

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№9. 2010

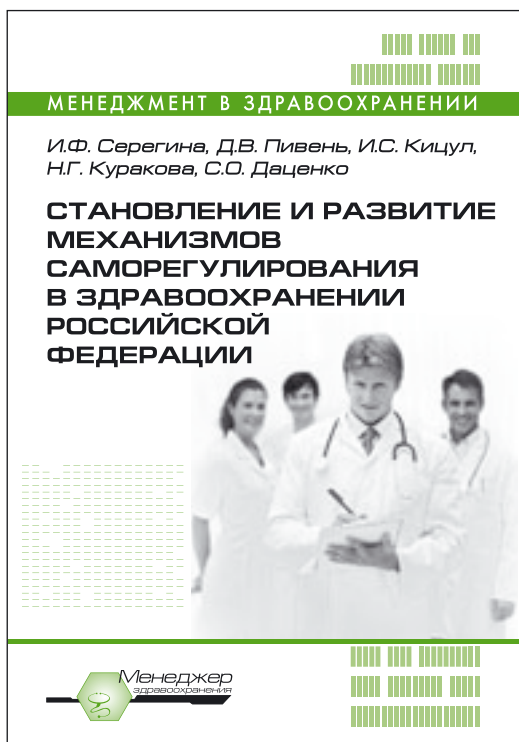


Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185





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.

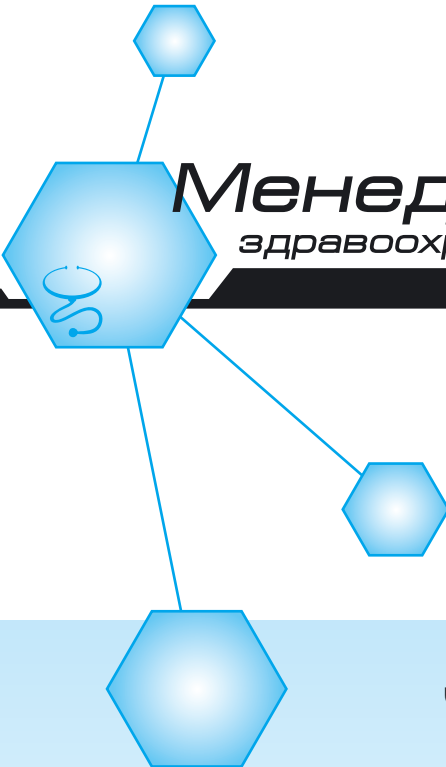
На совещании в Комитете по собственности Госдумы РФ в сентябре 2009 года впервые обсуждалась возможность применения федерального закона «О саморегулируемых организациях» (СРО) в сфере здравоохранения. Участники обсуждения были единодушны во мнении о целесообразности внедрения принципа саморегулирования 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

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Модернизация здравоохранения в субъектах РФ: стратегии и организационные решения**
- ✓ **Государство и здравоохранение: анализ взаимоотношений в различных странах**
- ✓ **Обоснование нуждаемости детского населения в стационарной медицинской помощи**
- ✓ **О первых итогах реализации ФЗ-217 в медицинских ВУЗах**
- ✓ **Как повысить индекс цитирования отечественных публикаций в области медицины и здравоохранения**
- ✓ **О платных немедицинских услугах в лечебном учреждении**

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

№ 9
2010

В номере:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2010

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

4-7

Появятся ли стратегии институциональных изменений в программах модернизации регионального здравоохранения

О семинаре ВШЭ «Планы модернизации регионального здравоохранения: заявки на новое оборудование или стратегии институциональных изменений?»

8-13

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Структурные показатели гарантированной населению Российской Федерации медицинской помощи

В.И.Перхов, С.А.Киреев, Е.Е.Балуев, В.М.Кураева

14-22

Использование метода проектного управления в условиях амбулаторного Государственного учреждения здравоохранения на примере СПб ГУЗ «Женская консультация № 22»

Э.В.Комличенко, Ф.Р.Кутуева, А.В.Иванов

23-28

Управление интеллектуальным и нравственным потенциалами учреждений здравоохранения

Т.А.Сибурина, Л.Ж.Аттаева

29-35

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Российские Интернет-ресурсы по первой помощи: запутать или помочь?

Л.И.Дежурный, Г.В.Неудахин, К.И.Лысенко, П.В.Пахомов

36-39

Как не купить МИС? Практические рекомендации для руководителей здравоохранения и главных врачей — как избежать ошибок при покупке медицинских информационных систем

Ш.Т. Абушаев

40-51

ИЗУЧАЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

О проекте Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Ф.Н. Кадыров

52-56

Мартынович 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

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Новый статус учреждений приобретает более конкретные очертания через подзаконные акты

Консультирует д.э.н. Ф.Н.Кадыров **57–62**

Учреждения здравоохранения вправе возглавлять лица, не имеющие медицинского образования

Консультирует И.С.Хайруллина **63–68**

ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА

Примерная программа модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации на 2011–2012 годы **68**

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Организации защиты информации о пациентах при ее компьютерной обработке в соответствии с требованиями Федерального закона

«О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ

На вопросы отвечает д.т.н. А.П.Столбов, эксперт журнала «Менеджер здравоохранения» **69–78**

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРАХ

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ

- В Кировской области развивается проект «Электронная регистратура» **80–81**
- В Иркутской области начал работать телемедицинский центр

АКТУАЛЬНЫЙ НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ

Письмо МЗ и СР РФ и ФСС РФ 21.05.2010 «Об оформлении листов нетрудоспособности» **82**

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

83–96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

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

Главный редактор:

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

Зам. главного редактора:

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

Шеф-редактор:

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

Директор отдела распространения и развития:

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

Автор дизайн-макета:

А.Д.Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:

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

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

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»



МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ПОДГОТОВИЛО ДОКЛАД О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ В 2009 ГОДУ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РФ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



В 2009 году в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях в рамках Программы государственных гарантий бесплатно получили стационарную медицинскую помощь 31,3 млн. человек, медицинскую помощь в дневных стационарах — 6,4 млн. человек. Общее число лиц, обслуженных скорой медицинской помощью, составило 48,6 млн., число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения и на дому — около 520 млн. Кроме того, федеральными учреждениями здравоохранения стационарная медицинская помощь оказана 912,7 тыс. человек, медицинская помощь в условиях дневных стационаров — 40,7 тыс. человек, число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений составило 16,3 миллиона.

Высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь в федеральных учреждениях здравоохранения получили 224,8 тыс. человек, в государственных и муниципальных учреждениях регионов Российской Федерации — 29,8 тыс. человек.

Расходы государственных источников финансового обеспечения Программы в 2009 году составили 1378,6 млрд. рублей и возросли в текущих ценах на 53,6% по сравнению с 2007 годом. Программа финансировалась в отчетном году за счет бюджетов всех уровней (63,3%) и средств системы ОМС (36,7%). Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на Программу госгарантий увеличились с 2007 года на 18,4% и составили в 2009 году 481,6 млрд. рублей.

Расходы системы обязательного медицинского страхования (как источника финансирования территориальных программ ОМС) возросли за три года на 54,0%, впервые превысили расходы консолидированных бюджетов регионов РФ и составили в 2009 году 505,4 млрд. рублей (36,7% всех расходов). В 2,4 раза за период с 2007 по 2009 гг. увеличились расходы федерального бюджета на финансирование Программы госгарантий, составив в 2009 году 391,6 млрд. рублей (28,4% всех расходов).

Доля финансового обеспечения Программы в валовом внутреннем продукте составила в 2009 году 3,5% (в 2007 году — 2,9%, в 2008 году — 2,8%).



МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ РАЗРАБОТАЛО ПРОГРАММУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИИ МЕДПОМОЩИ НА 2011 Г.

Минздравсоцразвития России подготовило проект Постановления Правительства РФ от 3 августа 2010 г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год».

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, норма-



тивы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам России на территории РФ бесплатно.

Министерство рекомендует органам государственной власти субъектов РФ утвердить до 25 декабря 2010 г. территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 г.

Источник: <http://www.medvestnik.ru>

СТАРТОВАЛ СПЕЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕРНЕТ-ПРОЕКТ МИНЗДРАВ-СОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ «КУЛЬТУРА ТЕЛА»

→ **З**апущен специальный Интернет-проект (www.takzdorovo.ru/kulturatela) о культуре тела на портале www.takzdorovo.ru. Стартовала кампания, направленная на изменение отношения граждан к своему телу, образу жизни в целом, призывающая обратиться за профессиональной бесплатной консультацией в Центры здоровья. Программа является частью комплексной кампании «Здоровая Россия», которую проводит Министерство в направлении формирования приоритетов здорового образа жизни.

Здоровье человека — это, прежде всего, здоровье его внутренних органов. Именно поэтому в коммуникации выделены пять ключевых органов человека, заслуживающие наибольшего внимания, — это легкие, позвоночник, суставы, печень и сосуды. Чтобы проводить своевременную диагностику состояния своего здоровья, любой гражданин России может обратиться в бесплатные государственные центры здоровья, открытые по всей России, и получить индивидуальные рекомендации по ведению здорового образа жизни.

Кампания состоит из серии телевизионных роликов, серии анимационных роликов, поддерживается на радио и в сети Интернет. На телевидении ролики выходят с общим слоганом «Если твое тело не нужно тебе, оно не нужно никому», поддерживая идею ответственности человека за свое здоровье. В сети Интернет запущена кампания из серии Интернет-баннеров, ведущих на промостраницу о культуре тела портала о здоровом образе жизни www.takzdorovo.ru. На промостранице www.takzdorovo.ru/kulturatela можно пройти разработанные врачами-экспертами Минздравсоцразвития России диагностические тесты, которые помогут определить состояние здоровья, изучить материалы о здоровье внутренних органов и поделиться советом ведения здорового образа жизни с пользователями портала. Для сети Интернет были специально разработаны анимационные ролики, призывающие заботиться о своем здоровье не меньше, чем о своей внешности.

Все материалы по коммуникационной кампании «Культура тела», включая примеры наружной рекламы, телевизионные и анимационные ролики, можно посмотреть и скачать по ссылке <http://www.takzdorovo.ru/kulturatela>. Они не только будут отлично смотреться в офисе компании, создавая хорошее настроение всем сотрудникам, но и смогут разнообразить персональный или корпоративный блог.





ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-2010: «НУЖНО ДАТЬ ОБЪЯСНЕНИЕ»



На заседании Совета по развитию информационного общества в России (Тверь, 8 июля 2010 г.) Президент РФ Дмитрий Медведев выразил озабоченность невысокими темпами внедрения электронных услуг в сферу здравоохранения. Напомнив о своем поручении развивать электронные услуги в здравоохранении, данном два года назад, Президент подчеркнул, что «документы по внедрению электронных услуг в сферу здравоохранения не согласованы, реализация проектов задерживается. Нужно дать объяснение», — заявил Д. Медведев.

Среди непроработанных проблем в области информатизации здравоохранения Д. Медведев назвал введение электронной записи к врачу, внедрение телемедицинских услуг в труднодоступных районах и «оснащение и диспетчеризацию станций скорой помощи, в том числе системами ГЛОНАСС».

По словам Министра здравоохранения и социального развития Татьяны Голиковой, возможность реализации концепции информатизации здравоохранения появится только с 1 января 2011 года, и ориентировочная сумма затрат на эти цели на 2011–2012 гг. составит 24 млрд. руб.

Среди приоритетных направлений внедрения ИКТ Татьяна Голикова назвала создание информационной системы персонализированного учета оказания медицинской помощи гражданам; развитие информационно-аналитических систем, в том числе электронной медицинской библиотеки, портала главных специалистов и социальной сети медицинских работников, экспертных систем, развитие технологий персонального мониторинга здоровья.

В продолжение темы о внедрении электронной записи к врачу Мэр Москвы Юрий Лужков высказал мнение, что это не очень сложная задача и, если бы решение было принято на государственном уровне, то все регионы смогли бы решить ее до середины 2011 г. По его мнению, более актуальным и сложным является переход на ведение электронной истории болезни. По оценкам московского Мэра, стоимость 1 рабочего места при реализации такого проекта может составить 60 тыс. руб.

В качестве промежуточного решения Президент предложил ввести в пилотном режиме электронные регистратуры в поликлиниках и медцентрах «наиболее продвинутых регионов», таких как Москва, Татарстан, Пермь и Башкирия. По словам выступавшей на Совете Главы Минздравсоцразвития РФ Татьяны Голиковой, систему электронной записи к врачу планируется внедрить по всей стране в 2012 году, а электронные паспорта медучреждений — в 2011 году.

Источник: <http://medportal.ru>



РАСТЕТ КОЛИЧЕСТВО АБИТУРИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Количество заявлений, поданных абитуриентами на поступление в медицинские образовательные учреждения, в 2010 году выросло на 33,5% по сравнению с приемной кампанией 2009 года. Всего поступило 128 тысяч 321 заявление, причем на 30% выросло количество заявлений от абитуриентов, которые имеют право на внеконкурсное поступление. По данным Минздравсоц-



развития, по числу абитуриентов лидирует Центральный федеральный округ, где подано 47 тысяч 356 заявлений.

Наибольшей популярностью в этом году пользуются специальности «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология».

Всего в 2010 году образовательными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения и социального развития России, выпущено более 30 тысяч специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием, в том числе более 13,5 тысячи врачей-лечебников, около 5 тысяч врачей-педиатров, более 1,5 тысячи санитарных врачей, около 4 тысяч врачей-стоматологов, более 3,5 тысячи провизоров, около 2 тысяч медицинских сестер с высшим образованием.

В текущем году за счет средств федерального бюджета продолжают свое обучение в интернатуре 17 тысяч человек, что в два раза больше, чем в 2009 году. В клинической ординатуре — 4,8 тысячи врачей, более 2 тысяч в аспирантуре.

Источник: пресс-служба Минздравсоцразвития РФ

СОСТОЯЛОСЬ ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2011–2012 ГОДЫ



В Центральном клиническом корпусе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова 18–19 августа состоялось Всероссийское совещание по вопросам формирования программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации на 2011–2012 годы, организованное Минздравсоцразвития РФ.

На совещании Министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Алексеевна Голикова представила новую программу модернизации здравоохранения. «Почти все, что сейчас делается, называют модернизацией. Но мы-то должны понимать модернизацию, как, прежде всего, создание условий для равного доступа каждого россиянина к качественной медицинской помощи в том регионе, в котором он проживает. И это главное».

По ее словам, благодаря этой реформе в течение двух лет удастся не только значительно поднять престиж профессии врача, но и ввести на всей территории России единые стандарты лечения. Также в ближайших планах Минздравсоцразвития России — решить проблему лекарственного обеспечения россиян, ускорить развитие биотехнологий и оптимизировать систему обязательного медицинского страхования.

Министр также сообщила о переносе срока принятия закона «Об обязательном медицинском страховании» с начала сентября на начало октября, что «даст возможность дополнительно синхронизировать данный закон с другими законопроектами в сфере здравоохранения, в частности, с законом «Об охране здоровья граждан», а также законопроектом о защите прав пациентов». По словам Т. Голиковой, все законопроекты нужно обсудить с медицинским сообществом, работодателями, профсоюзами и, главное, разъяснить суть предстоящих перемен населению.

Источник: <http://www.mma.ru>



ПОЯВЯТСЯ ЛИ СТРАТЕГИИ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОГРАММАХ МОДЕРНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



С февраля 2011 года регионы получают дополнительное финансирование на модернизацию здравоохранения. Региональные программы начнут работать уже с 1 января 2011 года, следовательно, должны быть рассмотрены и приняты до 1 декабря 2010 года. За реализацию региональных программ модернизации здравоохранения персональную ответственность несут руководители субъектов Федерации. В середине июля 2010 г. в Высшей школе экономики прошел семинар «Планы модернизации регионального здравоохранения: заявки на новое оборудование или стратегии институциональных изменений?», организованный совместно с Минздравсоцразвития России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. В качестве обсуждаемых были заявлены следующие вопросы:

- Каковы главные направления реструктуризации сети медицинских организаций?
- Каковы возможные подходы к разработке этих планов?
- Каковы ограничения и риски реструктуризации?
- Какие финансово-экономические и управленческие механизмы нужны для реализации этих планов?

Глава Федерального фонда обязательного медицинского страхования Андрей Юрин, принявший участие в этом семинаре, сообщил, что регионы получают деньги на модернизацию здравоохранения при наличии программ развития системы оказания медицинской помощи, однако от каких финансовых нормативов отталкиваться при разработке этих программ в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ до сих пор не решено. А. Юрин напомнил, что в рамках реформы системы ОМС произойдет ряд коренных изменений, основное из которых — новый подход к финансированию отрасли из федерального бюджета. Для того, чтобы получить деньги, региональные власти должны не только разработать в течение 2010 года программу модернизации здравоохранения, но и неукоснительно соблюдать заданные сроки ее реализации, а также ежемесячно предоставлять отчеты о ходе выполнения. «Без этого средств регион не получит». По словам А. Юрина, субъект РФ сам будет определять идеологию и содержание программ, что позволит учесть особенности регионов и разные стартовые условия в них.

«Сейчас региональные власти должны определить все узкие места своего здравоохранения, проанализировать заболеваемость и продуг-



мать, какие меры позволят улучшить ситуацию, снизить смертность и повысить продолжительность жизни, в том числе при хронических заболеваниях. Исходя из этого, нужно составить программы модернизации и представить их на рассмотрение в Минздравсоцразвития РФ. Эксперты их проанализируют, после чего будет принято решение. До конца года все программы должны быть приняты, чтобы с февраля пошло финансирование. «Регионам придется ежемесячно отчитываться о выполненных мероприятиях по программам — это обязательное условие финансирования. Суммы регионам будут выделяться пропорционально тем, что они сами тратят на здравоохранение».

На вопрос участников семинара: «Если негосударственные медучреждения войдут в ОМС, значит, они тоже смогут рассчитывать на «кусочек пирога» от 460 млрд.?» — был дан однозначный ответ: «Нет! Эти деньги будут распределяться только между региональными и муниципальными лечебницами».

«Знаменательно и важно, что впервые распределение денег между регионами будет основано не на заявках, а на основе программ», — подчеркнул **проректор ГУ-ВШЭ Сергей Шишкин** и добавил, что при этом существует риск сохранения и усиления существующих различий между регионами. Чтобы этого избежать, по его мнению, нужно провести стратегическое планирование программы развития на 8–10 лет. «Важно, чтобы реформа не стала разовой акцией по раздаче 460 млрд. рублей», — подчеркнул С. Шишкин. Он предложил участникам семинара методологию реструктуризации сети оказания медицинской помощи, которую разработал авторский коллектив ГУ-ВШЭ, используя в качестве модели четыре региона: Ханты-Мансийский автономный округ, Воронежскую, Челябинскую и Ярославскую области.

Основными принципами формирования рациональной сети оказания медицинской помощи должно стать сочетание общих федеральных подходов к формированию

сети медицинской помощи и региональных особенностей и соответствие мощности и структуры сети доказательной (обоснованной) потребности в медицинской помощи. При этом необходимыми условиями являются обеспечение этапности лечебно-диагностического процесса при усилении интегрирующей роли первичного звена медицинской помощи и компромисс между эффективностью и доступностью медицинской помощи. Предполагаются преимущественно трехуровневое построение сети медицинской помощи (районный — межрайонный (окружной) — региональный), дифференциация медицинских организаций по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса, развитие форм медицинского обеспечения, альтернативных дорогостоящему стационарному.

По словам С. Шишкина, изначально следует рассчитать потребность населения в медицинской помощи (*рис. 1*).

Затем, исходя из потребности населения в медицинской помощи, следует рассчитать необходимую мощность сети лечебных учреждений (требуемое количество коек, число врачей по профилям койки, количество бригад «скорой помощи» и др.) (*рис. 2*).

Далее следует распределить объемы медицинской помощи по уровням: первичный (районный), окружной (межрайонный), региональный (областной), произвести расчет «минимального функционального блока» — минимального количества коек, обеспечивающих выполнение стандартов и порядков оказания для каждого вида стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи (*рис. 3*). Естественные расхождения при этом подлежат анализу.

После этого следует проанализировать возможность оказания трехуровневой медицинской помощи в каждом «медицинском округе» (технический термин, означающий расчетную единицу территориального планирования), то есть определить территорию, на которой будет функционировать один межрайонный медицинский центр. Здесь, как под-



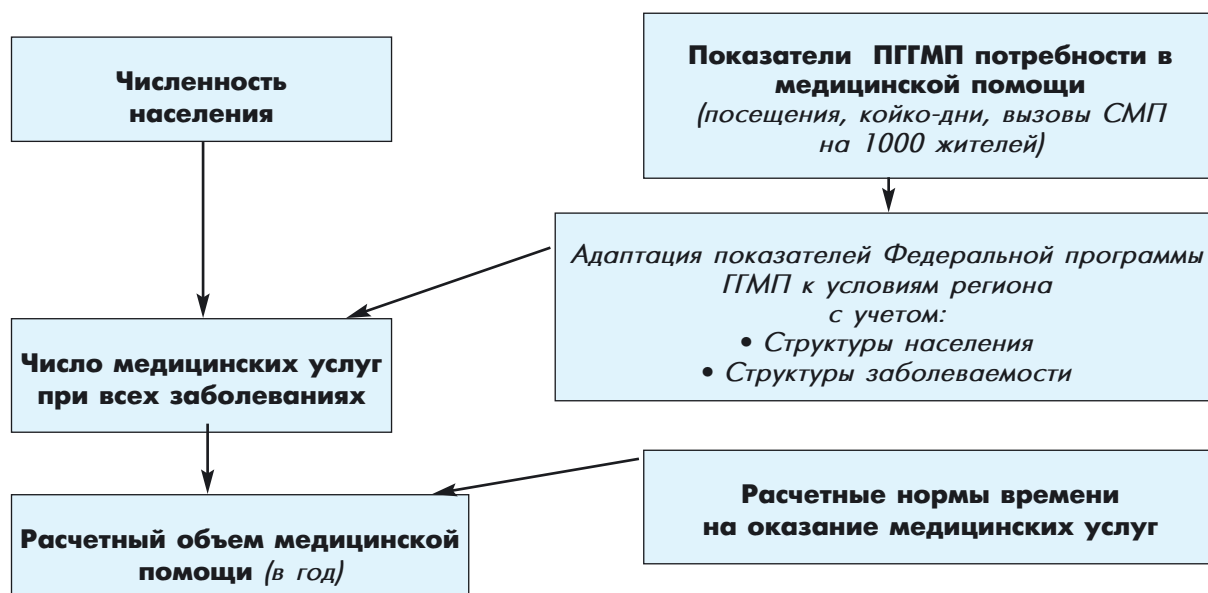


Рис. 1. Расчет потребности населения в медицинской помощи



Рис. 2. Расчет мощности медицинской сети, адекватной потребности населения в медицинской помощи

черкнул С. Шишкин, «важно соблюсти баланс между загруженностью врачей и транспортной доступностью лечебного учреждения. Так, например, в роддоме с показателем менее 50 родов в год падает квалификация врачей. Однако оставить один роддом на 500-километровую округу с плохими дорогами также нельзя».

