

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№8. 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»

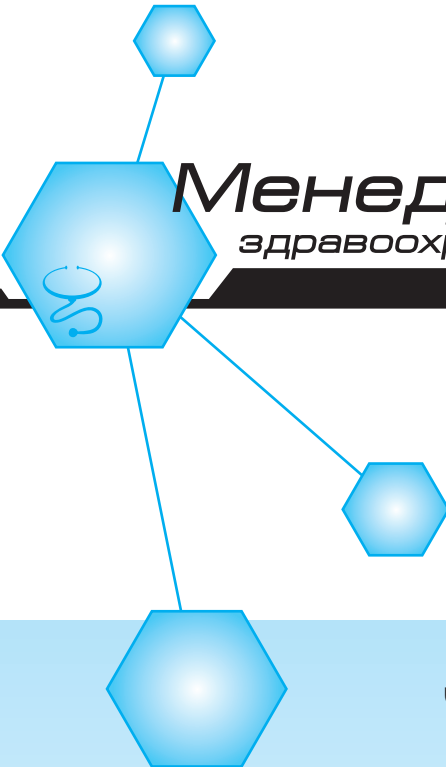
- **База данных гистологической лаборатории: возможности управления процессами и качеством**
Рассмотрены вопросы анализа и информатизации технологической цепочки гистологической лаборатории на примере патологоанатомического отделения онкологической больницы. Предложен вариант организации управления процессами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

→ В рубрике «С места событий»

На круглом столе «ИКТ в здравоохранении-2010», организованном Cnews и Cnews 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



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ Структурные показатели гарантированной населению Российской Федерации медицинской помощи
- ✓ Использование метода проектного управления в условиях амбулаторного государственного учреждения здравоохранения
- ✓ Организация медицинской помощи больным с алкогольной зависимостью
- ✓ Управление интеллектуальным и нравственным потенциалом учреждений здравоохранения
- ✓ Как избежать ошибок при покупке медицинских информационных систем: практические рекомендации для руководителей здравоохранения и главных врачей
- ✓ Могут ли учреждения здравоохранения возглавлять лица, не имеющие медицинского образования.
Консультация эксперта

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

Редакционная коллегия:

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

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

№ 8
2010

В номере:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 2010

Законопроект «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: хронология обсуждения

4–9

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Некоторые аспекты современной системы обязательного медицинского страхования. Часть 2

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

10–20

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Применение современных принципов оплаты труда медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях Московской области ориентированных на результат

В.Ю. Семенов, И.П. Андреева, А.Н. Гуров, И.Ю. Абрамова

21–29

Анализ динамики показателей расходов федерального бюджета на обеспечение государственных гарантий в сфере здравоохранения

В.И. Перхов, Е.Е. Балуев, В.М. Кураева

30–37

Результаты работы нового федерального центра высоких медицинских технологий

А.В. Белостоцкий

38–40

Опыт внедрения мотивационных механизмов, направленных на повышение качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре

Д.А. Шевцов, Д.В. Пивень, В.А. Новожилов

41–44

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Оперативный контроль лечебно-диагностического процесса и финансовых показателей ЛПУ в системе ДОКА+

А.А. Кайгородов, Г.З. Рот, Б.П. Усов, Е.И. Шульман

45–50

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

Экспертное заключение по проектам федеральных законов
№ 385392-5 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
и № 385394-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

51–53

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»

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

*Предложения Российского союза промышленников
и предпринимателей, Торгово-промышленной палаты
Российской Федерации, Национальной медицинской
палаты, союзов и ассоциаций медстраховщиков
к законопроектам по реформированию
обязательного медицинского страхования в РФ*

54-60

ИЗУЧАЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

**Разгадка парадокса: законопроект об обязательном
медицинском страховании, делая страховщиком
Федеральный фонд, тем самым сохраняет возможность
страховым организациям остаться в системе ОМС**

Ф.Н. Кадыров

61-64

**Комментарии к законопроекту «Об обязательном
медицинском страховании в Российской Федерации»**

О.Г. Коган

65-66

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

*На вопросы отвечает О.Г. Коган, эксперт
журнала «Менеджер здравоохранения», г. Санкт-Петербург*

67-69

С МЕСТА СОБЫТИЙ

**О конференции «Государственно-частное
партнерство в здравоохранении.
Перспективы и пути развития в России»**

70-72

О конференции «Медицина и право»

72

ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА

**Об аналитических материалах, опубликованных
в разделе «Информатизация здравоохранения»
сайта Минздравсоцразвития РФ**

А.В. Гусев

73-79

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

80-96



ЗАКОНОПРОЕКТ «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»: ХРОНОЛОГИЯ ОБСУЖДЕНИЯ

29 ИЮНЯ 2010 ГОДА



Состоялось совместное заседание Российского союза промышленников и предпринимателей, Торгово-промышленной палаты Российской Федерации и стороны работодателей Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений по обсуждению проекта Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Единое мнение участников: законопроект требует концептуальной переработки, его рассмотрение в Государственной Думе РФ преждевременно. В итоговом заключении говорится, что такого рода законы, напрямую затрагивающие интересы миллионов граждан и тысяч участников системы ОМС, необходимо принимать после широкого обсуждения и выработки согласованной позиции в обществе.

Эксперты РСПП объявляют о неприятии не столько деталей планируемой реформы, сколько ее смысла. РСПП не устраивает «ошибочный» выбор в пользу бюджетно-распределительной модели системы ОМС и уход от страховой медицины в пользу «бюджетно-распределительных основ» оказания медуслуг. Недовольны предприниматели и страховыми взносами, которые назвали «суррогатной заменой бюджетного финансирования» здравоохранения. В экспертном заключении на законопроект РСПП выдвигает и более жесткие претензии к разработке Минздрава: по мнению союза, проект закона «не имеет четкой концепции», закрепляет отход от страховой медицины и «не увязан с нормами действующего законодательства и противоречит им». Документ называет права страхователей в модифицированной системе ОМС неопределенными. По мнению РСПП, законопроект только декларирует права застрахованных, но эти права «не поддержаны действенными и реалистичными способами из реализации» (**полный текст заключения смотри в рубрике «Интересный документ», стр. 51**).

В письме к Борису Грызлову предприниматели совместно с ТПП, Национальной медицинской палатой, союзами и ассоциациями медстраховщиков медицинского сообщества излагают свои предложения по реформированию ОМС. В частности, предлагается рассмотреть вопрос о солидарных взносах работодателя и работника, состраховании и зависимости взносов от факторов поведения застрахованного. «Этот шаг будет крайне непопулярным в существующих реалиях, но он стимулирует население сохранять здоровье, уменьшая затраты на страховое обеспечение», — отмечается в предложениях. Предприниматели также предлагают «уточнить» статус страховых медорганизаций, их функции в системе, а также сократить полномочия Фонда ОМС, который, согласно законопроекту, одновременно реализует госполитику в отрасли и является страховщиком (**полный текст Предложений смотри в рубрике «Интересный документ», стр. 54**).

Источник: Коммерсант



30 ИЮНЯ 2010 ГОДА

→ В Государственной Думе Российской Федерации состоялся «круглый стол», посвященный обсуждению законодательных аспектов модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

→ «Правовое поле, устанавливаемое законопроектом, будет единым для всех субъектов Российской Федерации. Законопроект стирает границы между субъектами», — указал на новаторство нового закона директор ФФОМС Андрей Юрин. Неоспоримым достоинством этой редакции закона, по его мнению, являются и впервые четко прописанные обязательства региональных властей по выплатам страховых взносов на неработающее население. А также ввод строгого временного регламента по прохождению платежей. «Здесь закон однозначно прописывает, что в течение 25 дней оплата должна быть осуществлена, еще в течение десяти дней территориальный фонд, где был застрахован человек, должен перечислить деньги территориальному фонду по месту оказания помощи», — напомнил А. Юрин. Это будет способствовать повышению доступности медпомощи для застрахованных граждан в любой точке страны, уверен директор ФФОМС.

Заместитель Министра здравоохранения и социального развития Владимир Зеленский отметил, что «перед чтением каждого законопроекта в Госдуме повторяется одна и та же история. Мы слышим заученные формулировки: «закон сырой», «закон фрагментарный» и «в таком виде его принимать нельзя». Возможно, дело в том, что часто для критики не требуется прочитывание законопроекта, а достаточно выдать привычные штампы, чтобы включиться в публичное обсуждение. Но в случае закона «Об обязательном медицинском страховании» речь идет о сфере, которая касается каждого из нас, как и на каких основаниях мы получаем и реализуем наши конституционные права на бесплатную медицинскую помощь. Поэтому зерна от плевел надо отделять. Иначе мы уйдем от содержательного обсуждения конкретного законопроекта (его плюсов и минусов) к «мифическим конструкциям»: например, к предложениям исключить из ОМС все страховые компании как класс или же ликвидировать всю систему ОМС в принципе.

Костяк кривотолков вокруг законопроекта зиждется на трех позициях: уход от страховых принципов в системе ОМС в пользу бюджетно-распределительной модели, якобы страховые медицинские организации «потеряют» статус страховщиков, а граждане лишатся права на получение медпомощи при отсутствии полиса.

Во-первых, главный недостаток нынешней системы, перекрывающий все ее плюсы, — это все-таки разновидность бюджетной модели, в которой конкуренция сведена к минимуму. Кроме того, это раздробленная система. Отсюда вытекают всем известные проблемы, когда человеку, прописанному в одном регионе, получить помощь в другом регионе по полису затруднительно.

Во-вторых, медицинское страхование — разновидность государственного социального страхования. С одной стороны, это означает, что классические принципы коммерческого страхования к ней неприменимы, а с другой, подразумевается, что по законодательству в роли страховщика может выступать органи-





зация, созданная Правительством Российской Федерации. Поэтому в законопроекте прописано, что в роли страховщика выступает Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, который делегирует часть своих полномочий страховым компаниям.

В-третьих, когда медицинская помощь требуется в экстренных случаях, она должна быть оказана. Тут не может быть спекуляций — есть у человека полис или нет. Получение медицинского полиса доступно каждому вне зависимости от его социального статуса: за неработающих граждан страховые взносы платит регион, за работающих — соответственно работодатель. В этом еще одно отличие социального страхования от коммерческого — абсолютное равенство прав всех граждан и всеобщий характер страхования.

Наконец, нужно учитывать те объективные ограничения, в которых мы находимся. Система обязательного медицинского страхования в России работает свыше 15 лет, но она долго не реформировалась и инертна по своей сути. Она требует «настройки», ведь даже с учетом недостатка финансов (мы тратим на здравоохранение всего 3,4% от ВВП) за год только объем программы государственных гарантий составляет 1,2 трлн руб. И этот ресурс нужно эффективно использовать.

Еще одно объективное условие — мы не начинаем жить с чистого листа. Повторюсь, в такой сфере, которая касается каждого, ломать через колено не тот путь, который позволит достигнуть поставленной цели — сделать человека центральным звеном системы ОМС. Для этого мы переходим к финансированию конкретных оказанных услуг, а не учреждений. Деньги теперь идут за пациентом. Мы уходим от «крепостного права», предоставляя каждому право на выбор страховой компании, медицинского учреждения и врача. Естественно, мы должны создать такие условия, чтобы реализация права на выбор медицинского учреждения и врача не дошла до абсурда и не повлекла ухудшения доступности и качества медицинской помощи в целом.

Мы переходим к рыночной ситуации, создавая конкуренцию за конечного потребителя услуг среди страховых и медицинских организаций. Переход на полный тариф, включающий в себя все затраты, при расчете с медицинским учреждением позволит экономически решить проблему оказания медпомощи пациентам из других регионов — клиники будут заинтересованы их принимать, поскольку именно за пациентами в больницу «приходят» деньги.

Последний и, на мой взгляд, один из ключевых моментов — страховые компании должны стать защитником человека в его взаимоотношениях с медицинскими учреждениями. Эта сторона работы страховых компаний — защита прав застрахованных — должна стать основой в отношениях с потребителями и включать такие параметры, как подбор медицинской организации для оказания помощи, ведение своего клиента на всех этапах оказания этой помощи и контроль за тем, как она была оказана. То есть если человек приходит с полисом в больницу, а у него начинают требовать деньги за услуги, которые ему положены бесплатно, он первым должен позвонить в свою страховую компанию с требованием разобратся в ситуации. И это уже забота страховой компании, с которой человек заключил договор, — быть его «адвокатом», защищая его права. Это основные концептуальные положения закона. Безусловно, его отдельные положения требуют шлифовки, а механизмы реализации — доработки. Но для этого и нужны перед принятием закона его общественные слушания, совместная работа с профильны-



ми ассоциациями и экспертным сообществом. На это есть достаточно времени. Говорить же заученные фразы «в таком виде принимать нельзя» — значит, отрицать необходимость в модернизации системы ОМС, в повышении качества услуг и в переходе к рыночным механизмам.

Заместитель Министра здравоохранения Республики Татарстан Анас Гильманов усомнился в реальности установленных сроков выбора страховой компании (к 1 ноября 2010 г.). «Когда мы говорим о свободе выбора страховой компании, ожидать, что этот выбор будет быстрым и осознанным, не приходится. В чем и как будут конкурировать страховые компании? Должен быть разработан четкий механизм и для выбора ЛПУ, равно как и механизм балансировки включения в программу частных медицинских организаций: если придет много частных, значит, уйдут государственных медицинских учреждения. А если частные уйдут из Программы через год?».

Анатолий Семенченко, заместитель директора Департамента расходов федерального бюджета на здравоохранение, социальную политику и надзора за бюджетами государственных внебюджетных фондов Счетной палаты РФ остановился на таком неурегулированном проекте в вопросе, как страхование неработающих граждан с социально значимыми заболеваниями и лиц без определенного места жительства, «а ведь это — миллионы наших граждан». Кроме того, он обратил внимание на предусмотренный дефицит бюджета ФФОМС на 2010 год в размере 202 млрд. рублей, на 2011г — 93 млрд. рублей, 2012 год — 29,7 млрд. рублей.

Андрей Кигим, президент Российского союза страховщиков, подчеркнул необходимость уточнения понятий «страховые случаи» и «страховые риски», а также лимитов ответственности страховых медицинских компаний.

Исполнительный директор Калужского областного фонда ОМС Сергей Степанов в своих комментариях отметил, что финансовое наполнение ФФОМС еще не означает модернизацию здравоохранения: «У нас огромное количество ЛПУ, в которых качество медицинской помощи достигнуто быть не может».

Проректор Высшей школы экономики Сергей Шишкин полагает, что некоторые риски содержатся в любом подобном документе, полностью их исключить невозможно. Например, риском нового закона, разрешающего выбирать клинику по усмотрению пациента, могут стать огромные очереди на госпитализацию в областных больницах, которые на порядок лучше оборудованы, чем муниципальные в большинстве российских городов. «Если жители сельской местности пойдут в областные больницы с каким-нибудь элементарным аппендицитом, то будет нарушаться право других таких же сельских жителей на получение высококвалифицированной медпомощи при более серьезных заболеваниях», — отметил С. Шишкин.

Еще одним риском, который создатели проекта закона по ОМС считают вынужденной издержкой, будет фактическое лишение части граждан медицинской помощи, а части ЛПУ оплаты за оказанную помощь. Речь идет о тех людях, которые по той или иной причине не получили страховой полис. Сейчас такие пациенты могут получить хотя бы скорую помощь, которая в систему обязательного медстрахования не включена. Новый же законопроект предусматривает включение скорой помощи в систему ОМС уже к 2013 году, но ничего не говорит о том, как тогда помогать гражданам без полисов.

Источник: собств.корр «МЗ»





1 ИЮЛЯ 2010 ГОДА



Председатель Комитета по финансовому рынку Госдумы предложил исключить страховые организации из реформированной системы обязательного медицинского страхования

Об этом **Владислав Резник** заявил на заседании Комитета при обсуждении законопроекта об ОМС. «Я не понимаю, в чем роль страховых организаций, в чем их заинтересованность в эффективности лечения пациентов и их экономический интерес», — сказал В.Резник, отметив, что, по сути, страховые медицинские организации являются расчетными центрами и берут на себя часть функций территориальных фондов ОМС.

Кроме того, В.Резник выразил сомнение в способности страховых компаний работать в рамках нового законопроекта об ОМС. С учетом того, что страховщики будут иметь резерв всего на полмесяца им не избежать задержек в выплатах. При этом в конце июля в силу вступают поправки в закон о банкротстве, согласно которым, задержка в выплате более чем 10 дней является основанием для подачи иска о банкротстве. Задержек более чем в 10 дней будет огромное количество, все страховые компании будут обанкрочены», — считает В.Резник. Он также отметил, что с учетом новых требований по уставному капиталу к страховым медицинским организациям (установлены в законопроекте, который идет в пакете с законопроектом об ОМС) на рынке ОМС останется всего 6 страховых компаний. По мнению В.Резника, полномочия страховых организаций можно передать территориальным фондам ОМС.

В свою очередь один из авторов законопроекта, **депутат Александр Чухраев**, отметил, что страховщики будут заинтересованы в качественном лечении пациентов, поскольку от этого будет зависеть их количество и объем финансирования, который привязан к числу застрахованных.

Председатель ФФОМС Андрей Юрин сообщил, что законопроект содержит перечень мер, которые будут стимулировать страховые организации укладываться в выделенный объем финансирования и даже сокращать его. В частности, речь идет о «стимулирующем» резерве, или бонусе, который будет предоставляться страховщику территориальным фондом ОМС. По его словам, будет разработан перечень показателей здоровья, который позволит оценивать работу страховых и медицинских учреждений. «Если страховая компания увидит, что медицинская организация не укладывается в показатели, она будет рекомендовать застрахованному сменить медицинское учреждение», — сказал он. «Конечно, можно исключить страховые организации из системы ОМС и передать их функции территориальным фондам ОМС, но для этого придется набрать штат госслужащих и открыть отделения фонда во всех городах».

Замминистра здравоохранения и социального развития Юрий Воронин сообщил, что этот вариант также обсуждался при подготовке законопроекта, но государство считает нецелесообразным тратить средства на расширение штата и считает возможным отдать эту функцию на аутсорсинг коммерческим структурам. Кроме того, по словам Ю.Воронина, при подготовке законопроекта не ставилась цель сломать полностью существующую систему. Вместе с тем он согласился с В.Резником, что, по сути, страховые организации, работающие в системе ОМС, не являются страховщиками в понимании закона «Об организации страхового дела в РФ». «По сути, они агенты и можно убрать из закона всю страховую атрибутику, например, лицензирование», — сказал Ю.Воронин.

В ходе заседания Комитета было принято решение, что к вопросу о месте и роли страховых медицинских организаций необходимо будет вернуться при подготовке законопроекта ко второму чтению.

Источник: <http://ins.prime-tass.ru>



9 ИЮЛЯ 2010 ГОДА



Государственная Дума Российской Федерации приняла в первом чтении проект Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и проект Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»



Председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья *Ольга Борзова*, в частности, отметила: «Актуальность этих законопроектов не только в том, что действующий закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» был принят в 1991 году и во многом не соответствует современным условиям. Законопроекты разработаны и внесены в тот момент, когда в отрасли начат новый этап системных преобразований, направленных на модернизацию здравоохранения, повышение доступности медицинской помощи и эффективности работы лечебно-профилактических учреждений.

Законопроект «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» содержит много новаций.

Центральным элементом системы ОМС становится человек, гражданин. Он сам будет выбирать страховую медицинскую организацию, лечебное учреждение и врача, сможет получать медицинскую помощь в любой медицинской организации, работающей в системе ОМС. Это серьезный шаг к обеспечению равнодоступности медицинской помощи.

Одним из важных новшеств законопроекта является создание конкурентной среды между медицинскими организациями. Вводится заявительный порядок участия в системе обязательного медицинского страхования для медицинских организаций, имеющих право осуществлять медицинскую деятельность. Создаются равные условия для медицинских организаций любых организационно-правовых форм и любой формы собственности, а также частно-практикующих врачей.

Финансирование здравоохранения становится одноканальным, более четким и понятным. Предусматривается переход на оплату медицинской помощи по полному тарифу. Это покроет все затраты медицинского учреждения на медицинскую услугу и позволит оказывать качественную помощь в соответствии со стандартом лечения.

Закон заставит субъекты РФ выполнять в полном объеме свои обязательства по уплате страховых взносов на неработающее население. Федеральным законом будет устанавливаться минимальный размер тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

В 2011–2012 годах из бюджета Федерального фонда ОМС будут финансироваться региональные программы модернизации здравоохранения в субъектах РФ.

В Комитете по охране здоровья создана Рабочая группа по работе над пакетом законопроектов по ОМС. В летний период предстоит большая работа над поправками к законопроектам. Мы планируем в сентябре принять законопроекты во втором и третьем чтении для того, чтобы до конца года были разработаны необходимые подзаконные акты».

Источник: Комитет по охране здоровья ГД РФ



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 2

Действующий закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» устанавливает не только определенные нормы, но и призван служить важным экономическим рычагом в сфере здравоохранения. В преамбуле закона декларируется, что «закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан...». Это логично: здравоохранение, рассматриваемое в широком смысле не только как функция отрасли, но и как общенациональная система мер, направленных на охрану здоровья, предполагает, что заботиться о здоровье должны в первую очередь субъекты, в наибольшей степени определяющие его состояние, — предприятия (организации) и сами граждане. Поэтому с введением обязательного медицинского страхования связывались надежды на определенный прогресс в этом отношении. Посмотрим, насколько закон обеспечил достижение этой цели.

Поскольку в настоящее время ни само состояние здоровья работников, ни определяющие его производственные факторы (условия труда, экологическая ситуация и т.д.)

никак не влияют на размер взносов предприятия в фонды обязательного медицинского страхования, система ОМС не стимулирует охрану здоровья работников со стороны работодателей. Не предполагает она и мер экономической ответственности. Поэтому указанные факторы остаются безразличными для предприятий. Для решения этой проблемы необходима дифференциация взносов на обязательное медицинское страхование работающих в зависимости от условий труда и заболеваемости работников.

Экономических стимулов следить за своим здоровьем не появилось и у самого населения. Ныне людям даже выгодно болеть: ведь они не только ничего не платят за лечение, но и получают выплаты по больничным листам. И противостоит этому отнюдь не система ОМС, а жесткие, хотя и главным образом незаконные, требования к здоровью работников со стороны многих частных фирм, избавляющихся от лиц, часто берущих больничные листы. Во всяком случае, с точки зрения заинтересованности в охране здоровья для населения, само по себе обязательное медицинское страхование абсолютно ничего не изменило по сравнению с бюджетным финансированием здравоохранения.

© Ф.Н. Кадыров, В.Н. Филатов, И.С. Хайруллина, 2010 г.



Несколько по-иному обстоит дело с государством в лице органов государственной и муниципальной власти различных уровней. Не будет преувеличением сказать, что в лице обязательного медицинского страхования органы исполнительной власти получили уникальную возможность самоустраниться от проблем здравоохранения, обосновывая все проблемы недостаточностью финансирования со стороны территориальных фондов ОМС. Естественно, нельзя утверждать, что все они воспользовались предоставленной возможностью, но, как было показано выше, именно недостаточные платежи на страхование неработающего населения в ряде субъектов РФ (поступающие из бюджетов, то есть находящиеся под управлением тех самых органов государства) являются главной причиной низкой финансовой обеспеченности системы ОМС. Таким образом, органы власти отнюдь не стали благодаря системе ОМС проявлять большей заботы о здоровье граждан. Скорее наоборот.

Очевидно, что медицинское страхование в той или иной степени способно активизировать лишь одну из сторон, от которой зависит здоровье граждан, — медицинские организации. И нужно отметить, что это отнюдь не мало. Однако важно выяснить, на что конкретно направлены в настоящее время интересы учреждений здравоохранения.

Не вызывает сомнений тот факт, что не сама система ОМС формирует интересы учреждений здравоохранения, а конкретные способы финансирования. Другое дело, что система ОМС действительно создает предпосылки для более гибкого формирования интересов учреждений. Другой вопрос: обязательно ли для этого было переходить к ОМС и могла ли быть эта задача решена в рамках бюджетного финансирования? В значительной мере да.

Имеются как минимум два варианта решения этой проблемы:

1. В рамках хорошо известного еще с конца 80-х годов прошлого века так называемого Нового хозяйственного механизма в

здравоохранении (НХМ), который вовсе не исчерпал всех своих возможностей и не исключал возможностей модификации.

2. В рамках государственных и муниципальных заданий, предусмотренных Бюджетным кодексом Российской Федерации, а в перспективе — через субсидии на выполнение государственных заданий для бюджетных учреждений (для автономных они уже действуют).

К сожалению, в системе ОМС, несмотря на декларируемость, сегодня нет реальной конкуренции между учреждениями здравоохранения: пациенты зачастую попадают в те или иные конкретные медицинские учреждения вынужденно (либо это поликлиника, обслуживающая население по месту жительства, либо стационар, принимающий определенное количество пациентов по разнарядке в дежурные (ввозные) дни, либо специализированная больница, имеющая определенную степень монополии по своему профилю).

Элементы конкурентности, присутствуют при формировании на Тарифной (Согласительной) комиссии (или в аналогичной структуре) тарифов на услуги медицинских учреждений. Но, во-первых, Тарифная комиссия часто работает с индивидуальными ценами (тарифами) на услуги медицинских учреждений, что, с точки зрения рыночной экономики, условием реальной конкуренции никак не является: более высокие удельные затраты, связанные с неумелым управлением, с нерациональной структурой, неоптимальными размерами небольших больниц и т.д., в этом случае закрепляются в виде тарифов, по которым производится оплата оказанных медицинских услуг. Во-вторых, и это главное: конкурс медицинских учреждений (как форма проявления конкуренции) направлен на повышение тарифов, по которым реализуются их услуги. А все должно быть наоборот: необходима конкуренция за право оказывать услуги по минимальным из возможных цен либо выиграть конкурс на право оказывать услуги по предлагаемым ценам.





Поэтому по-прежнему остро стоит проблема отбора медицинских учреждений, наиболее отвечающих требованиям обеспечения качества медицинской помощи, которая не решается автоматически в системе ОМС.

Свобода выбора — это один из важнейших принципов ОМС. К сожалению, его реализацию в существующей системе ОМС нельзя назвать всеобъемлющей. Надежда на свободу выбора самими гражданами медицинского учреждения и лечащего врача не оправдывает себя — обычно на практике воспользоваться таким правом крайне сложно. Это касается не только медицинской помощи в сельской местности, но также и оказываемой в городских условиях первичной и экстренной медицинской помощи, а в ряде случаев и специализированной медицинской помощи, поскольку узкоспециализированные медицинские учреждения обладают определенной степенью монополизма. Имеют место и организационные проблемы. Например, сложно на практике обеспечить право пациента выбрать терапевта в одном учреждении, окулиста — в другом, невропатолога — в третьем и т.д. Это противоречит постулатам ОМС, но это разумное решение, спасающее от неизбежной путаницы.

Даже если бы свобода выбора учреждения и лечащего врача была обеспечена полностью, остается проблема региональных различий в уровнях оказания медицинской помощи — ведь в любом случае сфера реального выбора ограничена регионом проживания (что создает сложности и для лиц, проживающих на границе регионов, и для системы взаиморасчетов за оказанные услуги).

С другой стороны, как не стал реально-стью свободный выбор лечащего врача, так и не стала реальностью и возможность отказа от услуг врачей, не пользующихся доверием у населения (что просто является обратной стороной того же принципа). Да это и невозможно в условиях дефицита медицинских кадров (в первую очередь в сельской местности и в амбулаторно-поликлиническом звене).

Одной из задач обязательного медицинского страхования при его внедрении было постулировано предотвращение замены бесплатной медицинской помощи платной. Естественно, с социальной точки зрения, ОМС лучше, чем платная медицинская помощь, однако, как уже показано выше, его средства не стали дополнением к бюджетному финансированию и не смогли компенсировать снижения бюджетного финансирования. Следовательно, нельзя утверждать, что ОМС справилось с задачей сдерживания платного здравоохранения. Более того, практика показывает, что при ОМС проблема платного здравоохранения только обостряется. Об этом свидетельствуют следующие факты:

- объемы оказываемых платных услуг с момента внедрения ОМС постоянно возрастают;

- официальные платные медицинские услуги в учреждениях, входящих в систему ОМС, обычно более распространены, чем в учреждениях, финансируемых из бюджета;

- теневая оплата медицинских услуг в учреждениях, входящих в систему ОМС, также более распространена, чем в учреждениях, финансируемых из бюджета. Этому, в частности, способствует то, что с пациентов нередко официально берут деньги за само право попасть в данное учреждение (например, в так называемые «неввозные дни» и т.д.), за дополнительные услуги, не входящие в программу ОМС, и т.д. А там, где много официальных платежей, пациенту легче навязать и «неофициальные».

Важнейшим аспектом эффективности системы ОМС является проблема рационализации ресурсов, которую можно рассматривать с нескольких точек зрения:

- объем средств, отвлекаемых от задач оказания медицинской помощи на другие цели;

- рационализация структуры здравоохранения (содержание или сокращение лишних мощностей, медицинских учреждений и т.д.);

- оптимизация структуры медицинской помощи (соотношение стационарной и амбулаторной помощи и т.д.).



При введении ОМС никто не скрывал, что довольно большие средства будут отвлекаться от решения непосредственных задач оказания медицинской помощи на организационные цели, в частности, например, расходы страховых организаций на ведение дел. Но тогда не шла речь о том, что будут созданы еще и фонды ОМС, которые будут тратить на собственные нужды примерно столько же, сколько и страховые организации. Это уже удвоение отвлекаемых средств. Кроме того, к этому следует добавить расходы, которые официально не учитываются как связанные с системой ОМС:

- дополнительные затраты медицинских учреждений, связанные с работой в системе ОМС (на организацию автоматизированного учета оказанных услуг в системе ОМС, выставление и доставку счетов, контроль за их оплатой, работу с экспертами страховых организаций и т.д.);

- затраты органов управления здравоохранением на координацию деятельности в системе ОМС (в органах управления здравоохранением в этих целях не просто вводятся специальные должности, но и создаются целые отделы).

Имеются и другие аспекты рационализации использования ресурсов. В частности, суть экономических взаимоотношений между медицинскими учреждениями и страховыми медицинскими организациями при медицинском страховании строится на противоречии их интересов, что теоретически должно найти отражение в снижении затратности отрасли.

