.

Резолютивная часть постановления объявлена 31 марта 2009 года. Полный текст постановления изготовлен 3 апреля 2009 года.

Закрытое акционерное общество «Елизовская городская больница» обратилось в Арби-

тражный суд Камчатского края с иском к открытому акционерному обществу «Страховая медицинская компания «Биополис» о взыскании убытков на общую сумму 2 762 798 руб. 11 коп., из которых 106 871 руб. 25 коп. — убытки в виде реального ущерба, причиненного истцу вследствие неисполнения ответчиком обязательств по оплате оказанных в мае 2006 года медицинских услуг согласно договору на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию от 10.01.2000 № 27, и 2 655 926 руб. 86 коп. — упущенная выгода в виде неполученного истцом дохода в системе обязательного медицинского страхования за период с июня 2006 года по июль 2007 года, размер которой рассчитан из среднемесячного дохода истца за 2005 год.



Решением арбитражного суда первой инстанции от 23.12.2008 в удовлетворении иска отказано.

Решение мотивировано тем, что, согласно пункту 3 статьи 450 ГК РФ, обязательства сторон по договору от 10.01.2000 № 27 прекратились с 30.04.2006 в связи с односторонним отказом ответчика от исполнения договора на основании пункта 1 статьи 782 ГК РФ, о чем истцу было известно с 21.04.2006. В связи с этим оказание истцом в мае 2006 года медицинских услуг гражданам, застрахованным у ответчика, выходит за рамки договора от 10.01.2000 № 27. Кроме того, истец не доказал наличие в действиях (бездействии) ответчика состава гражданского правонарушения, требуемого для взыскания убытков, поэтому правовые основания для удовлетворения иска отсутствуют.

В Пятом арбитражном апелляционном суде дело не рассматривалось.

В кассационной жалобе ЗАО «Елизовская городская больница» просит решение от 23.12.2008 отменить и направить дело на новое рассмотрение.

В обоснование жалобы приведены доводы о неправильной оценке судом договора от 10.01.2000 № 27 как договора возмездного оказания услуг; об ошибочном толковании положений Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»; о несоответствии статьям 310, 450, 452, 453, 782 ГК РФ вывода арбитражного суда о правомерности одностороннего отказа ответчика от исполнения договора; о нарушении прав истца, исключенного из перечня учреждений здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования при утверждении Территориальной программы обязательного медицинского страхования Камчатской области на 2006 год.

Ответчик отзыв на кассационную жалобу не представил.

В судебном заседании арбитражного суда кассационной инстанции представитель

истца поддержал доводы, изложенные в кассационной жалобе, и настаивал на ее удовлетворении. В то же время пояснил, что действия органов исполнительной власти Камчатской области по невключению ЗАО «Елизовская городская больница» в перечень медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования согласно Территориальной программе на 2006 год, истец в судебном порядке не оспорил и в 2007 году фактически прекратил свою деятельность.

Представитель ответчика, извещенного о времени и месте судебного разбирательства надлежащим образом, в судебное заседание не явился.

Проверив в соответствии со статьей 286 АПК РФ правильность применения судом первой инстанции норм материального и процессуального права, Федеральный арбитражный суд Дальневосточного округа считает, что основания для его отмены, предусмотренные статьей 288 АПК РФ, отсутствуют.

Согласно уставу, зарегистрированному Постановлением Администрации Елизовского района Камчатской области от 22.12.1995 № 1687 (с учетом изменений, внесенных Постановлением от 21.07.1998 № 194/П), ЗАО «Елизовская городская больница» создано для оказания лечебно-профилактической помощи больным лорпрофиля и осуществляет свою деятельность с целью извлечения прибыли.

Судом первой инстанции установлено, что 10.01.2000 между ЗАО «Елизовская городская больница» (медицинское учреждение) и ОАО «Страховая медицинская компания «Биополис» (страховщик) заключен договор № 27 на оказание лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию.

По условиям указанного договора истец принял на себя обязательства оказывать гражданам, имеющим страховой полис ответчика или соответствующее направление от него, лечебно-профилактическую помощь,





виды и объем которой устанавливаются Территориальной программой обязательного медицинского страхования граждан Камчатской области и согласованным сторонами перечнем услуг, а также ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, предоставлять ответчику отчет-реестр пролеченных больных.

Пунктом 4.1 договора предусмотрено, что финансирование принятых к оплате счетов-реестров производится ответчиком в соответствии с действующим Порядком оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, утвержденным Управлением здравоохранения Администрации Камчатской области и Камчатским территориальным фондом ОМС, по тарифам, установленным в системе обязательного медицинского страхования Камчатской области.

Спор возник в связи с отказом ответчика оплатить счет-реестр истца за май 2006 года. Отказ мотивирован расторжением договора от 10.01.2000 № 27 в связи с односторонним отказом ответчика от его исполнения на основании статьи 782 ГК РФ, поскольку Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Камчатской области бесплатной медицинской помощи на 2006 год (далее — Территориальная программа ОМС) истец не включен в перечень медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

Согласно статье 1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья и осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за

счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Базовую программу обязательного медицинского страхования разрабатывает Министерство здравоохранения Российской Федерации и утверждает Совет Министров Российской Федерации. На основе базовой программы Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация утверждают территориальные программы обязательного медицинского страхования (статья 22 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»).

Согласно пункту 1.3 Типовых правил обязательного медицинского страхования граждан (утверждены Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 03.10.2003 № 3856/30-3/и), Территориальная программа ОМС должна содержать перечень видов и объемов медицинской помощи, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования, перечень медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования, условия и порядок предоставления медицинской помощи в них.

Как установлено судом первой инстанции, Территориальная программа государственных гарантий оказания населению Камчатской области бесплатной медицинской помощи на 2006 год, утвержденная Постановлением губернатора Камчатской области от 09.03.2006 № 92 и вступившая в силу 03.04.2006, содержит сведения, предусмотренные пунктом 1.3 Типовых правил ОМС.

Вместе с тем в перечне медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования в Камчатской области, ЗАО «Елизовская городская больница» не указано. В судебном





порядке Территориальная программа ОМС не признана недействующей, и действия органов исполнительной власти субъекта РФ по невключению ЗАО «Елизовская городская больница» в вышеуказанный перечень истцом не оспорены.

Исходя из этого, арбитражный суд сделал правильный вывод о том, что в 2006 году истец не мог оказывать услуги и получать финансирование и оплату медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.

Судом первой инстанции также установлено, что после опубликования Территориальной программы ОМС на 2006 год, в которой в перечне медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования, истец не указан, ответчик на основании статьи 782 ГК РФ направил истцу письмо от 20.04.2006 № 195 об одностороннем отказе от исполнения договора от 10.01.2000 № 27 с 30.04.2006. Данное письмо получено истцом 21.04.2006.