При формировании медицинских округов следует учитывать следующие факторы:

характер расселения, сложившиеся и проектируемые транспортные потоки, сложившуюся сеть медицинских организаций, сложившиеся межрайонные экономические связи, генеральные планы развития территории, градостроительную стратегию.

Основными факторами, определяющими транспортную и временную доступность медицинской помощи, являются расстояние между местом нахождения пациента и меди-



Рис. 3. Распределение расчетной мощности сети медицинской помощи по уровням ее оказания

цинской организацией (подразделением), характер и состояние дорог, естественные преграды, развитие общественного транспорта и обеспеченность личным транспортом, развитие средств связи, в том числе телекоммуникационных.

Расчеты показывают, что по некоторым нозологиям на районном уровне более чем достаточно иметь одного специалиста, однако для сохранения узких специалистов следует учитывать такие дополнительные факторы, как необходимость проведения массовых осмотров с целью восстановления системы диспансерного наблюдения групп риска, для работы с призывниками, для работы по дополнительному лекарственному обеспечению льготных категорий населения.

Апробация предложенной методологии расчета рациональной сети оказания медицинской помощи была проведена в Воронеж-

ской области (2006 г.), Ярославской области (2008 г.), Челябинской области (2008 г.), Ханты-Мансийском автономном округе — Югра (2009 г.). На основании проведенных расчетов была принята программа реструктуризации системы оказания медицинской помощи в Ярославской области. На рис. 4 показано выявленное отклонение расчетного числа коек от фактического в Ярославской области.

Другие пилотные регионы не смогли воспользоваться выполненными расчетами по причине отсутствия одноканальной системы финансирования.

Докладчик отметил, что методы оплаты медицинской помощи должны быть нацелены на решение задач реструктуризации. Кроме того, предполагается совершенствование организации, учета и оплаты труда медицинских работников и руководителей органов здравоохранения, мониторинг выполнения



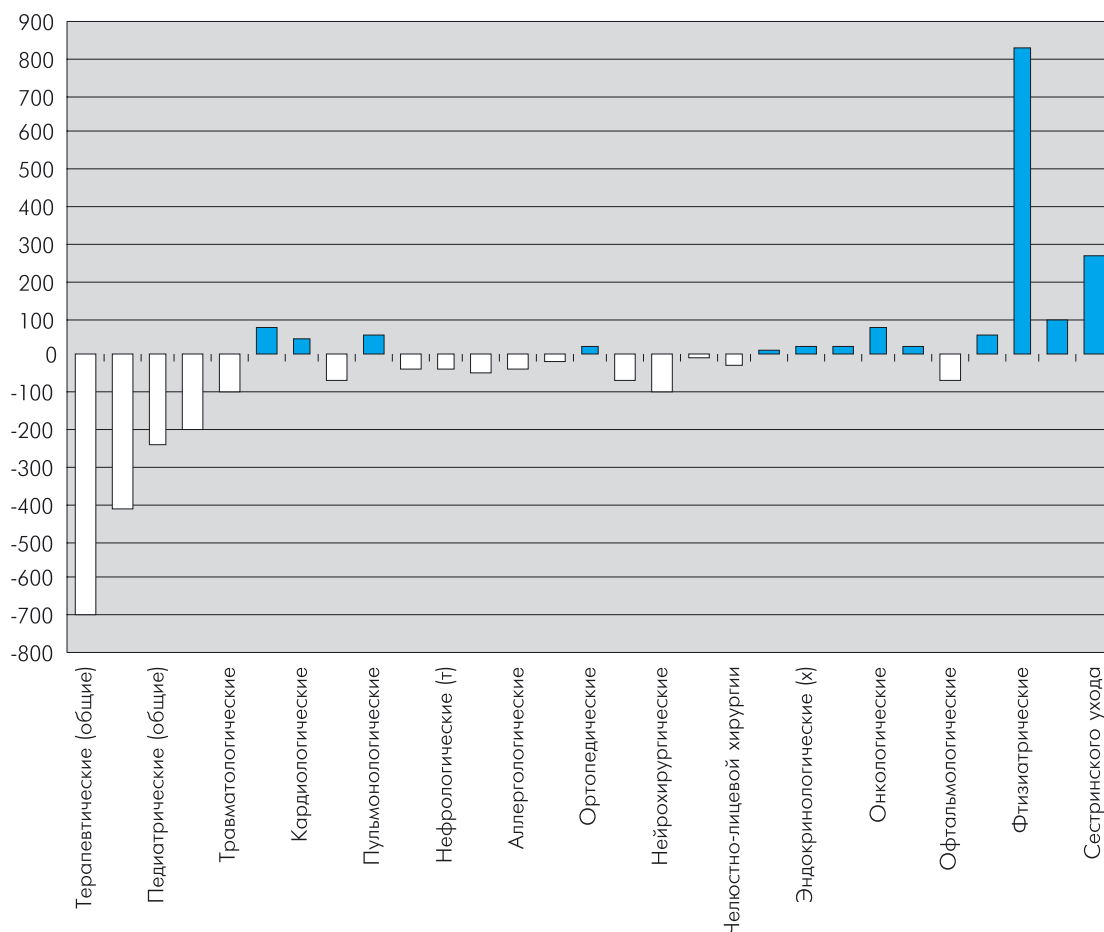


Рис. 4. Отклонение расчетного числа коек от фактического в Ярославской области

плана, формирование единого медико-экономического информационного пространства, также организационные мероприятия по минимизации рисков реструктуризации.

Представленный доклад вызвал оживленную дискуссию. На вопрос **Леонида Рошалья** об отличии предлагаемой методики расчета от уже существующих Сергей Шишкин заметил, что «это — методика оптимизации сети с учетом сокращения населения и появления новых нозологий».

Вице-президент Общества доказательной медицины Василий Власов спросил докладчика, не страшно ли делать расчеты на основании недостоверных статистических данных. «У нас некоторые нозологии диагностированы на 50%, по ряду нозо-

логий Ваши данные в 2–3 раза отличаются от реальных». Отвечая на это замечание, С. Шишкин подчеркнул, что методика — это инструмент, помогающий плановым расчетам, и надо на месте уточнять первичные данные.

Предложения проректора ГУ-ВШЭ вызвали сомнения у **профессора Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Натальи Кравченко**. Она отметила, что «за годы реформирования отечественной системы здравоохранения мы сделали все, чтобы разрушить сеть ЛПУ. Сетевой подход подразумевает ответственность каждого участника за функционирование системы. А мы отпускаем ЛПУ в автономные организа-



ции и освобождаем страховщиков от ответственности за доступность медицинской помощи. Кроме того, предлагаемый в законопроекте об ОМС пациенту выбор лечащего врача и лечебного учреждения не позволит заранее рассчитать нагрузку».

На непродуманность финансовых отношений между бюджетами разных уровней (федеральным — региональными — муниципальными) обратили внимание **представитель Департамента здравоохранения Вологодской области Михаил Дуганов** и **заместитель председателя правительства Кировской области Мария Гайдар**. Последняя отметила, что власти субъектов РФ фактически не имеют механизмов для мотивации муниципалитетов к финансированию программ модернизации. По мнению М. Гайдар, следует также вывести взносы за неработающих граждан в фонд ОМС из зависимости от состояния местных бюджетов.

Фарит Кадыров, заместитель председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, обратил внимание участников семинара на то, что программа называется «Модернизация здравоохранения», а реально в ней будут принимать участие только учреждения системы ОМС. Получается, что это программа модернизации только учреждений системы ОМС, а не всего здравоохранения. Другая проблема, связанная с 2% страховых взносов, касается источников средств для учреждений самой системы ОМС на увеличение размеров страховых взносов. Реально (с учетом взносов в другие фонды) страховые взносы возрастут на 8% (с 26 до 34%). Но непосредственно в системе ОМС на оказание медицинской помощи на 2011–2012 гг. останется по-прежнему 3,1%. Откуда территориальные фонды ОМС возьмут средства на финансирование увеличения размеров страховых взносов медицинскими учреждениями? Опять все перекладывается на регионы? Но у них резервов на это нет, тем более на

фоне кризиса. Значит, учреждения меньше средств направят на медикаменты и продукты питания. Как в подобных условиях внедрять стандарты? Да, программа модернизации предусматривает средства на внедрение стандартов. Однако есть большие опасения, что за счет этих средств будут затыкаться дыры в территориальных фондах ОМС и внедрение стандартов может обернуться профанацией.

Еще одна проблема: программа модернизации предусматривает определенные показатели. С этим более или менее ясно. В зависимости от достижения этих критериев будет решаться вопрос о том, все ли предусмотренные средства получит регион. А вот тут масса неясностей. Показатели есть, а что является критерием? Например, позитивно будет оцениваться нынешняя низкая фондовооруженность или высокая? Больше дадут тем, у кого она ниже (чтобы помочь) или тем, у кого выше (как поощрение за то, что денег на здравоохранение не жалели)? Будет ли иметь значение то, как будут достигнуты эти показатели? Ведь максимальное значение фондовооруженности можно достигнуть, купив минимальное количество оборудования по завышенным ценам или разогнав все кадры (на оставшихся врачей и будет поделена стоимость основных фондов). В итоге не ясно — хорошо или плохо иметь высокую укомплектованность кадрами?

Государственная политика в сфере здравоохранения должна быть четкой, понятной и непротиворечивой.

Подводя итог семинара, его руководитель, первый проректор ГУ-ВШЭ Лев Якобсон отметил: «Нашу систему здравоохранения бесполезно лечить по частям. Я не знаю, откуда берутся 35% россиян, которые, согласно социологическим опросам, довольны отечественной системой здравоохранения, поэтому обсуждение поднятой проблемы следует продолжать».

Н. Куракова



В.И. Перхов,

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

С.А. Киреев,

заместитель директора ФГУ «Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития России», г. Москва

Е.Е. Балувев,

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

СТРУКТУРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГАРАНТИРОВАННОЙ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Здравоохранение является особой сферой деятельности государства по обеспечению прав граждан на жизнь и здоровье и в связи с этим является одним из самых приоритетных направлений в политической, экономической и социальной жизни страны и общества. Наиболее значимой задачей, стоящей перед системой здравоохранения, является обеспечение определенности и конкретности государственных гарантий в сфере здравоохранения: видов, объемов, условий оказания и требований к качеству лечебно-профилактической помощи населению за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней. Это требует совершенствования сложившейся системы формирования финансовых ресурсов отрасли на основе стандартизации, реструктуризации, интеграции финансовых потоков по основным источникам финансирования и эффективного перераспределения ресурсов не только между уровнями системы здравоохранения, но и между видами медицинской помощи.

В соответствии со статьей 20.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан Программа государственных гарантий оказания гражданам

Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет в том числе «порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь». Однако интерпретация этой нормы Основ затруднена в части словосочетания «структура формирования тарифов». Поэтому осмелимся предположить, что слово «формирования» здесь явно не на своем месте, и следует расценивать эту норму Основ как «порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь».

Структура (лат. *structure* — строение, расположение, порядок) в наиболее общем смысле представляет собой совокупность устойчивых внутренних связей объекта, распределение отдельных его частей, обеспечивающих его целостность. Применительно к тарифу на медицинскую помощь структура может количественно характеризоваться удельными весами (долями) расходов, необходимых для покрытия затрат при ее оказании по предметным статьям в соответствии с их бюджетной классификацией. Несмотря на то, что эта норма введена в конце 2007 года, до настоящего времени Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи не содержит структуру тарифа на



медицинскую помощь. В Программе в течение четырех лет (2008–2010 гг.) содержится лишь состав тарифа на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, то есть перечень предметных статей расходов. Структуры тарифа на медицинскую помощь в Программе нет.

Нет в Программе и порядка формирования тарифов на медицинскую помощь. В Программе лишь сказано, что «формирование тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативами, определенными Программой».

В этой связи представляют интерес аналитические данные, характеризующие динамику структурных показателей (финансовых и объемных) медицинской помощи, предоставляемой населению в соответствии с Программой государственных гарантий ее оказания. В *табл. 1* представлены данные из приложений к докладом Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» за 2007¹ и 2008² гг.

Объемы финансирования всех видов медицинской помощи из государственных источников в 2008 году в сравнении с 2007 годом увеличились в 1,18 раза. При этом в наибольшей степени увеличились расходы фондов ОМС — в 1,31 раза. Суммарные расходы (из всех источников) на скорую медицинскую помощь возросли в 1,17 раза, на амбулаторно-поликлиническую помощь — в 1,06 раза, на стационарную медицинскую помощь — в 1,29 раза, на медицинскую помощь в дневных стационарах — в 1,28 раза, на прочие виды медицинской помощи и иных услуг — в 1,1 раза.

Принцип оказания скорой медицинской помощи в нашей стране все еще кардинально отличается от подходов, принятых в большинстве развитых стран. За рубежом основная задача скорой медицинской помощи — быстрее оказание доврачебной помощи по сохранению и поддержанию жизненно важных функций и доставка пациента в максимально короткие сроки в медицинское учреждение, где ему может быть оказана высококвалифицированная и специализированная медицинская помощь. В нашей стране основной принцип скорой помощи — доставка врача к пациенту. В результате повышается затратность оказания скорой помощи, к финансированию этого вида помощи, кроме средств бюджетов, привлекаются денежные средства из других государственных источников. При финансировании скорой медицинской помощи в 2008 году в сравнении с 2007 годом в 2,70 раза увеличился удельный вес расходов фондов ОМС и социального страхования и в 1,25 раза — удельный вес расходов бюджетов субъектов Федерации. При этом доля расходов местных бюджетов при финансировании скорой медицинской помощи снизилась на 1,1 процентного пункта.

Также снизился удельный вес расходов местных бюджетов при финансировании стационарной медицинской помощи (на 1,2 процентного пункта) на фоне увеличения доли расходов федерального бюджета и бюджетов субъектов Федерации (на 0,8 и 0,2 процентного пункта, соответственно). При этом местные органы власти в наибольшей степени увеличили свои расходы на оказание стационарной медицинской помощи (рост в 1,2 раза) и в наименьшей — на оказание помощи в дневных стационарах (рост в 1,09 раза).

Расходы федерального бюджета на медицинскую помощь в государственных (кроме федеральных) и муниципальных учреждениях здравоохранения снизились почти на 20% в

¹ http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/letters/112/DOKLAD_PGG_MZ.doc.

² <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/spa/29>.





Таблица 1

Показатели объемов финансирования видов медицинской помощи, оказанной в государственных (кроме федеральных) и муниципальных учреждениях, из бюджетов разных уровней и внебюджетных государственных фондов в 2007 и 2008 гг.

Год	Объемы финансирования	Скорая медицин- ская помощь	Амбула- торно-по- ликлиниче- ская помощь	Стацио- нарная медицин- ская помощь	Медицин- ская помощь в дневных стациона- рах	Прочие виды медицин- ской помощи	Все виды помощи
	Источники финансирования						
Абсолютные показатели объемов финансирования видов медицинской помощи, млн. рублей							
2007	Федеральный бюджет	7891,4	108 715,7	4962,8	40,9	7938,1	129 548,9
	Бюджеты субъектов Российской Федерации	9945,6	33 918,6	108 783,2	2669,0	79 488,2	234 804,6
	Местные бюджеты	33 222,7	44 096,7	59 329,9	3284,2	31 395,1	171 328,6
	Фонды ОМС	496,0	113 156,2	188 347,8	10 441,5	2326,5	314 768,1
	Фонд социального страхования	1,1	6911,3	8118,3	9,0	12,9	15 052,5
	Общий итог	51 556,9	306 798,5	369 541,9	16 444,7	121 160,8	865 502,8
2008	Федеральный бюджет	6033,6	77 035,3	10 426,6	84,8	11 426,8	105 007,2
	Бюджеты субъектов Российской Федерации	14 450,5	41 103,7	141 261,0	3774,7	81 969,0	282 558,8
	Местные бюджеты	38 096,3	51 601,2	71 068,9	3594,5	36 800,6	201 161,5
	Фонды ОМС	1576,8	149 121,7	245 207,4	13 503,2	3338,9	412 748,0
	Фонд социального страхования	3,4	7600,9	9393,2	20,0	227,8	17 245,3
	Общий итог	60 160,7	326 462,8	477 357,1	20 977,2	133 763,0	1 018 720,8
Удельные веса источников финансирования видов медицинской помощи, %							
2007	Федеральный бюджет	15,3	35,4	1,3	0,2	6,6	15,0
	Бюджеты субъектов Российской Федерации	19,3	11,1	29,4	16,2	65,6	27,1
	Местные бюджеты	64,4	14,4	16,1	20,0	25,9	19,8
	Фонды ОМС	1,0	36,9	51,0	63,5	1,9	36,4
	Фонд социального страхования	0,002	2,3	2,2	0,1	0,01	1,7
	Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2008	Федеральный бюджет	10,0	23,6	2,2	0,4	8,5	10,3
	Бюджеты субъектов Российской Федерации	24,0	12,6	29,6	18,0	61,3	27,7
	Местные бюджеты	63,3	15,8	14,9	17,1	27,5	19,7
	Фонды ОМС	2,6	45,7	51,4	64,4	2,5	40,5
	Фонд социального страхования	0,01	2,3	2,0	0,1	0,2	1,7
	Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



основном за счет сокращения объемов финансирования скорой и амбулаторно-поликлинической помощи. При этом расходы федерального бюджета на стационарную медицинскую помощь увеличились в 2,1 раза, на медицинскую помощь в дневных стационарах — в 2,07 раза. Существенно увеличились расходы бюджетов субъектов Федерации, фондов ОМС и социального страхования на скорую помощь — в 1,45; 3,18 и 3,17 раза соответственно. За два года увеличился удельный вес расходов фондов социального страхования и федерального бюджета на оказание прочих видов медицинской помощи (в 16 и 1,3 раза, соответственно). При этом расходы фондов ОМС и федерального бюджета на оказание прочих видов медицинской помощи — в 1,44 раза, местных бюджетов — в 1,17 раза, а фондов социального страхования — более чем в 17 раз.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 286 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год» установлены подушевые нормативы финансирования Программы в расчете на 1 человека в год (без учета расходов федерального бюджета), составляющие в среднем 4503,0 рубля, в том числе 2207,1 рубля — за счет средств обязательного медицинского страхования; 2295,9 рубля — за счет средств соответствующих бюджетов. С учетом суммарных фактических затрат (без учета расходов федерального бюджета) на оказание всех видов помощи в государственных (кроме федеральных) и муниципальных медицинских учреждениях (896,5 млрд. рублей) в 2008 году расходы консолидированных бюджетов субъектов Федерации должны были составить 457,2 млрд. рублей, а расходы средств системы ОМС — 439,3 млрд. рублей. То есть 49% расходов на оказание медицинской помощи в медицинских учреждениях (кроме федеральных) должно компенсироваться из средств системы ОМС, а 51% расходов — за счет консолидированных бюджетов субъектов Федерации.

Однако это соотношение расходов в 2008 году не было обеспечено. Фактически в 2008 году за счет бюджетов субъектов Федерации и муниципальных образований профинансировано 54% расходов (483,7 млрд. рублей) на оказание помощи в медицинских учреждениях (кроме федеральных), за счет средств системы ОМС (расходы территориальных фондов ОМС) — 46% (412,7 млрд. рублей). Таким образом можно сделать вывод о том, что в 2008 году из бюджетов субъектов Федерации и муниципальных образований направлено на компенсацию дефицита финансирования базовой программы ОМС 26,5 млрд. рублей. Этот вывод подтверждается сведениями из других источников.

По данным Росстата, всего в 2008 году расходы территориальных фондов ОМС на финансирование территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС составили 438,8 млрд. рублей. Следовательно, 26,1 млрд. рублей (6% от общих расходов фондов) территориальные фонды ОМС затратили на оказание помощи, объемы которой не включены в таблицу 1, составленную на основании данных из доклада Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». То есть это объемы помощи, предоставленные населению в учреждениях и организациях системы здравоохранения страны, данные о которых не включены Минздравсоцразвития России в доклад. Это учреждения здравоохранения федеральных органов исполнительной власти и иных главных распорядителей средств федерального бюджета, работающие в системе ОМС.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 286 за счет средств системы ОМС должно покрываться 77,4% расходов при оказании амбулаторно-поликлинической, 77,8% расходов при оказании стационарной медицинской помощи и 96,1% расходов при



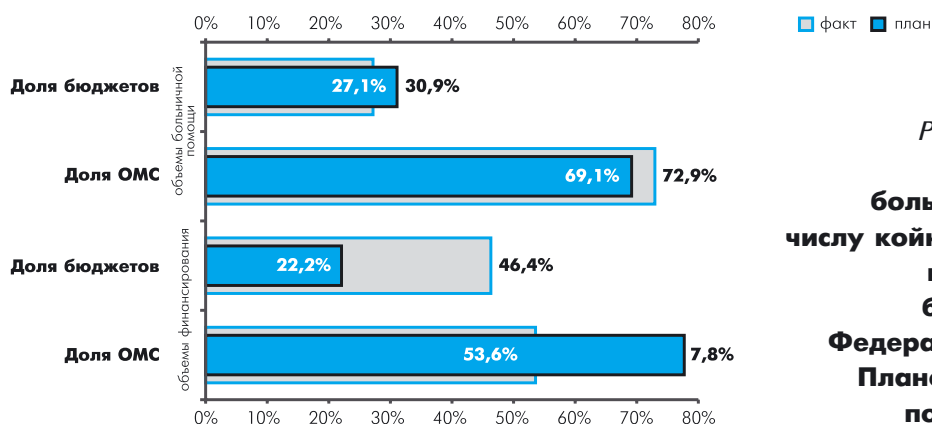


Рис. 1. Удельные веса объемов оказанной больничной помощи (по числу койко-дней) и расходов консолидированных бюджетов субъектов Федерации и фондов ОМС. Плановые и фактические показатели, 2008 год.

оказании помощи в дневных стационарах.

Фактически в 2008 году (без учета расходов федерального бюджета) за счет средств системы ОМС компенсировано 61,7% расходов при оказании амбулаторно-поликлинической, 53,6% расходов при оказании стационарной медицинской помощи и 64,7% расходов при оказании помощи в дневных стационарах (табл. 2).

Удельный вес суммарных расходов фондов ОМС на финансовое обеспечение всех видов медицинской помощи менее 50%. Если к средствам консолидированных бюджетов субъектов Федерации прибавить средства федерального бюджета (129,5 млрд. рублей в 2007 году и 105,0 млрд. рублей в 2008 году), затраченные на обеспечение государственных гарантий медицинской помощи в медицинских учреждениях субъектов Федерации и муниципальных образований, то доля расходов фондов ОМС на эти же цели уменьшится до 37,0% в 2007 году и до 41,2% в 2008 году.