Действительно, раз амбулаторное лечение обходится дешевле стационарного и вполне естественно, что страховые организации по логике должны быть заинтересованы в сокращении объемов госпитализации. Напротив, медицинские учреждения, как правило, заинтересованы в увеличении объемов стационарной помощи: стационары — для увеличения доходов, а амбулаторно-поликлинические — для того, чтобы не заниматься лечением наиболее тяжелых заболеваний (особенно при подуше-

вом или сметном финансировании амбулаторной службы). Интересы страховых медицинских организаций должны ставить барьер на пути необоснованной госпитализации. На начальной стадии развития ОМС так оно обычно и было. Однако ужесточение контроля за использованием средств ОМС привело к тому, что страховые организации потеряли заинтересованность в рациональном использовании средств. В нынешних условиях они обычно вынуждены возвращать неиспользованные на оплату оказанных медицинскими учреждениями услуг средства обратно в Территориальный фонд ОМС. Поэтому страховые организации не имеют экономических стимулов к контролю за рациональным использованием средств.

Более того, в ряде случаев страховые организации выполняют, по сути, функции кассиров — даже не расчетных центров. Функции расчетных центров (занимающихся в том числе и проверкой выставляемых счетов) зачастую выполняют специальные структуры при Территориальном фонде ОМС или органе управления здравоохранением. В экономическом плане функции страховых организаций в этом случае мало, чем отличаются от функций Территориальных фондов ОМС.

Раньше при бюджетном сметном финансировании у медицинских учреждений вообще не было стимула увеличивать госпитализацию и, хотя проблема необоснованной госпитализации существовала, она была обусловлена не экономическими, а организационными и социальными причинами. В какой-то мере это была проблема гуманизма: хотя часто было ясно, что человека можно лечить и амбулаторно, но считалось, что в стационаре качество оказания медицинской помощи выше, к тому же обеспечивается бесплатное питание. Система же ОМС сначала создала для медицинских учреждений материальный стимул увеличения госпитализации, а затем запустила механизм противодействия этому. Но стимулы, направленные на госпитализацию, работают хорошо, а механизм противодействия малоэффективен.





К сожалению, политика ресурсосбережения путем использования стационарозамещающих видов медицинской помощи не всегда приводит к желаемым результатам. Очередной парадокс заключается в том, что попытки развития таких форм оказания медицинской помощи, как дневные стационары, стационары на дому, центры амбулаторной хирургии и т.д., нередко оборачиваются тем, что они замещают не стационарную, а, напротив, амбулаторную помощь (либо просто дополняют объемы амбулаторной помощи). При этом во многих случаях объемы стационарной помощи продолжают расти на фоне падения объемов амбулаторной помощи, что как раз и свидетельствует о малой результативности политики ресурсосбережения за счет развития стационарозамещающих технологий.

Пациенты вместо амбулаторного лечения или наряду с ним начинают получать помощь в условиях дневного стационара. В итоге затратность оказания медицинской помощи только возрастает. Это происходит потому, что, как правило, лечить амбулаторных пациентов в дневных стационарах и т.п. для медицинских учреждений оказывается экономически выгоднее, чем в обычных поликлинических условиях (тарифы в системе ОМС за дневной стационар выше, чем за обычное посещение). Таким образом, благодаря развитию стационарозамещающих видов медицинской помощи, в настоящее время зачатую происходят процессы, только усугубляющие финансовое положение здравоохранения многих регионов.

Неоднозначна также ситуация в целом как с реструктуризацией здравоохранения, так и с оптимизацией сети медицинских учреждений. С одной стороны, система ОМС выявила необходимость сокращения коечного фонда, и на практике имеет место сокращение числа коек и медицинских учреждений. Но, с другой стороны, этот процесс начался еще до внедрения ОМС и, кроме того, он тормозится политическими факторами.

Необходимо также отметить, что система ОМС оказалась довольно консервативной в

отношении включения в реализацию территориальных программ ОМС федеральных и ведомственных учреждений. Часть этих организаций не может добиться участия в системе ОМС, другие учреждения подвергаются явной дискриминации с точки зрения видов и объемов услуг, включаемых в ОМС, уровня тарифов и т.д. Правда, с другой стороны, выгоды участия в системе ОМС для федеральных и ведомственных учреждений обусловлены двойным финансированием по ряду статей (например, за счет федерального бюджета и средств ОМС).

И если федеральные и ведомственные учреждения еще имеют теоретическую возможность участвовать в реализации территориальных программ ОМС при оплате за оказанные услуги, то формы участия амбулаторно-поликлинических федеральных и ведомственных учреждений в системе ОМС при подушевом финансировании вообще не разработаны.

Все это не позволяет использовать возможности реструктуризации сети медицинских учреждений с привлечением федеральных и ведомственных учреждений к оказанию медицинской помощи жителям территорий, на которых они располагаются.

Необходимость реализации принципа «оплачивать не содержание медицинского учреждения, а объемы оказанной медицинской помощи» выдвигалась в числе ключевых доводов в пользу ОМС, поэтому оценка степени его воплощения на практике представляется весьма значимой.

Следует подчеркнуть, что важен не данный принцип сам по себе, а полученные результаты. И здесь многое зависит от конкретного порядка оплаты оказанных медицинских услуг. К примеру, если оплачивать по факту все случаи сокращения сроков лечения (по сравнению с нормативными, оплачиваемыми по полному курсу лечения), то это подрывает у медицинских учреждений стремление быстрее пролечить и выписать больного. Появляется заинтересованность держать больного на



койке как минимум до нормативной длительности, при которой оплата производится как за законченный случай, даже если его можно было бы выписать раньше.

Различно отношение медицинских учреждений к тем или иным методам лечения, видам оказания медицинской помощи и в зависимости от особенностей оплаты оказанных услуг. Несовершенство тарифов и системы финансирования в целом в этой ситуации ведет к тому, что многие виды медицинской помощи оказываются просто невыгодными. В сочетании с широкими полномочиями медицинских учреждений в выборе видов оказываемой медицинской помощи это приводит к их свертыванию. В первую очередь это затрагивает профилактическую работу, а также высокоспециализированную амбулаторно-поликлиническую помощь — деятельность эндокринологов, пульмонологов и т.д., поскольку нагрузка у них не всегда велика и в финансовом плане (особенно при оплате за оказанные услуги) их работа часто оказывается убыточной. Между тем, с чисто медицинской точки зрения, развитие специализированной помощи прогрессивно, так как позволяет повысить качество лечения.

Обязательное медицинское страхование далеко не всегда может обеспечить возможности оптимального развития медицинских учреждений, поскольку не учитывает главного — реальной потребности в медицинской помощи. Структура медицинских учреждений (специализация подразделений, мощности и т.д.) и основные направления их деятельности в условиях ОМС ориентируются не на заболеваемость, не на потребность населения в медицинской помощи, а на зарабатывание средств, на получение максимального размера финансирования. Предполагается, что сам объем финансирования определяется уровнем потребности в медицинской помощи: при оплате за оказанные услуги — посещаемостью или количеством законченных случаев и т.д., а при среднедушевом финансировании — численностью населения и его половозраст-

ными характеристиками. Однако все это — опосредованные факторы, не всегда точно учитывающие истинную потребность в структуре и объемах медицинской помощи.

Большие надежды в этом плане возлагаются на одноканальное финансирование. Однако официального подведения итогов пилотных проектов одноканального финансирования, которые реализовывались в ряде регионов, нет, лучшая модель не выбрана. Кроме того, одноканальное финансирование плохо сочетается с Федеральным законом от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», в соответствии с которым для бюджетных учреждений так же, как и для автономных, предусмотрено введение субсидий на выполнение государственного (муниципального) задания и на содержание имущества.

Рассмотрим теперь роль страховых медицинских организаций в отечественной модели ОМС. Страховые организации призваны быть независимым (вневедомственным) органом, контролирующим качество оказания медицинской помощи в интересах застрахованных. Однако истинной суверенности у страховых организаций нет. Во-первых, они находятся в сильной зависимости от территориальных фондов ОМС по вопросам финансирования, предоставления субвенций, контроля за их финансовой деятельностью и т.д., а фонды ОМС в свою очередь тем или иным образом интегрированы в территориальную систему здравоохранения. Во-вторых, страховые организации и прямо сильно зависят от органов власти — по вопросам страхования неработающих граждан, а в ряде территорий — и по страхованию работающих (при использовании территориального принципа страхования) и т.д.

В ряде случаев страховые организации в той или иной мере зависят и от самих медицинских учреждений. Так, из-за несбалансированности территориальных программ ОМС по видам, объемам и стоимости медицинской помощи





многие страховые организации имеют большие задолженности перед медицинскими учреждениями, что грозит им огромными суммами пени за задержку оплаты счетов за оказанные медицинские услуги в случае обращения учреждений здравоохранения в суды. Естественно, что в такой обстановке страховые организации не могут предъявлять жестких требований к медицинским учреждениям в вопросах качества — в результате перестает реализовываться еще одно важнейшее направление ОМС, являющееся его декларируемым преимуществом.

Даже если оставить в стороне названное ограничение, основные виды контроля, который в настоящее время могут эффективно осуществлять страховые организации, следующие:

- соответствие начисленных сумм в выставляемых счетах объемам оказанных услуг и тарифам;
- наличие пациента в реестре застрахованных данной страховой организацией;
- правильность указания паспортных данных пациента;
- правильность ведения медицинской документации.

Львиная доля контроля со стороны страховых организаций (соответствие тарифов, контроль за правильностью выставления счетов и т.д.) направлена на функции, не имеющие ничего общего с оказанием медицинской помощи и навязанные медицинским учреждениям самой системой медицинского страхования.

В связи с этим контроль собственно качества оказания медицинской помощи оказывается на заднем плане, чему способствует как слабая разработанность нормативной базы подобного контроля (в частности, отсутствие стандартов — протоколов ведения больных по многим видам амбулаторной помощи и стационарной помощи), так и отсутствие в составе страховых организаций квалифицированных экспертов, подготовленных по всем основным специальностям.

Конечно, положительные моменты в экспертном контроле со стороны страховых

организаций есть, однако подлинно экономический механизм повышения качества медицинской помощи не создан. А те немногие положительные результаты, которые получены благодаря экспертному контролю со стороны страховых организаций, могли бы быть обеспечены и органами управления здравоохранением даже при гораздо меньшем увеличении их штатов и финансирования (в силу отсутствия необходимости контролировать правильность выставления счетов и т.д.).

Теоретически серьезным аргументом, во многом оправдывающим существование страховых медицинских организаций, должна служить конкуренция между ними.

Конкуренция между страховыми организациями может идти по следующим основным направлениям:

- объем застрахованных;
- «качество» застрахованных (наименее подверженные заболеваниям контингенты);
- заключение договоров с лучшими медицинскими учреждениями;
- предоставление лучших условий обслуживания застрахованных.

На практике же борьба страховых организаций за заключение договоров с лучшими медицинскими учреждениями лишена смысла: страховые организации обязаны заключать договор со всеми медицинскими учреждениями, куда обращаются их застрахованные, а не только с лучшими. Немаловажно и другое. Лучшие медицинские учреждения — это наиболее оснащенные как в материальном, так и в кадровом плане медицинские учреждения. При дифференцированном формировании тарифов (как это нередко имеет место) для таких учреждений обычно устанавливается более высокий их уровень, что с экономической точки зрения делает невыгодным для страховых организаций направление пациентов в эти учреждения.

Однако страховщики (страховые организации) по определению, то есть по крайней мере формально, не влияют на потоки пациентов в системе ОМС (пациент имеет право на выбор



учреждения и лечащего врача) и поэтому не могут ограничить обращения пациентов в те или иные медицинские учреждения. Поэтому лучшие условия оказания медицинской помощи по сравнению с другими СМО ни одна страховая организация обеспечить не может.

Тем самым можно обозначить еще одну выявленную парадоксальную ситуацию. Либо страховые организации имеют возможность конкурировать в поисках лучшего медицинского учреждения, но тогда лучшими учреждениями с экономической точки зрения для них будут как раз далеко не лучшие с медицинской точки зрения. Либо страховые организации не имеют возможности конкурировать в поисках лучшего учреждения, что вполне логично, вновь влечет за собой вопрос о самой необходимости существования страховых организаций.

Вообще максимум, что может обеспечить страховая организация, — это корректная работа с предприятием (своевременная выдача полисов и т.д.), а также отстаивание нарушенных (уже нарушенных!) прав пациентов. Хотя и это само по себе немало, но это далеко не то, что декларировалось при внедрении ОМС.

Наиболее же реальная сфера конкуренции между страховыми медицинскими организациями — это страховое поле: административная территория или предприятия. Таким образом, основная борьба идет за количество застрахованных. И методы этой конкуренции далеко не всегда отличаются корректностью.

Отметим, что поскольку в существующей модели ОМС страхователи не выбирают медицинское учреждение, то они не вправе отказать в доверии тому или иному учреждению, не обеспечивающему оказание качественной медицинской помощи. Это касается как страхователей работающего населения (предприятий), так и неработающих (органы исполнительной власти).

Как уже было показано выше, выбор страхователями страховых организаций также практически ничего не определяет.

Поэтому на практике отсутствуют какие-либо возможности страхователей влиять на объемы и качество медицинской помощи, оказываемой застрахованным работникам или жителям территории.

Таким образом, вполне обоснованным представляется заключение, что механизмы обеспечения качества медицинской помощи посредством конкуренции между субъектами ОМС в реализованной системе своей задачи не выполняют, создавая лишь в основном иллюзию рыночного взаимодействия между структурами.

Действительно, обязательное медицинское страхование в целом обычно рассматривают как рыночную модель финансирования здравоохранения, наиболее адекватную рыночной экономике. Однако, во-первых, не является доказанным, что рыночная модель здравоохранения является оптимальным вариантом даже для стран с рыночной экономикой (развитые западные страны демонстрируют большое разнообразие систем здравоохранения). Наиболее развитая в рыночном отношении система здравоохранения США продемонстрировала крах, что и вызвало необходимость серьезных реформ в этой сфере с внесением в нее механизмов, близких по своей сущности государственным средствам регулирования, и аналогов бюджетных подходов. Во-вторых, российскую модель обязательного медицинского страхования трудно назвать истинно рыночной. Большинство признаков рынка в системе ОМС либо отсутствует (рыночное ценообразование и т.д.), либо, как это было показано выше, они практически не реализуются (конкурентные элементы). Другими словами, рыночные факторы в существующей системе ОМС в нашей стране не работают. Косвенным признаком правомерности этого заключения служит и тот факт, что частные медицинские учреждения далеко не всегда стремятся к участию в ОМС, хотя юридически имеют на это право.

Следует заметить, что нынешняя структура ОМС еще и крайне нерациональна. Даже если оставить в стороне организации, призванные заниматься сбором страховых взно-





сов за работающее население (в разные периоды ими были фонды ОМС, налоговые органы, Пенсионный фонд РФ), то легко заметить, что она имеет лишнее звено. Конкретное определение такого звена зависит от рассматриваемой модели:

- либо фонды ОМС (если ориентироваться на рыночные модели, предполагающие полноправное и конкурентное участие страховщиков в лице страховых организаций в сборе финансовых средств). Нелишне при этом вспомнить, что, согласно действующему законодательству, фонды ОМС (в отличие от страховых медицинских организаций) не являются субъектами обязательного медицинского страхования;

- либо страховые медицинские организации (если рассматривать СМО не как организации, несущие страховые риски, а как структуры, призванные только довести средства ОМС до медицинских учреждений, каковыми в действительности сейчас они и являются), тем более учитывая, что территориальные фонды могут выполнять функции страховщика. Целесообразно отметить, что страхование граждан и сейчас не в полном объеме осуществляется страховыми медицинскими организациями. Так, в 2009 г. из 142,6 млн. человек ими застраховано только 139 млн. человек, или 97,7% от общей численности застрахованных граждан (2). При страховании остальных 2,3% страхователем выступали территориальные фонды ОМС. Несмотря на незначительный, казалось бы, процент, это составляет 3,6 млн. человек.

Подобная структура ОМС в силу своей нерациональности по определению не может быть эффективной. Добавим к этому, что это еще и достаточно дорогостоящая структура. Это одно из наиболее серьезных системных противоречий обязательного медицинского страхования, без разрешения которого нельзя ожидать позитивных перемен.

Традиционно к важнейшему преимуществу обязательного медицинского страхования принято относить то, что оно обеспечивает прямое направление средств в здравоохранение, минуя

лишние звенья в лице финансовых органов, распоряжающихся бюджетом, и т.д., то есть сокращая маршрут движения денежных средств до медицинских учреждений. Однако совершенно очевидно, что наличие ныне столь сложной организационной структуры ОМС: предприятие — Пенсионный фонд РФ — территориальный фонд ОМС — страховая организация — медицинское учреждение (да еще с учетом прохождения средств через Федеральное казначейство), не позволило добиться упрощения процедуры и ускорения движения средств от плательщика взносов до получателя — медицинского учреждения. Добавим, что нередко в эту цепочку добавляются и такие звенья, как расчетные центры и т.п. Кроме того, в некоторых случаях счета медицинских учреждений оплачиваются только после дополнительной проверки в территориальном фонде или его филиалах. В итоге можно заключить, что маршрут движения средств до медицинских учреждений благодаря нынешней структуре ОМС вовсе не стал короче, если не увеличился.

Обилие различных конкретных вариантов организации ОМС, действующих в различных субъектах Федерации, фактическая неподконтрольность территориальных систем ОМС Федеральному фонду ОМС, практическое полное игнорирование целым рядом субъектов Федерации основных положений закона о медицинском страховании не позволяют проводить единую государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Совершенно очевидно, что это снижает управляемость здравоохранением в целом и возможности проведения согласованной стратегии.

Приходится констатировать, что в настоящее время существуют серьезные противоречия между системой финансирования здравоохранения в рамках ОМС и основополагающими принципами организации отечественного здравоохранения. К числу этих системных противоречий, в частности, относятся:

- противоречие между иерархической организационной структурой здравоохранения, особенно ярко выраженной в сельской



местности (ФАП — амбулатории — участковые больницы — центральные районные больницы — областная больница и т.д.), и попытками создать конкуренцию между медицинскими учреждениями за пациента в системе ОМС. Суть противоречия в том, что нередко пациенты даже с легкими заболеваниями могут попасть сразу в центральную районную или областную больницу, в диагностические центры, минуя промежуточные этапы. Иерархичность по самой своей сути требует бюджетного (сметного) финансирования первичного звена, а не оплаты за объем оказанных услуг, на что ориентирует система ОМС;

— противоречие между иерархической организационной структурой (предполагающей определенную этапность оказания медицинской помощи и ограниченность прав пациентов в выборе учреждения) и свободой выбора пациентом учреждения и лечащего врача как принципиальной основы системы ОМС;

— противоречие между декларируемой профилактической направленностью здравоохранения и финансированием в системе ОМС за объемы выполняемых работ (за посещение, оказанную услугу, пролеченного больного, койко-день и т.д.). Суть противоречия заключается в том, что при подобных системах финансирования медицинских учреждений они становятся экономически заинтересованными в росте обращаемости, госпитализации, а, следовательно, прямо или косвенно — и в заболеваемости. Профилактическая же работа в системе ОМС либо не финансируется вообще, либо становится невыгодным направлением деятельности по сравнению с лечебной работой;

— противоречие между системой организации экстренной медицинской помощи (предполагающей утвержденный органом управления здравоохранением график дежурств больниц: ввозных дней, выделение лимитов, разнарядок станциям скорой помощи и т.д.) и принципом конкурентности между медицинскими учреждениями. Объемы госпитализации экстренных пациентов никак не зависят от качества работы этих учреждений. Графики же дежурств спо-

собны оказать большое влияние на конкурентные возможности учреждений (количество дней дежурств в неделю, выделяемое число мест для госпитализации).

Подобные противоречия свидетельствуют о том, что система ОМС ориентируется вовсе не на то, на что ориентируется отечественная система здравоохранения. Таким образом, приходится констатировать, что существующая система ОМС далеко не всегда способствует решению задач здравоохранения, не вписывается в существующую принципиальную и организационную структуру отрасли, не обеспечивает необходимую направленность ее реформирования.

В настоящей публикации представлен анализ далеко не всех проблем, связанных с обязательным медицинским страхованием. Но даже этих результатов исследования вполне достаточно, чтобы признать очевидным вывод: многие противоречия носят системный характер, требующий серьезного пересмотра всей организации ОМС.

Вряд ли имеет смысл винить кого-либо конкретно за ту ситуацию, которая складывается в системе обязательного медицинского страхования. Это результат и эпизодического фрагментарного «улучшения» системы ОМС по отдельным направлениям, и несовершенства нормативно-правовой базы (в части обеспечения единства системы ОМС по территориям и т.п.), и несогласованного изменения законодательства в других сферах (бюджетное, налоговое и т.д.).

Так или иначе, но дальнейшее сохранение существующей ситуации недопустимо. Необходимо, наконец, определиться с перспективами ОМС, выбрав один из возможных вариантов:

Вариант 1. Максимально упростить систему ОМС (устранить лишние звенья, использовать более дешевый территориальный принцип страхования и т.д.), сократив тем самым лишние накладные расходы и, по сути, превратив ОМС не в самостоятельную социально-экономическую систему, а лишь в





один из каналов доведения финансовых средств до медицинских учреждений.

Вариант 2. Достичь реализации всех основных принципов, заложенных изначально в систему ОМС, имея в виду, что на первом этапе действия в этом направлении в ряде случаев повлекут за собой негативные социальные последствия (например, для неработающего населения, на страхование которого не внесены достаточные средства; для медицинских учреждений, не выдерживающих конкуренцию, и т.д.).

Мы сейчас, к сожалению, находимся в ситуации, когда выбор любого из этих вариантов потребует большой политической воли.

В дополнение к этому нужна реализация конкретного комплекса мер, многие из которых уже давно предлагаются как нами, так и целым рядом других авторов:

- принятие закона об обязательном медицинском страховании, который по аналогии с Налоговым кодексом четко определил бы все основные механизмы функционирования системы ОМС, в отличие от нынешнего закона, носящего чисто декларативный характер;
- введение дифференциации норматива страховых взносов в зависимости от факторов производства, влияющих на уровень заболеваемости;
- законодательное установление минимального фиксированного уровня платежей за работающее население (для противодействия ситуациям, когда официальный размер оплаты труда на предприятиях устанавливается на крайне низком уровне, а основная сумма выплачивается в обход официальных каналов);
- законодательное закрепление минимального уровня платежей на страхование нера-

ботающего населения (для предотвращения ситуаций, когда уровень платежей из бюджета устанавливается по остаточному принципу);

- четкое закрепление порядка формирования программы государственных гарантий: либо за основу должны быть взяты виды и объемы медицинской помощи с обязательными для выполнения нормативами их финансирования, либо реальная обеспеченность ресурсами и, лишь исходя из этого, определены объемы медицинской помощи, предоставляемой бесплатно. Сейчас же в полной мере не реализуется ни один из указанных подходов;

- принятие более жестких мер в отношении оплаты больничных листов, способных усилить заинтересованность граждан в заботе о своем здоровье;

- введение соплатежей населения в одной из возможных форм: обязательное медицинское страхование частично за счет средств работающего населения (по примеру Германии), фиксированные платежи при обращении в медицинское учреждение (по примеру Финляндии) и т.д.;

- целый ряд других мер, носящих частный детализирующий характер и выходящих за рамки данного исследования.

В заключение отметим, что и предлагаемый комплекс не обеспечит успеха, если при его реализации не станет базисом тот факт, что в основе любой экономической системы (включая ОМС) лежат не финансы, не деньги, а материальные интересы субъектов. Необходимо прогнозировать, отслеживать, координировать и корректировать интересы всех участников ОМС, что в различные периоды может потребовать применения самых разнообразных мер.

Литература

1. Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования».
2. 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.Ю. Семенов,

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

И.Л. Андреева,

к.м.н., доцент, директор Департамента образования, науки и кадровой политики Минздравсоцразвития России, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФУВ МОНИКИ, г. Москва

А.Н. Гуров,

д.м.н., профессор, заместитель директора МОНИКИ по научно-организационной работе, г. Москва

И.Ю. Абрамова,

к.м.н., начальник отдела прогнозирования развития медицинской науки Департамента науки, образования и кадровой политики Минздравсоцразвития России, доцент кафедры педиатрии ФУВ МОНИКИ, г. Москва

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРИНЦИПОВ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА РЕЗУЛЬТАТ

Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 г. и Концепцией развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. определены приоритетные направления по созданию условий для повышения уровня жизни российских граждан, развитию здравоохранения, которые направлены на обеспечение человека высококачественной медицинской помощью, использование в работе современных медицинских технологий и применение новой (отраслевой) системы оплаты труда, ориентированной на результат [1, 2].

В Московской области (МО) первичная медико-санитарная помощь оказывается в 135 амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе в 29 стоматологических поликлиниках и 66 диспансерах. Стационарная медицинская помощь жителям области оказывалась 224 больничными и диспансерными учреждениями. Из них 159 муниципальных учреждений, из которых 93% работают в системе ОМС (148 учреждений) по 33 профилям.

Система оказания экстренной медицинской помощи населению Московской области включает в себя 26 самостоятельных станций скорой медицинской помощи и 55 входящих в состав ЛПУ станций и отделений скорой медицинской помощи.

Специализированная медицинская помощь оказывается в 91 государственном учреждении здравоохранения по 44 профилям.



Высокотехнологичная медицинская помощь в ЛПУ МО оказывается в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте (МОНКИ), Московском областном научно-исследовательском клиническом институте акушерства и гинекологии, Московском областном онкологическом диспансере и Московском областном госпитале для ветеранов войн по профилям, определенным Приказом Минздравсоцразвития РФ от 30.12.2009 № 1047 в соответствии с федеральными стандартами [3, 4].

Как известно, одним из важнейших мотивационных принципов, обеспечивающих успешную работу медицинских учреждений, является оплата труда в здравоохранении, ориентированная на показатели его результатов. Помимо этого, качество работы медицинского персонала во многом зависит от многих других факторов, среди которых все виды материальных расходов на работу лечебно-профилактических учреждений.

Оплата труда — главный источник, основная форма денежных поступлений работника, образующая основу его финансового благополучия. Необходимый размер заработной платы — один из самых вечных вопросов экономики. К тому же заработная плата должна не только возмещать трудовые затраты работника, но и стимулировать интерес к качеству труда, внедрению современных медицинских технологий, освоению новой медицинской техники, совершенствованию других условий труда.

Работники склонны считать повышение оплаты труда приведением ее в соответствие с потребностями людей, с ценами на товары и услуги, а не стимулом роста эффективности. В лучшем случае рост заработной платы воспринимается как временный стимул, нуждающийся в непрерывном возобновлении.

Обычно повышение заработной платы побуждает работника трудиться производительнее, с большей отдачей в течение одного—двух месяцев. Затем он чаще всего при-

выкает к новой заработной плате и начинает желать большего вне зависимости от достигнутого уровня оплаты и результатов своего труда. При наличии заметного уровня инфляции связь между ростом оплаты труда и его результативностью еще более ослабевает. Возникает объективная необходимость индексации оплаты труда как основного вида дохода в связи с ростом цен.

Оплата труда рассматривается многими руководителями здравоохранения и экономистами как основной инструмент побуждения и непрерывного поддержания интереса медицинских работников к высокопроизводительной отдаче своих трудовых усилий. Механизм этой связи по замыслу прост: «больше и лучше работаешь — больше платят, а если больше платят — работаешь еще больше и лучше». Таков мудрый и казалось бы простой замысел, который практически очень непросто воплотить в жизнь.

Вместе с тем вопросы заработной платы медицинских работников затрагивают сразу две системы организации оплаты труда, поскольку работники здравоохранения трудятся как в бюджетной сфере, регламентируемой до недавнего времени универсальной для всех бюджетных организаций Единой тарифной сеткой (ЕТС), и в системе обязательного медицинского страхования. Порядок оплаты труда за счет оказания платных медицинских услуг осуществляется на основе соответствующих постановлений Правительства МО, приказов Минздрава МО и в данной работе не анализируется.

Постановлением Правительства Российской Федерации, Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29.12.2007 № 818 определена универсальная система базовой ставки медицинских работников разных специальностей, изначально учитывающая все повышения и надбавки, что существенно упрощает систему расчета заработной платы [5].

В здравоохранении Московской области, помимо этого, заработная плата регламенти-





руется соответствующими постановлениями Правительства МО, устанавливающими размеры должностных окладов и муниципальные надбавки к заработной плате, а также порядок назначения выплат стимулирующего характера [6].

Существует универсальный принцип, согласно которому оплата труда должна соответствовать его количеству и качеству. Но проблема состоит в том, что ни наука, ни практика пока не способны объективно, точно измерить количество и качество труда, затраченного работником на выполнение определенной работы. Деньги лечебные учреждения должны получать от государства не за факт существования их в природе, а за качество и количество оказанных медицинских услуг.

Наиболее успешные варианты применения такой модели работы ЛПУ с оплатой труда, ориентированной на результат, реализуются в Московской области в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения (Минздрава) Московской области от 02.09.2008 № 508 «О критериях оценки деятельности медицинского персонала и реализации принципа оплаты труда, ориентированного на результат» и Приказом МЗ МО от 10.11.2008 № 687 «О внесении изменений в Приказ МЗ МО от 02.09.2008 № 508», утверждены критерии оценки деятельности медицинского персонала учреждений здравоохранения Московской области и методика определения размера выплат стимулирующего характера на основе критериев оценки деятельности. За период 2008 г. критерии оценки деятельности ЛПУ по конечным результатам внедрены в практику деятельности 48 учреждений здравоохранения. В настоящее время охват медицинских учреждений здравоохранения достиг 95%, где оплата труда осуществляется на основе качественных показателей его результатов.

Для дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи населению, создания заинтересованности медицин-

ского персонала в улучшении качества оказания медицинской помощи и внедрения принципа оплаты труда медицинских работников, ориентированного на результат, начиная с 2008 г. и по настоящее время сотрудниками Минздрава МО и научно-организационного отдела МОНИКИ проводится изучение структуры фонда оплаты труда всех муниципальных и государственных учреждений здравоохранения Московской области из всех источников финансирования. Показатели заработной платы и некоторые другие затраты на работу ЛПУ муниципальных образований Московской области изучаются в сравнении с конечными результатами работы медицинского персонала (рис. 1).

В нашем исследовании вся заработная плата работников учреждений здравоохранения подразделяется на основную — с учетом всех видов доплат и надбавок, по трудовому договору с работником и заработную плату стимулирующего характера за напряженность в труде, выплачиваемую, как и премии, за достижение высоких качественных показателей работы.