Рассматривая доводы истца о необоснованной ссылке ответчика на статью 782 ГК РФ и о том, что договор от 10.01.2000 № 27 является договором медицинского страхования, к которому статья 782 ГК РФ неприменима, арбитражный суд первой инстанции правомерно отверг указанные доводы и признал, что по своей правовой природе договор от 10.01.2000 № 27 с учетом его наименования, содержания и смысла в целом является не договором страхования, а договором возмездного оказания услуг (медицинских услуг), что полностью согласуется со статьей 23 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

В силу статьи 4 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» договор медицинского страхования заключается между страхователем, понятие которого дано в абзаце 2 статьи 2 названного Закона, и страховой медицинской организацией. Поскольку истец не является страхователем и содержание договора

от 10.01.2000 № 27 не соответствует статье 4 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», то выводы суда первой инстанции, отклонившего доводы истца о том, что указанный договор является договором страхования, соответствуют нормам материального права и фактическим обстоятельствам дела.

Согласно пункту 1 статьи 782 ГК РФ, заказчик, которым по договору от 10.01.2000 № 27 являлся ответчик, вправе отказаться от исполнения договора при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов.

В силу пункта 3 статьи 450 ГК РФ в случае одностороннего отказа от исполнения договора полностью или частично, когда такой отказ допускается законом или соглашением сторон, договор считается соответственно расторгнутым или измененным.

Правильно применяя указанные нормы права к установленным по делу обстоятельствам, суд первой инстанции пришел к правильному выводу о том, что на основании письма ответчика от 20.04.2006 № 195 об одностороннем отказе от исполнения договора от 10.01.2000 № 27 по причине невключения истца в перечень медицинских учреждений, работающих в системе ОМС в 2006 году, указанный договор является расторгнутым с 30.04.2006.

Следовательно, как правильно указано в решении суда от 23.12.2008, с 01.05.2006 у истца отсутствовали основания для оказания медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования и для предъявления ответчику к оплате счета-реестра за май 2006 года. Соответственно у ответчика отсутствует обязанность оплачивать за счет средств обязательного медицинского страхования счета-реестры, предъявленные истцом с 01.05.2006, поскольку последний не включен в перечень медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Исходя из этого, арбитражный суд правомерно





признал требования истца необоснованными.

Кроме того, учитывая предмет заявленного иска — взыскание убытков в связи с ненадлежащим исполнением договорных обязательств, суд первой инстанции указал, что в нарушение статьи 65 АПК РФ истец не доказал наличие в действиях (бездействии) ответчика состава гражданского правонарушения, требуемого, согласно статьям 15, 393 ГК РФ, для взыскания убытков как в виде реального ущерба, так и в виде упущенной выгоды. При этом суд, ссылаясь на статью 20 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», сделал правильный вывод о том, что истец не был лишен права оказывать медицинские услуги и соответственно получать доход как в рамках программы добровольного медицинского страхования, так и вне системы медицинского страхования.

Доводы заявителя кассационной жалобы о неправильной оценке судом договора от 10.01.2000 № 27 и о неправильном применении норм ГК РФ и Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» судом кассационной инстанции отклоняются как основанные на ошибочном толковании норм права и противоречащие установленным судом обстоятельствам.

Его же доводы о нарушении прав истца Территориальной программой ОМС на 2006 год, что выразилось в невключении ЗАО

«Елизовская городская больница» в перечень медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования, во внимание не принимаются как не имеющие отношения к рассматриваемому спору. Кроме того, при рассмотрении настоящего дела истец не представил суду доказательства оспаривания Территориальной программы ОМС на 2006 год как нормативного правового акта и доказательства соответствия ЗАО «Елизовская городская больница» требованиям, предъявляемым к медицинским учреждениям для включения их в перечень медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

При изложенных обстоятельствах решение арбитражного суда от 23.12.2008, принятое с правильным применением норм материального и процессуального права, не подлежит отмене, а кассационная жалоба — удовлетворению.

Руководствуясь статьями 286–289 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Федеральный арбитражный суд Дальневосточного округа постановил:

Решение от 23.12.2008 по делу № А24-4525/2008 Арбитражного суда Камчатского края оставить без изменения, кассационную жалобу — без удовлетворения.

Постановление вступает в законную силу со дня его принятия.





# ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

## ПРИОРИТЕТНЫЙ НАЦПРОЕКТ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДОЛЖНО БЫТЬ РАБОТОСПОСОБНЫМ

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 29 апреля 2010 г. № 04И-404/10 «О проведении проверок по контролю за исполнением предписаний об устранении выявленных нарушений»*

Росздравнадзором с ноября 2009 г. по январь 2010 г. проверялось использование медицинского оборудования, поставленного в 2008–2009 гг. Оно было получено в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения (на внедрение новых высоких технологий, развитие службы крови, формирование здорового образа жизни у россиян и др.).

Территориальным органам необходимо проверить ЛПУ на предмет исполнения предписаний об устранении нарушений. Особое внимание следует обратить на качество, комплектность и работоспособность оборудования, проблемы при его использовании, а также своевременность и полноту устранения нарушений. Сообщить об итогах нужно до 12.00 (мск) 28 июня 2010 г. в бумажном и электронном форматах.

## КАК ПОЛУЧИТЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДПОМОЩЬ В УЧРЕЖДЕНИЯХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2010 г. № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи»*  
*Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 мая 2010 г. Регистрационный № 17 175.*

Специализированная медпомощь оказывается в организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Они должны иметь соответствующую лицензию.

Обратиться за специализированной медпомощью можно при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких технологий. Определен порядок направления пациентов для оказания специализированной медпомощи в учреждения Минздравсоцразвития России.

Пациентов направляет региональный орган исполнительной власти. Причины — нужен окончательный диагноз в связи с нетипичностью заболевания, отсутствует эффект от лечения, необходимо дообследование и др. На больных оформляются специальные талоны.

Основание для госпитализации — решения комиссии учреждения. Они принимаются в течение 10 дней, а при очной консультации пациента — не более 3 дней.

Учреждение ежеквартально не позднее 20 числа первого месяца, следующего за отчетным, представляет в Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения или Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения отчет о госпитализированных больных.

Определены случаи, когда пациентов направляют указанные Департаменты. Это возможно, если, например, гражданин не проживает в России, ликвидируются последствия чрезвычайных ситуаций. Больные направляются на основании обращений, поданных лично или через законного представителя.





## КАК ЛЕЧАТСЯ РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 мая 2010 г. № 315н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с ревматическими болезнями»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 мая 2010 г. Регистрационный № 17 189.*

Установлен порядок оказания медицинской помощи при ревматических заболеваниях в государственных и муниципальных медучреждениях.

Больные получают первичную медико-санитарную (терапевтическую) и специализированную (ревматологическую) медпомощь.

Ревматологи оказывают медпомощь во взаимодействии с другими врачами.

Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторно-поликлинических условиях осуществляется участковым терапевтом, врачом общей практики (семейным врачом) с учетом рекомендаций ревматологов. Приведены виды заболеваний, которые лечат указанные врачи.

При подозрении на ревматические заболевания, их выявлении или обострении врач должен направить больного на консультацию к ревматологу.

Для дифференциальной диагностики, выработки тактики и проведения необходимого специализированного лечения, диспансерного наблюдения, если невозможно оказать эффективную медпомощь в кабинете врача-ревматолога, больные направляются в ревматологическое отделение медучреждения или ревматологического центра.