Общие объемы амбулаторно-поликлинической помощи составили 1242,9 млн. посещений к врачам в 2007 году (план с учетом численности населения и нормативов объемов помощи — 1306,2 посещений) и 1295,9 млн.

посещений в 2008 году (план — 1302,8 посещений). При этом общие объемы оказанной населению Российской Федерации по Программе государственных гарантий больничной помощи составили 31,5 млн. выбывших больных в 2007 году (план — 399,3 млн. койко-дней, или 27,9 млн. выбывших больных при средней длительности лечения 14,3³) и 31,4 млн. выбывших больных в 2008 году (план — 27,8 млн. выбывших больных).

На фоне снижения доли объемов амбулаторно-поликлинической помощи удельный вес больничной помощи в 2008 году в сравнении с предыдущим годом **увеличился на 0,5 процентного пункта. При этом сохраняются существенные диспропорции** между плановыми и фактическими показателями больничной помощи.

На рис. 1 представлены удельные веса объемов оказанной больничной помощи (по числу койко-дней) и расходов консолидированных бюджетов субъектов Федерации и фондов ОМС, плановые и фактические показатели за 2008 год.

Анализ динамики долевого распределения расходов бюджетной системы Российской Федерации (сумма расходов федерального бюджета и консолидированных бюджетов

³ Плановая средняя длительность лечения в круглосуточном стационаре (14,3 дня) исчислена на основании данных из совместного Письма Минздравсоцразвития России (от 18 мая 2007 г. № 3950-ВС) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (от 17 мая 2007 г. № 3613/26-3/И) «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год», содержащего рекомендуемые показатели больничной помощи.



Таблица 2

Объемы и структура расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и фондов ОМС на оказание видов медицинской помощи в 2007 и 2008 годах, млн. рублей
(по данным Минздравсоцразвития России)

Показатели	Объемы финансирования видов медицинской помощи			Удельный вес средств фондов ОМС, %
	Средства бюджетов (кроме федерального)	Средства фондов ОМС	Сумма	
<i>Виды медицинской помощи</i>				
2007 год				
Скорая медицинская помощь	43,2	0,5	43,7	1,1
Амбулаторно-поликлиническая помощь	78,0	113,2	191,2	59,2
Стационарная медицинская помощь	168,1	188,3	356,5	52,8
Помощь в дневных стационарах	6,0	10,4	16,4	63,7
Прочие виды медицинской помощи	110,9	2,3	113,2	2,1
Все виды медицинской помощи	406,1	314,8	720,9	43,7
2008 год				
Скорая медицинская помощь	52,5	1,6	54,1	2,9
Амбулаторно-поликлиническая помощь	92,7	149,1	241,8	61,7
Стационарная медицинская помощь	212,3	245,2	457,5	53,6
Помощь в дневных стационарах	7,4	13,5	20,9	64,7
Прочие виды медицинской помощи	118,8	3,3	122,1	2,7
Все виды медицинской помощи	483,7	412,7	896,5	46,0

субъектов Федерации) и системы ОМС на медицинскую помощь свидетельствует о незначительном структурном смещении финансовых потоков в систему ОМС. С учетом затрат на финансирование всех видов медицинской помощи в 2008 году в сравнении с 2007 годом удельный вес расходов системы ОМС в целом увеличился всего на 4,2 процентного пункта (табл. 3).

В наибольшей степени возросли в 2008 году в сравнении с 2007 годом удельные веса объемов финансирования из средств системы ОМС прочих расходов при оказании медицинской помощи (на 18,6 процентного пункта) и расходов по предметной статье «Поступление нефинансовых активов» (на 7,6 процентного пункта). Подробное описание динамики показателей расходов по предметным статьям и источникам поступления в медицинские учреждения денежных средств

содержится в докладе Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

За два года государственные расходы на оказание медицинской помощи населению Российской Федерации возросли на 153,2 млрд. рублей. В наибольшей степени увеличились государственные расходы на стационарную помощь, в наименьшей — на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Темп роста расходов фондов ОМС почти в два раза выше среднего темпа увеличения государственных расходов на оказание медицинской помощи населению с учетом всех источников финансирования. Несмотря на снижение общего объема финансирования медицинской помощи в государственных (кроме федеральных) и муниципальных учреждениях здравоохра-





Таблица 3

Структурные показатели расходов бюджетов всех уровней и средств системы ОМС на оказание всех видов медицинской помощи, 2007–2008 гг.
(по данным Минздравсоцразвития России)

Показатели, отчетный период	Абсолютные показатели расходов (млрд. рублей)			Удельный вес, %	
	Бюджеты всех уровней	ОМС	Всего расходов	Бюджеты всех уровней	ОМС
2007 год					
<i>Итого по кассовым расходам, в том числе:</i>	<i>535,7</i>	<i>314,8</i>	<i>850,5</i>	<i>63,0</i>	<i>37,0</i>
Оплата труда с начислениями	209,0	228,4	437,4	47,8	52,2
Приобретение услуг	103,6	6,3	109,8	94,3	5,7
Социальное обеспечение	14,4	0,2	14,7	98,4	1,6
Прочие расходы	6,0	1,3	7,3	82,4	17,6
Поступление нефинансовых активов	202,7	78,6	281,2	72,1	27,9
2008 год					
<i>Итого по кассовым расходам, в том числе:</i>	<i>588,7</i>	<i>412,7</i>	<i>1001,5</i>	<i>58,8</i>	<i>41,2</i>
Оплата труда с начислениями	260,9	296,5	557,3	46,8	53,2
Приобретение услуг	118,4	10,6	129,0	91,8	8,2
Социальное обеспечение	18,5	0,3	18,8	98,5	1,5
Прочие расходы	6,5	3,7	10,1	63,9	36,1
Поступление нефинансовых активов	184,4	101,7	286,2	64,4	35,6

нения из средств федерального бюджета в 2008 году в сравнении с 2007 годом, удельный вес этого источника финансирования по большинству видов медицинской помощи имеет тенденцию к увеличению. При этом Постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» все еще устанавливает подушевые нормативы финансирования Программы в расчете на 1 человека в год без учета расходов федерального бюджета.

Темп роста расходов бюджетов субъектов Федерации на оказание медицинской помощи населению уступает по своей интенсивности только динамике расходов фондов ОМС. В наибольшей степени увеличились расходы бюджетов субъектов Федерации на

оказание медицинской помощи в дневных и круглосуточных стационарах, а также на оказание скорой медицинской помощи.

Организация оказания населению и финансовое обеспечение скорой медицинской помощи — безусловная прерогатива органов местной власти и важнейшее расходное обязательство местных бюджетов. Скорая медицинская помощь — это вид помощи, которого процесс разграничения полномочий в сфере здравоохранения между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления не коснулся. Следовательно, денежные компенсации местным бюджетам на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи в соответствии с принципом разграничения



полномочий в сфере здравоохранения между уровнями власти не могут быть предусмотрены и реализованы. Однако доля расходов местных бюджетов при финансировании скорой медицинской помощи снижается. Одновременно увеличиваются расходы бюджетов субъектов Федерации, фондов ОМС и социального страхования на указанный вид помощи. При этом следует подчеркнуть, что в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» скорая медицинская помощь (включая санитарно-авиационную) должна финансироваться исключительно за счет бюджетных средств. Это может свидетельствовать о том, что местные органы власти не справляются с возложенными на них обязательствами по обеспечению населения скорой медицинской помощью, которая является важнейшим звеном первичной медико-санитарной помощи.

Сохраняются диспропорции между плановыми и фактическими объемами помощи по ее видам. Планируемые в рамках Программы объемы амбулаторно-поликлинической помощи практически полностью соответствуют фактически предоставляемым населению объемам этого вида помощи. При этом фактически предоставляемые населению объемы больничной помощи ежегодно на 13% превышают планируемые объемы этого вида помощи.

Согласно данным Минздравсоцразвития России, в 2003 году в структуре государственных расходов на все виды помощи доля расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь составляла 31,3%, в 2004 году — 30,6%, в 2005 году — 29,8%, в 2006 году — 29,9%. Вопреки общеизвестным и общепризнанным принципам преодоления структурных диспропорций доля расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь продолжает снижаться. В структуре государственных расходов на все виды помощи доля расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь составила в 2007 году 27,0%, а в 2008 году снизилась до 26,5%.

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 установлены пять подразделов раздела бюджетных расходов 0901 «Здравоохранение»: расходы на скорую медицинскую помощь, амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную медицинскую помощь, помощь в дневных стационарах и прочие виды медицинской помощи.

Расходы фондов ОМС и федерального бюджета на оказание «прочих видов медицинской помощи и иных услуг» за два года существенно увеличились. Объемы финансирования этих видов медицинской помощи и услуг составили 14 и 13,1% от общего объема финансирования всех видов помощи из государственных источников в 2007 и 2008 годах, соответственно. Эти объемы финансирования более чем в 2 раза превышают суммарные объемы финансирования скорой медицинской помощи и более чем в 7 раз объемы финансирования помощи в дневных стационарах. Особенно существенно возросли объемы расходов фондов социального страхования на финансовое обеспечение этих видов помощи. Однако в действующих нормативных актах этот термин не раскрывается и содержится только в отчетных формах. Поэтому термин «Прочие виды медицинской помощи и иных услуг», видимо, необходимо детализировать.

Несмотря на наличие диспропорций между плановыми и фактическими показателями вклада средств системы ОМС в общие объемы финансирования медицинской помощи, анализ динамики долевого распределения расходов бюджетной системы Российской Федерации (сумма расходов федерального бюджета и консолидированных бюджетов





субъектов Федерации) и системы ОМС на медицинскую помощь свидетельствует о незначительном структурном смещении финансовых потоков в систему ОМС.

При этом не менее 6% финансовых средств территориальных фондов ОМС, предназначенных для финансирования территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2008 году, были направлены в учреждения здравоохранения федеральных органов исполнительной власти и иных главных распорядителей средств федерального бюджета в порядке финансирования по договорам ОМС. Удельный вес средств ОМС в разрезе предметных статей расходов медицинских учреждений при оказании медицинской помощи не превышает 50%. Следовательно, не менее половины реальных затрат, возникающих при оказании медицинской помощи по договорам ОМС, восполняются медицинскими учреждениями из сметного финансирования. Поэтому сам факт участия федеральных медицинских учреждений в реализации территориальных программ ОМС свидетельствует о том, что средства федерального бюджета, поступающие в эти учреждения по смете, используются для субсидирования оказания медицинской помощи, которая должна предоставляться населению за счет бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований в рамках территориальных программ ОМС. Это субсидирование не санкционировано действующим законодательством.

С учетом удельного веса средств ОМС в общих расходах медицинских учреждений (37% в 2007 году и 41% в 2008 году), а также объема средств территориальных фондов ОМС, направленных в учреждения здравоохранения федеральных органов исполнительной власти (26,1 млрд. рублей), можно сделать вывод о том, что скрытый вклад федерального бюджета в финансовое обеспечение территориальных программ ОМС в 2008 году составил не менее 26 млрд. рублей. Одновременно с этим средства системы ОМС, предназначен-

ные для финансового обеспечения деятельности медицинских учреждений субъектов Федерации и муниципальных образований, не полностью поступают в эти учреждения, так как их часть используется для финансирования медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения.

Рост объема государственных расходов на оказание населению «прочих видов медицинской помощи и услуг» требует выделения и детализации в объеме медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения, этих видов услуг, а также их нормативного закрепления в структуре объемно-финансовых показателей Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

В здравоохранении методологическое обеспечение эффективности деятельности базируется на планировании и оценке социальных, экономических и медицинских результатов, а также на соизмерении этих результатов с произведенными затратами в рамках мониторинговых и контрольно-ревизионных мероприятий. Однако с учетом изложенного материала можно сделать вывод о том, что действующая в Российской Федерации система планирования и финансирования «бесплатной» медицинской помощи предоставляет все меньше возможностей для таких мероприятий. Эта система основана на оплате из разных государственных источников одних и тех же предметных статей расходов, возникающих при оказании населению одних и тех же видов медицинской помощи в медицинских учреждениях одних и тех же типов, но разной ведомственной подчиненности, расположенных на одной и той же территории.

Это означает, что любые оценки рациональности и результативности деятельности органов исполнительной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, фондов ОМС и социального страхования, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, страховых медицинских организаций не будут носить объективный (количественный) характер.

**Э.В. Комличенко,**

к.э.н., заместитель главного врача по гинекологии ГУЗ «Александровская больница»,
г. Санкт-Петербург

Ф.Р. Кутуева,

главный врач ГУЗ «Женская консультация № 22», главный гинеколог Выборгского района,
г. Санкт-Петербург

А.В. Иванов,

заместитель главного врача ГУЗ «Женская консультация № 22», г. Санкт-Петербург

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ СПб ГУЗ «ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ № 22»

К использованию метода проектного управления нас привела необходимость в короткие сроки в условиях ограниченного финансирования внедрить и адаптировать ряд современных малоинвазивных медицинских технологий (СММТ) в гинекологии на базе СПб ГУЗ «Женская консультация № 22». Первые данные об успешно проведенных амбулаторных гинекологических операциях были опубликованы шотландским хирургом Дж. Николла более 90 лет назад. По мнению большинства зарубежных и отечественных авторов, вполне допустимо до 60% всех оперативных вмешательств осуществлять в амбулаторных условиях, при этом их перечень увеличивается по мере освоения новых хирургических методик. В проекте «Стратегическое развитие Российской Федерации до 2010 года», в разделе «В сфере здравоохранения и социального развития» указывается: «Ключ к рационализации структуры Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи — использование прогрессивных стационарозамещающих технологий». При этом в России на сегодняшний день лишь 19,4% оперативных вмешательств проводятся в амбулаторно-поликлинических условиях.

Для внедрения СММТ нами был использован комплекс управленческих технологий, применяемый в основном в коммерческих компаниях, разрабатывающих и внедряющих различные инновационные проекты, в частности, метод проектного управления (МПУ).

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Проект — это совокупность скоординированных действий с определенными точками начала и окончания, предпринятых для достижения определенных целей. Прежде всего проектный метод предназначен для создания уникальных продуктов или услуг и в этом его основное отличие от рутинной, циклической деятельности.





МПУ был впервые применен в США в 1917 году и на сегодняшний день внедрен и эффективно работает повсеместно во многих крупных корпорациях Мира. За прошедшее с тех пор время метод проектного управления не только получил широкое применение в повседневной практике, но и обусловил появление специальной научно-прикладной дисциплины — управление проектами. Под управлением проектами понимается процесс принятия и реализации управленческих решений, связанных с определением целей, организационной структуры, планированием проектных работ и контролем за ходом их выполнения, направленных на реализацию конкретной проблемы с максимально возможной эффективностью при заданных ограничениях по времени, ресурсам, качеству конечных результатов. В центре внимания этой дисциплины находятся вопросы планирования, организации, контроля и регулирования хода выполнения проектов, организации материально-технического, финансового и кадрового обеспечения проектов, оценки инвестиционной привлекательности различных вариантов реализации проектов. Можно рассматривать метод как механизм стратегического управления организацией, так называемое проектно-ориентированное управление или применять для реализации конкретных отдельно выбранных целей внутри компании. Метод достаточно универсальный и применим для оптимизации бизнес-процессов во всех без исключения учреждениях независимо от отраслевой направленности, и по оценкам американских экономистов позволяет обеспечивать высокую надежность достижения целей, сокращать затраты на 15–20%.

Все процессы управления проектами могут быть разбиты на шесть основных групп, реализующих различные функции управления:

1. Процессы инициации — принятие решения о начале выполнения проекта.
2. Процессы планирования — определение целей и критериев успеха проекта и разработка рабочих схем их достижения.

3. Процессы исполнения, реализации — координация людей и других ресурсов для выполнения плана.

4. Процессы управления и мониторинга — определение необходимых корректирующих воздействий, их согласование, утверждение и применение.

5. Процессы завершения — формализация выполнения проекта и подведение его к упорядоченному финалу.

ОПИСАНИЕ РАБОТЫ

Название проекта: Внедрение современных малоинвазивных медицинских технологий в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения в гинекологии путем создания центра амбулаторной хирургии.

1. Инициация

Формирование идеи, постановка цели и название проекта формируются в основном на основании аналитического анализа структуры и специфики рынка и возможностей организации. Следующим этапом проводится разработка концепции проекта, которая формирует структуру дальнейших действий (рис. 1).

Была сформулирована цель проекта: Создание центра амбулаторной хирургии в гинекологии.

Открытие центра было обусловлено необходимостью повысить эффективность использования материальных ресурсов учреждения, операционный блок функционировал недостаточно интенсивно и перечень выполняемых операций был ограничен.

Маркетинговое исследование проводилось на базе крупнейшего стационара г. Санкт-Петербурга ГУЗ «Александровская больница» (115 гинекологических коек) путем опроса 1340 пациенток, которым были выполнены СММТ-вмешательства.

85% больных предпочли бы проведение манипуляций в амбулаторных условиях, из них 62% готовы были получить эту услугу на платной основе при стоимости до 4500

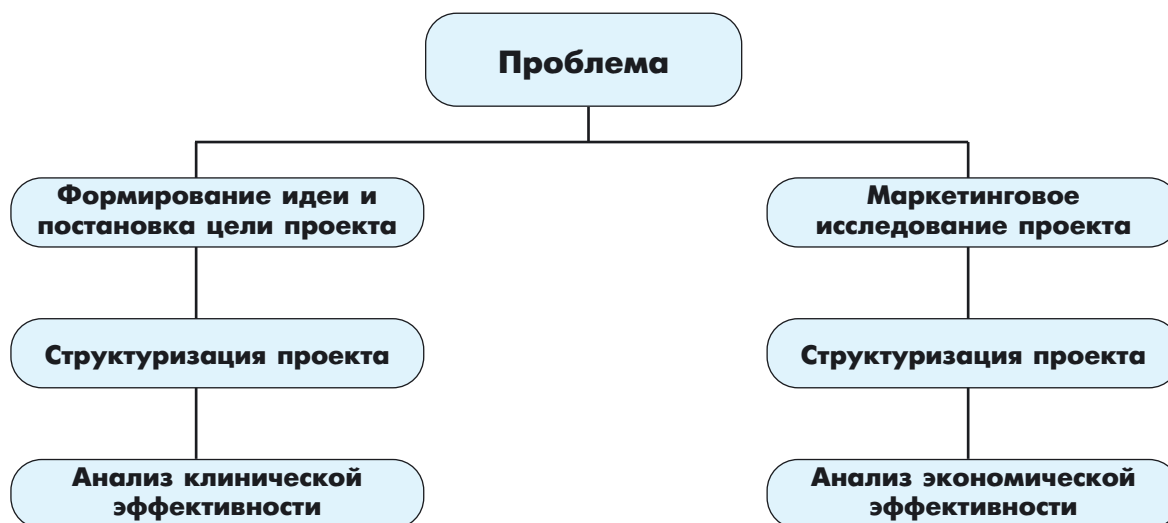


Рис. 1. Схема разработки концепции проекта

рублей, 56% — при стоимости до 6500 рублей, 4% — до 12 000 рублей.

СММТ-вмешательства в г. Санкт-Петербурге в амбулаторных условиях выполняются в основном в частных клиниках, позиционирующих себя в сегменте премиум, при этом ценообразование диктуется низкой конкурентной средой, высокими затратами на процесс оказания услуг и определяется в диапазоне от 12 000 рублей.

2. Процессы планирования

На этапе планирования осуществляется структуризация проекта, при этом производится разработка перечня мероприятий, реализуемых для достижения поставленной цели. Составляется схема декомпозиции работ — WBS-диаграмма (Work Breakdown Structure) (рис. 2).

РАЗРАБОТКА МЕТОДОЛОГИИ ПРОЕКТА

На основании Приказа № 50 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2003 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», регламентирующего деятельность женских

консультаций, разработан перечень СММТ-вмешательств:

- гистероскопия;
- гистерорезектоскопия;
- отдельные диагностические выскабливания полости матки;
- пластические операции на промежности;
- удаление кист бартолиниевой железы;
- удаление плодного яйца при неразвивающейся беременности с гистохимическим исследованием и кариотипированием;
- диатермоэксцизия шейки матки;
- лазерная вапоризация шейки матки.

Ограниченные возможности амбулаторного учреждения в использовании помощи смежных специалистов при возникновении анестезиологических осложнений обусловили тщательный отбор пациентов для выполнения СММТ-вмешательств и разработку единого алгоритма обследования для лечения в поликлинических условиях.

Определены критерии исключения, основные: возраст пациенток старше 60 лет, наличие тяжелой соматической патологии, аллергическая реакция в прошлом на компоненты анестезии, послеродовые осложнения, острая гинекологическая патология, острые воспалительные заболевания.



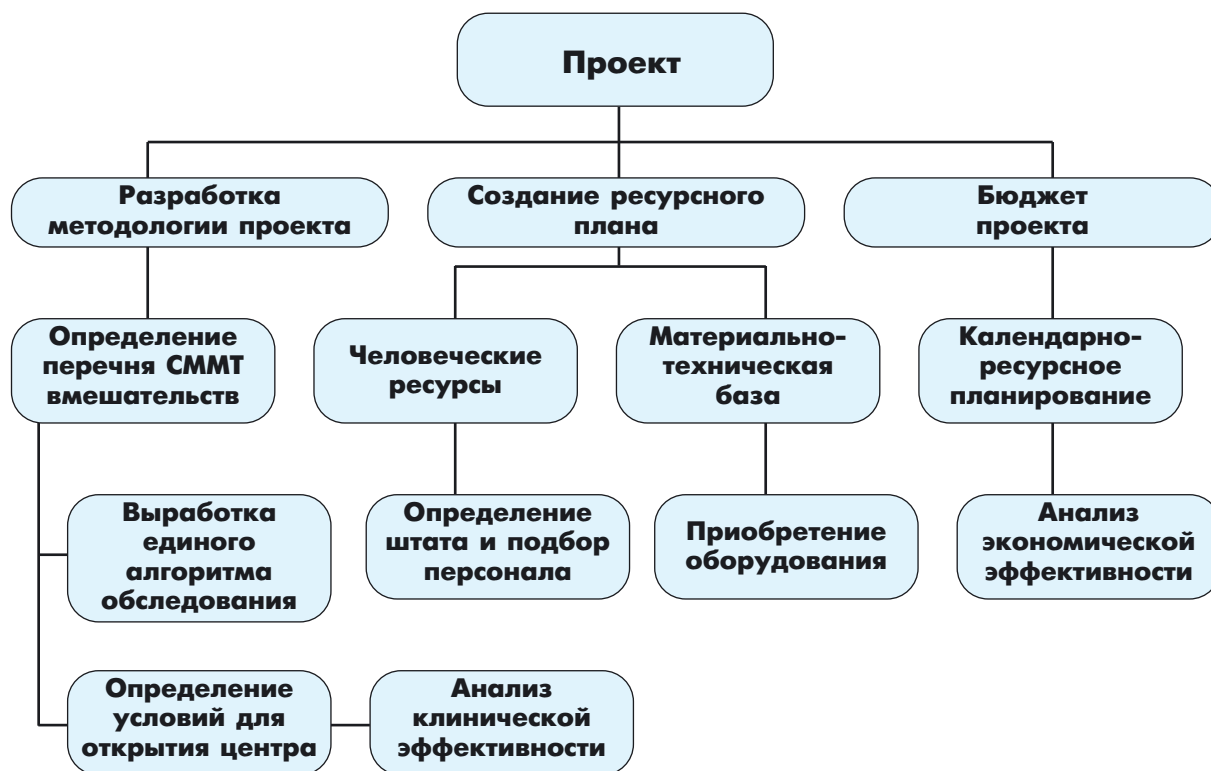


Рис. 2. Схема декомпозиции работ — WBS-диаграмма (Work Breakdown Structure)

При открытии центра необходимо обеспечить больным высокую степень безопасности проводимых вмешательств, необходимым условием является расположение организации в непосредственной близости от многопрофильного стационара. Коммуникативные связи с руководством больницы и высокий уровень преемственности в лечении пациентов должны обеспечивать за счет неотложной специализированной помощи при срочной эвакуации в случае возникновения осложнений.