В процессе работы ЛПУ достижение запланированных оптимальных производственных показателей конечного результата оценивается в баллах. Невыполнение установленных качественных показателей и нарушения в работе приводят к потере баллов. За оцениваемый период определяется число баллов, заработанных каждым подразделением. Затем фонд экономического стимулирования распределяется между подразделениями пропорционально набранному баллам.

Приказом главного врача (директора) ЛПУ создается комиссия под председательством заместителя главного врача по лечебной работе и в составе заместителей главного врача по всем видам деятельности, главного бухгалтера, представителей отделений (подразделений), которые в основном получают прибыль и доходы (диагностические и лечебные отделения), а также занимаются обеспечением работы (фармацевтические,





административно-хозяйственные и другие службы). Комиссия ежемесячно распределяет полученные средства на основе количественных и качественных показателей работы по моделям конечных результатов (МКР). При этом комиссия оценивает протоколы балльной оценки качества работы отделений, сама назначает надбавки стимулирующего характера и премии для руководителя отделения (подразделения) и выделяет заработанные средства для отделения (подразделения), которые распределяются в отделениях (подразделениях) самостоятельно.

Успешность функционирования такой модели зависит от адекватности разработанного набора показателей МКР и системы их оценки, планируемых каждому подразделению, врачу, медицинской сестре, задачам, стоящим перед медицинской организацией.

Для установления наиболее значимых показателей МКР в исследовании особое внимание было уделено установлению достоверными статистическими (математическими) методами взаимосвязи основных типов оплаты труда медицинского персонала, других расходов на работу ЛПУ с показателями качества работы, ориентированными на результат.

В процессе исследования по оценке эффективности оплаты труда медицинского персонала и других материальных затратах, ориентированных на результат работы скорой медицинской помощи (СМП), в качестве зависимых переменных учитываются: расхождение диагнозов СМП и предварительных диагнозов стационара; показатель госпитализации больных, доставленных СМП; показатель повторных вызовов в течение суток (за исключением активных); письменные замечания от руководства больницы (зав. отделением, заместители главного врача, главный врач) и контролирующих вышестоящих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации; наличие обоснованных жалоб; соблюдение стандартов (протоколов) оказания скорой медицинской

помощи; применение медицинских пособий и манипуляций; доля врачебных бригад среди всех бригад скорой помощи и ряд других.

Как известно оказание экстренной медицинской помощи является одним из факторов национальной безопасности. Уровень ее организации непосредственно влияет на снижение потерь общества от острых заболеваний, травм, отравлений и других состояний, угрожающих жизни и здоровью населения, как в условиях штатного функционирования, так и в условиях массовых природных и техногенных катастроф.

Наиболее тесная прямая взаимосвязь основной заработной платы врачей установлена с показателем, характеризующим применение медицинских пособий и манипуляций, соблюдением стандартов и показателем госпитализации больных, доставленных СМП, долей врачебных бригад среди всех бригад СМП, тесная обратная связь установлена с показателями расхождения диагнозов, повторных вызовов СМП, наличием обоснованных жалоб.

Стимулирующая заработная плата врачей имеет аналогичную тенденцию взаимосвязи, однако сила связи наиболее выражена, чем у основной заработной платы, с показателями МКР, характеризующими качество работы.

Влияние основной и стимулирующей заработной платы медицинского персонала с показателями качества работы скорой медицинской помощи колеблется от 40 до 49%, а остальное влияние определяется другими видами затрат и факторами. Так, влияние на показатели качества работы СМП расходов на медицинские технологии диагностики и лечения ориентировочно оценивается на 12%, расходов на медицинские приборы и аппараты для диагностики и лечения — 10%, транспортные услуги — 12%, расходы на лекарственные средства — 9%, управленческие, административно-хозяйственные и другие работы — 8%.

Благодаря применению современных принципов оплаты труда медицинского персо-



Рис. 1. Структурно-логическая схема оценки эффективности влияния оплаты труда и других видов затрат на некоторые конечные результаты работы медицинского персонала





нала СМП, ориентированных на результат, занятость должностей физическими лицами по врачебному персоналу увеличилась до 52,8% (в 2008 г. 43,9%), по средним медицинским работникам составила 69,1% (в 2008 г. 64,2%). Увеличилось число госпитализированных больных к общему числу вызовов до 19,8% (2008 г. 18,9%), что свидетельствует о качестве работы скорой медицинской помощи. В ноябре 2009 г. в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» получено 27 реанимобилей, которые направлены на станции и отделения СМП.

В процессе исследования по оценке эффективности оплаты труда медицинского персонала и других материальных затрат, ориентированных на результат работы амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), в качестве зависимых переменных учитываются: выполнение плана посещений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи; обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдения выписки рецептов пациентам, в том числе имеющим право на получение набора социальных услуг; уровень первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеваниями; наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациента; письменные замечания от руководства АПУ и контролирующих вышестоящих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации; удовлетворенность пациентов лечебно-диагностическим процессом; удельный вес посещений, выполненных с профилактической целью; полнота охвата больных диспансерным наблюдением по отдельным нозологическим формам; число расхождения диагнозов при направлении в стационар и клинического диагноза стационара; оперативная активность (для специалистов хирургического профиля); штрафные санкции за пролеченных больных со стороны медицинских страховых организаций и ряд других.

Наиболее тесная прямая взаимосвязь основной заработной платы врачей АПУ установлена с показателями, характеризующими полноту охвата больных диспансерным наблюдением, оперативной активностью хирургов, выполнением плана посещений в рамках реализации Программы госгарантий, тесная обратная связь установлена с показателями, характеризующими расхождение диагнозов, при направлении в стационар, числом штрафных санкций и уровнем первичного выхода на инвалидность.

Стимулирующая заработная плата врачей АПУ имеет аналогичную тенденцию взаимосвязи, однако наиболее выражена с рядом показателей, такими, как удовлетворенность пациентов лечебно-диагностическим процессом и др.

Влияние основной и стимулирующей заработной платы медицинского персонала АПУ на показатели качества работы амбулаторно-поликлинических учреждений составляет не многим более 50 %, а остальное влияние определяется другими видами затрат и факторами.

Благодаря применению прогрессивных принципов оплаты труда медицинского персонала, ориентированных на результат в работе, в 2009 г. увеличилось число посещений в АПУ и составило 49 700 тыс. (в 2008 г. — 49 600 тыс.). Число посещений на дому так же увеличилось с 3,76 до 3,94 млн. Число посещений на одного жителя в поликлинике (включая посещения врачей на дому) по сравнению с 2009 г. увеличилось и составляет 8,6 (2008 г. — 7,4). Число посещений на 1 жителя в поликлинике, включая посещения стоматологов и врачей скорой помощи, не изменилось и составило 9,4.

Нарастают темпы развития стационарозамещающих видов медицинской помощи. В 2009 г. дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях имели 123 учреждения. Количество мест в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений в 2009 г. составило 3453 (в 2008 г.





— 2401). Число пролеченных больных в дневных стационарах при АПУ увеличилось и составило 80 518 человек (в 2008 г. — 76 635 человек).

Укомплектованность участковыми терапевтами городскими по занятой ставке в 2009 г. составила 95,3% (в 2008 г. — 94,4%), укомплектованность физическими лицами среди участковых врачей в 2009 г. достигла 73,6% (в 2008 г. — 69,5%). Функция врачебной должности увеличилась и составляет в 2009 г. 4202 (в 2008 г. — 4014).

Средняя заработная плата у врачей первичного звена составила 32 тыс. 680 руб., у медицинских сестер, работающих с ними, — 21 тыс. 400 руб., у врачей скорой медицинской помощи — 38 тыс. 230 руб., у среднего медицинского персонала станций скорой медицинской помощи — 26 тыс. 904 руб. и у среднего медицинского персонала фельдшерско-акушерских пунктов — 19 тыс. 435 руб.

Улучшение условий труда и повышение заработной платы привлекли в первичное звено за трехлетний период более 280 врачей и 165 средних медицинских работников.

В процессе исследования по оценке эффективности оплаты труда медицинского персонала и других материальных затрат, ориентированных на результат работы лечебных отделений стационаров больниц, в качестве зависимых переменных используются: средняя длительность пребывания больного на койке; смерть больного, не ожидаемая при поступлении (возникшая в процессе лечения); расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов; незапланированная повторная госпитализация; письменные замечания от руководства больницы и контролирующих вышестоящих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации, на качество обследования, диагностики и лечения пациентов (соблюдение МЭСов); обоснованные устные и письменные жалобы от пациентов и их родственников; удовлетворенность пациентов лечебно-диагностическим процессом; внедрение новых

современных методов в лечебно-диагностический процесс; штрафные санкции за пролеченных больных со стороны медицинских страховых организаций; оперативная активность; послеоперационные осложнения и др.

Наиболее тесная прямая взаимосвязь основной заработной платы врачей и медицинских сестер стационаров установлена с показателем, характеризующим удовлетворенность пациентов лечебным процессом, внедрение современных методов диагностики и лечения в работу, с оперативной активностью для врачей-хирургов, наиболее сильная обратная связь установлена с наличием жалоб, штрафных санкций, послеоперационных осложнений и средней длительностью пребывания больного на койке в стационаре.

По влиянию основных типов затрат на показатель удовлетворенности пациентов лечебно-диагностическим процессом в стационаре первое место занимает основная заработная плата врачей — 15% и медицинских сестер — 13%, затем расходы на лекарственные и диагностические средства — 12%, расходы на оборудование палат — 11%, услуги по содержанию имущества (ремонту медицинского оборудования), текущему и капитальному ремонту зданий и сооружений — 9%, стимулирующая заработная плата врачей — 8%, расходы на питание больных и сервисные услуги — 6%, стимулирующая заработная плата медицинских сестер — 6% и другие расходы.

Стимулирующая заработная плата врачей в стационаре имеет аналогичную с основной заработной платой тенденцию взаимосвязи, но в некоторых случаях сила связи с показателями МКР наиболее выражена.

Наибольшее влияние основных типов затрат на оперативную активность в стационаре оказывает основная заработная плата врачей — 28%, основная, стимулирующая зарплата медицинских сестер и врачей совместно оказывают влияние — 18%, приобретение медицинского оборудования — 15%, подготовка медицинских кадров — 8%,





расходы на медицинские технологии диагностики и лечения — 7%, расходы на оборудование палат, основных и подсобных помещений — 7% и другие расходы.

В здравоохранении Московской области работа по применению принципов оплаты труда, ориентированных на результат, создающих мотивацию перехода к менее затратным видам труда, то есть реализации принципа ресурсосбережения, проводится на основе внедрения медико-экономических стандартов (МЭС). Применение МЭС, наряду с применением обязательных перечней лечебно-диагностических процедур и лекарственных средств, позволяет вести персонализированный учет пролеченных больных с ведением лицевых счетов, дающих возможность определить затраты на конкретного больного.

В течение 2009 г. в учреждениях здравоохранения происходили структурные изменения: количество круглосуточных коек на конец года значительно сократилось за счет сокращения коечного фонда и составило в 2009 г. — 50 495 (в 2008 г. — 50 933), в том числе в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях 37 882 койки.

Обеспеченность круглосуточными койками в 2009 г. составила 75,2 на 10 000 населения (2008 г. — 76,3).

Уровень госпитализации в 2009 г. повысился и составил 195,3 на 1000 населения (в 2008 г. — 192,5), что свидетельствует о доступности стационарной медицинской помощи.

Работа койки в году составила 345,4 дня (в 2008 г. — 339 дней) со средней длительностью пребывания больного на койке 13,1 дня (в 2008 г. — 13,4).

Итогом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2009 г. явилось повышение качества и доступности бесплатной медицинской помощи населению, увеличение заработной платы медицинских работников, укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения,

повышение квалификации медицинских работников, расширение перечня профилактических мероприятий, в том числе в рамках национального календаря прививок, осуществление мониторинга здоровья работающего населения, улучшение оказания медицинской помощи женщинам и детям, а также увеличение объемов высокотехнологичных видов медицинской помощи и совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

В 2009 г. отмечается укрепление сложившейся в предыдущий период основной положительной тенденции — увеличение численности медицинских кадров.

Число врачей увеличилось в течение года на 286 человек, средних медицинских работников — на 399 человек.

Из анализа показателей работы лечебно-профилактических учреждений Московской области на основе оценки эффективности расходов на оплату труда и других затрат, ориентированных на результат, следует, что руководитель ЛПУ и/или структурного подразделения медицинской организации должен нести личную ответственность за выполнение ЛПУ и/или подразделением поставленных задач. Для обеспечения вертикали управления эту ответственность лучше всего закреплять в контракте данного руководителя. Такой подход и позволит избежать коллизий при распределении средств материального стимулирования среди работников подразделения и обеспечит действенные механизмы влияния руководителя медицинской организации на своих подчиненных.

Из полученных данных видно, что стимулом к высококачественному труду служит собственно заработная плата, а не ее повышение, поскольку уровень оплаты труда достаточно велик, чтобы заинтересовать работника в активном труде и высокой производительности. А угроза лишиться зарплаты целиком достаточно ощутима, чтобы ею пренебрегать.





При этом в определенный момент дальнейшее повышение основной и стимулирующей заработной платы не приносит желаемого эффекта, и улучшение показателей качества работы не происходит. Размер заработной платы, повышение которой не приводит к улучшению показателей качества работы, в каждом конкретном случае является индивидуальным и зависит от многих факторов, среди которых социальные условия жизни человека, ММОТ, регион и ряд других.

В условиях неблагоприятных явлений в экономике анализ эффективности расходов на оплату труда имеет большое практическое значение, так как позволяет находить способы заинтересовать медицинский персонал в улучшении качества оказания медицинской помощи на основе реализации принципа оплаты труда медицинских работников, ориентированного на результат.



Литература

1. Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 г.//Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р. М.: <http://www.rambler.ru>. 2008. — 87 с.
2. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. <http://www.zdravo2020.ru/concept>. М.: 2009.— 47 с.
3. О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета//Приказ Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2009 г. № 1047. — М.: 2009. — 78 с.
4. Сборник стандартов оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи в 3-х томах. — М.: Агар, 2006. Том 1 — 1287 с., Том 2 — 832 с., Том 3 — 976 с.
5. О внесении изменения в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.12.2007 № 818 «Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях»//Здравоохранение. Журнал для рук. и глав. бухг. — 2009. — № 4. — С. 107.
6. Положение об установлении системы оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений//Постановление Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. № 583//Главный врач. — 2009. — № 4 (IV). — С. 88–91
7. О внесении изменений в некоторые постановления Правительства Московской области об оплате труда работников государственных учреждений Московской области//Постановление Правительства Московской области от 23.03.2009 № 224/11. — 5 с.



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

В.М. Кураева,

аспирант ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России» г. Москва

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСХОДОВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утверждаемой ежегодно Правительством Российской Федерации, выделяются четыре вида медицинской помощи: скорая; амбулаторно-поликлиническая; медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах всех типов; стационарная помощь. Именно для этих видов помощи устанавливаются нормативы объемов помощи и финансовых затрат на единицу объемов помощи. Однако эти нормативы устанавливаются Программой только для медицинских учреждений субъектов Федерации и муниципальных образований. Но в российской системе здравоохранения часть ее учреждений является федеральными учреждениями. Эти учреждения осуществляют деятельность в сфере охраны здоровья, имущество которых находится в федеральной собственности, а сами учреждения административно подчинены множеству главных распорядителей средств федерального бюджета, включая федеральные органы исполнительной власти, в которых в соответствии с законодательством Российской Федерации предусмотрена военная и приравненная к ней служба. Однако до настоящего времени отсутствует полная информация о результатах деятельности федеральных медицинских учреждений. Для этих учреждений Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи не устанавливаются нормативы объемов помощи и финансовых затрат на единицу учета помощи. Следовательно, формально все объемы помощи в этих учреждениях могут предоставляться населению за плату. При этом государственные расходы на финансовое обеспечение деятельности этих учреждений весьма существенны.

Так, например, Федеральным законом от 19 декабря 2006 г. № 238-ФЗ «О федеральном бюджете на 2007 год» запланированы объемы финансирования медицинской помощи в федеральных медицинских учреждениях в объеме 46,4 млрд. рублей, из них: Росздраву — 14,9 млрд. рублей;

© В.И. Перхов, Е.Е. Балуев, В.М. Кураева, 2010 г.



Росмедтехнологиям — 14,2 млрд. рублей; РАМН — 9,2 млрд. рублей; ФМБА — 8,2 млрд. рублей. На обеспечение деятельности федеральных медицинских учреждений по оказанию стационарной медицинской помощи в целом по смете было предусмотрено 29,5 млрд. рублей (63,6% от общей суммы), на оказание высокотехнологичной медицинской помощи — 16,3 млрд. рублей (35,0%), на оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических подразделениях федеральных медицинских учреждений — 0,65 млрд. рублей (1,4%). Фактические расходы федерального бюджета на оказание медицинской помощи в федеральных медицинских организациях составили в 2007 году 46,7 млрд. рублей, в том числе высокотехнологичной специализированной медицинской помощи — 17,3 млрд. рублей.

Ассигнования федерального бюджета используются для финансирования и других мероприятий в сфере здравоохранения. Согласно данным из доклада Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году», только на оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях субъектов Федерации и муниципальных образований затрачено в 2007 году средств федерального бюджета 108,7 млрд. рублей, а на оказание стационарной помощи — 4,9 млрд. рублей. Расходы федерального бюджета на профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С составили 7,7 млрд. рублей, денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений скорой медицинской помощи — 6,7 млрд. рублей. Существенные объемы средств были переданы в 2007 году из федерального бюджета ФФОМС (90,7 млрд. рублей) и Фонду социального страхования Российской Федерации (10,7 млрд. рублей) на обеспечение отдельных категорий граждан жизненно необходимыми лекарственными средствами.

Согласно данным из доклада Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 году», фактические расходы федерального бюджета в 2008 году включали не только затраты на оказание медицинской помощи в федеральных медицинских организациях (180,4 млрд. рублей), а также расходы на профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С (8,0 млрд. рублей), дополнительную иммунизацию населения в рамках национального календаря профилактических прививок (5,0 млрд. рублей), денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений скорой медицинской помощи (8,1 млрд. рублей), расходы на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, а также лекарственными средствами, предназначенными для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом (46,8 млрд. рублей), денежные выплаты участковым и другим врачам и медицинским сестрам на оказание дополнительной бесплатной медицинской помощи (21,0 млрд. рублей), дополнительную диспансеризацию работающих граждан (5,7 млрд. рублей), диспансеризацию находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот (0,5 млрд. рублей), реализацию пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (3,4 млрд. рублей), а также оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по санаторно-курортному лечению (2,0 млрд. рублей), дополнительные медицинские осмотры граждан, работающих в отраслях с вредными и (или) опасными производственными условиями (7,7 млрд. рублей).

Согласно данным из доклада Минздравсоцразвития России «О ходе реализации





Таблица 1

**Показатели фактических расходов средств федерального бюджета
при оказании скорой медицинской помощи в 2007 и 2008 гг.
(по данным Минздравсоцразвития России)**

Отчетный период, вид показателя	Абсолютные показатели (млн. рублей)		Удельный вес расходов по предметным статьям (%)	
	2007 год	2008 год	2007 год	2008 год
Предметные статьи расходов				
Скорая медицинская помощь всего, в том числе:	7891,43	6033,64	100,0	100,0
Оплата труда с начислениями	4668,22	5496,27	59,16	91,09
Приобретение услуг	0,00	0,92	0,00	0,02
Социальное обеспечение	0,00	0,00	0,00	0,00
Прочие расходы	0,00	0,05	0,00	0,00
Поступление нефинансовых активов	3223,21	536,40	40,84	8,89

Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 году», целевые ассигнования федерального бюджета фактически были использованы не только для денежных выплат медицинскому персоналу учреждений **скорой медицинской помощи** (4,6 млрд. рублей), но и для компенсации затрат при оказании этого вида помощи по предметной статье расходов «Поступление нефинансовых активов» (3,2 млрд. рублей в 2007 году и 0,5 млрд. рублей в 2008 году), включающей подстатьи: приобретение для учреждений скорой медицинской помощи медицинского оборудования (0,8 млрд. рублей в 2007 году и 0,4 млрд. рублей в 2008 году), а также прочих основных средств (2,4 млрд. рублей в 2007 году и 0,2 млрд. рублей в 2008 году).

В *таблице 1* представлены показатели фактических расходов средств федерального бюджета при оказании скорой медицинской помощи в 2007 и 2008 гг.

Средства федерального бюджета, предназначенные для целевых мероприятий, проводимых **в амбулаторно-поликлинических условиях**, согласно данным из доклада Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации

бесплатной медицинской помощи в 2008 году», были использованы для компенсации затрат региональных **амбулаторно-поликлинических учреждений** по всем основным предметным статьям расходов.

В *таблице 2* представлена структура фактических расходов целевых средств федерального бюджета при оказании амбулаторно-поликлинической помощи в региональных учреждениях здравоохранения в 2007 и 2008 гг.

При общем снижении в 2008 году в сравнении с 2007 годом объемы целевых ассигнований федерального бюджета на обеспечение населения амбулаторно-поликлинической помощью, расходы на оплату труда работников здравоохранения, участвующих в оказании этого вида помощи, увеличились на 25%, а на социальное обеспечение — в 9 тыс. раз. За этот же период расходы на приобретение услуг в рамках данного вида помощи возросли в 4 раза.

Целевые ассигнования федерального бюджета на обеспечение населения амбулаторно-поликлинической помощью затрачены региональными учреждениями на приобретение медикаментов и перевязочных средств (75,6 млрд. рублей в 2007 году и 43,5 млрд. рублей в 2008 году), медицинского оборудования (13,1 млрд. рублей в 2007 году и 0,9 млрд.



Таблица 2

Показатели фактических расходов средств федерального бюджета на амбулаторно-поликлиническую помощь в 2007 и 2008 гг. (по данным Минздравсоцразвития России)

Отчетный период, вид показателя	Абсолютные показатели (млн. рублей)		Удельный вес расходов по предметным статьям (%)	
	2007 год	2008 год	2007 год	2008 год
Предметные статьи расходов				
Амбулаторно-поликлиническая помощь всего, в том числе:	108 715,72	77 035,35	100,0	100,0
Оплата труда с начислениями	18 999,49	23 657,17	17,48	30,71
Приобретение услуг	264,33	1077,29	0,24	1,40
Социальное обеспечение	0,71	6497,70	0,00	8,43
Прочие расходы	15,27	18,10	0,01	0,02
Поступление нефинансовых активов	89 435,91	45 785,09	82,27	59,43

Таблица 3

Показатели фактических расходов средств федерального бюджета на стационарную медицинскую помощь в 2007 и 2008 гг. (по данным Минздравсоцразвития России)

Отчетный период, вид показателя	Абсолютные показатели (млн. рублей)		Удельный вес расходов по предметным статьям (%)	
	2007 год	2008 год	2007 год	2008 год
Предметные статьи расходов				
Стационарная медицинская помощь всего, в том числе:	4962,85	10426,61	100,0	100,0
Оплата труда с начислениями	968,02	2482,34	19,51	23,81
Приобретение услуг	60,78	71,68	1,22	0,69
Социальное обеспечение	0,06	0,00	0,001	0,00
Прочие расходы	1,41	24,67	0,03	0,24
Поступление нефинансовых активов	3932,58	7847,92	79,24	75,27

рублей в 2008 году), приобретение реактивов и химикатов (0,3 млрд. рублей в 2007 году и 0,8 млрд. рублей в 2008 году) и даже на приобретение горюче-смазочных материалов (4,7 млн. рублей в 2007 году и 4,2 млн. рублей в 2008 году) и мягкого инвентаря (11,2 млн. рублей в 2007 году и 7,7 млн. рублей в 2008 году).

В 2008 году в сравнении с 2007 годом объемы расходов федерального бюджета на обеспечение населения стационарной медицинской помощью увеличились более чем в два раза (таблица 3).

При оказании данного вида помощи расходы федерального бюджета на оплату труда с начислениями возросли в 2,6 раза, на приобретение продуктов питания — в 2,8 раза, на приобретение медицинского оборудования — в 2,2 раза, на прочие расходы — в 17,5 раза. При оказании больничной помощи в региональных медицинских учреждениях средства федерального бюджета и в 2007, и 2008 гг. затрачивались на приобретение горюче-смазочных материалов, коммунальные услуги, приобретение услуг связи, транспортные услуги.





Таблица 4

**Показатели фактических расходов средств федерального бюджета
на медицинскую помощь в дневных стационарах в 2007 и 2008 гг.
(по данным Минздравсоцразвития России)**

Отчетный период, вид показателя	Абсолютные показатели (млн. рублей)		Удельный вес расходов по предметным статьям (%)	
	2007 год	2008 год	2007 год	2008 год
Предметные статьи расходов				
Медицинская помощь в дневных стационарах всего, в том числе:	40,90	84,79	100,0	100,0
Оплата труда с начислениями	11,50	43,45	28,12	51,25
Приобретение услуг	0,01	0,44	0,02	0,52
Социальное обеспечение	0,00	0,00	0,00	0,00
Прочие расходы	0,00	0,10	0,00	0,12
Поступление нефинансовых активов	29,39	40,79	71,86	48,10

Одним из условий участия медицинского учреждения (организации) в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи является наличие у этого учреждения соответствующей лицензии. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. № 30 и Приказ Минздравсоцразвития России от 10 мая 2007 г. № 323, регламентирующие лицензирование медицинской деятельности, выделяют следующие основные виды медицинской помощи: **1)** доврачебная; **2)** амбулаторно-поликлиническая; **3)** стационарная; **4)** скорая и скорая специализированная (санитарно-авиационная); **5)** высокотехнологичная; **6)** санаторно-курортная. При этом первичная медико-санитарная помощь, медицинская помощь женщинам в период беременности, а также специализированная медицинская помощь как основные виды помощи не выделяются и могут быть отнесены как к амбулаторно-поликлинической помощи, так и к стационарной помощи.

Ранее Приказ Минздрава России от 26 июля 2002 г. № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности» включал как объект лицензирования медицинскую помощь, предоставляемую в дневных стационарах

при амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, однако этот документ утратил силу.

В действующих нормативных актах о лицензировании медицинской деятельности медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах, отсутствует. Однако, согласно Постановлению Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», эта помощь может быть предоставлена в рамках базовой программы ОМС. Нормативы финансовых затрат на оказание этого вида помощи в рамках базовой программы ОМС составляли 228,1 рубля на один пациенто-день в 2007 году и 258,1 рубля в 2008 году. С учетом нормативов объемов помощи в дневных стационарах (0,479 пациенто-дней на одного жителя за счет средств ОМС и 0,098 пациенто-дней за счет бюджетов) объемы нелегитимизированной деятельности медицинских учреждений могут составлять до 82 млн. пациенто-дней ежегодно (в том числе 68 млн. за счет средств ОМС).

Объемы расходов федерального бюджета на обеспечение населения медицинской помощью в дневных стационарах в 2008 году



Таблица 5

**Показатели фактических расходов средств федерального бюджета
на прочие виды медицинской помощи в 2007 и 2008 гг.
(по данным Минздравсоцразвития России)**

Отчетный период, вид показателя	Абсолютные показатели (млн. рублей)		Удельный вес расходов по предметным статьям (%)	
	2007 год	2008 год	2007 год	2008 год
Предметные статьи расходов				
Прочие виды медицинской помощи всего, в том числе:	7938,05	11426,77	100,0	100,0
Оплата труда с начислениями	1711,60	1127,57	21,56	9,87
Приобретение услуг	26,16	430,46	0,33	3,77
Социальное обеспечение	0,00	1047,61	0,00	9,17
Прочие расходы	21,75	6,28	0,27	0,05
Поступление нефинансовых активов	6178,54	8814,84	77,83	77,14

в сравнении с 2007 годом увеличились более чем в два раза (таблица 4).

В наибольшей степени при оказании данного вида помощи возросли расходы федерального бюджета на приобретение услуг — в 58,3 раза и мягкого инвентаря — в 4,1 раза. На оплату труда с начислениями расходы федерального бюджета увеличились в 3,8 раза, на приобретение медицинского оборудования — в 2,1 раза.

Федеральным законом от 26 апреля 2007 г. № 63-ФЗ «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации в части регулирования бюджетного процесса и приведении в соответствие с бюджетным законодательством Российской Федерации отдельных законодательных актов Российской Федерации» внесены изменения в бюджетную классификацию расходов. В частности, впервые выделены бюджетные расходы на оказание прочих видов медицинской помощи. За два года расходы федерального бюджета на оказание этих видов помощи существенно увеличились (таблица 5).

Следует подчеркнуть, что при полном отсутствии в 2007 году расходов федерального бюджета на социальное обеспечение работников здравоохранения в 2008 году эти расходы по рассматриваемому виду

помощи составили 1 млрд. рублей. В разрезе предметных статей расходов при оказании данного вида помощи в 16,5 раза возросли расходы федерального бюджета на приобретение услуг (в том числе на коммунальные услуги — в 2,3 раза, на транспортные услуги — в 4,8 раза), на приобретение горюче-смазочных материалов — в 2,0 раза. При этом расходы на заработную плату снизились на 30%.

* * *

Согласно данным Минздравсоцразвития России, за два года объемы расходов федерального бюджета при обеспечении государственных гарантий медицинской помощи в медицинских учреждениях государственно-муниципального сектора здравоохранения (без учета федеральных учреждений) в целом снизились с 129,5 млрд. рублей в 2007 году до 105,0 млрд. рублей в 2008 году (на 19%). Наибольшее снижение объемов ассигнований федерального бюджета отмечено при финансировании гарантированной амбулаторно-поликлинической помощи (на 29,1%). Объемы финансирования скорой медицинской помощи снизились при этом на 23,5%. За этот же период в 2,1 раза возросли расходы федерального бюджета на оказание стационарной медицинской помощи и меди-





цинской помощи в дневных стационарах, объемы финансирования прочих видов медицинской помощи увеличились в 1,4 раза.

Безусловно, объемы расходов федерального бюджета являются одним из основных показателей внимания государства к финансированию системы охраны здоровья граждан. Но эти ассигнования носят исключительно целевой характер. Вместе с тем рассмотренные в публикации данные позволяют сделать вывод о том, что целевые ассигнования федерального бюджета используются медицинскими учреждениями субъектов Федерации и муниципальных образований для покрытия затрат по всем направлениям расходов, а не только по тем, на которые были запланированы и выделены ассигнования федерального бюджета.

В соответствии со статьей 20.1 Основ (введена Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ) Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь (в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ). В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи предусматриваются условия оказания медицинской помощи, критерии качества и доступности медицинской помощи (в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ).