Пациенты, нуждающиеся в терапии генно-инженерными биологическими препаратами, направляются в специализированные кабинеты. Доступны высокотехнологичные методы лечения.

Лица, нуждающиеся в эндопротезировании, направляются на консультацию к врачу-травматологу-ортопеду, чтобы определить последующую тактику ведения больного.

Также больные могут направляться на восстановительное лечение.

## ЕСТЬ ВОПРОСЫ ПО ЦЕНООБРАЗОВАНИЮ НА ЛЕКАРСТВА? ПОЗВОНИТЕ НА «ГОРЯЧУЮ ЛИНИЮ»!

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 23 апреля 2010 г. № 04И-358/10 Об открытии «Горячей линии по вопросам ценообразования на лекарственные средства»*

В Росздравнадзоре открыта «горячая линия» по вопросам ценообразования на лекарства. Телефоны: (495) 698-41-72, (495) 621-01-66.

Вопросы также можно направить по электронному адресу: [info@roszdravnadzor.ru](mailto:info@roszdravnadzor.ru).

## О РЕГИСТРАЦИИ ОТРАСЛЕВОГО СОГЛАШЕНИЯ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ОРГАНАМ И ОРГАНИЗАЦИЯМ РОСПОТРЕБНАДЗОРА НА 2010–2012 ГГ.

*Уведомление Федеральной службы по труду и занятости от 3 марта 2010 г. № 1044-ТЗ «О регистрации Отраслевого соглашения по территориальным органам и организациям Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на 2010–2012 годы»*

Сообщается о дате регистрации Отраслевого соглашения по территориальным органам и организациям Роспотребнадзора на 2010–2012 гг. — 3 марта 2010 г.

Соглашение регулирует вопросы оплаты труда, его условий и охраны, режима труда и отдыха, развития социального партнерства, занятости, соцгарантий и др. Срок действия — с 1 января 2010 по 31 декабря 2012 г.

**КАК ДОЛЖНА ОКАЗЫВАТЬСЯ МЕДПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ?**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 марта 2010 г. № 201н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 апреля 2010 г. Регистрационный № 17 080.*

Урегулированы вопросы оказания медпомощи взрослым и детям при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы. Речь идет о помощи в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Больные получают скорую, первичную медико-санитарную (в том числе неотложную) и специализированную (в том числе высокотехнологичную) помощь.

Первый вид помощи закреплен за станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи и ее отделениями при районных (в том числе центральных) больницах. Врачебные и фельдшерские выездные бригады доставляют больных в медорганизации, оказывающие круглосуточную травматолого-ортопедическую помощь. Неотложную медпомощь можно получить в отделениях (кабинетах) неотложной травматологии и ортопедии, хирургических отделениях, кабинетах травматологии и ортопедии амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждений.

Больной может самостоятельно обратиться в отделение (кабинет) травматолого-ортопедической помощи. Врач-травматолог окажет неотложную амбулаторную терапевтическую или хирургическую медпомощь, оценит общее состояние, травматолого-ортопедический статус, определит необходимость дополнительных лабораторных и инструментальных исследований для уточнения диагноза.

При необходимости оказания специализированной медпомощи в условиях стационара больной госпитализируется в хирургическое отделение, отделение травматологии и ортопедии.

Для оказания лечебно-диагностической и реабилитационной помощи больным, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении, рекомендуется организовывать дневной стационар.

Установлены порядок работы и рекомендуемые штатные нормативы соответствующих отделений, кабинетов, стационаров.

**ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ, А ТАКЖЕ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ГЕПАТИТОВ — ПОД КОНТРОЛЕМ МИНЗДРАВ-СОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 апреля 2010 г. № 287 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на иммунизацию населения в рамках Национального календаря профилактических прививок и на профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С»*

Минздравсоцразвития России проводит мониторинг иммунизации населения в рамках Национального календаря профилактических прививок, а также профилактики, выявления и лечения ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С.

Приведены формы для представления сведений, используемых при мониторинге. По ним должны отчитываться региональные органы в сфере здравоохранения, а также медучреждения, подведомственные Министерству, Роспотребнадзору, ФМБА России и РАМН.

Определены порядок и сроки представления отчетности.

Сведения направляются в Министерство через программно-аппаратный комплекс мониторинга приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.





## **ПРИМЕНЯТЬ ВАКЦИНУ «ЭНЦЕВИР» ДЛЯ ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ОПАСНО!**

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 7 мая 2010 г. № 01/7060-10-32 «О приостановлении иммунизации детей вакциной Энцевир»*

Выявлены побочные реакции после введения вакцины против клещевого вирусного энцефалита «Энцевир» серий 611209, 620110, 700110, 740210, 750210, 760310, 770310. Производителем является филиал ФГУП «НПО «Микроген».

Не рекомендуется использовать серии с 60 по 79 вакцины для иммунизации детей. Для взрослых их можно применять.

## **О ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ НУЖНО ДОКЛАДЫВАТЬ ЕЖЕМЕСЯЧНО**

*Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 апреля 2010 г. № 25-1/10/2-3390 О предоставлении информации о лекарственном обеспечении населения*

В Минздравсоцразвития России необходимо ежемесячно (не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным) представлять информацию о лекарственном обеспечении населения.

Следует указывать количество аптечных организаций, сведения об ассортименте и ценах на ЖНВЛС, а также о контрольных мероприятиях в рамках переданных полномочий по лицензированию фармацевтической деятельности.

Отчитываться нужно по электронной почте и в установленном порядке.

## **КАК ПОЛУЧИТЬ МЕДПОМОЩЬ ПРИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ?**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 апреля 2010 г. № 206н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 апреля 2010 г. Регистрационный № 17 073.*

Урегулирован порядок оказания медпомощи взрослым, имеющим колопроктологические заболевания.

Больные получают скорую, терапевтическую, хирургическую и колопроктологическую медпомощь. Последняя может оказываться в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной.

Медпомощь оказывают участковые терапевты, врачи общей практики (семейные), колопроктологи.

В амбулаторно-поликлиническом учреждении оснащается кабинет колопроктологии. Здесь даются консультации, проводятся диагностика, лечение, профилактические мероприятия, диспансерное наблюдение и др. Для стомированных больных оборудуется отдельный кабинет.

В медорганизациях может быть создано отделение колопроктологии. Здесь оказывается лечебно-диагностическая помощь, проводится экспертиза временной нетрудоспособности, внедряются новые лечебно-диагностические методы и т. д.

В структуру медорганизации может входить центр колопроктологии. Его функции схожи с теми, которые выполняет отделение. В нем оказывается комплексная помощь.

Определены стандарты оснащения кабинета, отделения и центра.



## ОТДЕЛЬНЫЕ РЕГИОНЫ ПОЛУЧАТ СУБСИДИИ НА СОФИНАНСИРОВАНИЕ ОБЪЕКТОВ КАПИТАЛЬНОГО СТРОИТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Постановление Правительства РФ от 23 апреля 2010 г. № 284 «О предоставлении в 2010 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства государственной собственности субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, не включенных в федеральные целевые программы, бюджетные инвестиции в которые осуществляются из бюджетов субъектов Российской Федерации, и (или) на предоставление соответствующих субсидий из бюджетов субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства муниципальной собственности в сфере здравоохранения, не включенных в федеральные целевые программы, бюджетные инвестиции...»*

В 2010 г. некоторым регионам выделяются субсидии из федерального бюджета на софинансирование объектов капитального строительства в сфере здравоохранения.