СОЗДАНИЕ РЕСУРСНОГО ПЛАНА

Ресурсный план определяет потребность в ресурсах, состав ресурсов, сроки поставок ресурсов (оборудования), при этом с целью оптимизации необходимо обеспечить взаимосвязь с календарным планированием, так называемый календарно-ресурсный план на основе модели «время-затраты». Наиболее

эффективным методом расчетов может служить «метод критического пути» CPM (Critical Path Method), построение сетевых графиков, которые позволяют рассчитать минимальные временные затраты в зависимости от материальных затрат.

При создании центра амбулаторной хирургии в гинекологии была проведена оценка ресурсов по проекту (табл. 1).

К исполнительному врачебному персоналу на этапе внедрения предъявлялись высокие профессиональные требования, прежде всего учитывался опыт выполнения СММТ-вмешательств в стационарных условиях. В дальнейшем перечень персонала, допущенного до проведения СММТ-вмешательств, был расширен за счет обученных в клинической ординатуре врачей акушеров-гинекологов на базе СПб ГУЗ «Александровская больница» при соблюдении условия присутствия в операционные дни более опытного персонала.



Таблица 1

Оценка ресурсов по проекту

Человеческие ресурсы			
№	Ресурс	Количество	Функция
1	Специалист-врач, руководитель проекта, менеджер	1	Руководство в объеме компетенции, непосредственный исполнитель СММТ
2	Специалист врач-анестезиолог	1	Исполнитель анестезиологического пособия
3	Специалист-медицинская сестра/анестезистка	1	Исполнитель, участие в оперативном, анестезиологическом пособии, санитарские функции
4	Экономист	1	Подготовка конкурсной документации при приобретении оборудования, расчет бюджета проекта
Материально-техническая база			
№	Ресурс	Количество	Стоимость, руб.
1	Гистероскопическая установка: гистеропомпа, ЭХВЧ, видеокомплекс, монитор медицинский, диагностический гистероскоп	1 шт.	430 000
2	Аппарат для лазерной деструкции шейки матки	1 шт.	270 000
3	Стол для гинекологических манипуляций	1 шт.	45 000
4	Инструменты для выполнения СММТ (комплект)	1 шт.	34 000

Финансовый план не составлялся, и оценка экономической эффективности не осуществлялась, так как при современной системе финансирования инвестиционную привлекательность оценить не представлялось возможным, и данный проект не создавался для извлечения прибыли. Однако для расчета переменных и постоянных затрат на проведение СММТ, согласно требованиям законодательства, была выполнена калькуляция оказываемых услуг.

В период с 2008 года по 09.2009 год в центре амбулаторной хирургии ГУЗ «Женская консультация № 22» выполнено 1268 СММТ-вмешательства. При оценке клинической эффективности использованы следующие критерии: отсутствие рецидива заболевания и количество и тяжесть осложнений. За отчетный период были отмечены: 2 случая

острого сальпингоофорита (1 после гистероскопии, 1 после эвакуации плодного яйца при несостоявшемся выкидыше), 1 случай кровотечения после деструкции шейки матки. 2 пациентки с вышеперечисленными осложнениями были госпитализированы в стационар и выписаны после проведенного консервативного лечения с полным восстановлением. 1 больной проведена патогенетическая терапия в дневном стационаре.

При опросе женщины, оперируемые в женской консультации, отмечали отсутствие стресса госпитализации, более быстрое восстановление активности, изменение привычной обстановки на короткое время, что положительно отразилось на качестве жизни.

Таким образом было показано, что методика проектного управления применима в





условиях существования государственного учреждения здравоохранения. Экономическая эффективность и экономия бюджетных средств могут быть достигнуты за счет снижения затрат на стационарное лечение. Провести системную реорганизацию амбулаторно-

поликлинической службы возможно, только создавая систему мотиваций для АПУ в увеличении объемов и перечня оказываемых медицинских услуг, путем формирования специальных тарифов на оказываемые высокотехнологичные услуги.



Литература

1. Бусыгин А. Деловое проектирование и управление проектом. — Издательство: Институт МВШСЭН, 2005. — 515 с.
2. Ефремов В.С. Проектное управление: модели и методы принятия решений// Менеджмент в России и за рубежом. — 2005. — № 6
3. Ципес Г.Л., Товб А.С. Менеджмент проектов. — М.: Олимп-Бизнес, 2006. — 304 с.
4. Бринкерхофф Р. Метод успешного случая. Быстрый способ узнать, что работает, а что — нет. — М.: ГИППО, 2005.
5. Исаев В.В. Организация работы команды проекта. — СПб.: Бизнес-пресса, 2006. — 360 с.
6. Томсетт Р. Радикальное управление проектами. — М.: Лори, 2005.
7. Чернецов Г., Ушаков А., Коротин Е. Возможности применения методов управления проектами при подготовке и реализации программы реструктуризации предприятия//Менеджмент в России и за рубежом. — 2004. — № 3.
8. Мартин П., Тейт К. Управление проектами. — СПб: Питер, 2006. — 224 с.
9. Майстер Д. Управление фирмой/Пер. с англ. — М.: Альпина Бизнес Букс, 2003. — 414 с.
10. Мазур И.И., Шапиро В.Д., Ольдерогге Н.Г. Управление проектами//Учебное пособие для ВУЗов — М.: Экономика, 2001 — 574 с.
11. Гамирова Е.В. Совершенствование оказания хирургической помощи гинекологическим больным в амбулаторно-поликлинических условиях//Автореферат дис. ... к. мед. наук .
12. Меняев М.Ф. Управление проектами. MS Project//Учебное пособие — М. Омега-Л, 2005.
13. Грей К., Ларсон Э. Управление проектами. — М.: Дело и Сервис, 2005.
14. Локк Д. Управление проектами/Пер. с англ. — М.: HIPPO, 2004.
15. Фергус О Коннэл. Как успешно руководить проектами. Серебряная пуля//Пер. с англ. — М.: Кудиц-образ, 2003.
16. Управление проектами//Практическое руководство. — М.: Юркнига, 2003.
17. Чейз Ричард Б., Эквилайн Николас Дж., Якобс Роберт Ф. Производственный и операционный менеджмент. 8-е издание/Перевод с англ. — М.: Издательский дом «Вильямс», 2001.
18. A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK). PMI



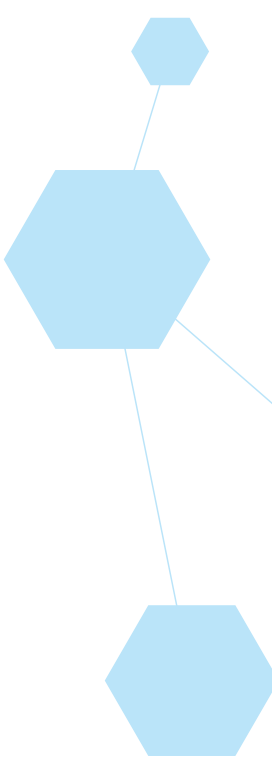
Т.А. Сибурина,

доктор медицинских наук, профессор ФГУ «ЦНИИОИЗ МЗСР РФ», г. Москва

Л.Ж. Аттаева,

кандидат медицинских наук, ФГУ «ЦНИИОИЗ МЗСР РФ», г. Москва

УПРАВЛЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМ И НРАВСТВЕННЫМ ПОТЕНЦИАЛАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Проблемам управления интеллектуальным и нравственным ресурсами учреждений здравоохранения не уделяется должного внимания ни в научной литературе, ни в практике работы учреждений здравоохранения. Вместе с тем каждый из этих потенциалов определяет высокую долю в конкурентном преимуществе любой организации, что становится особенно важным в условиях формирующегося рынка медицинских услуг. Среди всех видов ресурсов нет более ценного, чем интеллектуальный потенциал, и более важного для сохранения и развития организации, чем нравственный. Наличие значимого интеллектуального потенциала обеспечивает непрерывный поиск и постоянный отбор новых, перспективных направлений деятельности, движение в сторону развития, становится залогом успешности. Наличие высокого нравственного потенциала способствует высокому имиджу организации, создает необходимую рабочую атмосферу, служит основой стабильности и дальнейшего совершенствования.

В здравоохранении с его устоявшейся системой ценностей, сложившейся моделью управления, нехваткой материальных ресурсов такие нематериальные (неосязаемые) активы, как высокий профессионализм, креативность, талант, на протяжении многих десятилетий не имели высокой коллективной ценности. Поэтому эти качества не становились предметом особого внимания и заботы руководства. Скорее усложняли жизнь их обладателям. В условиях всеобъемлющей стандартизации, изначально нацеленной на достижение среднего уровня, потребность в неординарных специалистах невысока, да и условия, сложившиеся в учреждениях, не способствуют их формированию. Настоящее положение во многом объясняется особенностями управления. Результаты социально-психологических исследований среди руководящих работников разного уровня (ЦНИИОИЗ, 2009) свидетельствуют о том, что в здравоохранении в своей массе сформировался тип руководителя, отличающийся наличием таких качеств, как исполнительность и достаточно высокая ответственность, сочетающиеся с неготовностью осваивать новое, идти на риск. Цели и задачи повышенной сложности не привлекательны для большинства руководителей. Им не нужны работники, представляющие постоянную угрозу устоявшимся подходам и методам работы, ищущие, неудовлетворенные результатами, склонные к переменам и жаждущие их, требующие повышенного внимания.





Исходя из того, что *интеллектуальный потенциал* организации представляет собой совокупность природных и приобретенных способностей, а также знаний, навыков, опыта, полезных отношений ее сотрудников, то среди его *характерных особенностей* целесообразно выделить накапливаемость на протяжении профессиональной деятельности; потребность в целевых инвестициях для наращивания; длительный экономический и социальный эффект от использования.

Ожидаемая реорганизация организационно-правовых форм в системе оказания медицинской помощи, стимулирующая развитие рыночной среды, диктует новые условия функционирования учреждений, связанные с необходимостью поддержания конкурентоспособности, обеспечения непрерывного развития организации, переводит задачу использования и наращивания интеллектуального потенциала коллектива в разряд действенных механизмов выживания организаций. В условиях капитализации интеллектуальный потенциал перерастает в интеллектуальную собственность, образующую нематериальные активы организации.

Учитывая то, что интеллектуальный потенциал представляет собой нечто вроде «коллективного мозга», аккумулирующего научные и обыденные знания всех работников, уровень их квалификации, возможности для дальнейшего развития, то становится понятным, что *основными направлениями управления* им являются:

- оценка знаний, навыков, творческих способностей, моральных ценностей, культуры труда коллектива;
- планирование развития потенциала в соответствии со стратегическими потребностями организации;
- создание организационных и технических условий для реализации имеющегося потенциала сотрудников;
- приращение потенциала за счет организации соответствующих систем обучения, повышение квалификации, профессиональное и личностное развитие;

- стимулирование профессионального роста, личного самосовершенствования работников;

- обеспечение условий и стимулирование передачи накопленных знаний, опыта (в том числе в рамках наставничества);

- удержание талантливых сотрудников и наращивание потенциала за счет привлечения талантов;

- охрана здоровья и поддержание длительного периода интеллектуальной деятельности сотрудников и т.д.

В основе управления интеллектуальным потенциалом лежат *два ключевых принципа*: обеспечение индивидуального подхода и целевое инвестирование. Основные виды инвестиций включают: **а)** расходы на образование, включая профессиональную подготовку кадров, профессиональное совершенствование (из практики известно, что в любом обучающем проекте до 80% знаний приходится на самообучение и профессиональную переподготовку); **б)** расходы на поддержание здоровья (профилактику, медицинскую помощь, оздоровление и пр.); **в)** расходы на планирование карьеры (последовательное продвижение по ряду должностей и выявление должности, где работник мог бы работать с наивысшей отдачей). С помощью целевых инвестиций интеллектуальный потенциал накапливается и преумножается, в том числе за счет сохранения и обновления состава работников.

Основные управленческие механизмы, обеспечивающие реализацию и прирост интеллектуального потенциала коллектива, включают:

- современный стиль руководства, использующий перспективную технологию «управления человеческими ресурсами (УЧР)»;

- использование специалистов в соответствии с требованиями должности и на должностях, соответствующих их потенциалу;

- постановку перед коллективом сложных задач;

- формирование сетевой организационной структуры, предусматривающей горизон-



тальное взаимодействие и развитие партнерских отношений между сотрудниками, между сотрудниками и руководством;

- формирование среды, мотивирующей к саморазвитию, использованию новых технологий, участию в изобретательстве, рационализации, внедрении новшеств;

- формирование инновационной организационной культуры, развитие научных исследований, использование консультативного аутсорсинга с целью получения дополнительных знаний, экспертной оценки ситуации и тенденций ее развития, обучения персонала, повышения его творческой и инновационной активности.

В процессе управления интеллектуальным потенциалом нельзя упускать из внимания тот факт, что *базисной основой для приращения* интеллектуального потенциала личности остаются природные качества (здоровье, психофизиологическая устойчивость и др.); соответствующее воспитание, дающее индивиду возможность и желание упорно и дисциплинированно трудиться, систематическая работа над собой; постоянное повышение культурного уровня, расширяющего горизонт знаний и мышления [3].

При управлении развитием интеллектуального потенциала необходимо учитывать менталитет России, традиционно выделяющий страну среди мировых держав, а именно, неординарность мышления. В условиях конкуренции значительно возрастает значимость таланта. Известно, что в среднем 80% прибыли любой организации дают 20% сотрудников. В случае наличия талантливых работников это соотношение принимает вид 95 и 5%, соответственно. В рамках реализации концепции управления талантами организации (в настоящее время преимущественно негосударственные) осуществляют прицельный поиск, сохранение и стимулирование талантливых людей. Численность талантливых сотрудников в коллективе в среднем составляет 3–5% работающих [6]. Увеличение этого показателя значительно повышает кон-

курентоспособность организации и при дальнейшем росте выводит организацию в ряд выдающихся. Выделяют талант руководителя, талант исследователя, талант специалиста и пр. Продолжающее бытовать представление о том, что талант не нуждается в поддержке, а пробивает себе дорогу сам, теряет актуальность. Такой подход слишком расточителен. Также следует учитывать, что талант имеет способность притягивать талантливых людей.

Говоря об интеллектуальном потенциале организации, необходимо сказать и о роли такой категории работников, которая в управленческой литературе называется «наиболее ценный сотрудник» (НЦС) и составляет «золотой фонд» любой организации. Их характеристика включает следующие параметры — это относительно небольшая и важная группа людей, которые склонны быть лидерами и мечтателями, рисковать и мыслить вне общепринятых рамок, которые могут выполнять работу, обязательную сегодня, и вести туда, где организация собирается быть лет через пять. Это не просто люди, отлично справляющиеся со своей работой, но прекрасно определяющие направление будущего развития. Они обладают такими чертами, как опыт, умственная мощь и любопытство, которые позволяют им выйти за стандарты мышления, мыслить абстрактно и на ход вперед [2].

Вместе с тем НЦС от талантливых сотрудников и даже «звезд» отличает следующее: они работают на достижение результата; являются командными игроками; культивируют общий успех; умеют развивать других (даже не имея намерения делать это), проявляют моральное мужество (не боятся принимать ответственных решений, идти на риск). Управление НЦС предусматривает: создание наиболее комфортной атмосферы, использование стиля управления, способствующего личностному развитию, обеспечение возможности карьерного роста, гибкость в отношениях, поощрение приверженности данной организации.





Таким образом, изменение ситуации и вступление отрасли в конкурентную среду требуют переосмысления значимости интеллектуального потенциала организации, осуществления конкретных целенаправленных мер по повышению его уровня.

Особо острой проблемой здравоохранения в последнее время стало морально-нравственное состояние медицинских коллективов. Вошедшие в нашу повседневную жизнь рыночные отношения, значительно снизившие духовные и моральные качества личности, проникли в медицинские учреждения и сформировали в них новую структуру ценностей и тип межличностных отношений. Общие для рыночной идеологии такие характеристики, как развитие потребительского общества, приоритет ценности денег, индивидуального благополучия, получили свое конкретное воплощение в процессе оказания медицинской помощи.

Столкнувшись с системой здравоохранения, воочию убеждаешься в том, что врачебная этика даже в государственных учреждениях уступает место деловому взаимодействию производителей и потребителей медицинских услуг и, к сожалению, не в лучших его проявлениях. Медицинская же помощь из категории социальной и профессиональной ответственности переводится в стоимостной эквивалент, рассматривающий медицинскую услугу в качестве официального и неофициального источника дохода.

Как показало наше исследование, проведенное в ведущих учреждениях здравоохранения одного из субъектов Российской Федерации, расширение рыночных механизмов и формирование соответствующей морали в настоящее время происходят в условиях сложившейся в них административной организационной культуры, для которой, наряду с исполнительностью и дисциплинированностью, характерны низкая культура трудового процесса работников, слабое кооперирование сотрудников при выполнении рабочих функций, низкая степень развития внутриорганиза-

ционных коммуникаций, невостребованность творческого потенциала специалистов, часто конфликтный характер отношений, отсутствие индивидуального подхода. Среди наиболее нежелательных проявлений снижения этических норм были выделены случаи равнодушия к проблемам пациентов, поборы, вымогательство (в том числе в виде необоснованных назначений), профессиональной некомпетентности, невысокого уровня общей культуры, скрытой конфликтности, отсутствия взаимопомощи и поддержки, неуважения, зависти, интриг среди работников и др.

«Клятва Гиппократата» как этический кодекс врача не охватывает всего комплекса возникших проблем. Сложившаяся во многих учреждениях ситуация нуждается в активной коррекции, эффективным инструментом которой может стать формирование деловой этики в условиях адаптивной организационной культуры. Состав основных положений оргкультуры медицинской организации показан в табл. 1.

Среди факторов, формирующих нравственный уровень работника, в качестве ключевых выделяются три: состояние моральной атмосферы в коллективе, роль руководителя и нравственный уровень его личности, наличие этического кодекса, разделяемого всеми [7]. *Моральная атмосфера* организации часто приравнивается к понятию духовного поля как особой среды осуществления всех других материальных и духовных процессов. Структурными элементами моральной атмосферы являются *эмоциональная составляющая* — совокупность господствующих в коллективе нравственных чувств и настроений; *идейная составляющая* — совокупность устойчивых моральных идей, взглядов и нравственных установок; *общественное мнение*, преобладающее в коллективе, нравственные стремления, выражающие направленность нравственного сознания на определенную деятельность, моральные критерии, определяющие уровень профессиональной деятельности.



Таблица 1

**Общие положения структуры организационной культуры
медицинской организации**

Структурные составляющие	Основные положения
1. Доминирующие коллективные ценности организации, обеспечивающие достижение ее основных целей	— приоритет интересов больного, индивидуальный подход к проблемам больного; — высокая нравственность персонала; — индивидуальный подход к развитию работников, поощрение активной позиции, забота о личностном, карьерном и профессиональном росте; — взаимопомощь, поощрение коллективных форм работы; — четкая организация работы всех подразделений; — постоянное совершенствование и развитие коллектива
2. Культура условий труда	Перечень требований к санитарно-гигиеническим, психофизиологическим (в том числе режиму труда), социально-психологическим и эстетическим условиям труда персонала
3. Культура средств труда и трудового процесса	— действующие нормы, стандарты, правила, регламенты; — использование современных технологий, оборудования, эффективные методы и средства лечения; — качество медицинских услуг; — передовая организация лечебно-диагностического и трудового процесса (стандартизация трудового процесса)
4. Культура межличностных отношений	— социально-психологический климат, построенный на основе доверия, открытости, поддержки, единства ценностей; — чувство коллективизма, ощущение единой команды; — разделение всеми ценностей и убеждений организации; — культура общения с поставщиками, обеспечивающими службами, управляющими и контролирующими организациями, создание и поддержание имиджа; — формирование собственных традиций, обычаев
5. Культура управления	— компетентность руководства; — авторитет личности руководителя; — механизм предупреждения и разрешения конфликтов; — развитие общественных механизмов управления персоналом; — поощрение горизонтального взаимодействия; — развитие мотивационной среды; — поощрение инновационной активности; — жесткий контроль процессов и обеспечение свободы действий работников; — открытость для критики
6. Культура работника	— нравственность поведения; — нравственность мышления; — культура чувств; — культура труда





Идеальная моральная атмосфера учреждения здравоохранения — это атмосфера, в которой реализуются постулаты врачебной этики, персонал ориентирован на творческое развитие, когда труд приносит удовлетворение. Это атмосфера сотрудничества, дружбы, уважения.

Среди факторов, влияющих на моральную атмосферу, выделяют внешние: социально-экономическое и политическое устройство общественной жизни, характер производственных отношений, уровень культуры и духовно-нравственного состояния общества, а также внутренние факторы — трудовые и межличностные отношения в организации, складывающиеся по горизонтали и по вертикали [8]. Сильное влияние оказывают сложившееся в коллективе отношение к труду, сознание ценности и социальной значимости процесса и результатов труда, характера отношений с пациентами, ориентированность на постоянное профессиональное развитие, рост квалификации.

Институциональной формой моральной атмосферы является этика организации [5]. Трудовая этика серьезно отличается от привычной бытовой. *Этика деловых отношений* включает взаимодействие деловых партнеров, атмосферу в коллективе, деловое общение руководителей и подчиненных с позиции нравственных законов. Она помогает формулировать свод нравственных правил для конкретной организации, именуемый *кодексом организационной (или корпоративной) этики*.