Фактически все эти важнейшие характеристики медицинской помощи отсутствуют в Программе. В Программе лишь перечислены наименования некоторых основных показателей качества и доступности медицинской помощи, но нет их целевых (пороговых) значений. При этом действующее законодательство о лицензировании медицинской деятельности позволяет медицинским учреждениям

предоставлять существенные объемы помощи по Программе государственных гарантий без лицензии, то есть в условиях, которые могут не соответствовать требованиям безопасности и эффективности.

В Программе сказано о том, что порядок и условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи устанавливаются территориальной программой, на основе которых и проводится их оценка. То есть Программа содержит плановые объемные и финансовые показатели гарантированной медицинской помощи, но не содержит плана на результат оказания этой помощи. Фактически территориальные органы управления здравоохранением не только замещают часть своих расходов по отдельным предметным статьям целевыми ассигнованиями из федерального бюджета, но и могут установить сами себе любые результирующие показатели деятельности в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания собственному населению бесплатной медицинской помощи.

Формат Программы не предусматривает показателей, дифференцирующих каждый вид медицинской помощи по составу, затратам, сложности и условиям ее оказания. Объектом Программы остается медицинская помощь, то есть комплекс диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых при болезнях, травмах, отравлениях, беременности и родах. При этом все виды медицинской помощи могут предоставляться населению государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения за плату в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Кроме того, Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 № 27 утверждены





«Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», а не «Правила предоставления населению платной медицинской помощи». То есть в двух указанных актах рассматриваются разные объекты деятельности в сфере охраны здоровья одной и той же популяции населения. В результате бесплатно (в рамках бюджетного законодательства) населению в медицинских учреждениях предоставляется медицинская помощь, а платно (по договорам возмездного оказания услуг, то есть в рамках гражданского законодательства) — медицинские услуги.

Формируемый ежегодно Минздравсоцразвития России доклад «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» содержит в основном экономические результаты реализации Программы. Результаты мероприятий по охране здоровья населения (показатели смертности, заболеваемости, уровня обеспеченности населения медицинской помощью) в докладе отсутствуют. Нет в докладах и анализа динамики структурных показателей расходов бюджетов и средств ОМС на обеспечение государственных гарантий в сфере здравоохранения.

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 года № 913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской

помощи на 2009 год» Минздравсоцразвития России совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования подготовило и издало «Рекомендации по способам оплаты медицинской помощи, ориентированным на результаты деятельности учреждений здравоохранения, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, подготовлены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации». Но количественных критериев результативности деятельности учреждений здравоохранения в указанных рекомендациях нет. Не регламентирована также структура расходов федерального бюджета при оказании видов гарантированной медицинской помощи. В результате средства федерального бюджета превратились в дополнительный канал финансирования недофинансированных региональных систем здравоохранения без существенных институциональных преобразований не только в самих этих системах, но и в нормативных актах, регулирующих деятельность этих систем.

«Однако если ограничиться только вливанием денег из федерального бюджета даже в самые приоритетные сферы здравоохранения и не провести системные реформы, то завтра понадобятся дополнительные средства, чтобы снова «затыкать дыры» — теперь уже другие»¹.

¹ Шейман И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи//Доклад ГУ ВШЭ. — 2009. — 66 с.



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



РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ НОВОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Сегодня в мире отмечается неуклонное нарастание веса и значения здравоохранения в формировании общественного здоровья. Также наблюдается реструктуризация патологии человека, заключающаяся в увеличении распространенности ресурсоемких заболеваний, представленных инволюционными и дегенеративными состояниями. Это обуславливает дальнейшее развитие новых, наукоемких и инновационных способов диагностики и лечения заболеваний, что сопровождается также значительным удорожанием стоимости медицинских услуг.

Высокотехнологичная медицинская помощь (далее по тексту — ВМП) — это наиболее эффективный, приводящий к существенному и стойкому улучшению состояния здоровья, качества жизни пациента, пользующийся высоким спросом у населения, но наименее доступный вид медицинской помощи.

Одной из стратегических целей современной государственной политики в сфере здравоохранения является увеличение удовлетворенности населения ВМП за счет увеличения объемов целевых средств, выделяемых из федерального бюджета, совершенствования порядка предоставления населению ВМП, а также строительства новых центров высоких медицинских технологий [1, 2].

В 2007 году в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 г. № 139 начато строительство новых федеральных центров высоких медицинских технологий по следующим направлениям: сердечно-сосудистая хирургия (в Калининграде, Астрахани, Красноярске, Пензе и Хабаровске), травматология, ортопедия и эндопротезирование (в Краснодаре, Смоленске, Владивостоке, Чебоксарах), нейрохирургия (в Тюмени, Новосибирске). Каждый из этих центров должен будет обеспечивать высокотехнологичной медицинской помощью от 3,5 до 5,0 тыс. пациентов в год.

Строительство Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, расположенного в г. Пензе (далее по тексту — Центр), было завершено в 2008 году. Этот Центр является первым из новых федеральных центров высоких медицинских технологий, введенных в эксплуатацию.

С целью разработки предложений по обеспечению эффективности работы новых центров высоких медицинских технологий, нами проведено исследование первых результатов деятельности указанного Центра за период с сентября 2008 года по июнь 2009 года.

© А.В. Белостоцкий, 2010 г.



Центр оказывает ВМП по государственному заданию, используя при этом самые современные кардиохирургические методы лечения. Руководство учреждением осуществляется главным врачом, а профильными структурными подразделениями — заведующими отделениями — врачами, имеющими соответствующую специальность и необходимый опыт работы. В состав Центра входят 27 подразделений, в том числе консультативно-поликлиническое отделение на 100 посещений в смену (включая 40 посещений в смену для детей), приемное отделение, отделения лучевой, лабораторной и функциональной диагностики, аптека.

Стационар Центра состоит из четырех кардиохирургических отделений на 167 коек (из которых одно детское на 17 коек), двух отделений анестезиологии и реаниматологии, операционного блока, отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Из числа врачей имеют ученую степень кандидата медицинских наук 13 специалистов (13,4% от общего количества врачей), высшую квалификационную категорию 21 специалист, первую квалификационную категорию 24 специалиста, вторую квалификационную категорию 13 специалистов. Всего 71 врач, или 74,0% от общего количества врачей имеют квалификационную категорию.

Проведенный нами анализ деятельности Центра показал, что в Центр госпитализируют больных из Пензенской, Саратовской, Ульяновской, Самарской и Оренбургской областей, Республики Марий Эл и Мордовия. От общего числа поступивших больных 35,3% составили сельские жители, 6,0% — дети от 0 до 17 лет и 20,7% — лица старше 60 лет. Средняя длительность пребывания больного на койке составила 10,15 дня, оборот койки 11,42 дня. 97,3% объемов медицинской помощи в Центре оказано взрослым пациентам (17 лет и старше), страдающим болезнями системы кровообращения, из них 71,0% приходится на ишемическую болезнь сердца. Хронические ревматические заболевания

составляют 7,4% от общего числа болезней системы кровообращения, 0,8% — болезни, характеризующиеся повышением кровяного давления. Больные с врожденными аномалиями системы кровообращения составили 1,8% от общего числа пролеченных пациентов. Эти контингенты больных составили основную долю (97,7%) детей, пролеченных в Центре.

Больничная летальность составила 0,88% в 2008 году и 1,5% в первом полугодии 2009 года, что соответствует аналогичным показателям крупных кардиохирургических клиник Западной Европы (от 0,9 до 1,5%). Причиной смерти во всех случаях явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, связанная с исходной тяжестью заболеваний умерших пациентов.

Всего за исследуемый период в Центре выполнено 1321 оперативное вмешательство. Оперативная активность составила 81,0%. Среди операций по поводу врожденной сердечной патологии у детей более половины (51,0%) выполнены в младенческом возрасте, из них 17,3% — у новорожденных. За первое полугодие 2009 года выполнено 45 операций у детей до года, что составляет 70,0% от общего количества операций у детей. Всего за период функционирования Центра детям было выполнено 83 вмешательства в условиях искусственного кровообращения. Хирургическая летальность составила 2,7% (3 новорожденных с крайне тяжелой сердечной патологией). Следует отметить, что в Центре впервые в Российской Федерации выполнена операция Никаидо (транслокация корня аорты + реимплантация коронарных артерий) у ребенка до года.

Показатели хирургической работы учреждения характеризуются следующими данными. Из общего числа оперативных вмешательств операции, выполненные с применением высоких технологий, составляют 96,2%. Из числа прооперированных больных осложнения наблюдались у 20 больных, или в 3,1% случаев от общего количества операций. В структуре оперативных вмеша-





тельств основная доля операций (96,7%) приходится на операции на сердце, из них выполнено детям 5,5%. Из общего числа операций, выполненных на сердце, 60,5% составляют операции, выполненные на открытом сердце, в том числе 55,9% — операции, выполненные с применением искусственного кровообращения. Операции детям, выполненные с применением искусственного кровообращения, составляют 8,3% от общего числа операций на сердце.

В структуре оперативных вмешательств на сердце основную долю (62,4%) составляют операции по поводу ишемической болезни сердца, из них 64,6% — операции аортокоронарного шунтирования и 35,4% — ангиопластика коронарных артерий. Из общего количества операций 1,4% оперативных вмешательств выполнены на аорте. Коррекция врожденных пороков сердца в структуре оперативных вмешательств составила 8,2% от общего количества операций на сердце, из них 65,4% выполнены детям при коррекции врожденных пороков сердца. Коррекция приобретенных пороков сердца в структуре оперативных вмешательств составила 9,4% от общего числа операций на сердце.

Операции при нарушении ритма сердца в структуре оперативных вмешательств составили 16,8%, в том числе имплантация электрокардиостимуляторов — 19,6% от общего количества операций, выполненных при нарушении ритма; 80,4% — операции при коррекции тахикардии (из них 1 операция выполнена ребенку).

Реабилитация пациентов после оказания ВМП в Центре проводится на базе МУЗ

«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарына», ГУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н.Бурденко» и ЛПУ «Санаторий имени Володарского». В 2008 году в указанный санаторий было направлено на реабилитацию 77 пациентов (13,0% от общего количества выписанных больных), в МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарына» и ГУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н.Бурденко» — 121 пациент (20,0% от общего количества выписанных больных). В то же время следует отметить, что большинство пациентов (392, или 67,0% от общего количества выписанных больных) были выписаны домой, что свидетельствует о необходимости дальнейшей отработки механизмов преемственности в плане проведения реабилитации (особенно неработающих граждан) между центрами ВМТ и другими учреждениями различных организационно-правовых форм и ведомственной подчиненности.

В целом проведенный анализ свидетельствует о достаточно высокой эффективности деятельности Центра. При этом объемы государственного задания, доводимого до Центра Минздравсоцразвития России, недостаточны. Подтверждением этому является то, что государственное задание на 2009 год Центром выполнено досрочно. Это также свидетельствует о необходимости принятия мер по увеличению удовлетворенности населения субъектов Российской Федерации, находящихся в зоне обслуживания Центра, в объемах современных кардиохирургических вмешательств.



Литература

1. Вишняков Н.И., Кечаева Н.В. Неравенство граждан РФ в получении высокотехнологической помощи (дорогостоящей) медицинской помощи//В сб. Проблемы городского здравоохранения. — Вып. 10. Сб. науч. тр./Под ред. Н.И. Вишнякова. — М., 2005. — С. 13–15.
2. Хальфин Р.А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы//Экономика здравоохранения. — 2007. — № 11. — С. 45–50.



Д.А. Шевцов,

заместитель главного врача по организационно-методической и статистической работе МУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница», г. Иркутск

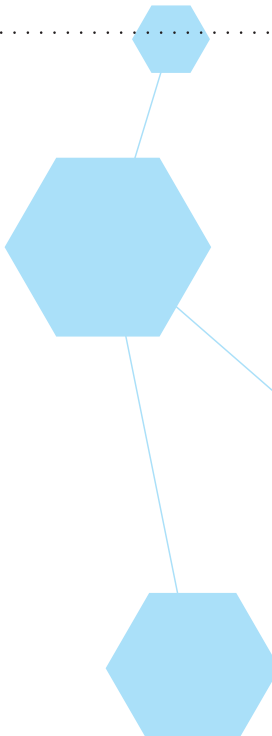
Д.В. Пивень,

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

В.А. Новожилов,

д.м.н., профессор, главный врач МУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница», г. Иркутск

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МОТИВАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ



Одной из главных задач российского здравоохранения является повышение качества медицинской помощи на основе внедрения адекватных мотивационных экономических механизмов. Несмотря на то, что публикации на эту тему довольно часто появляются в различных медицинских изданиях, актуальность данной проблемы остается весьма высокой. Применительно к стационарной медицинской помощи, которая и является предметом рассмотрения настоящей статьи, одной из главных проблемных задач является следующая.

Как сократить коечный фонд, оптимизировать его структуру, повысить качество оказываемой медицинской помощи, повысить заработную плату персоналу, но при этом не пойти по пути банального сокращения численности медицинских работников, увеличивая нагрузку на оставшихся и примитивно экономя фонд оплаты труда?

Вариант с сокращением численности персонала, увеличением нагрузки на оставшихся и с экономией за счет этого фонда оплаты труда многими уже пройден и никаких качественных рывков в нашей системе здравоохранения не обеспечил. На многих примерах убедительно доказал это и кризисный 2009 год.

В этой связи предлагаем вниманию читателя иной опыт работы в данном направлении Муниципального учреждения здравоохранения г. Иркутска «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница» (МУЗ г. Иркутска ГИМДКБ).

Данное учреждение, являясь одним из крупных многопрофильных детских медицинских учреждений Восточной Сибири, оказывает квалифицированную, специализированную и высокотехнологичные виды медицинской помощи хирургического и педиатрического профилей детям и подросткам города Иркутска и Иркутской области с первых суток жизни до 17 лет включительно.





Первым этапом работы по реструктуризации коечного фонда больницы и повышению качества медицинской помощи стал анализ исходной ситуации. На основании базы данных МУЗ г. Иркутска ГИМДКБ были проанализированы в динамике структура и основные показатели работы коек стационара за последние 10 лет.

Коечный фонд МУЗ г. Иркутска ГИМДКБ составлял в 1999 году 850 коек и имел постоянную тенденцию к сокращению. В 2008 году он составил 810 коек, то есть сократился за анализируемый период на 4,7%. Несмотря на отмеченную тенденцию, использование коечного фонда не превышала 93% от плана.

Среднегодовая занятость койки в целом по учреждению также не превышала 340 дней, хотя и имела некоторую тенденцию к росту. Число пролеченных больных за анализируемый период колебалось от 16 503 человек (1999 год) до 22 502 человек (2008 год), ежегодное среднее значение — 19 589 человек. При тенденции увеличения количества пролеченных больных имело место сокращение сроков лечения с 13,8 дней в 1999 году до 11,7 в 2008 году. Соответственно оборот койки увеличился с 25,9 до 27,9.

На основании проведенного анализа был сделан вывод о том, что целесообразна дальнейшая и при этом более активная реструктуризация коечного фонда учреждения.

До 2009 года стоимость лечения одного больного в профильном отделении стационара, как и во многих других, определялась простым умножением стоимости 1 койко-дня в соответствующем профильном отделении на срок лечения пациента. Естественно, что данная организационно-экономическая модель, даже в условиях ограничивающего объема стационарной помощи муниципального заказа, ориентировала учреждение на выполнение максимального возможного количества койко-дней.

При этом, как известно:

— ЛПУ не заинтересовано в снижении уровня заболеваемости;

— ЛПУ не несет прямой ответственности за снижение показателей смертности населения;

— ЛПУ не нацелено на повышение качественных показателей медицинской помощи (отсутствие мотивации).

В 2009 году в Иркутской области было введено в действие Положение «О порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Иркутской области». В соответствии с данным Положением оплата медицинских услуг, оказанных в стационаре медицинского учреждения, производится за пролеченного больного, исходя из установленного норматива длительности лечения в профильном отделении круглосуточного стационара (законченный случай) по средней стоимости 1 койко-дня. Положением установлено, что при выписке больного в срок не менее 50% от установленного норматива оплата производится в целом за законченный случай. Однако при превышении норматива средней длительности лечения оплата производится также в объеме законченного случая, но уже без учета данного превышения. При досрочной выписке больного (менее 50% от нормативной длительности пребывания), при невыполнении стандартов лечения, самовольном уходе пациентов до завершения лечения оплата осуществляется по фактическим дням пребывания в стационаре, исходя из расчета стоимости 1 койко-дня по профилю отделения. Стационарозамещающие виды помощи (койки дневного пребывания) финансируются в фактических объемах. Таким образом, после введения в действие указанного выше Положения для лечебного учреждения держать больного на койке круглосуточного пребывания выше установленного норматива стало экономически невыгодно.

Сокращение средней длительности лечения при оплате по законченному случаю практически сразу позволило учреждению безболезненно сократить 50 коек, но при этом полностью сохранить медицинские кадры.

Вполне закономерно, что следующим этапом работы по планированию и реализации реформирования МУЗ г. Иркутска ГИМДКБ





стала разработка и внедрение системы материальной заинтересованности сотрудников в получении качественных результатов работы. Был разработан внутриучрежденческий документ — «Положение о стимулирующих выплатах за качество и интенсивность труда работников МУЗ г. Иркутска ГИМДКБ».

Для определения размера стимулирующих надбавок для различных категорий работников ЛПУ были сформированы индикаторы деятельности на основе представленных ниже количественных и качественных показателей:

- сроки лечения по профилю отделений, исходя из норматива длительности лечения;
- выполнение плановых объемных показателей (число и структура пролеченных больных, длительность пребывания);
- отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов, родителей, родственников на качество лечения;
- отсутствие необоснованной ранней выписки и регоспитализаций;
- отсутствие необоснованных отказов в госпитализации;
- отсутствие случаев внутрибольничной инфекции, гнойно-септических и послеоперационных осложнений;
- соблюдение санитарно-эпидемического режима;
- отсутствие ятрогенных осложнений;
- смерть больного, не ожидаемая при поступлении (возникшая в процессе лечения);
- отсутствие нарушений правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности.

В целом предложенная система предусматривает определение степени достижения ожидаемого результата в каждом конкретном случае, изучение качества работы медицинского персонала и определение произведенных затрат с последующим дифференцированным распределением надбавки.

Размер стимулирующей надбавки устанавливается в абсолютном значении приказом по учреждению с учетом качественных и объемных показателей.

Размер стимулирующих надбавок за качество и интенсивность труда определяется решением Комиссии по проведению оценки эффективности деятельности отделений, качества исполнения должностных обязанностей МУЗ г. Иркутска ГИМДКБ с учетом интегральных показателей оценки качества медицинской помощи в соответствии с действующим Положением о системе контроля качества медицинской помощи в МУЗ г. Иркутска ГИМДКБ. Выплаты стимулирующих надбавок за качество могут снижаться при условии ненадлежащего выполнения технологий, должностных обязанностей, Правил внутреннего трудового распорядка.

Размер надбавок носит индивидуальный характер по результатам деятельности и определяется ежемесячно. Оценка качества и эффективности медицинской помощи у врачей и среднего медицинского персонала осуществляется путем сопоставления достигнутых результатов в ходе проведенных лечебно-диагностических мероприятий с установленными нормативами.

Для реализации механизмов контроля качества разработан и используется набор оценочных таблиц, позволяющих определить размер надбавок в зависимости от фактического уровня показателей.

При проведении анализа деятельности МУЗ г. Иркутска ГИМДКБ за 2009 год отмечена заметная положительная динамика по ряду показателей по сравнению с предыдущим периодом:

- количество пролеченных больных увеличилось по сравнению с 2008 годом на 8,6% (2008 год — 22 502 человек, а в 2009 году — 24 458 человек);
- средняя длительность лечения составила в 2009 году 10,4 дней (2008 год — 11,7), при этом оборот койки составил 32,5 (2008 год — 27,9);
- средняя заработная плата врачебного персонала увеличилась за 2009 г. на 37% (январь 2009 года — 15 755 рублей, декабрь 2009 года — 21 585 рублей).

При этом ни один из качественных показателей не ухудшился. Понятно, что ключевая





задача — улучшить эти показатели, но для такого анализа требуется более длительное наблюдение, что мы непременно и сделаем.

Таким образом, предложенная схема реструктуризации коечного фонда в сочетании с внедрением мотивационных и прежде всего экономических факторов повышения качества труда медицинского персонала позволяет решить следующие задачи:

- обеспечить переход от принципа «госпитализации больного во что бы это ни стало» к принципу оказания помощи конкретному больному за одно обращение с минимизацией времени пребывания в стационаре;
- пересмотреть структуру и коечный фонд учреждения с учетом реальных потребностей населения в стационарной медицинской помощи;

- уменьшить нагрузку на врачей стационарных отделений по числу курируемых больных;
- определить пути сокращения коечного фонда на основе стационарозамещающих технологий в лечении больных;
- разработать и внедрить систему материальной заинтересованности медицинского персонала в получении качественных результатов работы.

Следует подчеркнуть, что одним из главных достоинством внедряемой модели является то, что сокращение коечного фонда, его структурные изменения, повышение заработной платы врачей и средних медицинских работников не сопровождаются сокращением медицинского персонала и усиленной эксплуатацией оставшихся работников.

Здравоохранение-2010



ГОСДУМА ПРИНЯЛА В ПЕРВОМ ЧТЕНИИ ЗАКОНОПРОЕКТ, УЛУЧШАЮЩИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

В настоящее время наблюдается сильная диспропорция в обеспечении лекарственными средствами населения, проживающего в городах и деревнях (не в пользу последних), заявила первый заместитель руководителя фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ», член Комитета Госдумы по охране здоровья, заслуженный врач РФ Татьяна Яковлева, комментируя принятие в первом чтении изменений в статью 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и статью 2 Федерального закона «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием платежных карт» в части повышения доступности лекарственного обеспечения жителей сельских поселений.

«Сельские жители не должны чувствовать себя россиянами второго сорта, брошенными на волю судьбы государством. Поэтому данным законопроектом разрешается в тех селах, где нет ни аптек, ни фармацевтов, продавать лекарства прямо в центрах врачей общей практики, амбулаториях, фельдшерских пунктах. Причем для этого вида торговли даже предусмотрено исключение: сельским врачам не надо будет проходить ускоренный курс освоения кассовых аппаратов и пробивать чеки», — отметила депутат.

Подобная практика обеспечения лекарствами сельских жителей давно уже существует в Европе. Например, в Бельгии, Нидерландах, Ирландии проблема с лекарственным обеспечением решена предоставлением разрешения врачам реализовывать лекарственные средства пациентам. Обеспечиваемый врачами товарооборот составляет от 1% (Бельгия, Ирландия) до 20%. В Великобритании около 4 тысяч врачей, практикующих в сельской местности (12% от общего числа врачей общей практики), имеют право реализовать лекарственные средства своим пациентам. В Словении врачи общей практики могут продавать препараты в населенных пунктах, которые расположены более чем в 10 км от ближайшей аптеки. Так что зарубежный опыт подтверждает эффективность таких мер при обеспечении селян медикаментами.



А.А. Кайгородов,

главный врач МУЗ «Искитимская центральная городская больница», г. Искитим

Г.З. Рот,

директор, главный врач некоммерческой организации «Фонд развития и оказания специализированной медицинской помощи «Медсанчасть-168», г. Новосибирск

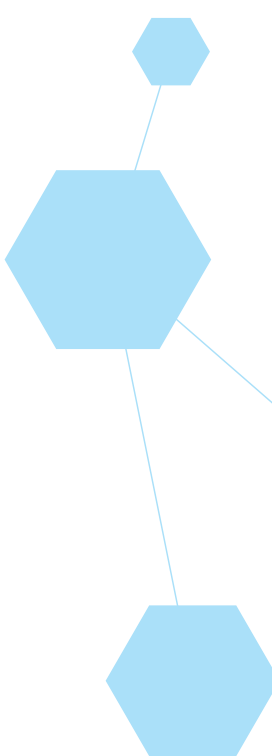
Б.П. Усов,

главный врач МУЗ «Чулымская центральная районная больница», г. Чулым

Е.И. Шульман,

генеральный директор научно-инновационной компании «Медицинские информационные технологии», г. Новосибирск

ОПЕРАТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ФИНАНСОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛПУ В СИСТЕМЕ ДОКА+



В отличие от программных систем, называемых электронными историями болезни, клинические информационные системы обладают набором функций, дающих возможность контролировать различные показатели работы ЛПУ в оперативном режиме. Выделим две важнейшие группы таких показателей: **1)** показатели, характеризующие ход лечебно-диагностического процесса; **2)** финансовые показатели. В данной статье на примере использования клинической информационной системы ДОКА+ (www.docaplus.ru) в трех многопрофильных больницах различного статуса — городской, центральной районной и некоммерческой организации (НО) — рассмотрены функции, позволяющие осуществлять оперативный контроль указанных двух групп показателей.

Применение системы ДОКА+ в трех ЛПУ Новосибирской области

В таблице 1 приведена информация о внедрении и использовании системы ДОКА+ в трех ЛПУ Новосибирской области. МУЗ «Чулымская ЦРБ» была одной из первых больниц в РФ, внедривших эту систему [1], а на базе МСЧ-168 в 1990 г. был создан прототип системы [2], который использовался в ней до 2006 г. ИЦГБ является крупной городской больницей, обслуживающей пациентов третьего по величине города Новосибирской области, а также население Искитимского района. Отметим, что в Новосибирской области система ДОКА+ используется и в ряде других ЛПУ.

В каждой из трех больниц весь медицинский персонал, имеющий доступ к системе, применяет ее в ежедневной работе. Это врачи коечных отделений и параклинических подразделений, медицинские сестры, провизоры и фармацевты, руководители (главный врач и заместители главного врача) и т.д. Рассмотренные в статье функции оперативного





Таблица 1

Информация о трех ЛПУ Новосибирской области

ЛПУ	Число коечных отделений	Источники оплаты лечения	Год начала внедрения	Число врачей/медсестер, работающих с системой
МУЗ «Чулымская центральная районная больница (ЧЦРБ)»	6	ОМС, муниципальный бюджет	2002	45/74
ННО Фонд «Медсанчасть-168» (МСЧ-168)	6	ДМС, средства граждан	2006	57/76
МУЗ «Искитимская Центральная городская больница (ИЦГБ)»	12	ОМС, муниципальный бюджет	2007	83/122

контроля, как и другие полезные для ведения лечебно-диагностического процесса функции системы, разрабатываются в ходе ее использования путем осуществления предложений руководителей и врачей ЛПУ, не только указанных в таблице 1, но и ряда других больниц, внедривших систему в различных регионах страны. Это означает, что использование системы медперсоналом в больницах и ее централизованное совершенствование компанией-разработчиком происходят параллельно, что приводит к аккумулярованию в ней действительно полезных возможностей, востребованных в ЛПУ. К их числу относятся функции оперативного контроля показателей лечебно-диагностического процесса и финансовых показателей.

Контроль лечебно-диагностического процесса

В системе реализован и применяется в ЛПУ большой набор возможностей для оперативного контроля хода лечебно-диагностического процесса. Рассмотрим те из них, которые представляют, с нашей точки зрения, наибольшую ценность и используются наиболее часто в наших больницах.

1. Резюме истории болезни. Резюме представляет собой небольшую таблицу, содержащую перечень наиболее важных для оперативного контроля данных из истории болезни (рис. 1). В их число входят: предварительный или клинический диагноз, список

получаемых пациентом медикаментов, оперативные вмешательства, дата последнего врачебного осмотра, состояние пациента и объективные показатели на момент осмотра, фактический койко-день и койко-день по медико-экономическому стандарту (МЭС) и некоторые другие данные. Быстрый доступ для просмотра резюме всех пациентов своего отделения заведующий отделением получает из списка пациентов, в который попадает непосредственно при входе в систему после ввода своего имени и пароля. Непосредственно из просмотра резюме, как видно на рис. 1, можно перейти к просмотру истории болезни (кнопка внизу экрана), а затем вернуться к списку пациентов отделения.

2. Контроль записей дежурных врачей.

Лечащий врач при необходимости делает отметку в системе, чтобы оставить пациента для наблюдения дежурному врачу на одну ночь или сразу на несколько. Приступая к дежурству, врач просматривает в системе с любого компьютера локальной сети больницы, дающего доступ к системе, список пациентов, оставленных для наблюдения, и должен после проведения осмотра сделать записи в историях болезни каждого из них. Система формирует список пациентов, в истории болезни которых отсутствует требуемая запись. Просмотр такого списка осуществляют заведующие отделениями или заместитель главного врача по лечебной работе.



Рис. 1. Вид экрана с резюме истории болезни пациента

Используются для контроля хода лечебно-диагностического процесса и другие списки пациентов: с неназначенной диетой, неназначенным режимом пребывания в больнице, с истекающим сроком лечения по МЭС (осталось менее трех дней) и другие. Число таких списков в системе увеличивается по мере появления новых предложений со стороны пользователей.

3. Цветовые сигналы. Для того, чтобы врачи своевременно создавали этапные эпикризы и направления на комиссию по временной нетрудоспособности, используются специальные сигналы системы. В списке пациентов своего отделения и в списке только своих пациентов, который предлагается врачу сразу же при входе в систему, дата поступления пациента выводится синим цветом, если прошло 10 или более дней со дня последнего оформления этапного эпикриза. После оформления этого документа цвет этой даты становится обычным — черным. Таким же образом врач уведомляется о

наступлении срока оформления направления на комиссию по временной нетрудоспособности — дата поступления пациента выводится красным цветом до того момента, пока требуемое направление не будет создано. Цветовыми сигналами в списке пациентов отделения отмечаются также пациенты, которым в течение трех дней со дня поступления в больницу не записано в историю болезни обоснование диагноза; пациенты, у которых истекает срок пребывания по МЭС.

4. Контроль назначения медикаментозного лечения. Используются протоколы (схемы) обследования и лечения, созданные в системе для различных заболеваний и связанные с соответствующими МЭС. Врач получает на экране такой протокол при оформлении первичного врачебного осмотра сразу после выбора МЭС, соответствующего диагнозу пациента (известного или предполагаемого). Система формирует список пациентов, при назначении лечения которым врач не использовал протокол. Еще одна важная возможность контроля назначений, предоставляемая системой, состоящая в автоматическом формировании списка всех назначенных пациентам медикаментов для согласования клиническим фармакологом и/или заместителем главного врача, подробно рассмотрена в работе [3].