Речь идет об объектах, которые находятся в собственности субъектов Российской Федерации или муниципальных образований и не включены в федеральные целевые программы.

Средства предоставляются Республикам Алтай, Дагестан и Мордовия, Краснодарскому и Ставропольскому краям, Архангельской, Астраханской, Воронежской, Иркутской, Ленинградской, Московской, Рязанской, Ульяновской областям, а также Санкт-Петербургу.

Всего предусмотрено 908,26 млн. руб.

В основном субсидии направляются на реконструкцию и строительство больниц. Дагестан получит средства на строительство перинатального центра в Хасавюрте. Ставропольский край — на реконструкцию родильного дома в Пятигорске. Ульяновская область — на строительство реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями.

## ОТЧИТЫВАТЬСЯ О ПРИБЫВШИХ ИЗ ТАДЖИКИСТАНА НУЖНО ЕЖЕДНЕВНО!

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 4 мая 2010 г. № 01/6847-0-23 «О представлении сведений о прибывших из Республики Таджикистан»*

В связи с неблагоприятной ситуацией по полиомиелиту в Таджикистане необходимо ежедневно отчитываться о количестве лиц, прибывших в Россию из данной страны. Также нужно сообщать сведения о проведенных мероприятиях в пунктах пропуска и регионах.

Данные следует вводить с 00:00 до 15:00 (мск), начиная с 7 мая 2010 г., по системе электронного перевода отчетов на сайт report.gse№.ru.

## ДОПОЛНЕН ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПЛАН СТАТИСТИЧЕСКИХ РАБОТ

*Распоряжение Правительства РФ от 13 апреля 2010 г. № 538-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 6 мая 2008 г. № 671-р»*

Скорректирован Федеральный план статистических работ.

Включены работы по формированию сведений о государственном контроле (надзоре).

Соответствующие обязанности закреплены за МВД России, ФМС России, МЧС России, Минюстом России, Росреестром, ФАС России, Роскомнадзором, ФСТЭК России, Росздравнадзором и некоторыми другими органами власти.





## МИРОВОЙ ПРОГНОЗ ПО ХОЛЕРЕ НЕУТЕШИТЕЛЕН

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18 мая 2010 г. № 01/7547-10-32 «Об эпидемиологической обстановке по холере в мире, странах СНГ и России (2000–2009 гг.) и прогнозе на 2010 год»*

Сообщается, что мировой прогноз по холере на 2010 г. и последующие периоды неблагоприятен. По-прежнему высока опасность эпидемических проявлений заболевания в отдельных странах Азии и Африки и завоза на другие континенты.

В России обстановка по холере оценивается как неустойчивая. Она усугубляется миграцией населения. Кроме того, иностранцы и лица без гражданства, привлекаемые в качестве рабочей силы, зачастую проживают и питаются в антисанитарных условиях.

В связи с этим эпиднадзор за холерой должен проводиться на всех этапах выявления больных с подозрением на инфекцию.

Особое внимание должно уделяться пунктам пропуска через границу, медицинским учреждениям специального назначения. Бактериологические лаборатории должны быть оснащены всем необходимым.

## ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ ВСПЫШЕК ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМЫ СОВМЕСТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 6 мая 2010 г. № 01/7049-10-32 «О запрете на въезд детей до 6 лет на территорию РФ и ввоз сухофруктов и орехов из Республики Таджикистан»*

В связи со вспышкой дикого полиовируса запрещено ввозить в Россию сухофрукты и орехи из Таджикистана.

Также нельзя въезжать из Республики в нашу страну детям до 6 лет до тех пор, пока там не завершатся национальные дни иммунизации против полиомиелита и каждый ребенок не пройдет курс прививок.

Роспотребнадзор просит сообщать о ситуации в Таджикистане по данному заболеванию и принимаемых мерах.

## ИМУЩЕСТВО, ВЫЯВЛЕННОЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНВЕНТАРИЗАЦИИ, ЛИКВИДИРОВАНО: КАКИЕ РАСХОДЫ МОЖНО УЧЕСТЬ?

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 5 марта 2010 г. № 03-03-06/1/118 «О налоговом учете основных средств, выявленных в результате инвентаризации»*

По основным средствам, права на которые подлежат государственной регистрации, амортизация начинает начисляться с момента, когда подтвержден факт подачи документов на регистрацию.

К внереализационным относятся, в частности, расходы на ликвидацию выводимых из эксплуатации основных средств, на списание нематериальных активов, включая суммы недоначисленной амортизации.

Если основное средство, выявленное в ходе инвентаризации, отнесено к амортизируемому имуществу, то при его ликвидации можно учесть понесенные в связи с этим затраты и суммы недоначисленной амортизации.

Если документы на госрегистрацию поданы не были, то плательщик не вправе амортизировать это основное средство. Можно учесть расходы на его ликвидацию.



## **С ВЫПЛАТ, КОТОРЫЕ НАЧИСЛЯЮТСЯ РАБОТНИКАМ В РАМКАХ ТРУДОВЫХ ПРАВООТНОШЕНИЙ, ПРОИЗВОДЯТСЯ СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ ВО ВНЕБЮДЖЕТНЫЕ ФОНДЫ**

*Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 марта 2010 г. № 647-19 «О начислении страховых взносов на выплаты сотрудникам»*

С 2010 г. вместо ЕСН производятся страховые взносы во внебюджетные фонды.

Данными взносами облагаются выплаты и иные вознаграждения, начисляемые физическим лицам по трудовым договорам. Это касается всех выплат, произведенных работникам в рамках трудовых правоотношений.

Поэтому выплаты в пользу работников, прямо не прописанные в трудовых договорах, облагаются страховыми взносами как производимые в рамках указанных правоотношений.

Исключение — суммы, входящие в перечень выплат, не облагаемых страховыми взносами.

## **КАК УЧИТЫВАТЬ ОБЩЕХОЗЯЙСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ?**

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 12 мая 2010 г. № 03-03-06/1/324 «Об учете в целях налогообложения прибыли общехозяйственных расходов»*

При налогообложении прибыли учитываются расходы на реализацию. Они подразделяются на прямые и косвенные.

Если, например, организация учитывает общехозяйственные затраты как косвенные, то они включаются в состав расходов текущего отчетного (налогового) периода.

## **ГДЕ УЧИТЫВАЮТСЯ РАСХОДЫ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ СТОИМОСТЬЮ ДО 20 000 РУБ.?**

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 12 мая 2010 г. № 03-03-06/2/89 «Об учете в целях налогообложения прибыли расходов на приобретение оборудования стоимостью менее 20 000 рублей»*

Имущество признается амортизируемым, если срок его полезного использования составляет более 12 месяцев, а первоначальная стоимость — свыше 20 000 руб. Последняя погашается путем начисления амортизации.