Основные составляющие трудовой этики — это ценности, права и обязанности, правила, взаимоотношения. Трудовая этика реализуется на следующих уровнях: общественном, организационном, индивидуальном. На общественном уровне рассматриваются этические нормы и принципы взаимодействия организации с ее окружением (пациентами, поставщиками, управляющими и контролирующими организациями и т.д.). Их роль огромна в формировании имиджа, который организация приобретает в процессе дея-

тельности. *Организационный уровень* — этические нормы и правила взаимодействия между организацией и ее работниками, которые проявляются в следующих формах: **а)** ценности и приоритеты, которые служат основными ориентирами для определения обязательств администрации по отношению к персоналу организации; **б)** обязательства и ценности, определяющие отношение персонала к организации и руководству, то есть основные параметры организационной культуры организации, которые принимаются коллективом и закрепляются коллективным договором. В понятие трудовой этики включаются также *индивидуально-психологические* факторы, такие как мотивация, успех, авторитет, внешний вид, ответственность, а также все, что предшествует индивидуальным поступкам и следует за ними. Все это составляет основу морального или этического кодекса организации.

Арсенал внутриучрежденческих механизмов формирования трудовой этики и коллективной морали включает: **1)** формирование ценностей и моральных норм; **2)** создание образа руководителя; **3)** мотивацию коллектива на восприятие ценностей; **4)** создание локальных очагов новой культуры взаимоотношений; **5)** разработку и принятие кодекса организации; **6)** избавление от сотрудников, не разделяющих главные для организации моральные ценности; **7)** прием на работу с учетом согласия и возможности претендента разделить моральные ценности организации; **8)** поощрение выполнения сотрудниками требований этического кодекса работника организации; **9)** формирование у работников приверженности организации.

Уровень трудовой этики подчиненных является четким индикатором эффективности руководства. Поэтому, говоря о моральных стандартах, которых придерживаются работники, необходимо отметить, что они не являются отражением их индивидуальных особенностей. Это скорее отражение качества руководства, устанавливающего стандарты



поведения работников в организации. Здоровая моральная атмосфера в значительной степени зависит от нравственного облика руководителя, от того, как строятся его отношения с коллективом. Сумма таких качеств, как знания, умение и опыт, позволяет руководителю налаживать атмосферу сотрудничества, здоровый психологический климат. Именно руководитель является воспитателем коллектива, он имеет возможность контролировать и корректировать складывающуюся в организации практику поведения сотрудников.

Неудовлетворительный моральный климат в организации, низкий уровень трудовой этики персонала, отрицательно сказывающиеся на работе организации, ее репутации, конкурентоспособности, ставят руководство перед необходимостью исправления создавшегося положения.

Таким образом, говоря о *нравственном потенциале медицинской организации*, мы имеем в виду не сумму нравственных потенциалов отдельных работников, как в случае с интеллектуальным потенциалом, а создание морально-нравственной идеологии, главенствующей в коллективе и проявляющейся в совокупности коллективных ценностей, нравственных установок и индивидуальных поступков.

Подводя итоги, можно сказать, что уже сегодня задачи, стоящие перед учреждениями здравоохранения, определяют необходимость использования современных подходов к управлению кадровыми ресурсами, учитывающая технологии повышения интеллектуального и нравственного уровня медицинских коллективов.



Литература

1. *Аттаева Л.Ж.* Повышение эффективности управления учреждением здравоохранения (социально-психологические аспекты)//Автореф. дис. ... к. мед. наук. — М., 2009. — 24 с.
2. *Баттерис М.* Корпоративные бриллианты: как удержать талантливых сотрудников в компании/Ред. Баттерис. М., Ройтер Б. [Пер. с англ. Е.И. Смыковской]. — М.: Гросс-Медиа, 2005. — 256с.
3. *Крутий И., Новикова Ю.* Механизм приращения интеллектуального капитала личности компании/Проблемы теории и практики управления. — 2006. — № 6. — С. 41–50.
4. *Лукичева Л.И., Егорычева Е.В., Егорычев Д.Н.* Развитие интеллектуального потенциала персонала как инструмент эффективного управления интеллектуальным капиталоемким предприятием//Менеджмент в России и за рубежом. — 2006. — № 1. — С. 93–104.
5. *Магура М.А., Курбатова М.Б.* Современные персонал-технологии. — М.: ЗАО «Интел-Синтез», 2001. — 376 с.
6. *Мильтнер Б.* Управление знаниями в современной экономике//Проблемы теории и практики управления. — 2006. — №6. — С. 8–14.
7. *Соломанидина Т.О.* Организационная культура компании. — М.: Инфра-М, 2007. — 364 с.
8. *Шкурченко Д.А.* Общая и медицинская психология. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. — 352 с.



Л.И. Дежурный,

д.м.н., ведущий научный сотрудник ЦНИИОИЗ Росздрава, г. Москва

Г.В. Неудахин,

инструктор Европейского совета по реанимации, научный сотрудник ЦНИИОИЗ Росздрава, г. Москва

К.И. Лысенко,

к.п.н., начальник Главного клинического госпиталя МВД Российской Федерации, г. Москва

П.В. Пахомов,

врач-терапевт цехового врачебного участка ФМБА ФГУЗ МСЧ № 97, г. Воронеж

РОССИЙСКИЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ ПО ПЕРВОЙ ПОМОЩИ: ЗАПУТАТЬ ИЛИ ПОМОЧЬ?

В ноябре 2009 года Федеральным законом № 267 от 25.11.2009 «О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и отдельные законодательные акты Российской Федерации» был нормативно закреплён термин «первая помощь». Участниками оказания первой помощи, то есть людьми, которые могут оказать в ситуации, когда потребуются выполнить простейшие действия, направленные на спасение жизни пострадавшего, являются практически все россияне. Поэтому мы решили проанализировать, какие сведения может получить пользователь, пытающийся найти требующуюся ему информацию по вопросам оказания первой помощи в сети Интернет, которая в настоящее время становится все более и более популярным источником различных знаний ввиду доступности, наглядности, относительной простоты и высокой скорости поиска необходимых сведений (что и объясняет значительное количество обращений к сети для получения нужных материалов).

Для проведения этого анализа нами были задействованы наиболее распространённые поисковые системы Google, Yandex и Rambler [1–3], в поисковые строки которых мы ввели следующие основные ключевые слова и словосочетания: первая помощь, первая медицинская помощь, доврачебная помощь, неотложная помощь, самопомощь, взаимопомощь, обеспечение безопасности жизнедеятельности,

оказание первой (медицинской) помощи, обучение первой помощи, устройства (оборудование) для оказания первой помощи. Следует отметить, что, несмотря на нормативное закрепление термина «первая помощь», до сих пор в Российской Федерации для обозначения простейших действий по оказанию помощи пострадавшим на месте происшествия используются различные выражения, указанные выше. Эти ключевые слова выбирались также для осуществления максимально широкого информационного поиска. Далее в тексте статьи для удобства мы будем применять именно словосочетание «первая помощь», подразумевая, что выражения «доврачебная помощь», «первая медицинская помощь» и т.п. в данном контексте являются синонимами, по сути.

Результатами поиска стало более 2 млрд. ссылок, посвящённых первой помощи [4]. В результате структуризации этой информации Интернет-сайты были разделены в следующие группы.

1. Сайты обучающих центров — Интернет-страницы организаций, ведущих подготовку граждан правилам и навыкам оказания первой помощи. Контингент обучающихся весьма разнообразен — от всех желающих до работников определённых отраслей (сотрудников силовых структур, работников энергетических и нефтегазодобывающих предприятий, представителей транспортных организаций и т.д.). Также в эту группу нами были отнесены и



сайты международных общественных организаций, реализующих в ходе своей деятельности в том числе и программы подготовки населения. Следует заметить, что количество и качество информации по первой помощи на данных сайтах различно. Например, страницы КТЦ «Школа Первой Помощи» [5] являются достаточно привлекательными по дизайну и информативности. Помимо рекламной информации (стоимость, даты проведения и виды курсов, фотографии с проведенных занятий), на сайте содержатся краткие сведения о юридических аспектах оказания помощи и возможной ответственности граждан, а также о тех манипуляциях, которые категорически не рекомендуется осуществлять с пострадавшим. Важным является наличие так называемого «Справочника первой помощи», содержащего не только текстовые файлы, но и видеоуроки. Другим примером может стать сайт «Российского Красного Креста» [6], содержащий информацию о том, что указанная организация осуществляет подготовку людей, не имеющих высшего образования по первой помощи, при этом дополнительной информации не имеется. Особую нишу занимает сайт компании «Гало» [7], на стартовой странице которого располагается высказывание: «Жизнь каждого человека — это вселенная, потерю которой невозможно восполнить...». При этом содержание самого сайта достаточно малоинформативно и содержит преимущественно пафосные высказывания руководителя и идейного вдохновителя компании о необходимости оказывать первую помощь в соответствии с разработанной им методикой (не утвержденной впрочем соответствующими органами нормативно-правового регулирования и не соответствующей официально утвержденным в Российской Федерации алгоритмам).

2. Сайты производителей и (или) поставщиков обучающего оборудования. К этой категории мы отнесли Интернет-страницы организаций, занимающихся производством и распространением наглядных пособий, используемых в процессе практической и теорети-

ческой подготовки по первой помощи: разнообразных видов манекенов-тренажеров для отработки навыков сердечно-легочной реанимации, переноски и манипуляций с пострадавшим, а также комплектов имитаторов повреждений и различной учебно-методической продукции (плакаты, стенды, пособия и т.п.). Соответственно на этих сайтах содержится информация преимущественно о производимой (или реализуемой) ими продукции, как, например, на страницах российского представительства датской компании «Ambu» [8], предлагающей оборудование для обучения различным видам помощи. Следует отметить, что в ряде случаев имеются примеры сайтов, совмещающих признаки двух первых категорий. Достаточно информативно насыщен сайт компании «Рипл» [9], имеющий раздел «Обучение медицинским навыкам», в котором содержатся сведения о современных средствах и устройствах, используемых при отработке практических навыков по первой помощи (и при ее оказании). Навигация по сайту очень удобна, имеется ссылка на обучающий центр (созданный на базе вышеуказанной организации) «Арибрис» [10], проводящий в том числе и курсы по первой помощи. На этом сайте содержится информация о видах курсов, их программе и справочная информация (адреса учебных центров, статьи, нормативные документы).

3. Непрофильные сайты, содержащие отдельные темы, посвященные первой помощи и частично (косвенно) касающиеся ее оказания. К ним можно отнести прежде всего разнообразные форумы. Они могут быть посвящены туризму (например, «Сервер для туристов и путешественников «Скиталец» [11]), экстремальным видам спорта (дайвингу, сноубордингу и т.п.), оружию (холодному и огнестрельному — например, оружейный портал «Guns.ru» [12]), различным единоборствам (одним из примеров является сайт «Fightbox.ru» [13], содержащий информацию о первой помощи при различных травмах). В эту группу также входят сайты, посвященные опасным видам деятельности (например, сайт





«Промышленный альпинизм» [14], информирующий об оказании услуг в этой области, содержит раздел «Медицинская помощь»), сайты по охране труда, безопасности жизнедеятельности и т.п. (к примеру, страница ОАО «Межрегиональная распределительная сетевая компания Центра» («Орелэнерго») [15] содержит памятку по оказанию первой медицинской помощи в экстренных ситуациях), сайты, посвященные подготовке водителей («Автошкола на дому» [16]). Особенностью этих сайтов является то, что в большинстве своем на них содержится разрозненная и «разношерстная» информация об оказании первой помощи; в большинстве случаев рекомендации даются людьми, не имеющими соответствующей подготовки, в результате чего ассортимент этих рекомендаций может быть самым разнообразным — от вполне приемлемых до совершенно неприменимых. К этой же группе сайтов можно отнести Интернет-ресурсы, созданные энтузиастами (зачастую немедиками) — например, сайт «Первая помощь» [17] или «Первая помощь.su» [18]. Все вышесказанное целиком относится и к этим сайтам. Интересен пример сайтов, посвященных дайвингу: вследствие наличия четкой международной системы подготовки водолазов и требований к ним, на указанных сайтах, как правило, содержится полная и современная информация о методиках оказания первой помощи (правда, с учетом возможных травм ввиду специфики этого вида спорта).

4. Сайты медицинских организаций и электронные медицинские библиотеки. В эту группу были объединены страницы с информацией по первой помощи, создававшиеся силами профессиональных медицинских работников, преподавателей и студентов средних и высших медицинских учебных заведений. Так же, как и предыдущая, эта группа довольно многочисленна и также разнообразна в отношении объема и порядка оказания первой помощи. Хорошим примером служит сайт службы скорой и неотложной медицинской помощи г. Екатеринбурга [19], на страницах которого располагается

справочник по первой помощи с иллюстрациями и видеофрагментами. А на сайте «Медуход.ru» [20] (сайт об уходе за лежачими пациентами, созданный «учредителями училища для подготовки среднего медперсонала») имеется раздел «Первая медицинская помощь», где содержится текстовая информация об отравлениях, кровотечениях, обмороке, ожогах и т.д. Довольно значительное количество информации об оказании первой помощи находится в электронных библиотеках («Большая медицинская библиотека» [21], «Медицинская библиотека «Medlib.ws» [22] и т.п.), энциклопедиях [23]. Однако поиск нужных сведений на этих страницах может быть затруднен ввиду того, что не везде информация о первой помощи выделена в отдельные ссылки, а может быть рассеяна по другим разделам.

5. Сайты официальных органов здравоохранения различного уровня (таких как Минздравсоцразвития РФ [24], Всемирная организация здравоохранения — Российский офис [25]) также содержат на страницах своих сайтов информацию о первой помощи, однако, как правило, она не выделена в отдельные разделы, что затрудняет ее поиск. Кроме этого, эти сведения в большинстве случаев ограничиваются официальными документами, предназначенными преимущественно для специалистов в области здравоохранения, и могут не иметь непосредственного отношения к участникам оказания первой помощи.

Таким образом, на основании полученных при проведении информационного поиска сведений нами были сделаны следующие выводы.

- На сегодняшний день в российском сегменте сети Интернет отсутствуют сайт (сайты), содержащие максимально полную, доступную и понятную для различных категорий пользователей информацию о различных аспектах первой помощи. Именно поэтому назрела настоятельная необходимость в создании отечественного сайта (портала), посвященного экономическим, юридическим, образовательным, материальным и прочим аспектам оказания первой помощи. Создаваемый сайт должен быть адресован максимальному



количеству заинтересованных лиц, начиная от непосредственных участников оказания первой помощи и заканчивая специалистами, руководителями и официальными лицами. Крайне необходимо, чтобы создаваемый сайт имел официальный статус, то есть являлся бы информационным ресурсом, содержащим сведения, полученные из официальных органов, курирующих в Российской Федерации вопросы оказания первой помощи.

• В Интернет-пространстве до сих пор понятие «первая помощь» до конца не определено и размыто. Зачастую это словосочетание применяется в совершенно другом смысле — например, «первая помощь» компьютеру, сеть аптек «Первая помощь», специализация по первой помощи в компьютерной игре Warcraft и т.п. При этом в результатах поиска с помощью поисковых систем ссылки на эти информационные ресурсы по релевантности находятся на первых местах [26]. Очевидно, что подобная ситуация будет затруднять информационный поиск даже опытному пользователю, которому могут потребоваться значительные усилия для нахождения необходимых сведений. Поэтому следует предусмотреть возможность повышения статуса разрабатываемого сайта (портала) в существующих поисковых системах.

• Информация, наполняющая подавляющее большинство сайтов, не всегда является полной и объективной. Зачастую на Интернет-странице содержатся сведения по оказанию первой помощи при различных ситуациях, при этом, как правило, отсутствует информация об общей тактике действий участников оказания первой помощи на месте происшествия, о взаимодействии их с аварийно-спасательными формированиями, сотрудниками скорой медицинской помощи. На некоторых сайтах рекомендуются методики оказания помощи, использование которых может не соответствовать имеющемуся у участников оказания первой помощи оснащению. Кроме того, выполнение некоторых рекомендаций может навредить пострадавшему. При этом отдельные сайты открыто заявляют о своем несогласии с официальными органами (например, с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, НИИ общей реаниматологии РАМН) и принятыми ими рекомендациями по оказанию первой помощи [27]. На наш взгляд, создание полноценного сайта и придание ему официального статуса позволят избежать появления в информационном пространстве подобных ресурсов.

Список ссылок

1. <http://www.google.ru/>
2. www.yandex.ru/
3. <http://www.rambler.ru/>
4. http://www.google.ru/search?hl=ru&newwindow=1&rlz=1W1SKPB_ru&q=%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B0%D1%8F+%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%89%D1%8C&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=&gs_rfai=
5. <http://www.allsafety.ru/>
6. <http://www.redcross.ru/>
7. <http://www.galo.ru/>
8. <http://ambu.ru/>
9. <http://www.reepl.ru/>
10. <http://www.aribris.ru/>
11. <http://www.skitalets.ru/>
12. <http://www.guns.ru/>
13. <http://fightbox.ru/>
14. <http://www.alpnet.ru/>
15. <http://orelenergo.mrsk-1.ru/>
16. <http://www.1pdd.ru/>
17. <http://pervayapomoshch.ru>
18. <http://firsthelp.su/>
19. <http://www.03-ektb.ru/>
20. <http://www.meduhood.ru/>
21. <http://med-lib.ru/>
22. <http://medlib.ws>
23. <http://ru.wikipedia.org/>
24. <http://www.minzdravsoc.ru/>
25. <http://www.who.int/ru/>
26. http://www.google.ru/search?hl=ru&newwindow=1&rlz=1W1SKPB_ru&q=%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B0%D1%8F+%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%89%D1%8C&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=&gs_rfai=
27. http://www.galo.ru/system/substantiation/precordial_thump/



Ш.Т. Абушаев,

к.э.н., директор научно-внедренческого предприятия «Социопрогресс», г. Томск



КАК НЕ КУПИТЬ МИС?

Практические рекомендации для руководителей здравоохранения и главных врачей — как избежать ошибок при покупке медицинских информационных систем

Введение

Сегодня выбор медицинских информационных систем (МИС) является одним из самых рискованных управленческих решений для руководителя любого уровня. При желании Вы легко можете найти более полусотни весьма развитых комплексных медицинских информационных систем, а количество специализированных систем, ориентированных на решение отдельных функциональных задач, не поддается оценке. Реально на рынке медицинских информационных систем предложение опережает спрос. Все большее количество фирм-производителей овладевают современными методами PR-компаний, под напором которых трудно устоять даже самым продвинутым работникам здравоохранения. В то же время в России отсутствует система обязательной сертификации МИС, не существуют типовые требования или рекомендуемые стандарты. В результате главный врач лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) фактически остается один на один перед проблемой выбора МИС. И мы не удивляемся, когда встречаем учреждения, сделавшие настолько странный выбор, что он мог бы стать темой для анекдота.

На практике последствия неправильного выбора МИС могут быть весьма серьезны:

- В худшем случае проект информатизации ЛПУ будет полностью непригодным со всеми произведенными затратами денежных средств, времени и труда, с моральными потерями в коллективе и снятием с должности руководителя.
- Более типичный случай, когда часть проекта оказывается работоспособной, так что виновники могут представить результат «успехом» и спокойно функционировать далее. Однако реальная эффективность будет весьма низкой, развитие минимально и деловые выгоды иллюзорны. Такие проекты — обычная вещь, однако они могут оказаться хуже, чем в первом случае. Они дают меньше стимулов для замены неудачной системы, и потенциальные выгоды будут потеряны на большой срок.
- В некоторых проектах декларируются большие амбиции на этапе развертывания, но на деле они ориентированы лишь на реализацию



достаточно узких представлений первого заказчика. Но последующим приложениям могут потребоваться другие решения и первый проект ложится «на полку», поскольку новые потребности в нем не реализуются.

- Группа, осуществляющая выбор (или сам руководитель), может быть увлечена грандиозными представлениями поставщика и может вложить свои средства в грабительски дорогое решение довольно простой проблемы. Это решение может работать достаточно хорошо, но стоит во много раз больше чем другое, одинаково приемлемое.

В этой статье мы не претендуем на истину в последней инстанции. Мы лишь обращаем внимание на некоторые ошибки конечных пользователей, совершаемые при выборе программных продуктов и проектов информатизации. Основанием для наших рекомендаций служит опыт внедрения информационных систем на всех уровнях: от Правительства и Госдумы РФ до администраций регионов, поликлиник и врачебных амбулаторий. Мы надеемся, что если Вы последуете нашим советам, то сумеете принять более разумное решение и существенно повысите шансы на успех проекта информатизации своего учреждения или региона. Однако следует помнить, что правильный выбор МИС — только один из шагов, необходимых для делового успеха проекта информатизации.

Отступление

Как правило, при выборе комплексной МИС руководитель ориентируется на мнения консультантов, реноме разработчика и стоимость продукта. Если бы мы жили не в России, нам бы показался странным тот факт, что предпочтение часто отдается наиболее дорогим проектам. Приведем лишь один пример.

В одном из национальных округов, где во многих учреждениях и компьютеров-то нет, в ОКБ внедряется локализованная зарубежная МИС стоимостью 15 млн.руб. Внедряется более трех лет, но заметных результатов нет. При более близком знакомстве с системой видим, что она в принципе не соответствует нашему законодательству.

Подобные информационные системы мы в этой статье рассматривать не будем, оставив тему откатов и отмывания денег для желтой прессы. Понятно, что лиц, принимающих решения, в подобных случаях функциональные возможности МИС интересуют в последнюю очередь.

На наш взгляд, с которым многие представители фирм-разработчиков не согласятся, тиражируемая МИС как программный продукт в принципе не может стоить миллионы рублей где-то еще, кроме России. Никто не будет спорить, что, например, такой продукт, как Windows, требует гораздо больших вложений, трудозатрат и квалификации разработчиков по сравнению с любой, самой «крутой» МИС. Отсюда вывод: МИС стоимостью выше миллиона могут представлять только обозначенный выше специфический, но понятный интерес для «российского бизнеса».

Оценка потребностей

Нельзя сделать рациональный выбор продукта без понимания того, для чего он будет использоваться. Казалось бы, это очевидно, но мы обнаружили, что многие руководители здравоохранения просто хотят получить «лучшее изделие» без четкого понимания, как оно должно использоваться. Мы заверяем, что сегодня не существует «лучшей» МИС точно так же, как не существует «лучшего» автомобиля. И не следует их искать, иначе Вас неизбежно ожидает разочарование. Нужно выбирать МИС, которая, как и авто, будет в наибольшей степени соответствовать Вашим потребностям. Но для этого нужно знать эти потребности!

Возможно Вы не согласитесь, но мы считаем, Вы должны предпринять ключевые интеллектуальные усилия прежде, чем повстречаетесь с поставщиком. Мы часто видим,





что пользователи позволяют поставщикам обучать их здравоохранению и медицине, что является очень опасной тенденцией. Как только Вы оказываетесь в руках высокопрофессионального поставщика МИС, он умело приведет Вас к приобретению того, что его фирма продает. По нашему опыту, большинство приобретений зависит от качества продаж и маркетинга продавца, но не от соответствия изделия нуждам потребителя.