5. Контроль назначения обследований и немедикаментозных воздействий. При назначении врачом какого-либо обследования пациенту система проверяет, входит ли оно в список обследований, рекомендуемых по МЭС для заболевания этого пациента. В случае отсутствия в этом списке врач получает на экране монитора предупреждающее сообщение об этом и принимает решение — подтвердить назначение или отказаться от него. Система формирует для просмотра списки пациентов, которым назначены обследования, не включенные в МЭС. Анализ показал, что примерно через год после начала показа врачам таких предупреждающих сообщений число обследований, не





входящих в МЭС и назначенных пациентам, уменьшилось примерно вдвое, что обусловлено осознанным отказом от необоснованных назначений [4].

6. Контроль рисков фармакотерапии.

При назначении медикаментозного лечения врач получает на экране сообщения о риске назначения пациенту того или иного препарата. Такой оперативный контроль во многих случаях помогает врачам предотвратить неоправданный риск (при наличии у пациентов противопоказаний, аллергических реакций, определенного возраста и т.д.) или уменьшить его, например, путем уменьшения дозы одного из назначаемых препаратов взаимодействующей пары препаратов. Фактическая эффективность этого контроля в различных больницах представлена в публикациях [3, 5].

Очевидно, что контрольные функции системы не ограничиваются оперативным контролем. Например, для экспертизы историй болезни выписанных пациентов используется документ «Экспертиза качества медицинской помощи», при заполнении которого эксперт выбирает ответы из набора возможных, предлагаемых системой. Вопросы сгруппированы по разделам (медикаментозное лечение, немедикаментозное лечение, оперативное лечение и др.). Для большинства разделов предлагается оценить адекватность, полноту объема и своевременность оказанной пациенту помощи. За любой период времени можно получить отчет по проведенным экспертизам. При необходимости указанный документ может быть модифицирован без программирования — в него можно добавлять новые группы, новые вопросы и новые варианты ответов.

Контроль финансовых показателей

Оперативный контроль финансовых показателей работы больницы опирается на наличие нормативов, которые периодически вводятся в систему, и на персонализированный учет затрат на лечение и обследования. Для муниципальных больниц наличие таких

нормативов определяется источниками финансирования ЛПУ (таблица 1).

1. Контроль затрат по госзаказу. Годовая сумма средств, выделяемых ЛПУ на лечение пациентов в стационаре по госзаказу, разбивается по отделениям и вводится в систему ежемесячно. Затраты больницы на лечение пациентов компенсируются в объеме тарифа, имеющегося в справочнике МЭС Новосибирской области, который импортируется в систему ДОКА+ каждый раз при его модификации в ТФОМС Новосибирской области. При поступлении пациента и выборе лечащим врачом того МЭС, по которому он планирует вести больного, сумма будущей оплаты по этому МЭС прибавляется к текущей сумме «фактических» (оплачиваемых по ОМС) затрат. Заведующие отделениями и врачи при просмотре списка пациентов всегда видят суммы фактических затрат на текущий момент и плановых. В процессе лечения выбранный ранее МЭС может быть заменен на другой, при этом фактические затраты пересчитываются. Если длительность койко-дней по МЭС такова, что выписка пациента по плану должна состояться только в следующем месяце, то фактические расходы на его лечение сразу относятся не на текущий, а на следующий месяц. Такая информированность позволяет избежать необоснованного перерасходования средств, выделяемых по госзаказу, ответственному лицу из числа руководителей ЛПУ оперативно вмешиваться в распределение госзаказа между отделениями и корректировать распределение при наличии форс-мажорных обстоятельств.

2. Контроль выполнения нормативов на медикаменты. Отдельно осуществляется оперативный контроль затрат на медикаменты, расходные материалы и изделия медицинского назначения, получаемые отделениями. Нормативные значения таких затрат на месяц, введенные в систему, сравниваются с фактической текущей суммарной стоимостью медикаментов и пр., выданных в отделения на текущий момент времени, которая подсчитывается в системе автоматически. В любой



Рис. 2. Пример экрана с лимитом стоимости лечения по ДМС
(Ф.И.О. пациентки и врача заретушированы)

день месяца можно получить сводную таблицу по всем отделениям стационара со столбцами: нормативное значение затрат, фактической значение, процент выполнения или перевыполнения норматива.

3. Контроль лимитов по закупкам медикаментов и ИМН. Система предоставляет возможность оперативного отслеживания суммарных расходов в течение квартала на приобретение групп одноименных медикаментов, расходных материалов и изделий медицинского назначения без проведения торгов. В формируемой для этого таблице для каждой такой группы выводятся затраченные суммы на текущий момент, считая от первого дня квартала.

4. Контроль лимита стоимости лечения пациентов по ДМС. Лимит стоимости поступающего на лечение пациента определяется договорными отношениями ЛПУ со страховыми компаниями и вводится в систему сотрудником договорного отдела ЛПУ. Этот лимит лечащий врач видит каждый раз при входе в историю болезни пациента (рис. 2 — число в середине верхней строки экрана и надпись «Лимит по ДМС»). Врач определяет оптимальный план лечебно-диагностических мероприятий, ориен-

тируясь на лимит стоимости лечения пациента, оплачиваемой страховой компанией.

5. Персонализированный учет затрат на лечение и обследование. Значение персонализированного учета (ПУ) хорошо известно [6]. Преимущества ведения такого учета в системе ДОКА+ перед традиционным способом подробно рассмотрены в работе [3]. Как показано в статье [7], использование ПУ медикаментов в ЧЦРБ дало возможность приобретать более эффективные препараты без увеличения суммарных затрат больницы на медикаменты. Система обеспечивает ПУ и в случае работы в ЛПУ отделения централизованной выдачи медикаментов [8]. Важно отметить, что в обоих случаях ПУ медикаментов в системе ДОКА+ является автоматическим и, следовательно, не требует затрат времени среднего медицинского персонала для указания наименований и количеств медикаментов, израсходованных на лечение каждого пациента. Кроме этого, расходы на медикаменты, обследования, оперативные вмешательства на каждого пациента стационара известны в любой момент времени в ходе лечения и представляются системой в виде таблицы, содержащей список всех пациентов ЛПУ или каждого отделения и столбцы с суммами факти-





ческих затрат на лечение и обследование каждого пациента. Выбор пациента из такого списка инициирует формирование детального отчета, содержащего наименование, количество и стоимость каждого препарата, полученного пациентом, наименования и стоимость проведенных пациенту обследований и оперативных вмешательств.

Заключение

Развитие клинической информационной системы ДОКА+ в процессе ее длительного использования в целом ряде многопрофильных и специализированных больниц привело к созданию различных функций оперативного контроля показателей лечебно-диагностического процесса и финансовых показателей.

Эти функции предназначены для лечащих врачей, заведующих отделениями, заместителей по лечебной и экспертной работе и главных врачей. Использование таких функций системы приводит как к существенной рационализации расходов больниц, так и к повышению качества медицинской помощи и к повышению уровня безопасности пациентов.

Многолетнее применение этой системы в ежедневной работе всего медицинского персонала больниц различного статуса и масштаба говорит о практической возможности использования полученного нами опыта в других ЛПУ и реальности их участия в дальнейшем развитии функций оперативного контроля лечебно-диагностического процесса и финансовых показателей.



Литература

1. Усов Б.П. Опыт использования и развития клинической информационной системы в Чулымской ЦРБ//Врач и информационные технологии. — 2009. — № 1. — С. 31–39.
2. Рот Г.З., Денисов В.Н., Шульман Е.И. Проблемы организации и перспективы внедрения компьютерных технологий в многопрофильной больнице//Бюллетень Сибирского Отделения РАМН. — 1998. — № 1. — С. 134–140.
3. Богданова Л.А., Герец А.Г., Солодовников В.В., Шекалова О.Н. Персонифицированный учет медикаментов в ГУЗ «Приморская краевая клиническая больница № 1» на основе применения системы ДОКА+//Врач и информационные технологии. — 2009. — № 5. — С. 22–30.
4. Шульман Е.И., Усов Б.П., Рот Г.З., Сидорова И.А. Клиническая информационная система в стационаре: назначение обследований//Врач. — 2008. — № 2. — С. 69–71.
5. Шульман Е.И., Усов Б.П., Рот Г.З. Влияние применения клинической информационной системы ДОКА+ на безопасность фармакотерапии при стационарном лечении//Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. — 2009. — № 6. — С. 115–118.
6. Кирбасова Н.П. Значение персонифицированного учета медицинских услуг в условиях многоканального финансирования на примере Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН//Экономика здравоохранения. — 2004. — № 2. — С. 40–42.
7. Сидорова И.А., Усов Б.П., Рот Г.З., Шульман Е.И. Эффективность персонифицированного распределения медикаментов в Чулымской ЦРБ//Врач и информационные технологии. — 2004. — № 10. — С. 24–30.
8. Козырев Н.Н., Полушина Л.В. Организация работы отделения централизованного персонифицированного учета с использованием клинической информационной системы ДОКА+//В сб. статей «Применение клинической информационной системы ДОКА+». — Новосибирск, 2009. — С. 28–30.



ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

по проектам Федеральных законов
№ 385392-Б «Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации»
и № 385394-Б «О внесении изменений в отдельные
законодательные акты Российской Федерации в связи
с принятием Федерального закона «Об обязательном
медицинском страховании в Российской Федерации»

.....

Данное экспертное заключение подготовлено Российским союзом промышленников и предпринимателей (РСПП), Торгово-промышленной палатой Российской Федерации (ТПП РФ), стороной работодателей Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений (РТК) с участием представителей Российской академии медицинских наук, Ассоциации медицинских обществ по качеству, Московской ассоциации медицинских страховщиков, Межрегионального союза медицинских страховщиков, Национальной медицинской палаты, страховых и медицинских организаций.

Проект федерального закона декларирует важные нововведения:

- предоставление пациенту права тройного выбора: страховой организации, медицинской организации и врача;
- право застрахованного лица на возмещение ущерба, причиненного в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением страховой или медицинской организацией обязанностей;
- введение страхового полиса единого образца, действующего на всей территории РФ;
- укрепление финансовой сбалансированности и финансовой достаточности системы ОМС, материальной базы медицинских организаций;
- определение механизма взимания страховых взносов за неработающее население;
- страхование от финансовых рисков для самих страховых организаций.

Заявленные нововведения не обоснованы в достаточной степени, а из-за размытости концепции модернизации ОМС законодательно не определены механизмы их успешной реализации. Слабая практическая применяемость норм закона повышает риски его неисполнения.

Проект закона не имеет четкой концепции, закрепляет отход от страховой медицины.

Законопроект не связан с нормами действующего законодательства и противоречит им.

Федеральным законом от 16 июля 1999 года № 165 ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» предусмотрено, что обязатель-





ное медицинское страхование является самостоятельным видом обязательного социального страхования.

Проект предложенного федерального закона закрепляет отказ от страховой медицины. Предлагаемая концепция построения ОМС не является в полной мере ни страховой, ни бюджетной. Сделаны попытки объединить страховые элементы с элементами бюджетной модели построения ОМС, которые объединить невозможно. Это в целом снижает общую эффективность медицинской помощи, поскольку страховые начала слабо приемлемы для бюджетно-распределительных систем, равно и наоборот.

Выигрыши участников медицинского страхования в итоге сомнительны, а нормы не представляют для них ценности.

Права страхователей остаются неопределенными. Их роль ограничена уплатой «налога на здоровье». Ликвидируются договоры страхования между плательщиком взносов и страховщиком. Ответственность сторон перед застрахованным лицом в результате становится неопределенной.

Страховые организации фактически устранены из системы ОМС. Им отводится в основном учетно-статистическая функция. Ослабляется роль страховых организаций как ответственных за объем, качество, стоимость и своевременность оказания застрахованным гражданам медицинской помощи. В системе ОМС ликвидируется институт независимой экспертизы качества медицинских услуг. Медицинские эксперты становятся сотрудниками медицинских учреждений, нарушается принцип разделения функций поставщика услуг и контролера качества.

Права застрахованных граждан декларированы, но не поддержаны действенными и реалистичными способами реализации. Проектом закона не предусмотрена технология выбора застрахованным лицом страховой организации, медицинской организации и врача. Не определен порядок, как застрахованный гражданин воспользуется правом

на возмещение ущерба, причиненного в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением страховой медицинской организацией или медицинской организацией по организации и предоставлению медицинской помощи по ОМС.

Статус фондов обязательного медицинского страхования приобретает черты бюджетопроводящей сети с неясными функциями участника системы обязательного медицинского страхования. Законопроект накладывает на федеральный фонд ОМС одновременно полномочия по реализации государственной политики и функцию страховщика.

Законопроектом предусмотрено, что Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) является единственным страховщиком в системе ОМС, который не выполняет ряд существенных обязанностей, присущих страховщикам: определение страховых рисков и соответствующего покрытия, сбор страховых взносов, защита прав застрахованных граждан, включая финансовую ответственность перед страхователями и застрахованными гражданами.

Кроме того, лицензирование деятельности фонда, как требует страховое законодательство, не предусматривается.

Участие медицинских организаций «технологически» прописано недостаточно четко. Это относится, например, к заявительному принципу вхождения в систему ОМС, включению в систему неограниченного числа медицинских организаций, к рискам неконтролируемого роста обязательств по оплате медпомощи при ограниченном ресурсе системы ОМС.

«Страховые взносы» несут все признаки обособленного «налога на здоровье».

«Страховые взносы» являются таковыми только по названию, они несут все признаки обособленного «налога на здоровье», который становится суррогатной заменой бюджетного финансирования медицинской отрасли.



Размер ставки взноса за неработающее население определяется бюджетными возможностями субъектов Федерации, а не страховой стоимостью медицинских услуг.

Размер ставки «налога на здоровье», взимаемого с фонда оплаты труда работников, обосновывается общей потребностью в средствах на содержание и развитие медицинских учреждений, не обоснован актуарными расчетами, стоимостью, количеством и качеством предоставленных страховых услуг.

Размер «солидарного» участия работников в финансировании медицинской помощи представляется чрезмерным. Взнос за работающее население (12 тыс. руб. в год) в четыре раза превышает взнос за неработающее население (3 тыс. руб. в год). При этом подушевой норматив финансового обеспечения Программы государственных гарантий бесплатного оказания всем гражданам медицинской помощи остается неизменным — 4 тыс. руб.

По оценке из средств, взимаемых в виде платежей за ОМС со среднего заработка работника, 33% идут на оплату собственно медицинской помощи самому работнику, 40% платежа — инвестиции в медицинские учреждения и расходы на развитие сети медицинских учреждений за счет взноса с ФОТ работающего населения, а 27% — это дотирование медицинских услуг для неработающего населения.

«Солидарная» доля взноса работника составляет 2/3 «налога на здоровье».

Полагаем, что:

— взнос субъекта Федерации за неработающее население должен как минимум покрывать стоимость подушевого норматива финансового обеспечения Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;

— а взнос за работающее население — стоимость подушевого норматива финансового обеспечения Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и, возможно, содержать

разумную долю солидарного участия этого взноса в повышении доступности и качества медицинских услуг.

Размеры ставки «налога на здоровье» с работающих и ставки взноса за неработающее население должны быть более сбалансированы.

Заключение

Необходимость нового закона об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации назрела. Однако законопроект, напрямую затрагивающий интересы всего населения, разрабатывался в узком кругу, без широкого обсуждения в обществе.

По нашему мнению, выбор в пользу бюджетно-распределительной модели ошибочен. Более сложный, но более рациональный путь — построение страховой медицины с государственной поддержкой.

Законопроект требует концептуальной переработки. Полагаем преждевременным его рассмотрение в Государственной Думе.

У нас есть основания считать, что такого рода законы, напрямую затрагивающие интересы миллионов граждан и тысяч участников системы ОМС, необходимо принимать после широкого обсуждения и выработки согласованной позиции в обществе.

Только консенсус между гражданами, работодателями, субъектами Федерации, страховыми и медицинскими организациями может обеспечить эффективное, устойчивое и качественное исполнение закона на длительное время.

Полагаем полезным организовать согласительную комиссию с участием представителей Государственной Думы, Правительства РФ и заинтересованных представителей гражданского общества.

На основе обсуждения уточнить и сделать ясной концепцию нового проекта закона, в соответствии с которой разработать действенные законодательные механизмы ее реализации.





Предложения Российского союза промышленников и предпринимателей, Торгово-промышленной палаты Российской Федерации, Национальной медицинской палаты, союзов и ассоциаций медстраховщиков к законопроектам по реформированию обязательного медицинского страхования в РФ

Законопроект воспроизводит действующий порядок отношений, при котором в определенной степени возможно управлять качеством медицинской помощи, направленной на поддержание (улучшение) состояния здоровья застрахованного, но невозможно воздействовать на застрахованного в целях сохранения его здоровья. Воздействовать на поведение застрахованного в этих целях возможно только в случае экономического понуждения к действиям (бездействию), позволяющим не увеличивать издержки по страховому обеспечению.

Следует заметить, что застрахованный является лицом, в пользу которого заключен договор страхования. Издержки по внесению взносов и выплате обеспечения его никоим образом не касаются. Другими словами, забота о сохранении им собственного здоровья, состояние его здоровья не связаны с условиями страхования.

Следует рассмотреть вопрос о солидарных взносах работодателя и работника, состраховании и зависимости взносов от факторов поведения застрахованного. Этот шаг будет крайне непопулярным в существующих реалиях, но он стимулирует население сохранять здоровье, уменьшая затраты на страховое обеспечение.

В существующей редакции законопроект не содержит ответа на один из основных проблемных вопросов: конкретизации государственных гарантий финансового покрытия объема бесплатной для больного медицинской помощи.

В финансово-экономическом обосновании к законопроекту необходимо указать, за счет каких источников будет осуществляться высокотехнологичная медицинская помощь по ОМС (с 2015 года), так как финансово-эконо-

мическое обоснование к законопроекту представлено до 2014 года. При этом не описаны причины и последствия передачи обеспечения данных направлений из средств ОМС.

Законопроект ухудшает статус ряда субъектов обязательного медицинского страхования.

В частности, ухудшение положения страхователей, прежде всего работодателей, выражается в ликвидации договоров страхования между страхователем (плательщиком страховых взносов) и страховщиком.

Между тем статьей 41 Конституции Российской Федерации право на гарантированное предоставление медицинской помощи за счет страховых взносов возникает только у граждан, в отношении которых заключен договор обязательного медицинского страхования, а между страхователем и страховщиком достигнуто соглашение о застрахованном лице, видах медицинской помощи, страховом случае, размере страхового взноса, сроке действия договора.

Пунктом 1 статьи 940 Гражданского кодекса Российской Федерации предусмотрено, что договор страхования должен быть заключен в письменной форме и несоблюдение письменной формы влечет его недействительность. Отсутствие договоров страхования ведет к ликвидации контроля со стороны плательщика страховых взносов за действиями страховщика, а также к увеличению административной и финансовой нагрузки на работодателя в условиях свободного выбора работником — застрахованным лицом страховых медицинских организаций, в том числе и через страхователя, как предусмотрено статьей 12 Законопроекта.

Кроме того, исключение договоров страхования не позволяет определить степень ответ-



ственности сторон (работодателем или администрацией субъекта РФ, с одной стороны, и страховой медицинской организацией, с другой стороны) перед застрахованным лицом.

Ухудшение положения медицинских организаций определяется заявительным принципом вхождения в систему обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации и включения в систему неограниченного числа медицинских организаций, в том числе физических лиц, занимающихся частной практикой (статья 11 Законопроекта).

В условиях отмены системы лицензирования в сфере здравоохранения и при самостоятельном выборе застрахованными лицами медицинских организаций (пункт 4 статьи 12 Законопроекта) наиболее востребованные медицинские организации не смогут гарантировать оказание медицинской помощи определенного объема и качества, что приведет к увеличению штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций. Кроме того, неконтролируемый рост обязательств по оплате оказанной медицинской помощи при ограниченном финансовом ресурсе системы обязательного медицинского страхования неизбежно будет сопровождаться банкротством медицинских организаций любой формы собственности.

Ухудшение положения застрахованных лиц также связано заявительным принципом вхождения в систему обязательного медицинского страхования медицинских организаций любой формы собственности (статья 11 Законопроекта). Отсутствие технической готовности медицинских организаций, ранее не работающих по территориальным программам обязательного медицинского страхования, а также невозможность некоторых медицинских организаций оказать медицинскую помощь установленного объема и качества спровоцируют повышение числа нарушений прав застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования, необоснованный отказ в предоставлении бесплат-

ной медицинской помощи, увеличение платных медицинских услуг.

Законопроект наделяет Федеральный фонд ОМС одновременно как полномочиями по реализации государственной политики (статья 8), так и функцией страховщика (статьи 5, 8 Законопроекта). При этом в Законопроекте ни ответственности, ни обязанностей страховщика на Федеральный фонд не возлагается, лицензирование его страховой деятельности не предполагается (статья 29 Законопроекта).

В связи с этим предлагаем статью 5 «Субъекты обязательного медицинского страхования» изложить в новой редакции, исключив термин «страховщик»:

«Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

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

Изложить статью 8 в новой редакции:

Статья 8 «Федеральный фонд»

«1. Федеральный фонд — государственное учреждение, создаваемое Правительством Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования.

2. Деятельность Федерального фонда в системе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования».

3. В соответствии с настоящим Федеральным законом Федеральный фонд осуществляет отдельные полномочия страховщика в рамках обязательного социального страхования.

Изложить статью 9 в новой редакции:

Статья 9 «Территориальные фонды»

1. Территориальные фонды — государственные учреждения, создаваемые высшими исполнительными органами государственной власти





субъектов Российской Федерации для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования на территории субъектов Российской Федерации.

2. Деятельность территориальных фондов в системе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования».

3. В соответствии с настоящим Федеральным законом территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в рамках обязательного социального страхования.

4. Территориальные фонды несут субдиарную ответственность по обязательствам страховых медицинских организаций, связанным с оплатой медицинской помощи по территориальным программам обязательного медицинского страхования в рамках договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования».

Не ясен статус страховых медицинских организаций. К ним, с одной стороны, предъявляются требования как к страховщикам (наличие лицензии, часть прав и обязанностей, ответственность по страховому принципу — статьи 10 и 15 Законопроекта), а с другой стороны, ст. 15 Законопроекта устанавливается, что деятельность страховых медицинских организаций предусмотрена лишь от имени страховщика — Федерального фонда. Такая норма в соответствии с Законом РФ от 27.11.92 № 4015-1 (статья 8) «Об организации страхового дела в Российской Федерации» классифицируется как деятельность страхового агента. К страховому агенту не могут предъявляться требования по формированию резервов и по ответственности по взятым на себя обязательствам в пределах собственных средств. Необходимо подчеркнуть, что деятельность посредников (агентов) подлежит дополнительному налогообложению (возникает НДС), что будет увеличивать расходы в системе обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в системе обязательного социального страхования, в которую согласно представленному Законопроекту должно быть встроено и обязательное медицинское, любая посредническая деятельность, в том числе деятельность страхового агента, запрещена (ФЗ от 16.07.99 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»).

В связи с этим предлагаем дополнить статью 10 пунктами следующего содержания:

«В соответствии с настоящим Федеральным законом страховые медицинские организации осуществляют полномочия страховщика в системе обязательного медицинского страхования в рамках закона Российской Федерации от 27.11.92 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в системе обязательного медицинского страхования, имеющимися у них в распоряжении средствами обязательного медицинского страхования, за исключением штрафных санкций за нарушение договорных обязательств, которые подлежат уплате за счет собственных средств страховой медицинской организации».

В связи с фактическим перекалыванием государственных гарантий по защите от страховых рисков и исполнения обязательств по обязательному медицинскому страхованию на страховые медицинские организации прогнозируется высокий риск банкротства страховых медицинских организаций.

Во-первых, в отличие от действующего законодательства, в Законопроекте отсутствует норма о том, что ставки страховых платежей должны устанавливаться в размерах, обеспечивающих выполнение программ обязательного медицинского страхования и деятельность страховых медицинских организаций.

Во-вторых, ст. 10, ч. 5 Законопроекта предусмотрена ответственность страховых медицинских организаций по договорным обязательствам в размере собственных средств.



Данные обязательства возникают и по оплате медицинской помощи, оказанной в рамках программ обязательного медицинского страхования, в которых в силу конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи не может быть установлена максимальная ответственность по страховому случаю.

Покрытие обязательств по оплате медицинской помощи в случае недостатка финансовых средств у страховых медицинских организаций предусмотрено за счет резервов территориальных фондов, а в случае отсутствия у них средств — за счет собственных средств страховых медицинских организаций. Между тем объем страховых взносов, поступающих в систему обязательного медицинского страхования, определен законодательством и ограничен, а ст. 33 (ч. 8, 9) Законопроекта устанавливает отказ территориальных фондов в предоставлении субвенции страховым медицинским организациям в случае нехватки поступлений в систему ОМС.

Учитывая ущербный процесс формирования резервов, предусмотренный Законопроектом для страховых медицинских организаций (неполный перечень резервов, незначительные объемы, изъятие резервов в случае превышения их размеров над установленными — ст. 24 Законопроекта), страховые медицинские организации заведомо не смогут обеспечить финансирование всех медицинских учреждений, принимающих участие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Кроме того, предусмотренный Законопроектом механизм защиты от страховых рисков противоречит основным принципам осуществления обязательного медицинского страхования, им же и устанавливаемым (ст. 4 Законопроекта). А именно, устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования и государственной гарантии исполнения обязательств по обяза-

тельному медицинскому страхованию независимо от финансового положения страховщика.

Необходимо также учитывать, что страховые медицинские организации в рамках своей деятельности также проводят добровольное медицинское страхование. В случае покрытия убытков системы обязательного медицинского страхования собственными средствами компаний пострадают клиенты, страхующиеся по программам добровольного медицинского страхования.

Также необходимо устранить противоречия между статьями 15, 16, 36, 40, 43 Законопроекта, и нормами, установленными Основами законодательства по охране здоровья граждан в Российской Федерации (ст. 5, 5.1., 40–42, 48–53) в части устранения препятствий осуществлению страховыми медицинскими организациями контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, не зависимо от системы здравоохранения.

В частности, действующее законодательство устанавливает определенный круг лиц и перечень случаев получения сведений, составляющих врачебную тайну пациента, без его согласия или согласия его законного представителя. Законопроект предусматривает в плановом режиме предоставление медицинскими организациями и получение таких сведений страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами без согласования с застрахованным лицом. Законопроектом не разграничены полномочия по контролю качества оказанной медицинской помощи в части соответствия стандартам, установленным в здравоохранении, между страховыми медицинскими организациями (статья 36 Законопроекта) и исполнительными органами государственной власти Российской Федерации (ее субъектов) (ст. 5, 5.1. Основ законодательства по охране здоровья граждан в Российской Федерации). Положение пункта 7 статьи 36 Законопроекта вынуждает экспертов качества страховых медицинских организаций в целях получения сертификатов специалистов исполнять трудо-





вые функции практических врачей медицинских организаций, что приведет к ликвидации института независимой экспертизы системы обязательного медицинского страхования.

Также считаем необходимым исключить статью 1 Законопроекта «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с принятием ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (номер законопроекта 385394-5), так как требование к единовременному увеличению уставного капитала сразу в 4 раза может привести к значительному сокращению числа страховых медицинских организаций. При этом требование о значительном единомоментном увеличении уставного капитала страховой медицинской организации вступает в противоречие с деятельностью страховых организаций на некоммерческой основе. В данном случае не очевиден интерес инвестора во вложении ресурсов в организацию, осуществляющую деятельность на некоммерческой основе.

Обращаем Ваше внимание, что использование средств, поступающих в виде страховых взносов, в целях модернизации в рамках региональных программ здравоохранения нарушает принципы ОМС, заложенные в проекте Закона, в частности, обеспечение за счет ОМС гарантий застрахованных лиц при наступлении страхового случая (нет связи расходов федерального фонда с наступлением случая).

Необходимо устранить «единство» лиц в договоре, которое может затруднить выполнение обязательств по внесению страховых взносов за неработающее население. Так как в существующей редакции предусмотрено, что территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика (п. 3 ст. 8 Законопроекта) и создаются высшими органами власти субъекта РФ (ст. 9 Законопроекта), которые в свою очередь создают страхователя неработающего населения (п. 2 ст. 7 Законопроекта).

Считаем необходимым в статье 3 дать определение «деятельности организаций на

некоммерческой основе», упомянутой в п. 2 статьи 10.

В пункте 3 статьи 10 необходимо исключить условие о запрете участия в страховой медицинской организации в качестве учредителей (участников) и органов управления работников медицинских организаций, представляющих медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования.

Также непонятен механизм контроля изменения должностей учредителей (участников) страховых медицинских организаций. Такое ограничение не представляется необходимым.

Считаем, что распределение застрахованных лиц в первый год, не определившихся с выбором страховой медицинской компании, указанное в п. 6 статьи 12, необходимо проводить среди всех страховых медицинских компаний, действующих в системе ОМС субъекта Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них, так как распределение между тремя организациями может повлечь перераспределение части застрахованных лиц, не определившихся с выбором страховой медицинской компании в случае ухода с рынка страховой медицинской организации (банкротства, отзыва лицензии и т.д.). Также положение настоящего пункта фактически обеспечивает возможность застрахованного лица не исполнять обязанности по выбору страховой медицинской организации.

Главой 59 Гражданского кодекса Российской Федерации установлены основания и порядок возмещения вреда (ущерба), причиненного личности или имуществу гражданина, что полностью применимо к отношениям при возмещении вреда, причиненного медицинской организацией застрахованному гражданину. В этой связи предлагаем изложить пункт 9 части 1 статьи 12 Законопроекта в следующей редакции: «возмещение от медицинской организации ущерба, причиненного в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением медицинской организацией обязанностей по организации и предоставлению медицинской помощи по обязательному меди-



цинскому страхованию, в соответствии с действующим законодательством».

Кроме того, такая формулировка позволит реализовывать права застрахованного до принятия федерального закона об обязательном страховании пациентов.

Считаем необходимым обязать страховые медицинские организации заключить договор со всеми медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования, в определенные сроки. В результате отпадет обязанность по заключению договора с медицинскими организациями по выбору граждан (пп. 5 п. 2 ст. 15 Законопроекта), так как договоры уже будут заключены со всеми медицинскими организациями независимо от выбора граждан. В противном случае отсутствие обязанности в заключении страховыми организациями договоров со всеми медицинскими организациями не исключает возникновение ситуаций, когда заключение договора со страховой организацией будет происходить уже после оказания услуг, так как медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в предоставлении медицинской помощи (п. 5 ст. 11 Законопроекта). Также в законопроекте не предусмотрен механизм взаимодействия медицинских организаций и страховых организаций при обращении граждан в медицинскую организацию, с которой у страховой организации еще нет заключенного договора.