Что касается оборудования, стоимостью менее 20 000 руб., то расходы на его приобретение можно отнести к материальным. Они учитываются в момент ввода этого оборудования в эксплуатацию.

## **РЕМОНТ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ: КАК УЧИТЫВАЮТСЯ РАСХОДЫ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ РЕЗЕРВНЫХ КОМПЛЕКТОВ ЗАПЧАСТЕЙ?**

*Письмо Минфина РФ от 1 марта 2010 г. № 03-03-06/1/96 «О порядке учета расходов на приобретение резервных комплектов запасных частей»*

Разъяснено, как учитываются расходы на приобретение резервных комплектов запасных частей для ремонта основных средств.

Указанные затраты включаются в состав расходов на ремонт основных средств.

В то же время, если запчасти входят в состав объекта основных средств в качестве приспособлений и принадлежностей, необходимых для его ввода в эксплуатацию, то их стоимость включается в первоначальную стоимость основного средства.

Они учитываются в расходах по налогу на прибыль организаций через начисление амортизации.





## **ПО КАКОЙ ФОРМЕ СОСТАВЛЯЕТСЯ АКТ ЭКСПЕРТИЗЫ РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ НА ОПЛАТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН?**

*Письмо Федерального фонда ОМС от 26 марта 2010 г. № 1263/26-2/И «О направлении приказа ФОМС от 15 февраля 2010 г. № 30»*

В 2010 г. ФФОМС предоставляет ТФОМС субсидии на дополнительную диспансеризацию работающих граждан. Оплачиваются расходы медучреждений. Соответствующие счета проходят медико-экономическую экспертизу в ТФОМС.

В связи с этим приведены формы актов медико-экономической экспертизы реестров счетов на оплату диспансеризации и расходов, связанных с ней.

## **ГДЕ ОКАЗЫВАЮТ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 апреля 2010 г. № 255н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 мая 2010 г. Регистрационный № 17 209.*

Определено, как в государственных и муниципальных медицинских организациях должны обеспечивать помощь детям, страдающим онкологическими заболеваниями.

Ребенка, у которого подозревают или выявили такое заболевание, направляют в детский онкологический кабинет.

Плановая специализированная помощь на госпитальном этапе оказывается в детском онкологическом отделении. При нем следует создать блок (палату) реанимации и интенсивной терапии. При необходимости в этом отделении предусматривается дневной стационар.

Лучевая терапия осуществляется в онкологическом диспансере.

Дети с онкологическими заболеваниями нуждаются в пожизненном диспансерном наблюдении. Если менять тактику ведения ребенка не требуется, диспансерные осмотры после лечения проводятся со следующей периодичностью: первый год — раз в 3 месяца; второй год — раз в 6 месяцев; в дальнейшем — раз в год.

Установлено, как организовать работу указанных кабинета, отделения, палаты (блока), стационара. Закреплены их функции, стандарт оснащения и рекомендуемые штатные нормативы.

## **БЛАНК БОЛЬНИЧНОГО ЗАЩИЩЕН ОТ ПОДДЕЛОК!**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 апреля 2010 г. № 259н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2007 года № 172 «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности» (не вступил в силу)*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 мая 2010 г. Регистрационный № 17 308.*

Установлено, что бланк листка нетрудоспособности является защищенной полиграфической продукцией уровня «В».

Такая продукция изготавливается на бумаге, которая не имеет свечения (видимой люминесценции) под действием ультрафиолета и содержит не менее 2 видов волокон, контролируемых в видимой или иных областях спектра. Кроме того, она имеет эксклюзивный водяной знак или водяной знак ограниченного распространения (допускается применение спецбумаги без водяного знака).



## О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ В 2010 Г.

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 апреля 2010 г. № 240н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (не вступил в силу)*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 18 мая 2010 г. Регистрационный № 17 253.*

В 2010 г. ТФОМС получают субсидии на диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях.

Цель диспансеризации — ранее выявление и профилактика заболеваний, в том числе социально значимых. Проводятся осмотры врачами-специалистами, лабораторные и функциональные исследования. Определен перечень последних.

По результатам диспансеризации педиатр, наблюдающий за состоянием здоровья ребенка, определяет индивидуальную программу профилактических мероприятий, необходимый объем дополнительного обследования, направляет на дальнейшее лечение (амбулаторное, стационарное, восстановительное).

Разработаны формы учетных и отчетных документов, составляемых при диспансеризации.

Порядок диспансеризации детей за счет средств, которые планировалось выделять в 2008–2010 гг., признан утратившим силу.

## ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ ПРИКАЗ, УТОЧНЯЮЩИЙ ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ БЮДЖЕТНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

*Приказ Минфина РФ от 27 мая 2010 г. № 52н «О порядке введения в действие приказа Министерства финансов Российской Федерации от 31 марта 2010 г. № 28н»*

Приказ Минфина России от 31 марта 2010 г. № 28н внес изменения в Указания о порядке применения бюджетной классификации.

Так, появились новые целевые статьи и виды расходов, задействованные в федеральном бюджете и бюджетах государственных внебюджетных фондов. Дополнен перечень целевых статей расходов, применяемых получателями бюджетных средств по остаткам, неиспользованным на 1 января 2010 г.

Минюст России признал, что приказ не нуждается в госрегистрации. В связи с этим указанный акт вводится в действие со дня его подписания.

## БЮДЖЕТНЫЙ УЧЕТ: ОТРАЖАЕМ ОПЕРАЦИИ ПО ПЕРЕДАЧЕ В БЮДЖЕТЫ РЕГИОНОВ ОСТАТКОВ ЦЕЛЕВЫХ СРЕДСТВ

*Письмо Федерального казначейства от 12 апреля 2010 г. № 42-7.4-05/2.1-216 «О порядке отражения в бюджетном учете администраторами доходов федерального бюджета от возврата остатков субсидий, субвенций, иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, администраторами доходов бюджетов субъектов РФ операций по возврату в бюджет субъектов РФ остатков целевых средств в объеме установленной потребности»*

Разъяснен порядок отражения в бюджетном учете доходов от возврата субсидий, субвенций, иных межбюджетных трансфертов, операций по передаче в бюджеты регионов остатков средств в объеме установленной потребности.

Приведен перечень бухгалтерских записей, которые указываются при совершении названных операций.





## **ОКАЗАНИЕ ГОСУСЛУГ: КАК РАССЧИТАТЬ ПЛАТУ ЗА САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ И ИНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ?**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 мая 2010 г. № 351н «Об утверждении Методики расчета платы за санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания, токсикологические, гигиенические и другие виды оценок, осуществляемые в целях предоставления федеральными органами исполнительной власти государственных услуг»*

Правительство РФ установило исчерпывающий перечень платных услуг, оказываемых в целях предоставления федеральными органами исполнительной власти государственных услуг.

Платные услуги могут оказывать органы, ФГУ и ФГУПы.

Разработана методика расчета платы за санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания, токсикологические, гигиенические и другие виды оценок, производимые в целях оказания государственных услуг.

Цена на платные услуги не может превышать экономически обоснованные расходы на их оказание. Последние определяются расчетно-нормативным методом. Цены на очередной финансовый год могут пересматриваться. Учитывается прогнозный уровень инфляции.