Итак, если Вы — лицо, принимающее решение о приобретении МИС, Вам прежде всего необходимо сформировать спецификацию. А для этого Вы должны хорошо знать, в чем фактически нуждаются Ваши специалисты на рабочих местах (и не только с их слов). Это означает, что Вы должны понять, как они делают свою работу, какие навыки имеют, какая информация и технологии помогли бы им быть более производительными. Однако не ждите, что сотрудники Вашего учреждения будут способны перечислить точные требования. Не заставляйте их формулировать каждую возможную потребность (иначе Вы получите невозможный список).

Для формирования дельной спецификации проекта Вы должны рассмотреть следующие факторы:

- Имеющиеся объемы входной информации и которые появятся в будущем.
- Изменчивость данных (некоторые МИС болезненно реагируют на непостоянство данных).
- Сферу приложения: регистратура, поликлиника, стационар и т.д.
- Особенности взаимодействия с внешними организациями (страховыми компаниями, ТФОМС, ФСС, органами управления здравоохранения, муниципальными органами и т.д.). Форматы представления данных, штрихкодирование и т.д.
- Интеграцию: связь с другими системами типа систем бухгалтерского учета, казначейской системы финансирования, систем документооборота.

- Число пользователей и их размещение (архитектура сети), уровень квалификации, класс обработки персональных данных.

- Наличие удаленных подразделений (филиалов типа врачебных амбулаторий), функционирующих вне локальной вычислительной сети учреждения.

- Вид пользователя: руководство, плановики и статистики, узкие специалисты, средний и младший медперсонал и т.д.

- Наличие и опыт специалистов ИТ (подразделений).

- Кто будет заниматься внедрением и эксплуатацией: разработчик, внешние консультанты, внутренняя служба ИТ или конечные пользователи.

- Платформу сервера: Windows, Unix, AS/400, Linux. Но не следует настаивать, чтобы заданные спецификацией МИС выполнялись на умирающих платформах, которые Вы все еще используете.

- Бюджет: аппаратные средства, программное обеспечение, услуги по сопровождению, передача данных.

Не увлекайтесь: слишком обширный список требований может сослужить столь же плохую службу, как и недостаточный. И не следует включать в список «модные» свойства. Это сократит возможности выбора и увеличит затраты. Например, многие простые средства отслеживания стандартных процессов (потока пациентов, загрузки специалистов и кабинетов) совершенно адекватны во многих приложениях, что оправдывает запрет на расширенные возможности более «крутых» средств типа OLAP-систем, поскольку в них нет необходимости.

Отбор поставщиков

Если Вам удалось сформировать хорошую спецификацию, скорее всего Вы найдете достаточно много подходящих продуктов. Так что если, подобно большинству заказчиков, Вы просто возьмете продукт у того, кто лучше умеет продавать, это не будет иметь большого значения, потому что любые из этих про-



дуктов будут разумно подходить для Ваших задач. Если же Вы невнятно сформулировали спецификацию (а очень многие покупатели создают именно такую или не имеют ее вовсе), то существует реальная опасность, что более умелый продавец продаст Вам изделие, которое будет просто не соответствовать Вашим потребностям. Помните, что Вы приобретаете МИС очень редко (а возможно, первый и последний раз), а поставщики — хорошие профессионалы и успешно продвигают свои продукты постоянно. Они имеют специальную подготовку и очень опытные. Не забывайте, что они в своем деле умнее Вас и обладают чувством собственного достоинства точно так же, как и Вы сами в своей области. Но сейчас Вы на их территории.

Итак, имея спецификацию, Вы обращаетесь к подробным обзорам продуктов и поставщиков, чтобы подыскать тех, чьи продукты, вероятно, совместимы с Вашими требованиями.

Не слишком беспокойтесь, если в Ваш список попадут некоторые относительно маленькие компании. Если список будет состоять только из «самых больших и лучших», то, скорее всего, он будет несбалансирован. Весьма вероятно, что эти фирмы доминируют над различными секторами рынка МИС и не продают продукты, которые должны сравниваться непосредственно. К примеру, если поставщик разрабатывал свою систему первоначально для крупной клиники на базе федерального НИИ, а Вы преследуете интересы нормальной городской поликлиники или центральной районной больницы, то в общем случае такого поставщика следует исключить из списка. Наверняка в этой разработке заложено слишком много специфичного, из чего многое делалось для диссертаций, но не для практического использования.

Существует понятное предпочтение крупного поставщика на том основании, что это снижает опасность его исчезновения в будущем. Это может быть и верно, но не всегда.

Если это крупная компания, то очень возможно доля МИС очень незначительна в ее бизнесе и свой потенциал она использует для каких-то иных целей. Тогда как малая компания просто неспособна заниматься чем-то еще и соответственно более добросовестно выполняет свои обязательства. И когда что-то идет неправильно, маленькие компании часто работают намного больше для того, чтобы выявить и разрешить возникающие проблемы, и могут оказаться более компетентными при этом.

В общем случае качество проекта МИС как программного продукта зависит от конкретных людей — конструкторов и проектировщиков. Если конструктор уходит из маленькой фирмы, это фактически означает ее закрытие. Но если проект МИС был успешным, в этом случае он перейдет к другому лицу или фирме, которая будет стараться всеми силами подтвердить свою состоятельность. В крупной компании подобные процессы глубоко скрыты. В случае ухода основного разработчика компания продолжает участие в выставках, осуществляет продажи и внедрения, но на деле сама МИС уже не развивается либо качество новых разработок оставляет желать много лучшего.

Не нужно объяснять, что при сопоставимой мощности МИС стоимость системы в крупной компании будет объективно выше, поскольку накладных расходов несравненно больше. Когда Вы видите в компании массу директоров (исполнительный, технический, по маркетингу, по проектам и т.д.), Вы естественно не можете рассчитывать на низкую стоимость проекта. С другой стороны, попробуйте получить подробную консультацию по МИС у этих руководителей. Как правило, эта группа специалистов редко имеет глубокие знания самого продукта.

При необходимости внесения оперативных изменений в проект в случае маленькой фирмы иногда достаточно телефонного звонка, а вот имея дело с большой компанией, Вам не поможет объемная и длительная





переписка. Вам остается надеяться, что нужная доработка будет включена в планы компании. Если же нет, Вам придется смириться.

Естественно не каждая маленькая компания будет процветать в дальнейшем. Вы должны кое-что выяснить относительно компетентности и побудительных мотивов руководства компании. В некоторых случаях их планы не распространяются на длительную перспективу, и основные усилия направлены на получение мгновенной выгоды.

Многие (если не все!) поставщики утверждают, что являются техническими лидерами в своей области. Многие также делают сомнительные заявления о лидерстве на рынке МИС. Основанием для подобных утверждений может служить, например, диплом победителя международной выставки (которая была устроена их бывшим базовым институтом, а в жюри сидели только друзья и хорошие знакомые). Но даже те, кто действительно имеет достижения, на самом деле хвастаются прошлыми достижениями (когда конкуренция была, возможно, очень низкой), а не своим настоящим или будущим потенциалом.

Респектабельные поставщики часто утверждают, что имеют многолетний опыт, но в действительности Вы будете иметь дело с молодыми представителями фирмы, поскольку опытных специалистов уже давно нет.

Наиболее солидные поставщики имеют обширный список клиентов — пользователей их продукта. Однако многие из них не являются текущими пользователями и, возможно, уже перешли на другие продукты. Другие, весьма вероятно, не очень довольны своей МИС и продолжают ее эксплуатировать лишь потому, что переход на другую требует дополнительных средств и представляет собой тяжелую технологическую операцию.

Тем не менее, список клиентов может оказаться весьма полезным. Он поможет Вам пробиться сквозь технический туман и сверкание презентаций к оценке деловой пригодности проекта. Но работа с ним должна быть разумной:

- Не поддавайтесь очарованию количества фигурантов и солидности названий учреждений. Осторожно относитесь к первым именам, названным поставщиком. Поставщик всегда имеет несколько выгодных для него ссылок. Если Вы попросите названия других мест, то, возможно, удивитесь, как немного мест успешного внедрения можно посмотреть. Может оказаться, что в полном объеме МИС развернута лишь в единичных местах. Но, с другой стороны, это может быть не следствием недостатков информационной системы, а спецификой самого учреждения или целей его руководства. Трудно ожидать, что подсистема иммунизации будет в полном объеме развернута в женской консультации. Очень может быть, что в районной больнице нет системы предварительной записи на прием (тем более через Интернет), если очередей там в принципе нет, и т.п.

- Если Вы хотите видеть, как программа действительно работает, полезно посетить пользователя, где развернуто максимальное количество функций. Если система выполняется на таких же аппаратных средствах и имеет достаточно много одновременно работающих пользователей, будет еще лучше. Постарайтесь физически посетить его, не ограничиваясь справкой по телефону или e-mail. Никогда не посещайте место внедрения в присутствии представителя продавца. Если возможно, привлеките к работе всех членов Вашей группы выбора (медики, специалисты по ИТ).

- Выясните основания выбора данного продукта и какие другие варианты рассматривались.

- Вы должны понаблюдать работу системы в действии, чтобы видеть насколько просто ее использовать и насколько она дружелюбна. Поговорите, если удастся, со службой ИТ, конечными пользователями на рабочих местах и администраторами.

- Спросите, какие из обещанных возможностей они так и не получили, так же, как и том, каких выгод они фактически достигли, но помните, что недостигнутые деловые выгоды





нельзя непосредственно относить к недостаткам продукта.

• Выясните, какие проблемы имелись и какие имеются до сих пор, характеристику эксплуатационных показателей, как обстоит дело с поддержкой, новыми выпусками. Обратите внимание на этот пункт. Систем без недостатков не бывает, и если Вам говорят, что «все хорошо», значит, что-то скрывают либо просто хотят отделаться.

Отбор продуктов

Другой хороший совет: на этапе отбора поставщиков постарайтесь максимально сократить список требований и обратите внимание поставщика на самые основные из них. Пригласите специалистов поставщика и попросите подробно описать, как бы они решили Ваши выделенные проблемы. Естественно, что Вы и Ваши специалисты (или консультанты) должны быть сами достаточно подготовленными, чтобы суметь сфокусировать основные моменты, на которые нужно получить ясные ответы, и выявить их возможные недостатки. Эта методика позволит прополоть неподходящих поставщиков намного раньше и точнее, чем на основе критерия «нравится — не нравится» на демонстрационных стендах.

Возможно, наше наблюдение покажется Вам неправдоподобным и излишне амбициозным, но не стоит его игнорировать: мы часто встречали представителей, как разработчиков, так и заказчиков, которые просто «плавали» в базовых понятиях предметной области.

Пожалуй, самая простая задача для любой МИС — регистрация данных о посещениях пациентов, как оказалось, на практике может быть реализована с серьезными ошибками. Есть информационные системы, которые не различают понятия обращения (случай заболевания) и посещения, хотя, казалось бы, очевидно, что по одному поводу пациент может посетить ЛПУ не один раз.

В учете посещений существует правило: два посещения к одному и тому же специалисту в один день не допускаются. Но это

Избегайте предвзятых рекомендаций

Вы можете найти множество «бесплатных» советов относительно МИС, но большинство из них исходят из весьма предвзятых тенденциозных источников:

- пресса пишет о компаниях, имеющих наибольший общественный резонанс;
- поставщики вычислительной техники могут продвигать продукты, которые работают на их платформе;
- поставщики баз данных неизменно рекомендуют МИС, связанные с их собственным продуктом;
- консультанты обычно одобряют продукты, по которым они обеспечивают услуги внедрения;
- разработчики — тех, с кем они сотрудничают;
- конечные пользователи рекомендуют те продукты, которые они использовали сами.
- Остерегайтесь спонсоров, особенно если их представляет какой-нибудь «народный» депутат.

правило имеет исключения. Такие специалисты, как психиатр, нарколог, дерматовенеролог, могут иметь несколько посещений в день, поскольку работают еще и с родственниками пациента. Вот такие нюансы обрабатываются лишь в некоторых МИС.

Правильный учет заболеваний предполагает однократную регистрацию хронических заболеваний. Эта на первый взгляд очень простая задача на практике представляет собой настоящую проблему. Просто удивительно, какое количество не только программистов-разработчиков, но и врачей неправильно понимают учет заболеваний. Не понимают, что заболевание, выявленное ранее, регистрируется один раз в отчетном году. Соответственно не понимают, что если заболевание было выявлено впервые в жизни в текущем году, то уже как ранее выявленное его регистрировать недопустимо во всех последующих посещениях пациента.

Международный классификатор болезней МКБ10 очень подробный, благодаря чему





одно и то же заболевание можно закодировать разными кодами. Казалось бы, очевидно, если заболевание было зарегистрировано с одним кодом МКБ, то его никоим образом нельзя регистрировать второй раз под другим кодом. Но это самая распространенная ошибка очень многих МИС. Вот реальный случай: в одном из регионов России, не самом отсталом во всех смыслах, была зарегистрирована самая высокая заболеваемость в своем федеральном округе. Причина же была именно в этой ошибке — многократном учете одного и того же заболевания, хотя народ живет несколько не хуже, чем у соседей.

На этапе демонстраций и презентаций продуктов (МИС) старайтесь сосредоточиться на тех свойствах и функциях, которые Вам действительно нужны и в которых Вы сами хорошо разбираетесь. Не разделяйте восторгов поставщика, когда он демонстрирует способности системы сделать «и так, и этак, а еще вот таким образом!». Повсеместно преобладает мнение, что чем больше функций и возможностей системы, тем она достойнее. На самом деле это далеко не всегда верно. То, что на этапе демонстрации системы и даже на этапе опытной апробации выглядит как достоинство и богатство возможностей, на этапе промышленной эксплуатации может быть недостатком.

Очень часто большие системы имеют множество совершенно ненужных возможностей. Например, Вам могут показать, как в расписании на прием к врачу можно предусмотреть ремонт кабинета или командировку врача. Такие возможности весьма усложняют освоение и внедрение системы, загромождают интерфейс и технологию работы, но при этом фактически не дают ничего полезного для расписания и для системы.

Большое количество окон, выпадающих меню, переходов и манипуляций делают систему громоздкой и неудобной, но на этапе демонстраций все это может быть представлено как достоинство и богатство

возможностей. На самом же деле это характеристика плохого проекта.

Откроем Вам небольшой секрет: разработчики редко умеют отрезать и выбрасывать плохие проектные решения, неудачные алгоритмы и процедуры, а также те функции, которые вследствие изменений в реальной жизни просто «умерли». Они остаются мусором наряду с новыми возможностями именно для демонстрации якобы варианта «можно и так» и затрудняют эксплуатацию системы.

Одним из довольно распространенных и тяжелых недостатков МИС является отсутствие взаимосвязей между различными подсистемами. В одной из МИС мы запросили данные о числе лиц, состоящих на диспансерном учете из подсистемы «Поликлиника», а также из подсистемы «Диспансеризация». Наличие последней само по себе спорно, но беда не в этом, а в том, что цифры оказались совершенно разными.

Можно легко получить абсурдные данные. Допустим, как диабетик пациент снят с учета в связи с выбытием (или со смертью), а как гипертоник продолжает посещать поликлинику. Или пациент состоит на учете с диагнозом по одному коду МКБ, но посещений с данным МКБ у него нет. Грубая ошибка, когда пациент ставится на диспансерный учет дважды и трижды по разным кодам МКБ, хотя фактически имеет одно заболевание. Еще один реальный факт «из жизни» — число обратившихся за льготными рецептами больше оказалось больше, чем число обращений.

Когда Вы обнаружите подобные результаты уже в ходе эксплуатации МИС, Вам вряд ли покажется забавным, что поставщик подобную «модульную архитектуру» представлял как достоинство.

Мы привели лишь элементарные примеры ошибок, которые могут быть в самых продвинутых и навороченных МИС. Все подобные казусы и ошибки перечислить невозможно, как и проверить на этапе демонстрации системы или опытной апробации. Однако какие-то базовые моменты, в которых Вы





являетесь специалистом, необходимо проверить и получить внятные объяснения от поставщика.

Остерегайтесь «чистых программистов», готовых все сделать «как скажете». В большинстве случаев у разработчика МИС — специалиста по информационным технологиям (ИТ) в качестве консультанта выступает медик. Но далеко не каждый медик может исполнить эту роль, поскольку медицина — это неформализованная область человеческой деятельности. Часто такой консультант, объясняя те или иные аспекты своей деятельности, совершенно не представляет, что от него требуется. Он может вполне профессионально лечить, но при этом безобразно вести медицинскую документацию и плавать в вопросах учета и статистики. Разработчик-программист не в состоянии осмыслить путанные объяснения медика и бездумно реализует его установки. Затем такой разработчик приходит в другое учреждение, где другой специалист ему весомо говорит: «А у нас не так, нужно переделать». В итоге в данном учреждении реализуется фактически другой проект с тем же названием. И чем больше учреждений у подрядчика, тем больше версий проекта. Как Вы думаете, какой из «правильных вариантов» будет внедрен у Вас? У разработчика должен быть весьма опытный специалист-консультант, который в очном споре как минимум не уступил бы представителю конкретного учреждения. В противном случае на рынке МИС появляется функционально мощная информационная система, которая фактически системой не является. Наличие нескольких версий, реализующих разные понятия и подходы, никак не может образовывать «систему».

Приведем пример из реальной жизни. В весьма развитую МИС, функционирующую на основе мощной СУБД Oracle, была встроена подсистема диспансерного наблюдения за беременными женщинами. Во всей системе предусмотрена регистрация диагнозов по классификатору МКБ10, но в этой

подсистеме под давлением гинекологов, наряду с кодом МКБ, было введено поле для регистрации диагноза в терминологии и классификации, «принятой у гинекологов». Разработчик не смог доказать, что устаревшие учетные документы гинекологов в данном случае должны быть пересмотрены. Совершенно очевидно наличие двух не связанных друг с другом диагнозов — это источник многочисленных ошибок и недоразумений в системе.

Многие положения и установки в здравоохранении и медицине могут иметь неоднозначную интерпретацию, а часто и противоречат друг другу. Нередко приказы и методики, спускаемые с высот Минздравсоцразвития РФ и ФФОМС, чрезвычайно слабы в части полноты, семантики, логики и даже здравого смысла. Однозначное толкование таких документов просто невозможно. Какая-то ясность возникает только в результате многочисленных консультаций и запросов между представителями органов управления и представителями лечебных учреждений, которая на деле является не ясностью, а неким компромиссом. Вы можете воспользоваться этой ситуацией, чтобы оценить умственные способности и изворотливость разработчика, попросив его объяснить реализацию в его системе того или иного «корявого» положения.

Немного углубившись в отдельные содержательные моменты, которые не должны избежать Вашего внимания при обзоре программных продуктов, вернемся к теме демонстраций и презентаций. Все компетентные поставщики делают ставку на умопомрачительную, испепеляющую демонстрацию. Вы не должны забывать, что она будет основана на тривиальных объемах данных, показана в однопользовательском варианте, не подвержена сетевым задержкам и проходить она будет по заранее подготовленному маршруту, который без сомнений работает.

Предположим, что в ходе демонстрации Вам удалось заметить какие-то неудачные





решения или отсутствие каких-то важных особенностей. Остерегайтесь в этом случае заявлений о чудесах будущих версий. Каждый поставщик может утверждать, что мифическая «следующая версия» будет гораздо полнее, несравненно быстрее, более масштабируемой, более функциональной, более надежной и более легкой для использования. Вполне вероятно, что в прошлом году были точно такие же заявления относительно сегодняшнего издания. Если же будущая версия Вас все-таки заинтересовала, Вы должны предположить, что она будет выпущена с задержкой, по крайней мере, на несколько месяцев (задержки на годы, как и полные отмены выпуска, тоже возможны) и что некоторые обещанные особенности не будут реализованы в финальной версии никогда.

Многие поставщики запрашивают свои презентации большим количеством жаргонных словечек, типа «объектно-ориентированный», «портал», Web, Java, DHTML, XML, «plug-ins», «апплет», ERP, OLE, OLAP, API, CORBA, ActiveX и тому подобное. Чрезмерное использование такого жаргона не является хорошим тоном, тем более перед медиками, которые своим жаргоном могут поставить на место кого угодно.

Как избежать тендеров?

Хотя в России имеются примеры удачного решения проблемы информатизации на уровне района или небольшого города, однако гораздо больше районов и городов, где проблема информатизации серьезно и не рассматривается в силу отсутствия необходимых ресурсов. Проблема решается на уровне субъекта Федерации поиском какого-то типового решения если не для всех, то для многих ЛПУ региона. Понятно, что идея тендера, как некоего соревновательного процесса по единым правилам, выглядит в данном случае наиболее привлекательной и честной. На деле же ничего подобного не наблюдается, поэтому для лиц, принимающих решения, должен стоять вопрос: «Как избежать тендеров?».

Тендер может быть академическим и административным.

Ключевая стадия академического тендера — формирование большого документа о предоставлении предложений; он содержит списки желательных характеристик. Такие документы обычно содержат сотни вопросов, в которых полно многократно используемых шаблонов от предыдущих закупок (возможно даже и непрограммного обеспечения). Там же имеются и новые полусырые вопросы, выдуманные членами отборочного комитета, как доказательство своего бодрствования в течение продолжительных заседаний, а также вопросов специалистов ранее одобренного поставщика, которые деловито «помогли» устроителям тендера «понять проблему». Редактируется такой документ спешно, так что вопросы часто накладываются или противоречат друг другу. Естественно никто не проверял, соответствуют ли тендерные характеристики реальным деловым требованиям, поскольку проверить было негде.

Как правило, информация о тендере публикуется в прессе и в Интернете, но адресно информируются только заранее отобранные поставщики. Большинство потенциальных поставщиков не включаются в гонку, зная, что к его проведению они не имеют отношения, что кто-то манипулирует процессом выбора, и не хотят впустую тратить время.

Тендерный комитет (группа выбора) часто напускает дополнительный туман, назначая очки и вес каждой особенности или характеристике. Некоторым особенностям придается статус «обязательных», другим — «желательных». Поставщики могут не понимать смысл некоторых требований, но, боясь, стараются подтвердить все. Их эксперты без явной лжи могут найти способы ответить «Да», «Не ограничено», «Доступно» практически на любой вопрос.

В конечном счете все ответы должны быть проанализированы, каждому должны быть присвоены определенные очки и баллы,



которые затем подсчитываются. Этот процесс является весьма длительным. Кроме того, он иногда имеет неожиданные последствия с появлением темной лошадки. В процесс вмешиваются политические аспекты, имеющиеся в регионе. Очки и надбавки постоянно корректируются, некоторые пункты неожиданно переходят из статуса «желаемых» в статус «обязательных». В группе отбора могут быть две или более фракций, предпочитающих различные продукты, и их соответствующие политические силы будут столь же важны, как и измеряемые баллы.

Тендер, который мы называли «административным», проводится по установленным региональной администрацией правилам расходования бюджетных средств. Установленный критерий отбора — минимальная цена — является настолько неудачным, что комментариям не подлежит.

Таким образом, в нынешней реальности любой тендер превращается просто в фарс и служит лишь одной цели — обеспечить коллективную безответственность.