Предлагаем пункт 2 статьи 16 дополнить подпунктом 5 следующего содержания:

«**5)** использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, исключительно на осуществление расходов, входящих в структуру тарифа».

В пункте 5 статьи 22 установление порядка расходования средств нормированного страхового запаса и резерва финансирования профилактических мероприятий территориальных фондов предлагаем отнести к полномочиям уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

Считаем необходимым исключить подпункты 7 и 9 статьи 30, так как наличие финансовой и административной зависимости страховой медицинской организации, медицинской организации от территориального фонда нарушает принцип равенства сторон. Положение о предъявлении претензий медицинским организациям о возмещении морального вреда, причиненного застрахованному лицу, содержит в себе возможность использовать его в коррупционных целях.

Подпункт 10 статьи 30 предлагаем исключить, так как считаем целесообразным закрепить право возмещения расходов с виновников причинения вреда здоровью застрахованного лица за страховыми медицинскими организациями, так как именно они несут расходы на лечение застрахованного лица.

Оказание медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями, а не страховыми компаниями. Распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется в зависимости от возможности каждой медицинской организации оказать медицинские услуги определенного вида (амбулаторные, стационарные, стационарозамещающие). В этой связи предлагаем часть 4 статьи 32 изложить в следующей редакции:

«Объемы медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются между медицинскими организациями с учетом решения комиссии, создаваемой в соответствии с настоящим Федеральным законом».

Кроме того, в части 1 статьи 35 проекта закона указано, что распределение объемов должно осуществляться именно между медицинскими организациями.

Считаем необходимым в законопроекте установить принципы распределения объема медицинской помощи между медицинскими организациями, так как в противном случае существуют опасения, что положения п. 3 статьи 35, касающиеся превышения объема помощи, подлежащего оплате по результа-





там экспертизы, могут быть использованы для создания преимуществ для медицинских организаций, учредителями которых являются органы исполнительной власти субъекта Федерации и муниципалитеты.

Для реализации полномочий территориального фонда по контролю за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями необходимо установить обязанность по восстановлению средств, использованных нецелевым образом. В частности, в пункте 20 статьи 34 установлена обязанность страховой медицинской организации восстановить средства, использованные по нецелевому назначению.

Считаем, что подобная норма должна быть установлена и в отношении медицинской организации. В этой связи пункт 9 статьи 35 предлагаем дополнить абзацем следующего содержания:

«Средства, использованные по нецелевому назначению, медицинская организация восстанавливает в течение десяти рабочих дней со дня предъявления требования территориальным фондом».

Считаем нецелесообразным возлагать на страхователя обязанности по оформлению нового полиса ОМС в случае смены страховой медицинской организации (п. 5 статьи 12; п. 2 статьи 42), так как данная норма возлагает на страхователя дополнительные обязанности:

- по сбору заявлений обратившихся к работодателю работников и предоставлению их СМО (с установлением срока, который равен трем дням);

- по получению для застрахованных временных свидетельств, подтверждающих оформление полиса ОМС, и полисов ОМС, которые в соответствии со ст. 42 Законопроекта страховая медицинская организация будет представлять работодателю в случае, когда заявление от застрахованного было направлено через работодателя.

Такое обременение страхователя представляется совершенно излишним, более

того, законодателю целесообразно способствовать личной реализации застрахованным лицом своего права.

Необходимо конкретизировать пункт 3 статьи 47 в части уточнения, чем будет ограничиваться доля (часть) расходов, допустимая для включения в тариф на оплату медицинской помощи при ОМС в субъектах Российской Федерации.

Расширение предложенного перечня расходов, учитываемых при определении тарифа, позволит:

- перейти на преимущественно одноканальное финансирование организаций здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в связи с установлением оплаты медицинской помощи по тарифу, включающему все статьи расходов (кроме капитальных вложений и расходов на приобретение оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу);

- привлечь в систему обязательного медицинского страхования частные медицинские организации и повысить доступность медицинской помощи застрахованным гражданам.

В статье 19 Законопроекта считаем необходимым конкретизировать: «Расчет тарифа производится по единой методике, разработанной и утвержденной Министерством здравоохранения РФ и согласованной Федеральным фондом. Методической основой расчета тарифа на медицинские услуги является система стандартов в сфере оказания медицинских услуг. Стандарты разрабатываются и утверждаются в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Необходимо устранить противоречие в пояснительной записке относительно текста самого законопроекта в отношении замены полиса при смене страховой организации (пп. 2. п. 10 ст. 42 Законопроекта).

Считаем необходимым в подпункте 4 статьи 3 из определения страхового случая исключить обусловленность предоставлением страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию.



От редакции:

9 июля состоялось первое слушание законопроекта «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Сегодня мы продолжаем публикацию материалов по законопроекту. Ознакомиться с законопроектом можно на сайте нашего журнала <http://www.idmz.ru/>.

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

РАЗГАДКА ПАРАДОКСА: ЗАКОНОПРОЕКТ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ, ДЕЛАЯ СТРАХОВЩИКОМ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД, ТЕМ САМЫМ СОХРАНЯЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ СТРАХОВЫМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ОСТАТЬСЯ В СИСТЕМЕ ОМС

Бурное общественное обсуждение проекта Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», безусловно, обеспечило ему пристальное внимание. Неоднозначные положения законопроекта часто становятся объектом критики. И, конечно же, особенно заметны голоса страхового сообщества, не согласного с тем, что функции страховщика предполагается закрепить не за страховыми медицинскими организациями, а за Федеральным фондом ОМС. Оставить функции страховщика за страховыми медицинскими организациями — что, казалось бы, может быть логичнее?

Однако не все так просто, как кажется на первый взгляд. Во-первых, обращаем внимание на то, что понятие «страховщик» в ныне действующем Законе Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» вообще отсутствует.

Во-вторых, как это ни покажется странным, законопроект об обязательном медицинском

страховании, делая страховщиком Федеральный фонд, тем самым в первую очередь отстаивает интересы страховых медицинских организаций.

Попытаемся разобраться в этом парадоксе.

Кажущееся отсутствие логики законопроекта в целом ряде его положений, на самом деле ни что иное, как попытки снять весьма серьезные ныне существующие противоречия в законодательстве об обязательном медицинском страховании.

Система ОМС является частью обязательного социального страхования. Причем Закон Российской Советской Федеративной Социалистической Республики «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (именно так первоначально назывался Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации») был принят за 8 лет до Федерального закона Российской Федерации № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», принятого 16 июля 1999 года, и во многих



отношениях не соответствует ему. Например, отсутствием понятия «страховщик», о чем уже указывалось выше.

Попытки сделать Федеральный фонд страховщиком объясняются как раз тем, что ОМС — это часть обязательного социального страхования. Многим кажется логичным, что статус Федерального фонда должен быть аналогичен статусу Пенсионного фонда, представляющего другую часть системы обязательного социального страхования. А в соответствии со статьей 5 Федерального закона от 15 декабря 2001 года № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» обязательное пенсионное страхование в Российской Федерации осуществляется страховщиком, которым является Пенсионный фонд Российской Федерации. Почему бы и Федеральному фонду ОМС не стать страховщиком?

Оппоненты в свою очередь указывают на другую фразу вышеуказанной статьи 5: «Страховщиками по обязательному пенсионному страхованию, наряду с Пенсионным фондом Российской Федерации, могут являться негосударственные пенсионные фонды...» Вроде бы можно было бы допустить и других страховщиков в систему ОМС — Пенсионный-то фонд не является монополистом.

Однако обращаем внимание на то, что негосударственные пенсионные фонды — это некоммерческие организации (в соответствии со статьей 50 Гражданского кодекса Российской Федерации фонды — это исключительно некоммерческие организации).

Но ключевое положение содержится в статье 6 Федерального закона Российской Федерации от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования». В соответствии в этой статьей страховщики — некоммерческие организации, создаваемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования для обеспечения прав застрахованных лиц по обязательному социальному страхованию при наступлении страховых случаев.

Статья же 14 ныне действующего Закона Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» устанавливает, что страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности». Таким образом, страховые медицинские организации в системе ОМС (являющиеся коммерческими организациями) не имели право именоваться страховщиками, поскольку это противоречило бы более позднему Федеральному закону «Об основах обязательного социального страхования». Они и не назывались официально страховщиками, поэтому формального противоречия нет, хотя по сути оно существует. Действительно, в соответствии со статьей 938 Гражданского кодекса Российской Федерации в качестве страховщиков договоры страхования могут заключать юридические лица, имеющие разрешения (лицензии) на осуществление страхования соответствующего вида. И страховые медицинские организации в системе ОМС имеют лицензии и сейчас заключают эти договоры.

Таким образом, еще одно важнейшее противоречие нынешнего законодательства в системе ОМС — это то, что страховые медицинские организации, «де факто» выполняющие функции страховщиков в системе ОМС (как части обязательного социального законодательства) в нарушение требований Федерального закона «Об основах обязательного социального страхования», являются коммерческими организациями.

Следует заметить, что массовое недовольство страховых медицинских организаций тем, что функции страховщика в законопроекте закрепляются не за ними, может вылиться для них еще большей неприятностью: поскольку, согласно Федеральному закону «Об основах обязательного социального страхования», страховщики должны быть





некоммерческими организациями, то и в новом законе было бы вполне логичным прописать это положение. Но это обернется тем, что большинство ныне действующих страховых медицинских организаций могут вообще уйти с рынка ОМС.

Таким образом, положения законопроекта, касающиеся страховщика и страховых медицинских организаций, при всей их внешней нелогичности, по сути ни что иное, как попытка оставить страховые медицинские организации, являющиеся коммерческими организациями, на страховом поле ОМС. И сделано это в первую очередь в интересах самих страховых медицинских организаций.

Добавим, что Пенсионный фонд Российской Федерации (государственное учреждение) и его территориальные органы составляют единую централизованную систему органов управления средствами обязательного пенсионного страхования в Российской Федерации, в которой нижестоящие органы подотчетны вышестоящим. Попытки сделать нечто подобное в системе ОМС были — предыдущий вариант законопроекта содержал подобные положения. Но в последний момент от этой идее отказались.

Обращаем внимание, что и функции страховщика в системе ОМС «распылены», а в системе пенсионного страхования они аналогичны: что у Пенсионного фонда, что у негосударственных пенсионных фондов.

И вот тут явственно видно, что провести полную аналогию между ОМС и пенсионным страхованием никак не удастся. Наверное, и не нужно.

Но очевидно одно: чтобы сделать систему ОМС стройной и действенной, нужно либо вообще отказаться от участия в ней страховых медицинских организаций (ориентируясь на социальную модель), либо систему ОМС нужно вывести из системы обязательного социального страхования (ориентируясь на рыночную модель). Но тогда в любом случае это был бы совсем другой законопроект.

И нужно сказать, понимание этого есть и у части самих законодателей. Правда, склоняются они не в пользу страховых организаций.

В заключении Комитета Государственной Думы по финансовому рынку (далее — Комитет) по проекту Федерального закона № 385392-5 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», утвержденном Решением Комитета от 1 июля 2010 года № 120/1, говорится о том, что модернизация системы ОМС может развиваться по двум направлениям. Одно из них — это усиление государственного регулирования и государственных гарантий, другое — создание действенного механизма мотивов и стимулов оптимизации расходования средств системы ОМС, основанного на распределении рисков и ответственности между ее участниками.

По поводу второго направления Комитет отмечает:

1. Страховые медицинские организации должны быть страховщиками и нести ответственность за те риски, которые они обязаны гарантировать, то есть за организацию предоставления качественной медицинской помощи и ее своевременную оплату в полном объеме.

2. Медицинские организации должны отвечать за оказание качественной медицинской помощи.

3. Застрахованные лица должны иметь право выбора страховой медицинской организации, медицинской организации и (или) врача и обладать информацией, позволяющей такой выбор сделать.

Все это возможно достичь, если при совершенствовании системы ОМС будут предусмотрены система солидарного участия застрахованных в софинансировании оплаты медицинских услуг, зависимость оплаты труда конкретного медицинского работника от объемов и качества оказанной медицинской помощи, экономическая заинтересованность страховых медицинских организаций в защите прав застрахованных лиц.

В случае же усиления государственного регулирования системы ОМС и отсутствия у





ее участников экономических стимулов и интереса в рациональном использовании средств ОМС неизбежно будет возрастать потребность здравоохранения в дополнительных финансовых средствах, расходование которых возможно будет сдерживать только усилением административных рычагов воздействия.

При этом Комитет Государственной Думы по финансовому рынку отмечает, что предложенная в законопроекте модель совершенствования системы ОМС направлена именно на усиление государственного регулирования, основанного на административных методах управления, а не на экономическое стимулирование и мотивацию участников системы ОМС.

В предлагаемом законопроекте, по мнению Комитета, страховые медицинские организации являются не страховщиками, а посредниками с соответствующими налоговыми последствиями, не имеют достаточного экономического интереса в оптимизации рас-

ходов системы ОМС и, следовательно, недостаточно заинтересованы в оказании застрахованному качественной медицинской услуги.

Отмечая в дополнение к этому недостаточность гарантий, связанных с покрытием нехватки средств ОМС для оплаты оказанных услуг за счет собственных средств страховых медицинских организаций, Комитет предлагает исключить страховые медицинские организации из системы ОМС, так как, по его мнению, в законопроекте отсутствуют механизмы их эффективного функционирования, и передать функции страховых медицинских организаций территориальным фондам обязательного медицинского страхования, что, по мнению Комитета, позволит укрепить систему государственного регулирования социального обеспечения.

Как видим, борьба мнений продолжается и с большой вероятностью можно прогнозировать существенные изменения в проекте закона по итогам второго слушания.

С места событий



В МОСКВЕ ПРОШЛО ПЕРВОЕ ЗАСЕДАНИЕ СОВЕТА НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

8 июля состоялось первое заседание Совета Национальной медицинской палаты /НМП/. Президент НМП Леонид Рошаль сообщил, что члены палаты уже приступили к обобщению и распространению по России опыта медицинских третейских судов, досудебных разбирательств, независимой экспертизы, страхования профессиональной ответственности. «В отдельных регионах есть очень хорошие наработки», — отметил доктор Л. Рошаль. Он рассказал, что сегодня также создана Комиссия по разработке предложений о структуре профессиональных медицинских ассоциаций, о переходе их на саморегулирование профессиональной деятельности. Помимо этого, Л. Рошаль рассказал, что НМП займется созданием Этического комитета. «По окончании института дается врачебная клятва, но она носит формальный характер», — посетовал доктор. Кроме того, он также добавил, что палата намерена также уделить внимание поднятию престижа профессии врача в глазах россиян.

В заседании НМП приняли участие руководители профессиональных и региональных медицинских ассоциаций и врачей частной практики. Особое внимание было уделено общественно-государственному партнерству и необходимости содружественной работы с Минздравсоцразвития России. Также на Совете были избраны вице-президенты Национальной палаты: Александр Баранов — академик РАМН, Александр Чучалин — академик РАМН, Наталия Ушакова — вице-президент «ОПОРЫ РОССИИ». Ответственным секретарем Совета утверждена профессор Светлана Валиуллина, а руководителем Аппарата Президента — д.м.н. Евгений Никонов.

Источник: АМИ-ТАСС



КОММЕНТАРИИ К ЗАКОНОПРОЕКТУ «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

**О.Г. КОГАН, г. Санкт-Петербург
ЭКСПЕРТ ЖУРНАЛА «МЗ»**

Еще раз о планировании

В соответствии со ст. 6 Проекта Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, а также постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства, как работающие, так и неработающие.

Таким образом, неработающие иностранные граждане и лица без гражданства, временно проживающие на территории Российской Федерации, получают право на ОМС и соответственно право в полном объеме получать плановую медицинскую помощь, предусмотренную программой ОМС, как амбулаторную, так и стационарную.

В настоящий момент, согласно ст. 18 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, только *постоянно проживающие* в Российской Федерации лица без гражданства и беженцы пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

То есть количество застрахованных по ОМС в связи с принятием законопроекта существенно увеличивается за счет временно проживающих на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства. При этом планирование расходов на оказание медицинской помощи в 2011 году, которое идет в регионах уже сейчас, осуществляется без учета этой категории граждан, так как закон еще не принят и оснований для учета численности временно проживающих на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства при расчете размера взноса на ОМС неработающего населения нет.

Далее, согласно ч. 1 ст. 35 законопроекта, решением специально создаваемой комиссии медицинским организациям устанавливается объем медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования. Реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, формируется в уведомительном порядке к 1 ноября (п. 2 ст. 11 Проекта Федерального закона) и содержит не только наименования и юридические адреса медицинских органи-





заций, но и перечень услуг, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. При этом объем средств на реализацию программы ОМС к 1 ноября уже определен (и, как обычно, ограничен).

Таким образом в случае принятия законопроекта мы получаем непрогнозируемое количество застрахованных по ОМС, а также непрогнозируемое количество медицинских организаций, желающих оказывать медицинскую помощь по программе ОМС.

Договор страхования отсутствует

В законопроекте отсутствует упоминание о договоре страхования. Между тем обязанность заключить такой договор (между страхователем и страховщиком) установлена Гражданским кодексом Российской Федерации.

В случае, если указанные в статье 7 законопроекта страхователи будут наделены только функциями плательщиков страховых взносов, Федеральный фонд и территориальные фонды будут наделены функциями страхователей в системе обязательного медицинского страхования, а страховые медицинские организации будут являться страховщиками, договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенный между территориальным фондом и страховой медицинской организацией, будет являться договором страхования, заключенным между страхователем и страховщиком. В этом случае сохранится система договорных отношений, предусмотренная Гражданским кодексом Российской Федерации, а также положительный опыт взаимодействия страхователя и страховщика.

Выбор врача — повод для оказания платных услуг?

В соответствии с п. 5 ст. 12 Законопроекта застрахованное лицо имеет право на

выбор врача с учетом его согласия, оказывающего медицинскую помощь в выбранной застрахованным лицом медицинской организации.

С целью сохранения преемственности в системе оказания медицинской помощи и сбалансированности объемов оказания этой помощи в рамках Программы обязательного медицинского страхования целесообразно было бы гарантировать право застрахованного на выбор *лечащего врача* и на выбор врача-специалиста при наличии медицинских показаний, определенных лечащим врачом. В противном случае страховая компания получит неконтролируемый поток счетов за оказанные медицинские услуги (в том числе дорогостоящие), для которых не было медицинских показаний, но которые она обязана оплатить, а пациенты, нуждающиеся в специализированной медицинской помощи, своевременно не попадут на прием к нужному специалисту.

Что касается формулировки «выбор врача с учетом его согласия», которая также имеет место и в «Основах законодательства об охране здоровья граждан», следует задуматься, а не содержит ли она коррупционной составляющей. Что нужно, чтобы получить согласие врача? Заплатить в кассу или лично врачу, чтобы он дал свое согласие?

Если бы законопроект о медицинском страховании в РФ вносился на рассмотрение Государственной Думы одновременно с законопроектом о государственных гарантиях оказания бесплатной медицинской помощи, вопросов было бы меньше. Но, поскольку это не так, есть надежда, что подзаконные акты, а также новый нормативный акт о правилах предоставления платных медицинских услуг позволят решить этот вопрос к обоюдной пользе как для пациента, так и для исполнительного органа государственной власти, осуществляющего планирование объемов медицинской помощи в рамках программы ОМС.



**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ
ЭКСПЕРТ ЖУРНАЛА
О.Г. КОГАН, г. Санкт-Петербург**



Обращаемся к Вам за разъяснением по условиям заключения договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию.

Статьей 23 Закона № 1499-1 от 28.06.1991 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» предусмотрены обязательные условия договора:

- наименование сторон;
- численность застрахованных;
- виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг);
- стоимость работ и порядок расчетов;
- порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств;
- ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Страховая медицинская организация в договоре на предоставление лечебно-профилактической помощи в обязанности медицинского учреждения включает следующий пункт: «не включать в реестры и счета за оказанную медицинскую помощь, предъявляемые для оплаты Страховщику, объемы медицинской помощи, оказанной гражданам, медицинские полисы которых на момент обращения Учреждения являлись недействующими в Регистре застрахованных Страховщика».

Учреждение оказывает стационарную медицинскую помощь в родах, то есть, по сути, экстренную помощь, и проверка действительности полиса на момент поступления пациента не входит в обязанности учреждения (ст. 20 Закона № 1499-1 от 28.06.1991 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»).

Однако страховщики снимают с оплаты случаи оказания медицинской помощи с формулировкой «нет в базе застрахованных», «полис закрыт», «недействующий полис».





Обоснованы ли такие действия со стороны страховщика и допустимо ли включать в договор обязанность медицинского учреждения по проверке действительности медицинского полиса?

В соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 года № 1499-1 медицинские учреждения, оказывающие медицинскую помощь в системе медицинского страхования, являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. В данной статье приведены права и обязанности медицинских учреждений, в числе которых нет обязанности устанавливать страховую принадлежность пациентов, которым оказывается медицинская помощь. Требования к договору на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), который заключается между медицинским учреждением и страховой компанией, определены в статье 23 указанного Закона и среди них так же нет указаний на то, что медицинское учреждение должно осуществлять проверку страховой принадлежности пациентов.

Таким образом, у страховой медицинской организации нет оснований настаивать на включении в договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) обязанности медицинского учреждения по проверке действительности медицинского полиса.

Другое дело, что страховая медицинская организация не будет оплачивать счета за медицинскую помощь, оказанную гражданам, не застрахованным в данной компании. В этом случае для установления плательщика придется прибегнуть к помощи Территориального фонда ОМС, который ведет базы данных и иные информационные ресурсы в сфере обязательного медицинского страхования граждан (ст. 12 вышеуказанного Закона).



Можем ли мы дополнить «классификацию» своими наименованиями и кодами? Например: в «Номенклатуре» код 04.20.001. — УЗИ матки и придатков. Дополняем своим: 04.20.001.001 — УЗИ женских половых органов (матки и придатков) со сроком беременности более 12 недель. 04.20.001.002 — УЗИ женских половых органов (матки и придатков) со сроком беременности менее 12 недель. Создаем также новый код: 04.32.001 — УЗИ органов брюшной полости. 04.32.001.001 — УЗИ органов брюшной полости с доплером.

Если трудозатраты, время исследования и материальные затраты существенно отличаются при выполнении УЗИ женских половых органов на разных сроках беременности, тогда имеет смысл вводить в прейскурант две разные услуги. Полагаем, что указанные затраты от срока беременности не зависят.

Четвертая группа цифр в коде услуги по Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении указывает на метод, с помощью которого выполняется исследование. В версии Номенклатуры 2007 года указаны две услуги:

А 04.20.001 Ультразвуковое исследование матки и придатков

А 04.20.001.001 Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное

Если для проведения УЗИ на разных сроках беременности применяются разные методики, именно это и должно отражаться в названии услуги.

Услуга «УЗИ органов брюшной полости» действительно отсутствует в Номенклатуре (и в федеральных стандартах оказания медицинской помощи). Если есть необхо-



димось применения именно такого исследования (а не В 03.052.01 «Комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов» или УЗИ определенного органа или группы органов), классификатор можно дополнить, но в соответствии с правилами построения Номенклатуры.

Типовой раздел 32 в Номенклатуре отсутствует, более того, УЗИ органов брюшной полости и УЗИ органов брюшной полости с доплерографией — это не простые, а сложные услуги, поэтому коды будут 03.052.02 и 03.052.03, соответственно.



Нужно ли согласовывать с горздравом? Какого либо распоряжения о применении кодов «Номенклатуры» горздрава нет.

Это зависит от того, какие требования орган управления здравоохранением предъявляет к кодированию медицинских услуг и построению прейскурантов на платные медицинские услуги.



В «Номенклатуре» «пропущены» коды, так после 04.23.001 идет 04.26... Это сделано с какой-либо целью? Можем ли мы на уровне своего ЛПУ внести новый код со своим наименованием 04.24.001?

Каждая простая медицинская услуга в Номенклатуре относится к типовому разделу. Раздел А «Простые медицинские услуги» содержит 26 типовых разделов. Раздел 04 — Регистрация звуковых сигналов, издаваемых или отражающихся органами или тканями. Раздел содержит перечень диагностических услуг, основанных на регистрации звуковых сигналов, испускаемых органами (фонокардиография) или отраженных тканями (ультразвуковые исследования).

В каждом типовом разделе Номенклатуры простые медицинские услуги делятся на классы. Деление основано на анатомо-функциональном принципе. Класс 24 — это периферическая нервная система, класс 25 — орган слуха. При исследовании периферической нервной системы и органа слуха ультразвуковые исследования не применяются, поэтому разделы с кодами 04.24 и 04.25 в Номенклатуре пропущены и вводить услугу с кодом 04.24.001 не имеет смысла.



Какие необходимо издать приказы, распоряжения для правильного внедрения и применения «Номенклатуры»? Например, о создании комиссии, которая должна будет отнести ту или иную услугу к определенному коду (или будет достаточно привлечь заведующих отделений).

Нормативные акты по ведению классификаторов услуг, в том числе медицинских, утверждаются на уровне субъекта РФ, если эти классификаторы обязательны к применению и используются всеми субъектами системы здравоохранения как для построения прейскурантов, так и для обеспечения взаимодействия при оказании гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (см. раздел III Номенклатуры).

Если такие глобальные задачи не ставятся и орган управления здравоохранением не требует от подведомственных учреждений при подготовке прейскурантов четко следовать наименованиям в Номенклатуре, достаточно ознакомить заведующих отделениями с принципами построения Номенклатуры и добавлять новые услуги, руководствуясь этими принципами.





КОНФЕРЕНЦИЯ «ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ПЕРСПЕКТИВЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ В РОССИИ»

28 июня 2010 года в Санкт-Петербургской торгово-промышленной палате состоялась Первая международная конференция, которая собрала более 70 участников — представителей государственных структур, образовательных учреждений, медицинской элиты, деловых кругов.

Целями конференции были:

— Сформировать положительное отношение к государственно-частному партнерству (ГЧП) и его привлекательности, как формы сотрудничества для инвесторов.

— Обсудить проблемы и возможности в реализации проектов ГЧП в здравоохранении России.

— Познакомить участников конференции с международным опытом ГЧП, особенностями применения данной формы сотрудничества в зарубежных странах.

Проблемы государственно-частного партнерства в настоящее время очень актуальны. В концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. сформулированы формы и механизмы стратегического партнерства государства, бизнеса и общества. А устранение неравноправной конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг значится как одна из приоритетных задач здравоохранения, обозначенных в Послании Президента РФ.

В классическом понимании государственно-частное партнерство заключается в привлечении частных инвестиций в государственный сектор здравоохранения; в экономии бюджетных средств, что обеспечивается путем реализации инвестиционных проектов. Повышение инвестиционной привлекательности здравоохранения является важнейшей государственной задачей. Укрепляющаяся в настоящее время ресурсная база здравоохранения соз-

дает хорошие предпосылки для привлечения средств крупных частных инвесторов.

Особенностью конференции явился акцент не только на возможности бизнеса, но и на объединение ресурсов государственного сектора в здравоохранении с пониманием перспектив развития государственно-частного партнерства, что должно и может способствовать формированию конкурентной среды в здравоохранении, созданию равных условий для организаций здравоохранения с различными формами собственности, развитию добровольного медицинского страхования.

В программе конференции представлены выступления с конкретными примерами передового опыта работы перинатального центра в Казани на основе государственно-частного партнерства, проект перинатального центра «Академия Материнства» на основе ГЧП в Санкт-Петербурге.

В рамках конференции обсуждались различные подходы к формированию в России конкурентной модели здравоохранения, позволяющей оказывать населению качественные услуги:

1. Развитие законодательного и нормативного регулирования деятельности частной системы здравоохранения.

2. Содействие развитию саморегулирования в медицине.

3. Создание благоприятных условий для инвестирования в субъекты частной системы здравоохранения.

4. Совершенствование нормативной базы, регулирующей государственно-частное партнерство в здравоохранении.

По словам участника конференции Леонида Рошаля, президента Национальной Медицинской палаты России, «идея государственно-частного партнерства пока не является массовой, и необходимо ее поддержи-





вать и продвигать, внимательно оценивая результаты инвестирования». Он отметил, что российская Медицинская палата нацелена на саморегулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения, и опыт третейских судов, в том числе Третейского суда медицинского страхования и здравоохранения, действующего при СПб ТПП, может помочь ей в этом. Сегодня отечественное здравоохранение недофинансируется в 2 раза: объемы финансирования составляют всего 3,7% от ВВП страны, заявил г-н Рошаль. Он отметил, что необходимо увеличить долю расходов на здравоохранение как минимум до 6% ВВП.

По словам председателя Комитета по здравоохранению Союза малых городов РФ, члена Общественного Совета при Министерстве здравоохранения и социального развития РФ Евгения Костюшова, российское здравоохранение сегодня имеет три недостатка: остаточный принцип финансирования, дефицит кадров и устаревшее оборудование. Спикер считает, что нужно стремиться к тому, чтобы здравоохранение было «эффективным для пациента» и «творчески интересным для врача».

С докладом «Государственно-частное партнерство в здравоохранении. Опыт и перспективы» выступил Денис Назаров, старший менеджер ЗАО «Грант Торнтон». Государственно-частное партнерство, по его словам, — это «объединение знаний, опыта, технических и технологических средств государства и бизнеса по предоставлению качественных услуг и перераспределению рисков». В ГЧП частный сектор мотивирован и долгосрочно отвечает за услуги и сотрудничает с государством. Он отметил, что существуют разные варианты использования ГЧП в здравоохранении: «плата за доступность» (передача частному бизнесу строительства здания, проектирования, поставок медицинского оборудования, программного обеспечения и т.д.), «плата за оказанные услуги» (передача бизнесу функций по

лечению пациентов). В ходе доклада Д. Назаров охарактеризовал названные варианты и рассказал о препятствиях для осуществления государственно-частного партнерства.