Расчетно-нормативные затраты — это расходы на оплату труда и коммунальных услуг, приобретение расходных материалов, а также на общехозяйственные нужды.

Приведены расчеты предельных размеров платы за указанные работы.

## **КАК УЧИТЫВАТЬ ПРОЦЕНТЫ ПО СОПОСТАВИМЫМ ДОЛГОВЫМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВАМ, ВЫДАННЫМ В ТОМ ЖЕ КВАРТАЛЕ?**

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 20 мая 2010 г. № 03-03-06/2/92 «О порядке отнесения процентов по долговым обязательствам к расходам в целях налогообложения прибыли»*

При налогообложении прибыли можно учесть расходы в виде процентов по долговым обязательствам. Расходом признаются проценты, если их размер существенно не отклоняется от среднего уровня процентов, взимаемых по сопоставимым обязательствам, выданным в том же квартале (месяце — для плательщиков, исчисляющих ежемесячные авансовые платежи исходя из фактически полученной прибыли).

Существенным считается отклонение более чем на 20% в ту или иную сторону.

Если отсутствуют сопоставимые обязательства, выданные в том же квартале, то предельная величина процентов, признаваемых расходом, равна ставке рефинансирования ЦБР, увеличенной в 1,1 раза (по обязательствам в рублях). Плательщик может применять один из двух указанных способов. Это зависит от наличия или отсутствия сопоставимого обязательства.

Таким образом, проценты по сопоставимому долговому обязательству, выданному в том же квартале, размер которых отклоняется более чем на 20% от среднего уровня, учитываются в пределах верхней границы.

## **СО СЛЕДУЮЩЕГО ГОДА ВСЮ ОФИЦИАЛЬНУЮ СТАТИНФОРМАЦИЮ МОЖНО БУДЕТ ПОЛУЧИТЬ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ БЕСПЛАТНО**

*Постановление Правительства РФ от 26 мая 2010 г. № 367 «О единой межведомственной информационно-статистической системе»*

Решено создать единую межведомственную информационно-статистическую систему. Утверждено положение о ней.



Система призвана объединить официальные информационные статресурсы, формируемые субъектами официального статучета в рамках реализации федерального плана статработ. Цель — обеспечить безвозмездный доступ органов власти, юрлиц и граждан к официальной статинформации посредством сети Интернет.

Система состоит из программно-технических средств центрального и ведомственных сегментов и включает в себя ведомственные статресурсы, метаданные, справочники, классификаторы и иное необходимое информационное обеспечение.

К участникам системы относятся координатор (Росстат), оператор (Росинформтехнологии), субъекты официального статучета и пользователи. Определены их правомочия.

Система должна быть введена в эксплуатацию до 1 января 2011 г.

### **СУБСИДИИ НА ВЫПЛАТЫ МЕДПЕРСОНАЛУ СКОРОЙ ПОМОЩИ: УТВЕРЖДЕНА ФОРМА ОТЧЕТА О РАСХОДАХ РЕГИОНА**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 апреля 2010 г. № 230н «Об утверждении формы и порядка представления отчета о расходах бюджета субъекта Российской Федерации в 2010 году, источником финансового обеспечения которых является субсидия из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи муниципальной системы здравоохранения, а при их отсутствии на территории муниципального образования — учреждений и подразделений скорой медицинской помощи субъектов Российской Федерации» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 18 мая 2010 г. Регистрационный № 17 259.*

В 2010 г. регионам выделяются субсидии на денежные выплаты медперсоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медсестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи муниципальной системы здравоохранения (при их отсутствии — региональных учреждений и подразделений скорой медпомощи).

Об использовании выделенных средств регионы должны отчитываться ежемесячно.

Утверждены форма отчета о расходах, покрываемых за счет субсидий, и порядок его представления. Отчет составляется по состоянию на 1 число и представляется не позднее 25 числа следующего месяца в бумажной и электронной формах.

### **СКОЛЬКО ИНОСТРАНЦЕВ И СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ ЗА РУБЕЖОМ, ПРИМУТ РОССИЙСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ В 2010 Г.?**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 мая 2010 г. № 343 «О контрольных цифрах приема иностранных граждан и соотечественников, проживающих за рубежом, в государственные образовательные учреждения высшего и дополнительного профессионального образования, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на 2010 год»*

Определены контрольные цифры приема иностранцев и соотечественников, проживающих за рубежом, в ВУЗы и учреждения дополнительного профобразования, подведомственные Минздравсоцразвития России, в 2010 г. Цифры распределены по учреждениям. Прием производится по программам довузовской подготовки, высшего и послевузовского профобразования.

Руководителям образовательных учреждений до 15 декабря 2010 г. необходимо отчитаться о приеме.





## **НОВАЯ СХЕМА РАЗМЕЩЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ФМБА РОССИИ**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 апреля 2010 г. № 263н «Об утверждении схемы размещения территориальных органов Федерального медико-биологического агентства» (не вступил в силу)*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 мая 2010 г. Регистрационный № 17 229.*

Утверждена новая схема размещения территориальных органов ФМБА России.

В структуру Агентства входят 11 межрегиональных и 30 региональных территориальных управлений.

Ранее утвержденная схема признана утратившей силу.

## **ПЛАНЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ГОСОРГАНОВ: РАЗРАБОТКА, УТВЕРЖДЕНИЕ, ЭКСПЕРТИЗА**

*Постановление Правительства РФ от 24 мая 2010 г. № 365 «О координации мероприятий по использованию информационно-коммуникационных технологий в деятельности государственных органов»*

Правительство РФ решило принять меры, направленные на создание и использование информационно-коммуникационных технологий в деятельности органов власти и управления государственными внебюджетными фондами.

В связи с этим разработаны правила подготовки плана информатизации.

Проект плана составляется ежегодно. В нем отражаются мероприятия по использованию информационно-коммуникационных технологий и размеры средств на указанные цели.

Проект направляется в Минкомсвязь России для экспертной оценки.

После того, как приняты законы о бюджетах на очередной финансовый год и плановый период, но не позднее 1 января предстоящего года, проект дорабатывается и утверждается соответствующим органом, а затем Министерством.

Определен порядок экспертной оценки документов по информатизации. Установлены объекты, критерии. Перечислены необходимые документы.

Срок оценки определяет Минкомсвязь России. Максимальный — 10–20 рабочих дней (в зависимости от объекта).

По результатам оценки составляется экспертное заключение. Оно размещается в специализированной информационной системе в течение 1 рабочего дня со дня утверждения Минкомсвязью России. Заключение можно также найти на официальном сайте Министерства.

Внесены изменения в некоторые акты Правительства РФ по вопросам планирования, создания и использования информационно-коммуникационных технологий в деятельности госорганов.

## **УТРАЧИВАЕТ СИЛУ ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ О ДОЛЕЧИВАНИИ (РЕАБИЛИТАЦИИ) БОЛЬНЫХ В САНАТОРИИ**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 апреля 2010 г. № 24/н «О признании утратившими силу отдельных приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 мая 2010 г. Регистрационный № 17234.*

Ранее работникам и членам их семей за счет средств обязательного социального страхования предоставлялись путевки на санаторно-курортное лечение и оздоровление, на санаторное долечивание непосредственно после стационара.