Такое описание тендера может показаться чересчур циничным, но те, кто с ними сталкивался, вряд ли возразят против того, что этот процесс — пустая трата времени и ведет к плохим решениям о покупке чего бы ни было, включая МИС. Несмотря на все отвлекающие факторы, Вы должны не отходить от главной темы — соответствия искомого продукта Вашим деловым потребностям.

Вопросы платформы и технологии

Выбор МИС может быть существенно осложнен и запутан соображениями о высших материях, таких как операционная система, СУБД, Интернет и т.д.

Нужно признаться, разнообразного опыта использования различных платформ мы не имеем. Но раз уж мы вызвались давать рекомендации по выбору МИС, то обязаны высказать свои взгляды и на эти предметы обсуждения.

Относительно ОС наше мнение вполне определено. В последние годы рассматриваются две альтернативы: Windows и Linux, хотя мы встречали фанатов и Macintosh, и OS/2. В настоящее время повсеместно используется Windows, и апологеты Linux за много лет не смогли убедить общество в превосходстве своего выбора. В последние годы все более успешно решаются вопросы лицензирования Windows. Мы принимаем сторону тех, кто принял это направление. В условиях, когда Минздравсоцразвития РФ заключает договор с фирмой Microsoft, добиваясь скидок для госучреждений, нелогично предполагать внедрение иной операционной системы в приказном порядке. Хотя подозревать наше Правительство в логичности всех своих решений мы также не будем.

Относительно системы управления базами данных в нашей стране определено складываются извращенные представления — чем круче СУБД, тем лучше. Неоправданно много МИС используют такую мощную и дорогостоящую СУБД, как Oracle. Еще в 1996 году при личных контактах мы слышали от представителя Oracle заявление о том, что эта СУБД предназначена для баз данных объемом в десятки терабайт. Возможно, мы проявим непростительную неосведомленность, но о существовании подобных баз данных в здравоохранении мы не слышали. Если же Вы рассматриваете проблемы информатизации в регионе, то МИС, созданные на основе Oracle следует просто исключить из рассмотрения — районные больницы и сельские амбулатории будут неспособны администрировать такие базы данных. Кроме того, практически любой житель региона назовет Вам десятки других, более полезных способов использования этих денег в здравоохранении.

По нашему мнению, системы управления базами данных, способные удовлетворить потребности любого ЛПУ, — это бесплатные СУБД с открытым кодом типа FireBird и Postgres, причем для малых ЛПУ предпочтитель-





нее FireBird, как система практически не требующая усилий по администрированию.

Другая область, которая может смутить, — это Web. Наверное, каждый поставщик имеет сегодня, по крайней мере, одно Web-ориентированное решение, и многие имеют грандиозные стратегии на будущее. Но если Вы озабочены проблемой информатизации ЛПУ, Вы не должны слишком озадачиваться этой темой. Более того, Web-технологии наиболее требовательны к средствам защиты персональных данных и пока не будет разработано приемлемое типовое решение по выполнению закона 152 ФЗ о защите персональных данных, следует ограничить использование Web-технологий. Безусловно, они должны использоваться там, где необходимо. В частности, такая задача, как запись пациента на прием к врачу через Интернет, может быть успешно решена в системах, построенных на технологии «клиент-сервер».

Если продолжить обсуждение вопросов технологии, то Вы обязательно должны выяснить технологию установки и запуска в эксплуатацию МИС, а также технологию обновления структуры баз данных и программного обеспечения.

Среди наиболее развитых комплексных МИС, к сожалению, очень и очень редко можно встретить так называемые «коробочные продукты», которые можно было бы установить самостоятельно, выполнив некую инсталляционную программу. Но для систем, реализованных на технологии «клиент-сервер», это должно быть обязательным требованием, если Вы не хотите быть предельно зависимым от разработчика и приглашать его представителя всякий раз, когда Вам потребуется подключить новое рабочее место.

Естественно, нельзя считать нормальной ситуацией, когда запуск системы в промышленную эксплуатацию затягивается на 2–3 года. Но такие системы есть даже среди тех, которые обладают весьма высоким репутацией.

При рассмотрении вопросов поставки нельзя упускать из вида документацию, особенно такие разделы, как «Руководство поль-

зователя» и «Руководство администратора». Плохо документированная система будет постоянно создавать головную боль.

Любая достаточно большая и развитая информационная система требует администрирования. Мы не разделяем мнения о том, что ЛПУ не должно иметь собственных специалистов ИТ, что работы по сопровождению и администрированию может выполнять некая сторонняя организация, пусть даже такая специализированная, медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ). Как показывает наш опыт, как минимум одного своего специалиста Вы должны иметь. При этом любая «хорошая» МИС непременно должна иметь развитые средства администрирования. МИС должна быть достаточно гибкой и иметь средства параметрической настройки. Недопустимо оставаться заложником разработчика в части информационно-справочного фонда. Вы должны иметь возможность изменить и дополнить любой справочник — от справочника врачей и отделений Вашего учреждения до справочников субъектов РФ или МКБ10.

Здравоохранение является отраслью, чрезвычайно подверженной всяческим реформам и модернизациям, и перспектив на стабилизацию, откровенно говоря, не наблюдается. Это означает, что МИС по своей природе не может быть завершенным продуктом. Никакая однажды разработанная МИС не может эксплуатироваться без модификаций и доработок. Значит, потребуются замена программного обеспечения, а также модификация структуры базы данных. Технология обновления не должна создавать авралы в учреждении и выбивать его из графика повседневной работы. И физическое присутствие представителя разработчика для обеспечения работоспособности системы, конечно же, не является достоинством МИС.

Финансовые проблемы

Рассмотрим вопрос о стоимости МИС более подробно. Целесообразно рассматривать три составляющие: стоимость лицензий, стоимость внедрения и стоимость сопровож-



дения. Как мы уже отмечали, МИС непременно будет развиваться, а значит, невозможно обойтись без затрат на сопровождение системы, которые могут быть существенно выше, чем затраты на первоначальные лицензии. Поэтому не пугайтесь, если вдруг услышите о бесплатной МИС, это не значит, что система «дешевая» и ничего не может. Скорее всего, поставщик трезво оценивает, какую обузу он взваливает на себя по обеспечению работоспособности системы, и будет договариваться с Вами о стоимости сопровождения.

Стоимость внедрения тиражируемого продукта не может быть высокой. Если внедрение занимает такие сроки, как год, два, три, то по-хорошему уже разработчик должен платить Вам, поскольку Вы ему предоставляете полигон для испытания совершенно сырых проектных решений, а также консультируете его в своей предметной области.

Что можно сказать о величине стоимости сопровождения? Если речь идет о сумме от 50 тыс. руб. и выше в месяц, то это фактически означает оплату постоянного представителя разработчика в Вашем учреждении по ставке, какую имеют немногие Ваши собственные штатные специалисты. На наш взгляд при всех доводах и обоснованиях разумная стоимость сопровождения МИС не может быть выше 10 тыс. руб. в месяц на все учреждение, а не за каждое рабочее место.

В общем случае зависимость от разработчика на долгосрочный период — пожалуй, самое отвратительное свойство медицинских информационных систем. Никакие гарантии и страховки не могут спасти от различных проявлений форс-мажора. Поэтому, если Вы имеете возможность приобретения системы с открытым исходным кодом, следует ее серьезно рассмотреть. Конечно, трудно представить, что ЛПУ самостоятельно сможет развивать систему, занимаясь не своим делом. Но вот для руководителей региональных органов управления такое предложение должно быть наиболее привлекательным, поскольку в своем регионе всегда можно найти фирму, способную удержать проект на плаву.

Заключение

Различные МИС разворачиваются в большем и большем масштабе, несмотря на кризис. Отсюда следует, что многие люди будут озадачены выбором МИС, не имея ранее никакого опыта их использования или развертывания. Скорее всего, они будут подходить к этой задаче с опытом, полученным в других сферах, который в данной области может не работать. Неправильный выбор системы может быть дорогой ошибкой. Не забывайте: стоимость процесса выбора всегда оправдывается хорошим выбором! Так что стоит потратить время, деньги и интеллектуальные усилия на подготовку к встречам с поставщиком.

Полезная информация

ПЕРСОНАЛЬНЫЙ КОМПЬЮТЕР – ЕДИНЫЙ ОБЪЕКТ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ

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.

*Источник: 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»*





От редакции:

Нынешний год богат на законодательные инициативы в сферах, прямо или косвенно касающихся здравоохранения. Активное законодательство проявилось в еще одном важнейшем законопроекте — «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сегодня мы начинаем публикацию материалов, посвященных этому законопроекту. Приглашаем наших читателей принять участие в обсуждении данного законопроекта.

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

О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

На обсуждение общественности вынесен проект федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Проект). Это ключевой, базовый нормативный акт для всей сферы здравоохранения Российской Федерации, призванный установить правовые основы ее регулирования. Он должен заменить «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (далее — Основы).

Основы принимались на заре формирования российской государственности. За прошедшее время изменились многие подходы к законодательному регулированию, обнаружился ряд явных нормативных противоречий и коллизий, требующих разрешения (например, в сфере трансплантологии). Кроме того, до сих пор существуют правовые пробелы в сфере охраны здоровья граждан либо имеется необходимость решения некоторых проблем именно на законодательном уровне (а не на уровне подзаконных актов, как, например, это имеет место в сфере платных услуг).

Хотя назначение и Основ и Проекта аналогично, предполагаемые изменения столь кардинальны, что их невозможно вписать в рамки существующих Основ. Коренные изменения касаются даже структуры закона. Поэтому и было принято решение о разработке принципиально нового документа.

Среди новых положений прежде всего бросается в глаза включение в Проект понятийного аппарата — приведен большой перечень основных понятий (статья 2). Отметим при этом, что законодательное закрепление дефиниций, напрямую связанных с оказанием медицинской помощи и определяющих отдельные ее компоненты, — «здоровье»,





«диагностика», «профилактика», «лечение», «реабилитация», «пациент», «заболевание» и др., применяется впервые.

Кроме того, и в других разделах встречается много новых определений. В частности, Проект законодательно определяет, что относится к высокотехнологичной медицинской помощи (отсутствие однозначности в этом вопросе создавало множество проблем с финансированием и т.д.). Проект определяет, что к ней относятся медицинские вмешательства, имеющие клиническую эффективность, повышающие качество оказания медицинской помощи и обладающие значимым экономическим и социальным эффектом, с одновременным использованием:

- 1) инновационных и высокочрезвычайных медицинских методов лечения;
- 2) ресурсоемкого оборудования;
- 3) высокочрезвычайных расходных материалов и изделий медицинского назначения, включая вживляемые в организм человека;
- 4) новых высокоэффективных инновационных лекарственных средств.

В отличие от действующей редакции Основ, только декларирующей основные принципы охраны здоровья граждан, Проектом предусматривается, помимо расширения этих принципов, раскрытие их содержания (статьи 5–12 проекта федерального закона).

Ставя во главу угла принцип соблюдения прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, Проект в то же время устанавливает обязанности граждан в сфере охраны здоровья (кроме заботы о своем здоровье, это еще и требование проходить обязательные медицинские осмотры, а для граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, — обязанность проходить обследование и лечение и т.д.). Это тоже можно отметить как важный позитивный момент. В определенной мере это еще и защита прав медицинских работников — мы привыкли к тому, что у пациентов

сплошные права, а обязанности только у медицинских работников.

Одной из важнейших положительных новаций, на которую следует обратить внимание, является то, что виды медицинской помощи (первичная медико-санитарная помощь, специализированная и т.д.) больше не закрепляются за различными уровнями (федеральный, региональный, местный). Хорошо известно, к каким негативным последствиям приводило это разделение (вплоть до того, что некоторые учреждения, находящиеся в одном здании, искусственно делились на областные и муниципальные учреждения).

Проектом определены четкие критерии принципа доступности медицинской помощи, недопустимости отказа в оказании медицинской помощи, присвоен статус принципа добровольному информированному согласию на медицинское вмешательство и праву на отказ от медицинского вмешательства, установлен безоговорочный запрет на клонирование человека.

Достаточно взвешенно Проект подходит к проблеме выбора врача и медицинской организации. Мы помним, что при обсуждении проекта закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» высказывались большие опасения по поводу того, что право свободного выбора врача и медицинской организации приведет к анархии, отсутствию возможности планирования и т.д. Проект устанавливает определенные рамки свободы выбора. Так, выбор медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В указанной медицинской организации гражданин может осуществлять выбор врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения медицинской организации) с учетом согласия врача в





порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Выбор врача-специалиста при оказании первичной медико-санитарной помощи осуществляется по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера либо гражданином в выбранной им медицинской организации. Урегулированы и другие ситуации. И тем не менее, не все положения Проекта в этом плане однозначны. Этот вопрос требует отдельного более подробного комментария.

Проект решает, наконец, проблему очевидных противоречий между Законом Российской Федерации от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и Федеральным законом от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле», создавая хорошие перспективы развития трансплантологии.

В отличие от Основ, относящих правовое регулирование вопросов определения момента смерти человека к подзаконным актам, Проектом непосредственно регулируются указанные отношения. Моментом смерти человека будет являться момент его биологической смерти (необратимой гибели человека) или смерти его мозга. При этом диагноз смерти мозга будет устанавливаться консилиумом врачей в той медицинской организации, где находится пациент, в составе которой должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет.

Проектом существенно расширены основания, при которых в обязательном порядке проводятся патолого-анатомические вскрытия. Так, помимо случая подозрения на насильственную смерть, патолого-анатомические вскрытия будут проводиться в случаях: невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти вне зависимости от продол-

жительности пребывания больного в стационаре; подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов и др.

Впервые на законодательном уровне будет предусмотрена возможность использования тела, органов и тканей умершего человека. Проектом предусматривается, что тело, органы и ткани умершего человека могут использоваться в медицинских, научных и учебных целях в случаях наличия письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, о возможности такого использования и если тело не востребовано после смерти человека членами его семьи, близкими родственниками, законным представителем или иным лицом в целях его погребения.

Проектом предусматривается усиление требований к медицинским работникам в целях защиты прав граждан в сфере охраны здоровья. Так, лечащий врач, рекомендуя пациенту лекарственный препарат, медицинское изделие или заменитель грудного молока, будет обязан сообщить ему приблизительные данные о стоимости рекомендуемого, а также информировать о возможности получения соответствующего лекарственного препарата, медицинского изделия или заменителя грудного молока безвозмездно для пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В этом проявляется антикоррупционная направленность закона. Проектом вводятся нормы, устанавливающие ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности. В частности, медицинские работники и руководители медицинских организаций не вправе будут принимать подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, медицинских изделий, пострегистрационных клинических исследова-



ниях лекарственного препарата, по договорам о педагогической и (или) научной деятельности медицинского работника), оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также принимать участие в развлекательных, торжественных, праздничных мероприятиях, проводимых за счет средств организаций, занимающихся разработкой, производством и/или реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, и организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптекных организаций (их законных представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени данных организаций) и другие действия.

Понятно, что данные ограничения в ряде случаев можно будет обойти посредством благотворительных фондов и т.д. И, тем не менее, следует признать, что меры, предлагаемые Проектом, явно назревшие.

Специальный параграф посвящен паллиативной помощи, которая определяется как комплекс медицинских мероприятий, оказываемых гражданам, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни прогрессирующими заболеваниями, с целью повышения качества жизни пациентов и членов их семей.

В Проекте впервые предпринята попытка законодательного регулирования платных медицинских услуг. В целом можно отметить достаточно взвешенный подход разработчиков законопроекта к данной проблеме. Более детально это будет рассмотрено в отдельной публикации. Здесь же отметим лишь одно обстоятельство. По непонятной причине в статье 73 «Права медицинских организаций» отсутствует указание на право медицинских организаций оказывать платные услуги.

Что касается самой упомянутой статьи 73 Проекта, то, на наш взгляд, она достаточно «скупа» на права медицинских организаций,

при том, что и ограниченные права изложены не всегда корректно. Так, далеко не все организационно-правовые формы медицинских организаций могут участвовать в разработке и утверждении своей организационной структуры, штатов, устанавливать систему оплаты труда работников, как это предусмотрено Проектом. Заметим, что понятийным аппаратом Проекта под медицинскими организациями понимаются организации любой организационно-правовой формы, осуществляющие медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Проектом предусмотрены и обязанности медицинских организаций. Так, медицинские организации должны будут осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, профессиональными стандартами, техническими регламентами по обеспечению качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, санитарного законодательства, вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность и др. Особой новеллой здесь является обязанность медицинских организаций страховать гражданскую ответственность перед пациентами.

По сравнению в Основами в Проекте довольно много внимания уделено санаторно-курортному лечению. Обращает внимание на себя то, что в соответствии с Проектом санаторно-курортное лечение не входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Финансовое обеспечение санаторно-курортного лечения осуществляется:

1) за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов для отдельных категорий граждан, установленных законодательством Российской Федерации, а также за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным органам исполнительной власти на содержание под-





ведомственных и санаторно-курортных организаций;

2) за счет средств граждан и организаций в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Специальная статья (93) в Проекте посвящена профессиональной ошибке при оказании медицинской помощи. Профессиональной ошибкой при оказании медицинской помощи признается допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток независимо от вины медицинской организации и ее работников. Тема эта, как и многие, является дискуссионной и, очевидно, не все согласятся с такой трактовкой. Тем не менее, очень важно законодательное определение профессиональной ошибки.

В Проекте довольно много внимания уделено вопросам лицензирования. Однако в соответствии с «Планом подготовки нормативных правовых актов, направленных на реализацию мероприятий по совершенствованию контрольно-надзорных и разрешительных функций и оптимизации предоставления государственных услуг в сфере здравоохра-

нения, социального развития, санитарно-эпидемиологического благополучия и потребительского рынка», утвержденным Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 мая 2010 г. № 768-р, предусмотрено внесение изменений в законодательные акты, предусматривающие переход от процедуры лицензирования к уведомительному порядку начала осуществления медицинской деятельности. Такое разночтение, естественно, вызывает целый ряд вопросов. Однако, очевидно, все дело в сроках принятия соответствующих законов. Предполагается, что Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вступит в силу с 1 января 2011 года, за исключением ряда статей (некоторые из них вступают в силу только с 1 сентября 2016 года). А проект закона, отменяющего лицензирование, еще не разработан. Очевидно, он внесет изменения и в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части отмены лицензирования.

Мы рассмотрели вкратце только некоторые положения Проекта. Тема будет продолжена в следующих публикациях.

Здравоохранение-2010



В 2015 году наша задача в полном объеме обеспечивать потребности граждан в высокотехнологичной медпомощи». Об этом Премьер-министр РФ Владимир Путин заявил на совещании по вопросу о строительстве и вводе в эксплуатацию федеральных центров высоких медицинских технологий и перинатальных центров, добавив, что самое серьезное внимание необходимо уделять такому направлению, как охрана материнства и детства. Он напомнил, что в 2005 году высокотехнологичную помощь за счет федерального бюджета смогли получить лишь около 60 тыс. больных, в 2009 году этот показатель достиг 254 тыс. человек, в 2011 прогнозируется на уровне 294 тыс., в 2012 — 335 тыс., а в 2013 — 369 тыс.

Источник: АМИ-ТАСС



От редакции:

В 6-м номере нашего журнала в данной рубрике был опубликован материал Хайруллиной И.С., в котором была дана информация о том, какие основные вопросы, касающиеся нового статуса учреждений, должны быть конкретизированы в подзаконных актах. Нынешний наш материал посвящен уже вышедшим подзаконным актам.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова



НОВЫЙ СТАТУС УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИОБРЕТАЕТ БОЛЕЕ КОНКРЕТНЫЕ ОЧЕРТАНИЯ ЧЕРЕЗ ПОДЗАКОННЫЕ АКТЫ

КОНСУЛЬТИРУЕТ
Д.Э.Н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 марта 2010 г. № 296-р (в ред. Распоряжения Правительства РФ от 15.07.2010 № 1175-р) утвержден План мероприятий по совершенствованию правового положения государственных (муниципальных) учреждений. В нем приведены основные мероприятия и вопросы, которым должны быть посвящены подзаконные акты, указаны виды нормативных документов, сроки выполнения, ответственные исполнители.

Соответствующий план мероприятий разработан и Минздравсоцразвития России. План мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, направленных на реализацию Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. № 348.

Дадим краткий обзор некоторых нормативных актов, принятых в рамках реализации указанных планов.

1. Постановление Правительство Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 537 «О порядке осуществления федеральными органами исполнительной власти функций и полномочий учредителя федерального государственного учреждения».

Постановлением утверждены:

— Положение об осуществлении федеральными органами исполнительной власти функций и полномочий учредителя федерального бюджетного учреждения;

— Положение об осуществлении федеральными органами исполнительной власти функций и полномочий учредителя федерального казенного учреждения;

— изменения, вносимые в Постановление Правительства Российской Федерации от 10 октября 2007 г. № 662 «Об утверждении Положения об осуществлении федеральными органами исполнительной власти функций и полномочий учредителя федерального автономного учреждения».

Функции и полномочия учредителя в отношении федерального бюджетного и казенного учреждения в случае, если иное не установлено федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации, осуществляются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, в ведении которого находится это учреждение (далее — орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя).

Функции и полномочия учредителя федерального автономного учреждения осуществляются федеральным органом исполнительной власти, указанным в решении о создании федерального автономного учреждения и в уставе федерального автономного учреждения.

Функции и полномочия учредителя федерального автономного учреждения, созданного путем изменения типа федерального бюджетного учреждения, исполняет федеральный орган исполнительной власти, осу-

ществлявший функции и полномочия учредителя федерального бюджетного учреждения, тип которого был изменен.

Указанные функции и полномочия в отношении различных типов государственных учреждений приведены в табл. 1.

Обращаем внимание, что в таблице дана обобщенная характеристика функций и полномочий соответствующего органа. Конкретные формулировки ряда функций и полномочий применительно к учреждениям различных типов в тексте постановления в некоторых случаях несколько отличаются от указанных в таблице.

Решения по ряду указанных вопросов принимаются по согласованию с Федеральным агентством по управлению государственным имуществом.

2. Постановление Правительство Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 538 «О порядке отнесения имущества автономного или бюджетного учреждения к категории особо ценного движимого имущества»

Виды особо ценного движимого имущества автономных или бюджетных учреждений могут определяться:

а) Минздравсоцразвития России — в отношении федеральных автономных или бюджетных учреждений, находящихся в его ведении;

б) в порядке, установленном высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в отношении автономных учреждений, которые созданы на базе имущества, находящегося в собственности субъекта Российской Федерации, и бюджетных учреждений субъекта Российской Федерации;

в) в порядке, установленном местной администрацией в отношении автономных учреждений, которые созданы на базе имущества, находящегося в муниципальной собственности, и муниципальных бюджетных учреждений.