Тематика выступлений говорит о широком круге рассматриваемых вопросах, о наличии больших проблем, решение которых необходимо для успешного развития ГЧП в здравоохранении:

— «Правовые риски проектов ГЧП в области здравоохранения. Взгляд со стороны инвестора» (М. Кайдановская);

— «Методические основы формирования государственно-частного партнерства» (И. Пойгина);

— «Концепция государственно-частного партнерства. Механизмы реализации» (Р. Джапаридзе);

— «Применение механизмов государственно-частного партнерства как инструментов развития системы в здравоохранении в Санкт-Петербурге» (Р. Голованов);

— «Проект государственно-частного партнерства на примере детской городской клинической больницы № 5» (А. Голышев);

— «Проект Перинатального центра «Академия Материнства» на основе ГЧП» (Л. Петренко);

— «Проект Перинатального центра в Казани на основе государственно-частного партнерства» (Т. Трофимова);

— «Презентация архитектурного проекта медицинского кластера (комплекса) на основе государственно-частного партнерства» (Борис Устинов);

— «Технология создания государственно-частного партнерства» (Энрико Бернини Карри);

— «Проблемы структурирования проектов здравоохранения с использованием механизма государственно-частного партнерства» (Н. Резниченко);

— «Реформирование системы здравоохранения: как обеспечить более качественное здравоохранение, используя доступные ресурсы, ГЧП как практический опыт» (Кристер Андерссон);





— «Опыт группы «Vamed» в реализации объектов здравоохранения на основе государственно-частного партнерства» (В. Малахов).

По окончании конференции была утверждена резолюция, в которой, в частности, отмечается, что пока, в нашей стране не сложилось единого понятия государственно-частного партнерства. Есть несколько факторов, сдерживающих его развитие. Во-первых, имеют место административные барьеры для участия частных организаций в выполнении государственного заказа. Во-вторых, существующая нормативно-правовая база недостаточна для развития государственно-частного партнерства. В федеральном законодательстве отсутствует понятие «государственно-частное партнерство». В-третьих, нет механизмов оптимального взаимодействия между участниками партнерства, отсутствуют налоговое стимулирование и законодательно установленные гарантии для

инвесторов. По мнению участников конференции необходимо:

- перейти на одноканальное финансирование здравоохранения;
- внедрение пилотных проектов модернизации ЛПУ на основе ГЧП;
- совершенствование ценообразования и тарифной политики в области ОМС;
- более активное внедрение комплексных информационных технологий;
- передача инфраструктуры ЛПУ или полностью медицинских комплексов в управление инвесторам на основе государственно-частного партнерства;
- создание на базе высшего учебного заведения Института ГЧП с целью подготовки специалистов по консалтингу, экспертизе проектов ГЧП, управляющих компаний;
- строительство Симуляционного центра на основе ГЧП по подготовке медицинского персонала.

КОНФЕРЕНЦИЯ «МЕДИЦИНА И ПРАВО»

1 июля в Санкт-Петербурге прошла II конференция «Медицина и право в XXI веке», которая была посвящена обсуждению вопросов правоприменительной практики в области медицинского права. Эти вопросы затрагивают перспективу совершенствования законодательства об охране здоровья населения в контексте приоритетов государственного развития Российской Федерации; повышение уровня контроля качества медицинских услуг; правового обеспечения внедрения в здравоохранение новых лекарственных средств и медицинских инновационных технологий. От выбора пути решения каждого из вышеперечисленных вопросов, по мнению организаторов конференции, напрямую зависит темп реализации поставленных в послании Федеральному Собранию Президентом Российской Федерации приоритетных государственных задач по улучшению демографической ситуации и укреплению здоровья населения.

Выступления участников были посвящены методологическим проблемам медицинского права (Е.В. Алексеева), проблемам предпринимательства и частного здравоохранения, правому регулированию проведения клинических испытаний лекарственных средств и др.

Большое внимание было уделено проекту закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации, который получил неоднозначную оценку».

На конференции обсуждались также современные взгляды на вопросы ятрогении (П.К. Яблонский).

Были рассмотрены новые тенденции в защите прав пациентов (В.М. Колабутин и др.), опыт работы Третейского суда медицинского страхования и здравоохранения при Санкт-Петербургской торгово-промышленной палате (И.В. Тимофеев) и иные актуальные вопросы медицинского права.



<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/>

НА САЙТЕ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ОПУБЛИКОВАН БЛОК АНАЛИТИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ПОСВЯЩЕННЫХ ТЕМЕ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Этот блок включает в себя следующие документы:

- Проект Концепции создания информационной системы в здравоохранении на период до 2020 года, <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/9>
- Презентация «О создании информационной системы в здравоохранении, обеспечивающей в том числе персонифицированный учет оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации», <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/8>
- Документ «Состав нормативно-справочной информации, применяемой в сфере здравоохранения, социального развития и трудовых отношений», <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/10>
- Презентация «Нормативно-справочная информация, применяемая в сфере здравоохранения, социального развития и трудовых отношений», <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/11>
- Презентация «Требования к типовой медицинской информационной системе», <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/12>
- Презентация «Электронная медицинская карта. Требования к архитектуре, области определения и контексту ЭМК», <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/13>

Конечно, первый и самый важный и долгожданный документ — это **Концепция создания информационной системы в здравоохранении**.

Отсутствие такого документа на фоне постоянного объявления различных конкурсов на создание программного обеспечения для нужд Минздрасоцразвития и лечебно-профилактических учреждений долгое время было одной из основных «болевых» точек политики информатизации Российского здравоохранения. На отсутствие внятной программы и основополагающих принципов информатизации здравоохранения обращали внимание очень многие специалисты, занятые в этой сфере. И вот документ, насчитывающий 29 страниц, появился. В нем, в частности, есть следующие положения:

- Первое, с чего начинается документ, — это **определение, данное термину «Информационная система в здравоохранении»**. Согласно Концепции, «Информационной системой в здравоохранении

является совокупность методического, организационного, нормативного и правового обеспечения деятельности участников системы здравоохранения, а также программно-технических средств, проектируемых с учетом отраслевых стандартов и технических регламентов, использующих единую систему нормативно-справочной информации и развивающихся в рамках единой информационно-технической политики». Следует обратить внимание именно на то, что система должна проектироваться с учетом стандартов и регламентов и базироваться на единой нормативно-справочной информации (НСИ). Эти условия были одними из самых упоминаемых на различных форумах и конференциях и достаточно отрадно, что они нашли отражение в Концепции как базовые условия. Более того, документ не только устанавливает это требование, но и признается факт слабого развития на текущем этапе стандартов и регламентов, что также подтверждается многими специалистами.





• В разделе обоснования создания системы констатируется, что, с одной стороны, развитие медицинских информационных технологий (МИТ) востребовано отраслью и может привести решение достаточно актуальных задач. С другой стороны, на данное время есть уже готовые решения как уровня ЛПУ, так и регионального уровня, но все они разобщены и практически не интегрированы друг с другом, создавались, исходя большей частью из административных задач и нередко учитывали лишь особенности работы конкретно взятой специфики региона или ЛПУ. Все это является предпосылкой для коррекции сложившихся подходов в информатизации, *где государству отводится роль координатора и создателя единого информационного пространства*. Важно, что в нескольких местах документа упоминается, что Концепцией предусматривается сохранение уже созданных разработок, но с обязательным их приведением в соответствие с типовыми требованиями, НСИ и стандартами, о чем волновались независимые разработчики или отдельные «первопроходцы».

• *Основной целью* создания системы названо обеспечение эффективной информационной поддержки органов и организаций системы здравоохранения, а также граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного оказания. *Основными задачами* системы названы: повышение эффективности управления, повышение качества медицинской помощи за счет совершенствования информационного обеспечения, повышение информационной осведомленности населения.

• Важнейший раздел документа — это *принципы создания системы*. В этом достаточно кратком блоке приведены пусть далеко не новые, но обязательные для документа такого уровня и давно ожидаемые принципы: юридическая значимость электронных документов, совместимость медицинских информационных систем (МИС) между собой, интеграция с информационными системами (ИС)

других ведомств, информационная безопасность, учет различных стандартов, в том числе отдельной строкой — HL7, поддержка конкуренции между разработчиками МИС. На наш взгляд, данный раздел является минимально необходимым и достаточным, дальнейшая его детализация не дает существенного эффекта и позволяет разным решениям сосуществовать вполне мирно на рынке продуктов для здравоохранения.

• Описаны *базовые принципы архитектуры системы*, которая разделена на 3 сегмента: прикладные решения для участников системы здравоохранения, общесистемные компоненты и внешний сегмент, куда отнесены решения для граждан и т.д.

• Очень важный тезис Концепции состоит в том, что в рамках создания системы ЛПУ обязаны обеспечить «... автоматизацию функций формирования первичной медицинской документации в электронном виде с возможностью учета фактов и объемов оказания медицинской помощи...». Прямо сказано о том, что ЛПУ обеспечивают автоматизацию записи пациентов на прием, поддержку принятия решений, автоматизацию информационного обмена между сотрудниками внутри ЛПУ, а также межучрежденческий обмен информацией, формирование и передачу в страховые организации сведений о медицинской помощи и т.д. Раздел функциональных возможностей МИС при этом является далеко не полным, в нем намечены лишь некоторые (при этом не все основные) функции. На наш взгляд, данный раздел пока требует коррекции и доработки. Например, в нем расписаны требования к станциям скорой медицинской помощи и организациям в сфере обработки и хранения крови (станциям переливания крови, вероятно), аптечным учреждениям и научно-образовательным организациям. Другими словами, специфика этих учреждений в документе нашла свое отражение. Но совершенно нет упоминания о других учреждениях, например, специализированных диспансерах (онкологических,



туберкулезных и т.д.), нет упоминания о федеральных центрах высокотехнологической медицинской помощи и ряде других. Вероятно, данный раздел следовало бы либо обобщить, убрав отдельные виды ЛПУ, либо, наоборот, дополнить упоминанием всех спектров специфичных организаций системы здравоохранения.

- Отдельно описаны функции порталных решений в Internet, направленных на повышение информированности населения и электронного взаимодействия с организациями здравоохранения. Также выделено в отдельный пункт упоминание задачи создания программных средств для доступа граждан к личной медицинской карте.

- Достаточно подробно расписаны функции для общесистемных решений, однако наполнение этих функций является на данный момент спорным. Например, в функциях МИС уровня ЛПУ описаны требования по автоматизации учета медицинской помощи и записи пациентов на прием (это действительно задача именно ЛПУ), но при этом в общесистемном сегменте перечислены функции (назначения на лабораторное обследование или электронные рецепты), которые также являются частью документооборота ЛПУ, но почему-то вынесены на общесистемный уровень. Возможно, это сделано с точки зрения автономности информации: те данные, которые нужны только данному ЛПУ, оставлены в его зоне ответственности, а те данные, которые могут быть востребованы другими учреждениями, вынесены на уровень выше. Но при этом могут возникнуть некорректные интерпретации таких решений, например, функции по ведению электронной карты пациента, записи его на прием и учету оказанной медицинской помощи будут реализовываться на уровне МИС для ЛПУ, а направления на анализы и выписка рецептов будут выполняться в другом решении, например, регионального уровня, хотя с точки зрения врача выписка направления на лабораторное обследование и рецепт — это лишь часть работы с электронной картой. Другой

пример: в этом разделе отражены именно направления на лабораторную диагностику, но нет упоминания функциональной, рентгенологической или ультразвуковой диагностики. Почему выделена только лабораторная? Может быть, в силу того, что рынок лабораторных решений развит и стандартизирован более чем рынок решений для, например, функциональной диагностики? Эти моменты, конечно, предстоит более детально изучить профессиональному сообществу и направить свои предложения в адрес Департамента информатизации Минздравсоцразвития.

- Взаимодействие между федеральным и региональными центрами обработки информации, а также между региональными системами и ЛПУ планируется обеспечивать «...посредством отраслевой единой защищенной информационно-телекоммуникационной сети...». При этом предусмотрено подключение с помощью типового интеграционного шлюза с возможностью выхода в Internet.

- С точки зрения хранения информации сказано, что в региональных ресурсах хранится медицинская информация в обезличенном виде, а в федеральном ресурсе — агрегированная информация из региональных центров.

- В п. 6 есть краткое упоминание принципа обеспечения информационной безопасности системы. Также отдельным, 7-м пунктом кратко отражена **задача создания национальных стандартов и регламентов как обязательной базы для системы**. Запланировано **решение законодательных вопросов**, связанных с юридическим обеспечением понятия электронного документооборота и отказов от дублирования документов на бумажном носителе.

- Очень важный вопрос, предусматриваемый Концепцией, — это **планируемое стимулирование медицинских организаций для применения информационных технологий**. В этом направлении планируется разработать единые требования к МИС, организовать систему добровольной сертификации решений в интересах ЛПУ с градацией реше-





ний по уровню зрелости, публикацию информации о сертифицированных решениях, частичное софинансирование проектов автоматизации (с четким указанием видов таких расходов), включение оценки уровня информатизации ЛПУ с информированием граждан и СМО и «...устойчивое финансирование технической поддержки и сопровождения ПО, в том числе за счет средств фонда ОМС».

- Предусмотрена **четкая этапность проекта**, которая предусматривает следующее:

- Первый этап 2010–2012 гг. — создание системы на федеральном уровне и типового решения для регионального уровня, внедрение региональной системы в пилотных территориях, разработка детального плана создания системы, создание базового пакета нормативной и справочной информации, классификаторов и стандартов.

- Второй этап 2013–2015 гг. — развитие типового регионального решения, создание прикладных решений для учреждений системы здравоохранения, продолжение работы над НСИ и стандартами.

- Третий этап 2016–2020 гг. — тиражирование типовых решений, стимулирование учреждений здравоохранения (в государственном и муниципальном секторе), сопровождение и развитие прикладных решений.

- Продуманы и детально расписаны **принципы управления системой**. Важным моментом являются следующие пункты:

- *Общее руководство* реализацией Концепции осуществляет Межведомственная рабочая группа по вопросам использования ИКТ в системе здравоохранения и социальной защиты населения при Совете при Президенте РФ по развитию информационного общества в РФ.

- *Общую координацию работ осуществляет «уполномоченное структурное подразделение Минздравсоцразвития России»*, под которым, видимо, понимается Департамент информатизации Минздравсоцразвития. Этому же «структурному подразделению» отведена роль оператора программно-технических ком-

понентов системы с задачами создания архитектуры и готовых компонентов системы, разработка типовых требований, поставка и сопровождение средств интеграции.

- Ответственность за организацию работ по созданию системы планируется возложить на глав регионов.

- Минздравсоцразвития отвечает за подготовку НСИ и разработку стандартов.

- Создание региональных систем осуществляется за счет средств самих регионов.

- Создание и сопровождение систем уровня медицинских организаций (читай: ЛПУ) осуществляется за счет «собственных средств» либо за счет средств тех органов, в подчинении которых они находятся, либо за счет федеральной программы стимулирования внедрения ИКТ в деятельность медицинских организаций. Отмечено, что применяемые решения «...должны соответствовать устанавливаемым лицензионным требованиям».

- В разделе 10 расписаны **условия финансирования информатизации**: какие статьи затрат планируется финансировать за счет федерального бюджета (это в основном общие работы, создание стандартов и отдельных компонентов системы, средства интеграции и т.д.). Положения данного пункта отчасти перекликаются и понятны, исходя из предыдущего раздела документа, описывающего принципы управления системой.

- Основные **ожидаемые эффекты от внедрения ИКТ в здравоохранении** приведены в разделе 11. Это снижение смертности, неэффективных затрат, временной нетрудоспособности, себестоимости оказываемой медицинской помощи, затрат времени персонала на поиск информации, сокращение трудночитаемых бумажных документов, снижение затрат на лекарственное обеспечение, повышение качества и доступности медицинской помощи.

- В конце документа приведен проект распоряжения Правительства РФ по утверждению плана мероприятия по реализации данной Концепции со сроками и ответственными исполнителями.



Внимательно изучив проект Концепции, можно сделать некоторые промежуточные выводы:

- В целом документ достаточно подробно описывает цели, задачи и принципы создания единой системы здравоохранения РФ. Некоторые его разделы не лишены излишней детализации или, наоборот, имеют некие общие положения, но в общем итоге это добротный и профессиональный проект, готовый для всестороннего обсуждения.

- В документе нашли отражение многие наблюдения и выводы, сделанные профессиональным сообществом, его отдельными участниками. В частности, сделан четкий упор на разработку стандартов, регламентов и единой нормативно-справочной информации, заявлены принципы стимулирования лечебных учреждений в применении и развитии информационных систем, декларируется принцип создания открытой конкуренции между разработчиками МИС и отведения государственным структурам роли регулятора и создателя общесистемных принципов или отдельных компонентов. Четко разделены зоны ответственности и финансирования проектов на федеральный, региональный и учрежденческий уровень.

На первый, но при этом достаточно подробный взгляд данная Концепция имеет роль консолидирующего документа, в нем нашли отражение та критика и обсуждение работы Минздравсоцразвития РФ в деле информатизации здравоохранения, которые велись в последние годы.

Следующие документы, размещенные на сайте Министерства, носят скорее дополняющую и разъясняющую роль к Концепции, чем самостоятельные и готовые материалы.

В презентации «О создании информационной системы в здравоохранении, обеспечивающей в том числе персонализированный учет оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации» с помощью визуальных решений раскрыты некоторые подробности проекта создания информационной системы персучета

оказания медицинской помощи. В частности, раскрыто 4 уровня участников системы: федеральный (Министерство и уполномоченные органы, ФОМС и т.д.), региональный, интеграционный шлюз и ЛПУ. С точки зрения учетной информации предусмотрено 3 категории: электронная медицинская карта (ЭМК), паспорт медицинской организации и данные о медицинских картах. Вся эта информация циркулирует между 3 уровнями программных продуктов: медицинская информационная система (МИС), работающая на уровне ЛПУ, собирает и агрегирует первичные данные о пациентах и оказанной им медицинской помощи. Эта информация передается в региональный информационный ресурс (РИР), работающий на уровне субъекта Федерации. Консолидированные данные из региональных систем собираются в федеральном ЦОД.

С точки зрения финансирования запланированы следующие этапы:

- В 2010 г. на задачи разработки и апробации элементов системы из федерального бюджета направляется 239,7 млн. рублей.

- В 2011–2012 гг. на задачу создания федерального информационного ресурса будет направлено 479,4 млн. рублей и на поставку и внедрение тиражируемых решений для ЛПУ и других организаций, создание единой информационной сети и общее стимулирование проекта будет направлено 24 млрд. рублей из бюджета ОМС.

В документе «Состав нормативно-справочной информации, применяемой в сфере здравоохранения, социального развития и трудовых отношений» более подробно раскрывается вопрос разработки и внедрения единого набора нормативно-справочной информации и стандартов. В частности, даны определения и градация всей НСИ на следующие термины: международные, общероссийские, отраслевые и системные классификаторы, справочники, реестры и номенклатура, даны штатные сокращения НСИ. По каждому уровню НСИ приведены достаточно полные списки конкретных классификаторов и справочников.





Данный список можно рекомендовать для оценки конкретных решений на предмет их соответствия представленному составу НСИ.

Презентация «Нормативно-справочная информация, применяемая в сфере здравоохранения, социального развития и трудовых отношений» дополнительно к вышеупомянутому документу иллюстрирует намерения Минздравсоцразвития выработать единую НСИ. В частности, приводятся примеры международных (МКБ, АТХ, EAN-13), общероссийских (классификатор услуг, предприятий и т.д.) и отраслевых (РЛС, номенклатура работ) классификаторов. В презентации сообщено, что подготовлен проект приказа «Об утверждении состава нормативно-справочной информации, применяемой в сфере здравоохранения, социального развития и трудовых отношений Российской Федерации». Планируется разработать программный комплекс «Реестр нормативно-справочной информации системы здравоохранения, социального развития и трудовых отношений», предназначенный для приема, учета, хранения и актуализации НСИ, ведения фонда НСИ, версионного учета изменений НСИ, предоставления доступа к НСИ, обеспечения информационной поддержки пользователей НСИ, интеграции информационных систем в части применения НСИ, мониторинга и управления НСИ. Пользователями НСИ являются Минздравсоцразвития России, подведомственные Министерству федеральные службы и федеральное агентство, территориальные органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, органы управления здравоохранением муниципальных образований субъектов Российской Федерации, учреждения здравоохранения, осуществляющие представление отчетной документации в Минздравсоцразвития России. Ведется разработка проектов нормативно-методических документов, обеспечивающих работу Реестра нормативно-справочной информации системы здравоохранения, социального развития и трудовых отношений.

Презентация «Требования к типовой медицинской информационной системе»

иллюстрирует наиболее важные требования к МИС, которые, видимо, в данное время рассматриваются в Минздравсоцразвития. В частности, информационные системы для медицины разделяются на собственно медицинские информационные системы (МИС) и управленческие информационные системы (ERP). Наиболее общими компонентами МИС являются следующие функции: планирование работы врачей и кабинетов, электронная регистратура, электронная медицинская карта, аптека и учет материальных ресурсов, вакцинопрофилактика, консультации специалистов, реанимация, лаборатория, радиологическая информационная система, сбор данных для статистического учета. К наиболее важным функциям ERP отнесены: управление финансами и персоналом, управление материальными потоками, обслуживание оборудования, управление взаимоотношениями с клиентами, планирование ресурсов.

В качестве основы технических требований представлены наиболее популярные ГОСТы, список которых приведен в презентации. Сами требования разделены на блоки: требования к составу системы, требования по взаимодействию с внешними и смежными системами, требования по методическому, программному и техническому обеспечению, требования к НСИ. Упомянуты основные задачи, которые должна решать МИС, а также основные виды деятельности, которые она должна автоматизировать.

Презентация «Электронная медицинская карта. Требования к архитектуре, области определения и контексту ЭМК» начинается с нескольких определений термина «Электронная медицинская карта» (ЭМК). Основным назначением ЭМК является обеспечение документированного учета медицинского лечения, который поддерживает текущее и будущее лечение, осуществляемое тем же или другими врачами. Данная информация обеспечивает возможность общения между врачами, привлеченными к лечению пациента. Основными субъектами, получающими пользу от такого учета, являются пациент (потребитель) и врач (врачи). Любое



другое назначение, для которого используется ЭМК, считается вторичным, как и любое другое лицо, извлекающее из этого пользу.

В качестве стандартов, регулирующих в данное время понятие ЭМК, упомянуты:

- ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни. Общие положения»;
- ГОСТ Р ИСО/ТС 18308-2008 «Информатизация здоровья. Требования к архитектуре электронного учета здоровья»;
- ГОСТ Р ИСО/ТО 20514-2009 «Информатизация здоровья. Электронный учет здоровья. Определение, область применения и контекст».

С точки зрения конкретных документов разделяются понятия «амбулаторной карты» и «истории болезни». В составе ЭМК предусматривается следующая информация: персональные данные пациента, посещения, результаты обследования, записи осмотров врачами, медиаданные, информация об аллергиях и выполненных вакцинациях, листы назначений лекарственных средств и пр. В документе представлены основные требования к архитектуре ЭМК, в частности, предусматривается возможность хранения структурированных и неструктурированных данных, клинической и админи-

стративной информации. Упор во внутренней архитектуре документов сделан на модели HL7 и использовании формата XML. Предлагается разделить системы, обрабатывающие ЭМК, на 3 уровня в зависимости от наполнения документов: минимальный, базовый и расширенный.

Общие выводы. Представленные на сайте Минздравсоцразвития документы и материалы обладают исчерпывающей начальной информацией для изучения тех базовых принципов и требований, на которых, видимо, Министерство планирует реализовывать проект создания системы персонализированного учета оказания медицинской помощи. Мы настоятельно рекомендуем специалистам и просто заинтересованным людям изучить эти документы. На момент написания этих строк Минздравсоцразвития было открыто для обсуждения и принятия конструктивных предложений по опубликованным материалам. Видимо, уже в ближайшее время стадия обсуждения и проектный статус этих документов могут быть изменены на окончательные и с представленными в них положениями придется считаться и исполнять.

Александр Гусев

Здравоохранение-2010

ГЛАВА МИНФИНА ПРЕДЛАГАЕТ УТОЧНИТЬ ОБЪЕМЫ СРЕДСТВ НА ИНФОРМАТИЗАЦИЮ СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

С таким предложением выступил Министр финансов Алексей Кудрин на выездном заседании Совета по развитию информационного общества под руководством президента РФ Дмитрия Медведева. Комментируя предложения по компьютеризации объектов здравоохранения и образования, он предложил «еще раз проверить, насколько эти обоснования соответствуют целям, результатам, которые мы ставим». «Пока у нас дороговатыми становятся эти программы», — раскритиковал глава Минфина.

Так, по его подсчетам, баснословно дорого государству может обойтись информатизация государственных и муниципальных аптек. «Когда мы смотрим Концепцию здравоохранения и видим, что 14 млрд. руб. будет выделено на информатизацию аптек, то каждая аптека получит поддержку в 1,8 млн. рублей, а медицинское учреждение — 4 млн. рублей», — рассказал он. «Мы за 4 млн. рублей средний областной район информатизируем, включая электронный документооборот», — для сравнения заметил А. Кудрин.

Источник: АМИ-ТАСС





ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ОРГАНЫ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПРОВЕРЯЮТ СОБЛЮДЕНИЕ ЛИЦЕНЗИАТОМ НЕОБХОДИМЫХ УСЛОВИЙ: ЧЕМ НУЖНО РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 15 июня 2010 г. № 5503-Пр/10 «Об исполнении законодательства Российской Федерации»

В ходе проверок соблюдения лицензиатом необходимых требований и условий при ведении им своей деятельности следует руководствоваться Законом о защите прав юрлиц и предпринимателей при осуществлении госконтроля (надзора) и муниципального контроля.

Также необходимо применять типовые формы распоряжения (приказа) о проведении проверки и акта. За неправомерный отказ передать гражданам и организациям информацию, за нарушение порядка ее предоставления (если это входит в компетенцию Росздравнадзора) предусмотрена административная ответственность.

ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ СООТВЕТСТВИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 11 июня 2010 г. № 04И-569/10 «Решение по результатам экспертизы качества при осуществлении выборочного государственного контроля лекарственного средства»

Приведены сведения о лекарствах, по результатам экспертизы которых Росздравнадзором принято решение о соответствии их качества установленным требованиям. Указаны данные о 12 препаратах.

ПРИВЛЕЧЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ К КОНТРОЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ РОСЗДРАВНАДЗОРА: КАКИЕ РАБОТЫ МОЖНО ВЫПОЛНЯТЬ?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 10 июня 2010 г. № 04И-565/10 «О проведении аккредитации, с целью привлечения аккредитованных лиц в качестве экспертов или экспертных организаций для выполнения работ (услуг)»

При проведении Росздравнадзором контрольных мероприятий для выполнения отдельных работ (услуг) в качестве экспертов или экспертных организаций привлекаются аккредитованные лица. Аккредитацию осуществляет Служба.

Перечислены виды работ (услуг), которые могут выполняться (оказываться) в рамках контроля экспертными организациями и экспертами. Среди них — рассмотрение документов заявителя и обследование его помещений, оборудования и транспорта; отбор образцов продукции и их изучение. Также аккредитованные специалисты вправе проводить экспертизы и расследования по установлению причинно-следственной связи между нарушением обязательных требований и фактами причинения вреда. Перечислены сферы деятельности, подлежащие госконтролю (медицинская деятельность, производство лекарственных средств, предоставление социальных услуг и др.).

В настоящее время поданы 4 заявления о предоставлении свидетельства.



КАКИЕ ЕЩЕ СВЕДЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ В РЕЕСТРАХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УСЛУГ (ФУНКЦИЙ)?

Постановление Правительства РФ от 16 июня 2010 г. № 445 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 15 июня 2009 г. № 478»

Изменения касаются информационно-справочной поддержки граждан и организаций по вопросам взаимодействия с органами исполнительной власти и местного самоуправления через Интернет.

Расширен перечень сведений, содержащихся в реестрах государственных, муниципальных услуг (функций). Теперь включаются и данные об услугах, предоставляемых организациями, подведомственными соответствующим органам.

Определен состав разделов в сводном реестре государственных и муниципальных услуг (функций).

Орган, уполномоченный вести этот ресурс (Минэкономразвития России), должен проверять полноту и достоверность представляемых сведений, при необходимости вносить в них изменения.

Уточнено, каким образом информация размещается в сводном реестре. Так, можно заполнить поля в установленном формате для последующей передачи данных.

В сводном реестре в том числе отражается информация о государственных или муниципальных услугах, предоставляемых указанными выше организациями, об их возмездности (безвозмездности), размерах платы и методиках ее расчета. Эти сведения размещаются и на едином портале государственных (муниципальных) услуг.

КАК ОРГАНУ ЗАГС СООБЩИТЬ В ТФОМС ИНФОРМАЦИЮ О СМЕРТИ ГРАЖДАНИНА?

Приказ Федерального фонда ОМС от 4 мая 2010 г. № 90 «Об утверждении форм документов, используемых для сообщения сведений о государственной регистрации смерти»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 июня 2010 г. Регистрационный № 17 442.

С 1 января 2010 г. органы ЗАГС должны сообщать в ТФОМС сведения о государственной регистрации смерти.

Установлена форма для представления указанных сведений. Порядок информационного взаимодействия сторон определяется специальным соглашением.

Если ТФОМС получил сведения о государственной регистрации смерти лица, являвшегося жителем иного региона, он должен их направить в ТФОМС по последнему месту жительства этого лица. Приведена форма для представления данных.

ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ УЧРЕЖДЕНИЙ: ОБНОВЛЕН ПОРЯДОК ОТЧЕТНОСТИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 мая 2010 г. № 377 «Об утверждении перечня департаментов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ответственных за оценку выполнения целевых показателей эффективности деятельности федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и премирование руководителей этих учреждений»

Утвержден новый перечень департаментов Минздравсоцразвития России, ответственных за оценку выполнения целевых показателей эффективности деятельности подведомственных ФГУ и премирование их руководителей. Сведения приведены в отношении 214 учреждений (ранее — 223).





Определен новый порядок представления учреждениями отчетных данных по выполнению показателей и рассмотрения их в департаментах Министерства.

Пояснительная записка должна содержать сведения по каждому показателю. В ней указываются данные о причинах, повлиявших на качество их реализации. К записке прилагаются копии титульных листов документов, подтверждающих фактическое выполнение показателей.

Утверждены формы отчетных данных и заключения департамента.

ПЕРСОНАЛЬНЫЙ КОМПЬЮТЕР — ЕДИНЫЙ ОБЪЕКТ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 2 июня 2010 г. № 03-03-06/2/110 Об учете в целях налогообложения прибыли стоимости основных средств, имеющих различные сроки полезного использования

Персональный компьютер (ПК) относится ко второй амортизационной группе. Это имущество со сроком полезного использования свыше 2 и до 3 лет включительно.

Все приспособления и принадлежности, без которых он не может использоваться, включаются в состав единого объекта основных средств — ПК.

КТО СЛЕДИТ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ИСЧИСЛЕНИЯ ВЗНОСОВ В ФОНДЫ ОМС?