С 1 января 2010 г. вступили в силу поправки к Закону об основах обязательного социального страхования. Исключены некоторые виды страхового обеспечения. Речь идет об оплате путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление, о пособии на такое лечение.

В связи с этим утрачивает силу приказ Минздравсоцразвития России о долечивании (реабилитации) больных в санатории. Он устанавливал порядок, в соответствии с которым работников направляли в специализированные санатории. Приводились рекомендации по медицинскому отбору больных.

Утрачивают силу и приказы, вносившие изменения в данные рекомендации и порядок.

### **НЕКОТОРЫМ СПЕЦИАЛИСТАМ РОСЗДРАВНАДЗОРА С ВЫСШИМ ЮРИДИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПОЛАГАЕТСЯ НАДБАВКА**

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 22 апреля 2010 г. № 3209-Пр/10 «О мерах по выполнению Указа Президента Российской Федерации от 8 мая 2001 г. № 528 «О некоторых мерах по укреплению юридических служб государственных органов»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 мая 2010 г. Регистрационный № 17231.*

С 1 апреля 2010 г. госслужащим Росздравнадзора, проводящим правовую экспертизу нормативных актов и их проектов, занимающимся подготовкой и редактированием, визированием последних в качестве юриста или исполнителя, установлена ежемесячная надбавка. Она составляет до 70% от должностного оклада. Такие госслужащие должны иметь высшее юридическое образование.

Надбавка выплачивается на основании приказа руководителя Службы за счет и в пределах средств, предусмотренных в федеральном бюджете на содержание госоргана.

### **СКОЛЬКО ВРАЧЕЙ ПРОЙДУТ В 2010 Г. ДОПОДГОТОВКУ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ?**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 мая 2010 г. № 332 «Об утверждении численности врачей, подлежащих направлению на дополнительную подготовку в 2010 году»*

Определено количество врачей государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которые направляются в 2010 г. на доподготовку по вопросам профилактики заболеваний.

Данные мероприятия предусмотрены приоритетным нацпроектом «Здоровье». Они проводятся в образовательных учреждениях, с которыми заключены соответствующие госконтракты. Их руководители должны не позднее 10 числа месяца представлять информацию о численности врачей, прошедших доподготовку за истекший месяц. Утверждена соответствующая форма.

### **КТО ЛИЦЕНЗИРУЕТ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ?**

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 27 мая 2010 г. № 04И-502/10 «О лицензировании медицинской деятельности муниципальных учреждений, не входящих в систему здравоохранения»*

Разъяснено, что лицензии на осуществление медицинской деятельности муниципальными организациями (в том числе образовательными учреждениями), не входящими в местную систему здравоохранения, выдаются Росздравнадзором и его органами.





## КАКИМ ТРЕБОВАНИЯМ ДОЛЖНЫ ОТВЕЧАТЬ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ С ДНЕВНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД КАНИКУЛ?

*Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 19 апреля 2010 г. № 25 «Об утверждении СанПиН 2.4.4.2599-10» (не вступило в силу)  
Зарегистрировано в Минюсте РФ 26 мая 2010 г. Регистрационный № 17 378.*

Утверждены гигиенические требования к устройству и содержанию оздоровительных учреждений с дневным пребыванием детей в период каникул (СанПиН 2.4.4.2599-10). Регламентирован порядок их работы. Определена продолжительность смены в оздоровительном учреждении. В период летних каникул она должна составлять не менее 21 календарного дня, осенью, зимой и весной — не менее 5 рабочих дней.

В учреждениях проводятся мероприятия по физическому воспитанию детей. Организуются специальные кружки, прогулки, экскурсии, походы, соревнования и др.

На территориях учреждений должны быть предусмотрены как минимум 3 зоны: отдыха, физкультурно-спортивная и хозяйственная.

Оздоровительные учреждения рекомендуется размещать не выше 3 этажа в здании.

Определены основные требования к оснащению помещений. Особое внимание уделяется спальням, столовым, туалетам, спортзалам. Здания учреждений должны быть оснащены системами хозяйственно-питьевого водоснабжения, канализацией и водостоками.

Для детей в учреждениях организуется здоровое питание. Нужно разработать примерное меню. В нем необходимо указать количественный состав блюд, энергетическую и пищевую ценность каждого из них. Следует привести ссылки на рецептуры. Предусмотрены требования к изготовлению кулинарной продукции, витаминизации готовых блюд.

Территории учреждений нужно убирать ежедневно до выхода детей на участок. Летом в сухую погоду поверхности площадок и травяной покров рекомендуется поливать за 20 минут до начала спортивных занятий. Зимой территорию нужно очищать от снега и льда.

Предусмотрены требования к соблюдению правил личной гигиены.

В оздоровительных учреждениях могут работать лица, прошедшие профессиональную гигиеническую подготовку, аттестацию и медицинское обследование.

Санитарные правила применяются с момента официального опубликования.

## БОРОТЬСЯ С ПОЛИОМИЕЛИТОМ ДОЛЖНЫ И ВЛАСТИ, И НАСЕЛЕНИЕ

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 6 мая 2010 г. № 01/7048-10-32 «О направлении дополнительной информации по ввозу сухофруктов и орехов из Республики Таджикистан»*

Сообщается дополнительная информация о запрете ввоза в Россию сухофруктов из Таджикистана. Полиовирусы способны жить на объектах окружающей среды в течение нескольких месяцев. В связи с этим необходимо изъять из обращения указанную продукцию, ввезенную в Россию после 26 октября 2009 г.

До стабилизации эпидемиологической обстановки приостановлено действие санэпидзаклучений на сухофрукты и орехи из Таджикистана. Их перечень направлен в ФТС России.

Также следует активнее информировать население о мерах профилактики полиомиелита. Перед употреблением сухофрукты, орехи, свежие овощи и фрукты должны быть обработаны.

В пищеблоках нельзя готовить без термической обработки блюда с сухофруктами и орехами, а также салаты.



## КАК УЧИТЫВАТЬ РАСХОДЫ В ВИДЕ АРЕНДНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ?

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 21 мая 2010 г. № 03-03-06/1/341 «Об учете в целях налогообложения прибыли расходов в виде арендных платежей»*

Имущество, принадлежащее на праве оперативного управления, может быть передано в аренду.

В силу НК РФ арендные (лизинговые) платежи относятся к прочим расходам, связанным с производством и реализацией, учитываемым при налогообложении прибыли. Они признаются на дату расчетов, на момент предъявления соответствующих документов или на последнее число отчетного (налогового) периода.

Произведенные расходы должны быть обоснованы и документально подтверждены.

## ДЛЯ НЕКОТОРЫХ ЖНВЛС ПРИНЯТЫ ПРЕДЕЛЬНЫЕ ОТПУСКНЫЕ ЦЕНЫ

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 20 мая 2010 г. № 4431-Пр/10 «О государственной регистрации предельных отпускных цен производителей на ЖНВЛС»*

Зарегистрированы предельные отпускные цены производителей на 105 жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Приведены сведения о данных лекарствах.

Так, цена препарата «Индапамид» 2,5 мг 30 шт. составляет 15,91 руб.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕГИОНАХ: ОБРАЗОВАНЫ СПЕЦИАЛЬНЫЕ КОМИССИИ

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 мая 2010 г. № 328 «Об организации работы по координации реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в субъектах Российской Федерации»*

Созданы комиссии, которые займутся координацией мероприятий по совершенствованию медицинской помощи лицам с сосудистыми заболеваниями в регионах.

Приведен график работы комиссий.

До 15 июня 2010 г. комиссии должны представить в Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения сводные отчеты.

## НАЛОГ НА ПРИБЫЛЬ: УЧИТЫВАЕМ РАСХОДЫ НА ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 21 мая 2010 г. № 03-03-06/2/97 «Об учете в целях налогообложения прибыли расходов в виде платежей (взносов) по договорам добровольного личного страхования»*

В целях налогообложения прибыли к расходам на оплату труда в том числе относятся платежи (взносы) работодателей по договорам добровольного страхования, заключенным в пользу работников. В частности, взносы по договорам, предусматривающим выплаты исключительно в случаях смерти и (или) причинения вреда здоровью застрахованного.

Разъяснено, что в составе расходов можно учесть взносы по договорам, согласно которым выплаты производятся в случаях смерти и (или) причинения вреда здоровью по любой причине и в любое время.





## ОБ ИСЧИСЛЕНИИ ПОСОБИЯ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ В СВЯЗИ СО ВТОРОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

*Письмо Фонда социального страхования РФ от 22 марта 2010 г. № 02-02-01/08-1183л «Об исчислении пособия по беременности и родам»*

Рассмотрены некоторые особенности исчисления пособия по беременности и родам в связи со второй беременностью.

В 2009 г. пособие исчислялось из среднего заработка застрахованного лица, начисленного за последние 12 календарных месяцев, предшествующих тому, в котором наступил отпуск по беременности и родам.

Если застрахованное лицо в расчетном периоде не имело заработка, то средний размер оплаты труда определялся исходя из должностного оклада, установленного на день наступления страхового случая.

С 1 января 2010 г. данные суммы следует рассчитывать из среднего заработка, по которому определялось пособие для предшествующего страхового случая.

Например, отпуск по беременности и родам начался с 16 ноября 2009 г. Расчетным является период с ноября 2008 г. по октябрь 2009 г.

Если в этом периоде не было фактически отработанных дней и зарплаты, то пособие в связи со второй беременностью должно исчисляться из оклада на дату наступления отпуска.

Если отпуск приходится на 2010 г., то пособие должно быть пересчитано с 1 января.

Соответственно, оно будет определяться исходя из среднего заработка, из которого исчислялось ежемесячное пособие по уходу за первым ребенком.

## УСТАНОВЛЕН АДМИНИСТРАТИВНЫЙ ШТРАФ ЗА НАРУШЕНИЕ ПОРЯДКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ ВЛАСТИ

*Федеральный закон от 31 мая 2010 г. № 108-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» (не вступил в силу)*

С 1 января 2010 г. вступил в силу Закон об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных и муниципальных органов. Цель поправок — обеспечить его реализацию.

Так, увеличен административный штраф за отказ предоставить гражданину и (или) организации информацию. Теперь он составляет от 1 до 3 тыс. руб. (ранее — от 500 до 1000 руб.).

Установлен административный штраф (от 3 до 5 тыс. руб.) за нарушение порядка предоставления указанной информации, а также требований, касающихся доступа к ней, ее размещения в Интернете.

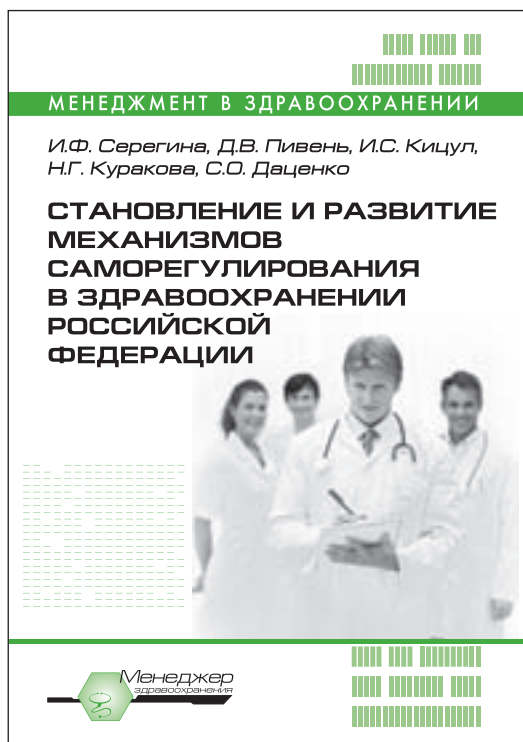
Данные санкции применяются к должностным лицам.

Федеральный закон вступает в силу с 1 июля 2010 г.

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



*Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант» и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: [www.idmz.ru](http://www.idmz.ru)*



## Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации

Авторы: *И.Ф. Серегина, Д.В. Пивень, И.С. Кицул, Н.Г. Куракова, С.О. Даценко*  
 Под редакцией: *академика РАМН В.И. Стародубова*  
 ISBN 978-5-903834-06-8  
 Количество страниц: 270. Год издания: 2010  
 Издательство: ИД «Менеджер здравоохранения»

Тема развития саморегулирования в здравоохранении стала одной из самой обсуждаемой в последнее время. Как показывает опыт Европы и США, саморегулируемые организации в здравоохранении, принимая на себя часть государственных функций по регулированию и контролю, становятся гарантами должной профессиональной квалификации врачей.

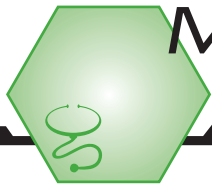
На совещании в Комитете по собственности Госдумы РФ в сентябре 2009 года впервые обсуждалась возможность применения федерального закона «О саморегулируемых организациях» (СРО) в сфере здравоохранения. Участники обсуждения были единодушны во мнении о целесообразности внедрения принципа саморегулирования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

В книге впервые в Российской Федерации рассматриваются разные аспекты, связанные с возможностью внедрения механизмов саморегулирования в отечественное здравоохранение:

- Какая из действующих систем здравоохранения — государственная, муниципальная или частная — наиболее перспективна для создания саморегулируемых организаций?
- Почему в развитии саморегулирования в здравоохранения заинтересовано государство и пациенты?
- Какие возможности предоставляет саморегулирование частным медицинским организациям для защиты своих профессиональных интересов?
- В чём заключаются принципиальные отличия саморегулируемых организаций в системе оказания медицинской помощи от медицинских ассоциаций?
- Какие направления медицинской деятельности наиболее предпочтительны для внедрения и развития механизмов саморегулирования?
- Решению каких проблем в области разработки и внедрения медицинских стандартов способствует саморегулирование?

Ответы на эти и многие другие интересные вопросы даны авторами монографии.

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



# Менеджер здравоохранения