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2010 г. № 10-4/323191-19

С 2010 г. ЕСН заменен страховыми взносами на 3 вида обязательного страхования: пенсионное, социальное (на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством) и медицинское.

Разъяснено, что по вопросам исчисления и уплаты взносов в фонды ОМС следует обращаться в ПФР и его территориальные органы.

В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ТОЛЬКО РАЗРЕШЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 23 марта 2010 г. № 03-6315/10 «О порядке применения методов лучевой диагностики и терапии»

Разъяснено, что право применять новую медицинскую технологию подтверждается разрешением Росздравнадзора.

Проведение магнитно-резонансных исследований в кабинете магнитно-резонансной томографии лицензируется как работы (услуги) по рентгенологии.

При ведении медицинской деятельности необходимо соблюдать разрешенные к применению медицинские технологии. Это является лицензионным требованием (условием).

У ДЕПАРТАМЕНТА РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ И ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ПОЯВИЛИСЬ НОВЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2010 г. № 413 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 октября 2008 г. № 571 «Об утверждении Положения о Департаменте развития социального страхования и государствен-



ного обеспечения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Правительством РФ были уточнены полномочия Минздравсоцразвития России. Оно, в частности, утверждает классификацию видов экономической деятельности по классам профессионального риска.

Установлено, что проект классификации разрабатывает Департамент развития социального страхования и государственного обеспечения по представлению ФСС России.

ПЕРЕСМОТРЕНО ГОСЗАДАНИЕ НА ОКАЗАНИЕ В 2010 Г. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 апреля 2010 г. № 307н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2009 года № 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»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 мая 2010 г. Регистрационный № 17369.

Скорректировано госзадание на оказание в 2010 г. высокотехнологичной медпомощи российским гражданам за счет бюджетных ассигнований.

В новой редакции изложены плановые объемы высокотехнологичной медпомощи. Обновлены данные о предполагаемом количестве пролеченных больных, в том числе по каждому профилю.

Уточнен порядок направления граждан для оказания высокотехнологичной медпомощи.

Как и ранее, граждане госпитализируются на основании решения комиссии учреждения здравоохранения по отбору пациентов.

Согласно изменениям в протоколе решения комиссии указываются основание ее создания, состав, паспортные данные пациента (ФИО, домашний адрес), диагноз, заключение. Приводятся рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению, если отсутствуют показания для госпитализации.

Как и ранее, в протоколе комиссии нужно указать дату заседания и планируемый день госпитализации (если принято соответствующее решение).

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ: КАК ЕЕ ПРЕДУПРЕДИТЬ?

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26 апреля 2010 г. № 38 «Об утверждении СП 3.1.7.2614-10 «Профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 7 июня 2010 г. Регистрационный № 17491.

Установлены основные требования к комплексу организационных и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС).

ГЛПС занимает одно из первых мест среди природно-очаговых инфекционных болезней. Ее эпидемически активные очаги расположены в основном в умеренных широтах Европейской части и на Дальнем Востоке России. Более 95% случаев заражений происходят в европейских очагах, приуроченных к лесным ландшафтам. Наиболее активная очаговая территория — широколиственные и хвойно-широколиственные леса Приуралья и Среднего Поволжья.

Источник заражения — мышевидные грызуны. От человека к человеку инфекция не передается.





Закреплены порядок выявления больных и лиц с подозрением на ГЛПС, их регистрации и учета, правила лабораторной диагностики. Определено, как проводятся государственный санитарно-эпидемиологический надзор и профилактические мероприятия в очагах ГЛПС.

Санитарные правила обязательны для всех. Они вводятся в действие с момента официального опубликования.

КАК НЕ ЗАРАЗИТЬСЯ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗОМ?

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 5 мая 2010 г. № 53 «Об утверждении СП 3.1.2.2626-10»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 7 июня 2010 г. Регистрационный № 17 506.

Разработаны санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.2626-10 «Профилактика легионеллеза».

Легионеллез является сапронозной инфекцией. Поражаются органы дыхания. Источниками служат естественные и искусственные водоемы, различные системы водопользования, почва. Механизм передачи легионеллеза — аэрозольный, путь — воздушно-капельный.

Легионеллез выявляют у людей среднего и пожилого возраста. Факторами риска являются курение, злоупотребление алкоголем, диабет и сердечно-сосудистые заболевания и др.

Больные не опасны для окружающих. Их можно госпитализировать в обычный терапевтический, инфекционный или пульмонологический стационар. Определен порядок клинической и лабораторной диагностики. В рамках эпидемиологического надзора проводят мониторинг заболеваемости, следят за циркуляцией возбудителя, оценивают эффективность мероприятий.

Предусмотрены средства и методы дезинфекции, применяемые для профилактики заболевания. В частности, очищают и промывают системы водоснабжения, проводят физическую и химическую обработки. Организуют мероприятия по гигиеническому воспитанию населения. Предоставляется подробная информация о легионеллезе, об основных симптомах заболевания и мерах профилактики. С пациентами проводятся индивидуальные беседы.

СП 3.1.2.2626-10 вводятся в действие с момента официального опубликования.

КАК НЕ ЗАРАЗИТЬСЯ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗОМ И КИШЕЧНЫМ ИЕРСИНИОЗОМ?

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26 апреля 2010 г. № 37 «Об утверждении СП 3.1.7.2615-10»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 2 июня 2010 г. Регистрационный № 17 448.

Разработаны основные требования к комплексу мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза.

Данные заболевания относятся к инфекционным. Они передаются алиментарным путем. Как правило, поражается желудочно-кишечный тракт. Кишечным иерсиниозом можно заразиться от свиней. При псевдотуберкулезе существенное значение имеет мелкий и крупный рогатый скот. Еще одна причина — плохо обработанная продукция растительного и животного происхождения.

Больной псевдотуберкулезом человек эпидемиологически не опасен. Тот, кто заражен кишечным иерсиниозом, может стать источником инфекции для окружающих.

Больных псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом выявляют по клинико-эпидемиологическим и лабораторным данным. Указано, каким образом пациентов направляют на лечение.

В рамках профилактических мероприятий необходимо следить за санитарным состоянием складов, овощехранилищ при пищеблоках, следовать правилам обработки столовой посуды, соблюдать сроки хранения готовых блюд, проводить дератизационные работы.



Производителям продукции животного происхождения необходимо проводить лабораторные исследования на обсемененность товаров иерсиниями.

Перечислены основные мероприятия по гигиеническому воспитанию. В частности, населению предоставляются подробная информация о иерсиниозах, сведения об основных симптомах заболевания. Принимаются меры профилактики с использованием СМИ, листовок, плакатов, бюллетеней. Проводятся индивидуальные беседы с пациентами.

Санитарные правила вводятся в действие с момента официального опубликования.

ВСПЫШКА КОРИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ И БУРЯТИИ ПОКАЗАЛА СЛАБЫЕ МЕСТА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДПОМОЩИ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 31 мая 2010 г. № 01/8100-10-32 «Об эпидемиологической ситуации по кори в Амурской области и Республике Бурятия»

С января по май 2010 г. в Амурской и Белгородской областях, Бурятии и Забайкальском крае регистрировались случаи кори (в том числе завезенные в Россию из Китая и Индии).

Наибольшее число заболевших составили дети до 1 года и взрослые от 18 до 45 лет. Среди пострадавших есть и медработники. Крупнейшие очаги инфекции возникли в 4 ЛПУ г. Благовещенска и г. Белогорска. Отмечены недостатки организации профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также оказания медпомощи заболевшим. Среди них — поздняя клиническая диагностика и изоляция пациентов, неполная иммунопрофилактика контактных лиц, отказы населения от вакцинации в период вспышки.

В связи с этим необходимо прививать против кори не менее 95% детей в декретированных возрастах и взрослых от 18 до 35 лет. Также должна проводиться иммунизация лиц, контактирующих с заболевшими. Следует строго соблюдать требования холодовой цепи при транспортировке и хранении вакцины. Необходимо своевременно выявлять, диагностировать и изолировать больных корью.

Кроме того, следует активнее информировать население о последствиях отказов от прививок.

ИТОГИ РАБОТЫ ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ ЗА 2009 Г. МОГЛИ БЫ БЫТЬ И ЛУЧШЕ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 25 мая 2010 г. № 01/7784-10-32 «О деятельности паразитологических лабораторий в 2009 году»

Число паразитологических исследований в 2009 г. по сравнению с предыдущим периодом снизилось на 7,5%, а санитарно-паразитологических — на 12,2%. Среди последних наиболее распространены исследования смывов.

Сообщается, что указанная работа ведется не на должном уровне. Например, в отдельных регионах не исследуются почва, ягоды и рыба. Отмечено низкое качество надзора за эффективностью применяемых технологических режимов по обеззараживанию сточных вод.

Однако есть и положительные моменты. Продолжилось укрепление материально-технической базы лабораторий. Внедрялась в практику компьютерная диагностика паразитарных заболеваний.

Решено уделять особое внимание структуре санитарно-паразитологических исследований. Следует активизировать работу с почвами в животноводческих комплексах и на детских площадках. Должны быть усилены госсанэпиднадзор за обеспечением населения питьевой водой и контроль за технологическими режимами обеззараживания рыбы от личинок гельминтов.

Кроме того, необходимо повышать качество лабораторной диагностики малярии.





ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОПЛАТУ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАБОТНИКА: КАК УЧИТЫВАЮТСЯ ВЗНОСЫ?

Письмо Федеральной налоговой службы от 19 апреля 2010 г. № ШС-37-3/147 «О порядке учета расходов по договорам добровольного личного страхования работников, предусматривающего оплату страховщиками санаторно-курортного лечения застрахованных работников»

Рассмотрена ситуация, когда по договорам добровольного личного страхования работников страховщики оплачивают медицинские расходы и санаторно-курортное лечение.

Если программой добровольного медстрахования предусмотрено санаторно-курортное лечение, то платежи (взносы) по указанным договорам могут учитываться при налогообложении прибыли.

Платежи по таким договорам включаются в состав расходов в размере, не превышающем 6% от суммы затрат на оплату труда.

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.



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.

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.

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.

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.

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.



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.

БЮДЖЕТНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ: НОВЫЕ СТАТЬИ РАСХОДОВ

Приказ Минфина РФ от 31 марта 2010 г. № 28н «О внесении изменений в Указания о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденные Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 150н»

Скорректирован порядок применения бюджетной классификации, действующий с 1 января 2010 г. Введены новые целевые статьи. В их числе — строительство и реконструкция объектов для производства новых радиофармпрепаратов, госзакупка российской техники, ИКТ-услуги в области медицины, здравоохранения и соцобеспечения, ядерные технологии, космос и телекоммуникации, энергоэффективность.

Ряд статей введен в связи с экспериментом по приобретению новых автомобилей взамен вышедших из эксплуатации и сдаваемых в утиль.

Предусмотрены расходы на капремонт многоквартирных домов и переселение граждан из аварийного жилья, строительство нового выхода на МКАД с федеральной автодороги М-1 «Беларусь».

По статье 090 02 00 «Оценка недвижимости, признание прав и регулирование отношений по государственной и муниципальной собственности» дополнительно отражаются расходы на услуги независимых консультантов, привлекаемых к анализу состава федерального имущества.

Пересмотрена классификация доходов бюджетов.

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.





ПРИВАТИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО ИМУЩЕСТВА: НОВАЦИИ

Федеральный закон от 31 мая 2010 г. № 106-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О приватизации государственного и муниципального имущества»

Внесены изменения в Закон о приватизации государственного и муниципального имущества.

Прогнозный план (программа) приватизации теперь утверждается на срок от 1 до 3 лет (ранее — на 1 год). Это обеспечит среднесрочное планирование доходов от приватизации.

До этого его проект разрабатывался только в соответствии с основными направлениями внутренней политики России и программами ее социально-экономического развития. Теперь также учитываются решения Правительства РФ.

Некоторые поправки касаются внесения в качестве вклада в уставные капиталы ОАО находящихся в федеральной собственности акций ОАО, созданных в результате преобразования ФГУПов. Так, акции вносятся без изменения прогнозного плана (программы) приватизации. При этом в отношении данного имущества должны быть заранее приняты решения Президента РФ и Правительства РФ.

Подлежащее приватизации федеральное имущество должно группироваться в зависимости от направлений дальнейшего распоряжения им.

Отменена нормативная цена имущества. Вместо нее собственником устанавливается начальная цена. Последняя определяется на основании отчета об оценке имущества.

Закреплена возможность проведения торгов в электронной форме. Порядок их организации определяет Правительство РФ.

Часть изменений направлена на совершенствование информационного обеспечения приватизации.

В новой редакции изложена статья о продаже имущества посредством публичного предложения.

КАКИЕ ПЕРЕМЕНЫ В СФЕРЕ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ ОЖИДАЮТСЯ В БЛИЖАЙШИЕ ТРИ ГОДА?

Основные направления налоговой политики Российской Федерации на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов

В 2011–2013 гг. приоритеты Правительства РФ в области налоговой политики останутся теми же, что и ранее. Это — создание эффективной налоговой системы, обеспечивающей бюджетную устойчивость. В то же время впервые налоговая политика будет проводиться в условиях дефицита федерального бюджета.

Основные цели налоговой политики в трехлетний период — создание стимулов для инновационной активности налогоплательщиков, а также поддержка инноваций и модернизации.

Среди конкретных мер представляется важным выделить следующие.

Для некоторых лиц, занятых в инновационной сфере, предлагается снизить совокупный тариф страховых взносов — до 14% в пределах страхуемого годового заработка. Остальная часть взносов (до полной ставки) будет уплачиваться за счет федерального бюджета. Данную меру хотят ввести на продолжительный период (до 2015 г., а для отдельных категорий — до 2020 г.).

Планируется реформа начисления амортизации. Так, необходимо пересмотреть подходы к классификации основных средств на группы и нормы амортизации для них.

Решено упорядочить ведение налогового учета расходов на НИОКР. Порядок должен быть единым независимо от вида работ. Организациям, возможно, разрешат создавать резервы предстоящих расходов на НИОКР.



Следует сократить перечень подтверждающих документов для применения нулевой ставки НДС при экспортных операциях. Так, предполагается исключить документы о фактическом поступлении экспортной выручки на счет налогоплательщика в российском банке.

Планируется создать специальные инспекции для инновационных организаций, перейти к обслуживанию налогоплательщиков в электронной форме, снизить периодичность и сроки проведения проверок, открыть единое окно для постановки на учет и подачи деклараций по всем налогам.

От налогообложения хотят освободить энергоэффективное оборудование сроком на 3 года с момента ввода в эксплуатацию, а также оборудование, используемое для создания научно-технической продукции.

Вычет по НДС планируется предоставлять на сумму процентов по образовательным кредитам.

Возможно, налогом не будут облагаться доходы от реализации необращающихся ценных бумаг, находящихся в собственности лица не менее 5 лет.

Предлагается разрешить оформление счетов-фактур с отрицательными показателями (кредит-счетов). Предусматривается введение электронного документооборота счетов-фактур.

По ставке НДС 0% хотят облагать реализацию товаров (работ, услуг) международным организациям и их представительствам в России.

В 2010–2012 гг. будет продолжена работа по сокращению установленных на федеральном уровне льгот по региональным и местным налогам.

В перспективе система налогообложения в виде ЕНВД будет отменена.

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОЦЕНИТ ГОТОВНОСТЬ РЕГИОНОВ В 2010 Г. ФОРМИРОВАТЬ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ РОССИЯН

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 июня 2010 г. № 437 «Об организации работы по оценке готовности субъектов Российской Федерации к реализации в 2010 году мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

Создана комиссия по оценке готовности регионов в 2010 г. формировать здоровый образ жизни у россиян, включая сокращение потребления алкоголя и табака. Будет проверяться соблюдение ряда условий, таких как наличие региональных целевых программ, выделение площадей для организации центров здоровья, в том числе для детей, оснащение их оборудованием.

По результатам проверок в установленном порядке представляются отчеты.

Командировочные расходы членов комиссии оплачиваются по их основному месту работы.

КАЧЕСТВО ИНЪЕКЦИОННЫХ РАСТВОРОВ АПТЕЧНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОСТАВЛЯЕТ ЖЕЛАТЬ ЛУЧШЕГО

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 1 июня 2010 г. № 04И-516/10 «О качестве инъекционных и инфузионных растворов аптечного изготовления»

В настоящее время качество многих инфузионных и инъекционных растворов аптечного изготовления находится не на должном уровне. При этом номенклатура растворов дублирует номенклатуру лекарственных препаратов промышленного производства.





Решено и дальше создавать региональные центры мониторинга безопасности лекарств, а также внедрять систему наблюдения за врачебными назначениями и выявления нежелательных реакций в медицинских организациях.

Для этого рекомендуется развивать службу клинических фармакологов, ввести указанные должности в штат, назначить в крупных лечебных учреждениях ответственных специалистов. Следует повсеместно внедрить карты-извещения о нежелательных реакциях (неэффективности) лекарств.

Росздравнадзор предлагает ужесточить контроль за соблюдением аптеками-изготовителями требований российского законодательства. Медучреждения должны быть обеспечены инфузионными и инъекционными растворами промышленного производства.

Необходимо сообщать в органы Росздравнадзора о нежелательных реакциях или неэффективности лекарств (особенно при применении инфузионных и инъекционных растворов аптечного изготовления).

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ДОРОДОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ: ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ О ПОЛУЧЕНИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 июня 2010 г. № 425н «Об утверждении формы соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации или Российской академией медицинских наук о реализации мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 6 июля 2010 г. Регистрационный № 17 727.

В 2010 г. Московской, Ростовской, Томской областям и РАМН предоставляются оборудование и расходные материалы для реализации мероприятий по дородовой диагностике нарушений развития ребенка. Чтобы их получить, высший орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации или Академия должны заключить соглашение с Минздравсоцразвития России. Утверждена его форма.

УСТАНОВЛЕН ПЕРЕЧЕНЬ ГОСТОВ, КОТОРЫЕ ПОМОГУТ СОБЛЮСТИ ТРЕБОВАНИЯ ТЕХРЕГЛАМЕНТА О БЕЗОПАСНОСТИ КРОВИ И ЕЕ ПРОДУКТОВ

Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 июня 2010 г. № 2408 «Об утверждении Перечня документов в области стандартизации, в результате применения которых на добровольной основе обеспечивается соблюдение требований технического регламента «О требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 26 января 2010 г. № 29»

Определен перечень документов в области стандартизации, которые помогут соблюсти требования техрегламента о безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и средств для трансфузионно-инфузионной терапии.

Речь идет о ГОСТах, предусматривающих требования к качеству донорской крови и ее компонентов, к шприцам, таре и упаковке, медицинским изделиям для диагностики in vitro и др.

Документы в области стандартизации применяются на добровольной основе.



КАК ПРИМЕНЯТЬ ПРАВИЛА ФИНОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕР ПО СОКРАЩЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОТНИКОВ?

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Фонда социального страхования РФ от 4 мая 2010 г. № 22-4/10/2-3611 «О финансовом обеспечении в 2010 г. предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами»

Разъяснены правила финансового обеспечения в 2010 г. мер по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний работников. Речь также идет о санаторно-курортном лечении работников, занятых на вредных и опасных работах.

Правила установили перечень расходов в 2010 г., финансируемых за счет сумм страховых взносов. Среди них — проведение аттестации рабочих мест, санаторно-курортное лечение.

В перечень предупредительных мер впервые включены такие мероприятия, как обучение по охране труда отдельных категорий работников, проведение обязательных периодических медосмотров, приобретение страхователями алкотестеров и тахографов.

Указано, какие документы необходимо представлять в ФСС России для возмещения расходов в зависимости от мероприятий, проводимых страхователем.

Так, страхователь должен привести уровни запыленности, загазованности воздуха, шума, вибрации, излучения на рабочих места в соответствие с требованиями охраны труда. В таком случае для возмещения расходов он представляет копии ведомости организации и результатов их аттестации по условиям труда, первоначальных и повторных протоколов измерений и оценки параметров вредных и опасных производственных факторов. Они должны подтверждать превышение предельно допустимых уровней излучения, шума и др.

Кроме того, правила предусматривают исчерпывающий перечень документов, представляемых страхователем в ФСС России и обосновывающих необходимость финансового обеспечения предупредительных мер. Требовать иные запрещено.

УТОЧНЕН ПОРЯДОК РАБОТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПРИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 июня 2010 г. № 471 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 апреля 2007 г. № 241 «Об Общественном совете при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Скорректировано Положение об Общественном совете при Минздравсоцразвития России.

Председатель совета будет назначаться приказом Министерства. Ранее им утверждались только персональный состав и ответственный секретарь.

Заседания будет вести председатель либо иной член совета по его поручению. Они могут проводиться в расширенном составе с участием приглашенных лиц. Ранее председательствовал на заседаниях замминистра.

По поручению председателя с учетом предложений членов совета могут создаваться экспертные, рабочие группы для проработки обсуждаемых вопросов и подготовки к проведению последующих мероприятий.

Ответственный секретарь исполняет свои функции по поручению председателя.





ПЛАНИРУЕТСЯ УЛУЧШИТЬ ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Досье на проект федерального закона № 385394-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (внесен депутатами ГД О.Г. Борзовой, Н.Ф. Герасименко, А.М. Чухраевым, Н.Н. Гончаром, В.М. Резником, М.Н. Мищенко, А.К. Исаевым)

Государственной Думой РФ 9 июля 2010 г. в первом чтении принят законопроект, направленный на совершенствование порядка управления системой обязательного медицинского страхования. Поправки разработаны в связи с рассмотрением нового Федерального закона об ОМС.

Так, предусмотрен ряд мер по переходу на одноканальное финансирование медицинской помощи по полному тарифу. Планируется закрепить полномочия по организации оказания всех видов медпомощи за субъектами Российской Федерации (в настоящее время в ведении регионов находится лишь специализированная медпомощь). К функциям муниципальных образований предлагается отнести создание условий для оказания медпомощи населению.

Законопроект сохраняет пониженный тариф страховых взносов на ОМС (3,7%) на 2013–2014 гг. В то же время меняется распределение тарифа между Федеральным и территориальными фондами ОМС: ФФОМС — 1,7% (в настоящее время — 1,6%), ТФОМС — 2% (в настоящее время — 2,1%).

Минимальный размер уставного капитала страховой медицинской организации, осуществляющей ОМС, планируется определять исходя из базового размера в 120 млн. руб.

Для обеспечения достоверного учета застрахованных и оказанной им медпомощи урегулирован порядок информационного обмена между страховщиками в обязательном социальном страховании.

Органы управления государственных внебюджетных фондов наделяются правом привлекать плательщиков взносов к административной ответственности за нарушения сроков регистрации в указанных органах и порядка представления документов.

Законопроект освобождает неработающих пенсионеров от уплаты НДФЛ в отношении средств, полученных от ФФОМС и неиспользованных на оплату медпомощи.

СКОЛЬКО ИНВЕСТИЦИЙ ВЫДЕЛЯТ В 2010–2013 ГГ. НА СТРОИТЕЛЬСТВО И РЕКОНСТРУКЦИЮ ОБЪЕКТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 мая 2010 г. № 381 «Об осуществлении бюджетных инвестиций из федерального бюджета в строительство и реконструкцию федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, не включенных в долгосрочные (федеральные) целевые программы»

Распределены бюджетные инвестиции, выделяемые в 2010–2013 гг. на строительство и реконструкцию объектов учреждений Минздравсоцразвития России. Общий объем — 4 868 507 тыс. руб.

За счет средств планируется, в частности, построить реабилитационный комплекс в Уфе, реконструировать детский ортопедо-травматологический учебно-лечебный центр в Санкт-Петербурге.



ИСЧЕЗНЕТ ЛИ КОСМЕТИКА С АПТЕЧНЫХ ПРИЛАВКОВ И РАЗРЕШАТ ЛИ СЕЛЬСКИМ ВРАЧАМ ТОРГОВАТЬ ЛЕКАРСТВАМИ?

Досье на проект федерального закона № 326944-5 «О внесении изменений в статью 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и статью 2 Федерального закона «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием платежных карт» в части повышения доступности лекарственного обеспечения жителей сельских поселений» (внесен депутатами ГД ФС РФ О.Г. Борзовой, Н.Ф. Герасименко С.И. Колесниковым, А.М. Чухраевым, Л.К. Шойгу, С.К. Яхихажиевым)

Государственной Думой РФ 9 июля 2010 г. принят Федеральный закон, направленный на улучшение лекарственного обеспечения сельских жителей.

Планируется разрешить продавать лекарства в амбулаториях, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной (семейной) практики, если в поселении нет аптечной организации. Такое право предоставят работающим в указанных медучреждениях врачам и фельдшерам при условии получения ими сертификата специалиста и прохождения дополнительной профподготовки в сфере розничной торговли лекарствами (до сентября 2011 г. продавать лекарства можно будет и без соответствующей подготовки). Однако медучреждение должно получить лицензию на фармацевтическую деятельность. Закон разрешает продавать лекарства без применения ККТ.

Одновременно предлагается снять запрет на продажу в аптеках парфюмерии и косметики без лечебного действия. Напомним, что такой запрет планируют ввести с 1 сентября 2010 г.

КАКИЕ СТРАТЕГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ЛЕКАРСТВА ДОЛЖНЫ ПРОИЗВОДИТЬСЯ В РОССИИ?

Распоряжение Правительства РФ от 6 июля 2010 г. № 1141-р «Об утверждении перечня стратегически значимых лекарственных средств, производство которых должно быть обеспечено на территории Российской Федерации для лечения наиболее распространенных заболеваний»

Определен перечень стратегически значимых лекарств, которые должны производиться в России.

Приведены 57 наименований. В их числе — пропופол, ритонавир, факторы свертывания крови II, IX и X в комбинации, эноксапарин натрия, инактивированная вакцина против полиомиелита.

Включенные в перечень средства помогают от наиболее распространенных заболеваний.

ПОКУПАЕТЕ МЕДИКАМЕНТЫ? ПОЛУЧИТЕ ВЫЧЕТ ПО НДФЛ!

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 23 июня 2010 г. № 03-04-05/7-353 «О предоставлении социального налогового вычета по НДФЛ при покупке лекарственных средств»

Граждане имеют право на социальный вычет по НДФЛ в размере стоимости медикаментов. Они должны быть назначены врачом и оплачены за счет собственных средств налогоплательщика.

Список таких медикаментов утвержден постановлением Правительства РФ от 19.03.2001 № 201. По вопросу отнесения конкретных лекарственных средств к перечню следует обращаться в Минздравсоцразвития России.

Нужно учитывать, что НК РФ ограничивает максимальный размер вычетов (ст. 219).





КАЧЕСТВО ИНЪЕКЦИОННЫХ РАСТВОРОВ АПТЕЧНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОСТАВЛЯЕТ ЖЕЛАТЬ ЛУЧШЕГО

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 1 июня 2010 г. № 04И-516/10 «О качестве инъекционных и инфузионных растворов аптечного изготовления»

В настоящее время качество многих инфузионных и инъекционных растворов аптечного изготовления находится не на должном уровне. При этом номенклатура растворов дублирует номенклатуру лекарственных препаратов промышленного производства.

Решено и дальше создавать региональные центры мониторинга безопасности лекарств, а также внедрять систему наблюдения за врачебными назначениями и выявления нежелательных реакций в медицинских организациях. Для этого рекомендуется развивать службу клинических фармакологов, ввести указанные должности в штат, назначить в крупных лечебных учреждениях ответственных специалистов. Следует повсеместно внедрить карты-извещения о нежелательных реакциях (неэффективности) лекарств.

Росздравнадзор предлагает ужесточить контроль за соблюдением аптеками-изготовителями требований российского законодательства. Медучреждения должны быть обеспечены инфузионными и инъекционными растворами промышленного производства. Необходимо сообщать в органы Росздравнадзора о нежелательных реакциях или неэффективности лекарств (особенно при применении инфузионных и инъекционных растворов аптечного изготовления).

ПРОВОДИТСЯ ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС ПРОЕКТОВ ПО ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июня 2010 г. № 427 «О Всероссийском конкурсе проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия»

Минздравсоцразвития России проводит Всероссийский конкурс проектов, посвященных здоровому образу жизни. Предусмотрены 2 группы номинаций. Это социальная реклама (лучшие теле- или киноматериалы, плакат, фотография) и проекты по формированию здорового образа жизни (лучшие территориальный, корпоративный, молодежный, медиа- и Интернет-проекты).

Участниками могут быть юридические и физические лица.

На первом этапе конкурса подаются, регистрируются и рассматриваются заявки. Отобранные работы публикуются на Интернет-портале. По каждой номинации экспертный совет определяет 3 лучшие.

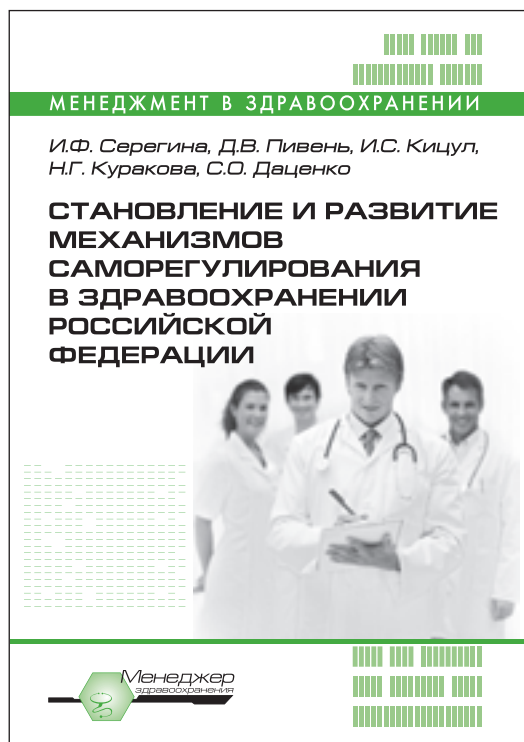
На втором этапе жюри устанавливает победителей. Их список публикуется на Интернет-портале. Победителем становится тот, кто получил большинство голосов членов жюри, но не менее 50% от его состава.

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



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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



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.

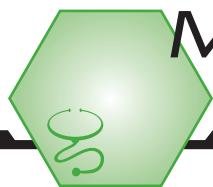
На совещании в Комитете по собственности Госдумы РФ в сентябре 2009 года впервые обсуждалась возможность применения федерального закона «О саморегулируемых организациях» (СРО) в сфере здравоохранения. Участники обсуждения были единодушны во мнении о целесообразности внедрения принципа саморегулирования 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 здравоохранении 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