Таблица 1

**Сравнительная характеристика функций и полномочий органа,
осуществляющего функции и полномочия учредителя в отношении
различных типов учреждений**

Функции и полномочия	Авто- номное	Бюджет- ное	Казен- ное
выполняет функции и полномочия учредителя федерального учреждения при его создании, реорганизации, изменении типа и ликвидации;	+ частич- но	+	+
утверждает устав федерального учреждения, а также вносимые в него изменения;	+	+	+
назначает (утверждает) руководителя федерального учреждения и прекращает его полномочия;	+	+	+
заключает и прекращает трудовой договор с руководителем федерального учреждения;	+	+	+
формирует и утверждает государственное задание на оказание государственных услуг (выполнение работ) юридическим и физическим лицам (далее — государственное задание) в соответствии с предусмотренными уставом федерального учреждения основными видами деятельности;	+	+	+
определяет перечень особо ценного движимого имущества, закрепленного за федеральным учреждением учредителем или приобретенного федеральным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества (далее — особо ценное движимое имущество);	+	+	—
предварительно согласовывает совершение федеральным учреждением крупных сделок;	— (На- блюда- тельный совет)	+	—
принимает решения об одобрении сделок с участием федерального учреждения, в совершении которых имеется заинтересованность, определяемая в соответствии с критериями, установленными в статье 27 Федерального закона «О некоммерческих организациях»;	+	+	—
устанавливает порядок определения платы для физических и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности федерального учреждения, оказываемые им сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания;	—	+	—
определяет порядок составления и утверждения отчета о результатах деятельности федерального учреждения и об использовании закрепленного за ним федерального имущества в соответствии с общими требованиями, установленными Минфином РФ;	—	+	+
согласовывает распоряжение особо ценным движимым имуществом, закрепленным за федеральным учреждением учредителем либо приобретенным федеральным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества;	+	+	—
согласовывает распоряжение недвижимым имуществом федерального учреждения, в том числе передачу его в аренду;	+	+	+



Функции и полномочия	Авто- номное	Бюджет- ное	Казен- ное
согласовывает внесение федеральным учреждением в случаях и порядке, которые предусмотрены федеральными законами, денежных средств, иного имущества, за исключением особо ценного движимого имущества, а также недвижимого имущества, в уставный (складочный) капитал хозяйственных обществ или передачу им такого имущества иным образом в качестве их учредителя или участника;	+	+	–
согласовывает в случаях, предусмотренных федеральными законами, передачу некоммерческим организациям в качестве их учредителя или участника денежных средств и иного имущества, за исключением особо ценного движимого имущества, закрепленного за федеральным учреждением собственником или приобретенного федеральным учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества;	+	+	–
осуществляет финансовое обеспечение выполнения государственного задания;	–	+	+
определяет порядок составления и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности федерального учреждения в соответствии с требованиями, установленными Минфином РФ;	–	+	–
определяет предельно допустимое значение просроченной кредиторской задолженности федерального учреждения, превышение которого влечет расторжение трудового договора с руководителем федерального учреждения по инициативе работодателя в соответствии с ТК РФ;	–	+	–
осуществляет контроль за деятельностью федерального учреждения в соответствии с законодательством РФ;	–	+	+
осуществляет иные функции и полномочия учредителя, установленные федеральными законами и нормативными правовыми актами Президента РФ или Правительства РФ;	+	+	+
определяет на основании правового акта перечень федеральных учреждений, которым устанавливается государственное задание на оказание государственных услуг (выполнение работ) юридическим и физическим лицам;	–	–	+
устанавливает порядок составления, утверждения и ведения бюджетных смет федеральных учреждений в соответствии с общими требованиями, установленными Минфином РФ;	–	–	+
определяет перечень мероприятий, направленных на развитие федерального учреждения;	+	–	–
рассматривает предложения руководителя федерального учреждения о создании или ликвидации филиалов федерального учреждения, открытии или закрытии его представительств;	+	–	–
представляет на рассмотрение наблюдательного совета федерального автономного учреждения предложения: — о внесении изменений в устав федерального автономного учреждения; — о создании или ликвидации филиалов федерального автономного учреждения, открытии или закрытии его представительств; — о реорганизации или ликвидации федерального автономного учреждения; — об изъятии имущества, закрепленного за федеральным автономным учреждением на праве оперативного управления	+	–	–



Перечни особо ценного движимого имущества автономных учреждений определяются:

а) федеральными государственными органами, осуществляющими функции и полномочия учредителя, в отношении автономных учреждений, созданных на базе имущества, находящегося в федеральной собственности;

б) в порядке, установленном высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в отношении автономных учреждений, которые созданы на базе имущества, находящегося в собственности субъекта Российской Федерации;

в) в порядке, установленном местной администрацией в отношении автономных учреждений, которые созданы на базе имущества, находящегося в муниципальной собственности.

Перечни особо ценного движимого имущества бюджетных учреждений определяются соответствующими органами, осуществляющими функции и полномочия учредителя.

При определении перечней особо ценного движимого имущества автономных или бюджетных учреждений подлежат включению в состав такого имущества:

а) движимое имущество, балансовая стоимость которого превышает:

— для федеральных автономных и бюджетных учреждений — в интервале от 200 до 500 тыс. рублей;

— для автономных учреждений, которые созданы на базе имущества, находящегося в собственности субъекта Российской Федерации, и бюджетных учреждений субъекта Российской Федерации — от 50 до 500 тыс. рублей;

— для автономных учреждений, которые созданы на базе имущества, находящегося в муниципальной собственности, и муниципальных бюджетных учреждений — в интервале от 50 до 200 тыс. рублей;

б) иное движимое имущество, без которого осуществление автономным или бюджетным учреждением предусмотренных его уставом основных видов деятельности будет

существенно затруднено и (или) которое отнесено к определенному виду особо ценного движимого имущества;

Обращаем внимание, что данные интервалы в ряде случаев могут быть изменены.

Ведение перечня особо ценного движимого имущества осуществляется бюджетным или автономным учреждением на основании сведений бухгалтерского учета государственных (муниципальных) учреждений о полном наименовании объекта, отнесенного в установленном порядке к особо ценному движимому имуществу, его балансовой стоимости и об инвентарном (учетном) номере (при его наличии).

Признано утратившим силу Постановление Правительства Российской Федерации от 31 мая 2007 г. № 337 «О порядке определения видов особо ценного движимого имущества автономного учреждения».

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 539 «Об утверждении порядка создания, реорганизации, изменения типа и ликвидации федеральных государственных учреждений, а также утверждения уставов федеральных государственных учреждений и внесения в них изменений»

Федеральное учреждение может быть создано путем его учреждения в соответствии с настоящим разделом или путем изменения типа существующего федерального учреждения.

Решение о создании федерального учреждения путем его учреждения принимается Правительством Российской Федерации в форме распоряжения.

Обращаем внимание, что предельная штатная численность работников устанавливается только при принятии решения о создании казенного учреждения.

Реорганизация федерального учреждения может быть осуществлена в форме его слияния, присоединения, разделения или выделения.





Решение о реорганизации федерального учреждения в форме разделения, выделения, слияния (если возникшее при слиянии юридическое лицо является федеральным казенным учреждением) или присоединения (в случае присоединения федерального бюджетного или автономного учреждения к казенному учреждению) принимается Правительством Российской Федерации в порядке, аналогичном порядку создания федерального учреждения путем его учреждения.

Решение о реорганизации федерального учреждения в форме слияния или присоединения, за исключением случаев, указанных в предыдущем абзаце, принимается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной сфере деятельности.

В случае, если по результатам реорганизации изменяется подведомственность федерального учреждения (учреждений), решение о реорганизации федерального учреждения (учреждений) принимается Правительством Российской Федерации.

Решение об изменении типа федерального учреждения в целях создания федерального казенного учреждения принимается Правительством Российской Федерации в форме распоряжения.

Решение об изменении типа федерального учреждения в целях создания федерального бюджетного или автономного учреждения принимается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной сфере деятельности.

Решение о ликвидации федерального учреждения принимается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной сфере деятельности.

Устав федерального учреждения, а также вносимые в него изменения утверждаются правовым актом федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции и полномочия учредителя.

Здравоохранение-2010



О СТРОИТЕЛЬСТВЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ И ЦЕНТРОВ ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

→ **Р**егионы должны принять исчерпывающие меры, чтобы не сорвать сроки строительства перинатальных центров и центров высоких медицинских технологий. Об этом Премьер-министр РФ Владимир Путин заявил на совещании по вопросу о строительстве и вводе в эксплуатацию федеральных центров высоких медицинских технологий и перинатальных центров. «В регионы было направлено 11,5 млрд. рублей, остальные 2,5 млрд. поступят до конца текущего года», — уточнил председатель правительства.

В. Путин также поручил Минфину, Минздравсоцразвития и госкорпорации «Ростехнологии» представить расчеты по дополнительным финансовым ресурсам, которые необходимы для полного завершения строительства центров высоких медицинских технологий. Эти средства должны быть зарегистрированы в федеральном бюджете на 2010–2011 гг.

Источник: АМИ-ТАСС



УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВПРАВЕ ВОЗГЛАВЛЯТЬ ЛИЦА, НЕ ИМЕЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**КОНСУЛЬТАНТ:
И.С. ХАЙРУЛЛИНА
ЭКСПЕРТ ЖУРНАЛА «МЕНЕДЖЕР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», г. Москва**

Управление здравоохранением в рыночных условиях должно основываться на экономических механизмах, предусматривающих повышение как самостоятельности, так и ответственности не только учреждений здравоохранения в целом, но и их руководителей. Федеральный закон № 83-ФЗ от 8 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» в значительной степени направлен на решение этой задачи.

В то же время особое внимание следует уделить повышению профессионализма руководителей в сфере управления. Действительно, управление — это деятельность, основанная не только на профессиональных знаниях в конкретной сфере, но и на знаниях экономики, права, общих принципов управления и т.д. Особенно актуально это в условиях экономического кризиса, изменения правового положения государственных (муниципальных) учреждений и предстоящей реформы системы обязательного медицинского страхования.

Поэтому необходимо введение практики занятия штатных должностей руководителей государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения не только лицами с медицинским образованием (главные врачи), но и с экономическим, юридическим, инженерно-техническим и т.д.

Необходимо отметить, что правовые основы для этого в настоящее время уже имеются. В частности, речь идет о При-





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

Раздел II. «Должности руководителей» включает в себя следующие должности: Главный врач (президент, директор, заведующий, управляющий, начальник) медицинской организации. При этом имеется ссылка на то, что наименование должности «Главный врач» может применяться только при наличии у руководителя медицинской организации высшего профессионального (медицинского) образования. Занятие других должностей руководителей возможно и при отсутствии высшего медицинского образования.

Требования к квалификации руководителей включают в себя: Высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», послевузовское профессиональное образование и/или дополнительное профессиональное образование, сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» **или высшее профессиональное (экономическое, юридическое) образование и специальная подготовка по менеджменту в здравоохранении**, стаж работы на руководящих должностях не менее 5 лет.

Для президента медицинской организации установлено дополнительное требование — стаж работы в медицинских организациях не менее 25 лет.

Таким образом, в настоящее время имеется возможность назначать на должности руководителей государственных (муниципальных) учреждений лиц с немедицинским образованием.

Тем не менее, это не означает, что все преграды здесь сняты. Ведь при этом потребу-

ется внести изменения в уставы учреждений, а это обычно требует согласования устава органом управления здравоохранением, органом управления имуществом и т.д. Но именно сейчас, когда предстоит массовое внесение изменений в уставы всех государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения в соответствии с Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», целесообразно предусмотреть в уставах учреждений возможность занятия должности руководителя лицами с высшим немедицинским образованием.

Кроме того, назначение руководителя на должность обычно осуществляется вышестоящим органом управления здравоохранением, который может не согласиться с назначением на должность, например, начальника медсанчасти, лица с немедицинским образованием, хотя требование наличия высшего медицинского образования распространяется только на должность главного врача.

Отметим еще один момент. Очевидно, в вышеуказанном приказе необходимо было бы уточнение о том, что к должности «директор» могут быть добавлены приставки: «генеральный», «исполнительный» и т.д.

Но как бы то ни было, сделан серьезный шаг в направлении совершенствования управления государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения. Теперь необходима практическая реализация указанных возможностей. И отдельные примеры этого уже имеются. Так, недавно созданное Санкт-Петербургское автономное учреждение здравоохранения «Хоспис (детский)» в соответствии с уставом возглавил генеральный директор, не имеющий медицинского образования.

Ниже приводятся выдержки из рассматриваемого Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 ноября 2009 г. № 869.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**П Р И К А З**

6 ноября 2009 г.

№ 869

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ЕДИНОГО КВАЛИФИКАЦИОННОГО
СПРАВОЧНИКА ДОЛЖНОСТЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ,
СПЕЦИАЛИСТОВ И СЛУЖАЩИХ,
РАЗДЕЛ «КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ДОЛЖНОСТЕЙ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

В соответствии с пунктом 5.2.52 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162; 2006, № 19, ст. 2080; 2008, № 11 (1 ч.), ст. 1036; № 15, ст. 1555; № 23, ст. 2713; № 42,

ст. 4825; № 46, ст. 5337; № 48, ст. 5618; 2009, № 2, ст. 244; № 3, ст. 378; № 6, ст. 738; № 12, ст. 1427, 1434), приказываю:

Утвердить Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» согласно приложению.

Министр Т. ГОЛИКОВА

Приложение
к Приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 6 ноября 2009 г. № 869

**ЕДИНЫЙ КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ СПРАВОЧНИК ДОЛЖНОСТЕЙ
РУКОВОДИТЕЛЕЙ, СПЕЦИАЛИСТОВ И СЛУЖАЩИХ
РАЗДЕЛ «КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ДОЛЖНОСТЕЙ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»****I. Общие положения**

1. Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих (далее — ЕКС) призван способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителями, специалистами, а также обеспечению единства подходов при

определении должностных обязанностей этих категорий работников и предъявляемых к ним квалификационных требований и состоит из пяти разделов: I — «Общие положения»; II — «Должности руководителей»; III — «Должности специалистов»; IV — «Должности младшего медицинского персонала»; V — «Должности прочего персонала лечебно-трудовых мастерских при медицинских организациях».

2. Квалификационные характеристики, содержащиеся в разделе «Квалификацион-





ные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» ЕКС (далее — квалификационные характеристики), могут применяться в качестве нормативных документов, а также служить основой для разработки должностных инструкций, содержащих конкретный перечень должностных обязанностей с учетом особенностей труда работников медицинских организаций. Наименования должностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием устанавливаются в соответствии с Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н. Например, наименование должности «врач-терапевт» соответствует врачебной специальности «Терапия».

Должностные обязанности врачей-специалистов должны содержаться в их должностных инструкциях, разрабатываемых с учетом положений об организации деятельности медицинских организаций, утверждаемых в установленном порядке.

Наименование должности «врач-лаборант» сохраняется для специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, принятых на работу на эту должность до 1 октября 1999 года.

В случае, когда врач-специалист (провизор) имеет перерыв в работе по специальности более 5 лет либо изменяет профиль специальности, требующей специальной подготовки и квалификации, он назначается на должность врача-стажера (провизора-стажера) на период прохождения в установленном порядке профессиональной переподготовки с целью получения специальных знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы в должности врача-специалиста (провизора), и получения сертификата по соответствующей специальности.

В этот период времени он может исполнять должностные обязанности, предусмотренные

квалификационной характеристикой врача-специалиста (врача-специалиста учреждения госсанэпидслужбы, провизора), только под руководством врача-специалиста (врача-специалиста учреждения госсанэпидслужбы, провизора), имеющего сертификат специалиста по соответствующей специальности, отвечая наравне с ним за свои действия.

3. Наименования должностей заместителей руководителя медицинской организации (главного врача, директора, заведующего, начальника) дополняются наименованием раздела работы, руководство которой он осуществляет. Например, «заместитель главного врача по медицинской части», «заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом» и др.

Наименования должностей руководителей структурных подразделений (отделов, отделений, лабораторий, кабинетов, отрядов и др.) дополняются наименованием врачебной должности, соответствующей специальности по профилю структурного подразделения. Например, «заведующий хирургическим отделением — врач-хирург».

4. Квалификационная характеристика каждой должности содержит три раздела: «Должностные обязанности», «Должен знать» и «Требования к квалификации».

В разделе «Должностные обязанности» установлен перечень основных функций, которые могут быть полностью или частично поручены работнику, занимающему данную должность, с учетом технологической однородности и взаимосвязанности работ, позволяющих обеспечить оптимальную специализацию работников.

В разделе «Должен знать» содержатся основные требования, предъявляемые к работнику в отношении специальных знаний, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен уметь применять при выполнении должностных обязанностей.



В разделе «Требования к квалификации» определены уровень профессиональной подготовки работника, необходимой для выполнения возложенных на него должностных обязанностей, а также требуемый стаж работы.

Уровни требуемой профессиональной подготовки, указанные в разделе «Требования к квалификации», приведены в соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании» от 10 июля 1992 г. № 3266-1 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150) и иными нормативными правовыми актами.

5. Должностное наименование «старший» устанавливается при условии, если специалист осуществляет руководство подчиненными ему исполнителями.

6. Лица, не имеющие соответствующего дополнительного профессионального образования или стажа работы, установленных квалификационными требованиями, но обладающие достаточным практическим опытом и выполняющие качественно и в полном объеме возложенные на них должностные обязанности, по рекомендации аттестационной комиссии медицинской организации в порядке исключения могут быть назначены на соответствующие должности так же, как и лица, имеющие специальную подготовку и необходимый стаж работы.

7. В медицинских организациях наименование должностей «акушерка», «медицинская сестра», «санитарка», «фасовщица», замещаемые лицами мужского пола, именуются соответственно «акушер», «медицинский брат (медбрат)», «санитар», «фасовщик».

II. Должности руководителей

Главный врач* (президент, директор, заведующий, управляющий, начальник) медицинской организации

Должностные обязанности. Осуществляет руководство деятельностью медицинской организации. Организует работу коллектива орга-

низации по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг населению. Обеспечивает организацию лечебно-профилактической, административно-хозяйственной и финансовой деятельности организации. Осуществляет анализ деятельности организации и на основе оценки показателей ее работы принимает необходимые меры по улучшению форм и методов работы. Утверждает штатное расписание, финансовый план, годовой отчет и годовой бухгалтерский баланс организации. Обеспечивает выполнение обязательств по коллективному договору. Обеспечивает работникам равную оплату за труд равной ценности. Совершенствует организационно-управленческую структуру, планирование и прогнозирование деятельности, формы и методы работы организации, осуществляет подбор кадров, их расстановку и использование в соответствии с квалификацией. Организует работу по повышению квалификации работников организации. Принимает меры по обеспечению выполнения работниками организации своих должностных обязанностей. Контролирует выполнение требований правил внутреннего трудового распорядка, по охране труда, технической эксплуатации приборов, оборудования и механизмов. Представляет организацию в государственных, судебных, страховых и арбитражных органах, на международных мероприятиях, в государственных и общественных организациях по предварительно согласованным с вышестоящим органом вопросам, связанным с развитием здравоохранения. Принимает участие в конференциях, семинарах, выставках.

Должен знать: Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, применяемые в сфере здравоохранения; теоретические основы социальной гигиены и организации здравоохранения; системы управления и организацию труда в здравоохранении; статистику состояния здоровья населения; критерии и показатели, характеризующие состояние здо-

* Наименование должности «Главный врач» может применяться только при наличии у руководителя медицинской организации высшего профессионального (медицинского) образования.





рования населения; организацию медико-социальной экспертизы; организацию социальной и медицинской реабилитации больных; медицинскую этику; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; основы менеджмента; порядок заключения и исполнения хозяйственных и трудовых договоров; основы страховой медицины; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Высшее профессиональное образование по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стома-

тология», послевузовское профессиональное образование и/или дополнительное профессиональное образование, сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или высшее профессиональное (экономическое, юридическое) образование и специальная подготовка по менеджменту в здравоохранении, стаж работы на руководящих должностях не менее 5 лет.

Для президента медицинской организации стаж работы в медицинских организациях — не менее 25 лет.

Полезная ссылка



<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/med-ins/5/>

ПРИМЕРНАЯ ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2011–2012 ГОДЫ



В целях решения задач, поставленных Председателем Правительства Российской Федерации В.В. Путиным 20 апреля 2010 года в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации в ходе Отчета Правительства Российской Федерации о результатах его деятельности за 2009 год, Минздравсоцразвития России совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования разработало примерную форму Программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации необходимо представить в Минздравсоцразвития России в срок до 1 октября 2010 года. Минздравсоцразвития России планирует в августе 2010 года проведение совещания по формированию Программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации с представителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.



ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТАХ ПРИ ЕЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ОБРАБОТКЕ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ» ОТ 27.07.2006 № 152-ФЗ

НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ
эксперт журнала, заместитель
директора Медицинского
информационно-аналитического
центра РАМН, д.т.н. А.П. СТОЛБОВ



У нас в медицинском учреждении используется следующий порядок действий:

1. Страховая компания заранее присылает нам по электронной почте списки своих застрахованных с указанием Ф.И.О., даты рождения, номера полиса, места работы, сроков прикрепления и программы прикрепления к нашей поликлинике.

2. Списки обрабатываются оператором и импортируются в медицинскую информационную систему (МИС).

3. По факту визита пациента (а пациент может придет, а может и нет) в его электронную медицинскую карту (ЭМК) вносятся недостающие данные (№ карты и т.д.).

В законе говорится о документе под названием «Согласие на обработку персональных данных», который мы должны брать с каждого пациента. Получается мы не имеем права импортировать данные в МИС, не имея такого разрешения? Что делать в такой ситуации?

В соответствии с пунктом 3 статьи 18 Закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (далее — Закон), если персональные данные (ПДн) были получены не от субъекта ПДн (пациента), то оператор (в данном случае — медицинская организация) до начала обработки ПДн обязан предоставить (то есть сообщить) пациенту следующую информацию:

- наименование и адрес оператора, от которого получены ПДн;
- цель и правовое основание обработки ПДн;
- предполагаемых пользователей ПДн;
- права субъекта ПДн в соответствии с Законом (основные из них изложены в ст.ст. 14–18, 20 Закона).





Кроме того, в данном случае в соответствии со ст.ст. 6, 9 и 10 Закона оператор (медицинская организация) должен получить письменное СОГЛАСИЕ пациента на обработку его персональных данных (в Законе говорится не о «разрешении», а о «согласии»). Следует отметить, что документированное согласие пациента на передачу кому-либо сведений, составляющих врачебную тайну, даже внутри одного медицинского учреждения необходимо в соответствии с требованиями ст. 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1 (далее — Основы). Вот, что сказано в этой статье:

«Статья 61. Врачебная тайна

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1)** в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2)** при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3)** по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4)** в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ (до 15 лет — прим. А.С.), для информирования его родителей или законных представителей;
- 5)** при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- 6)** в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.»

В части 5-й ст. 31 Основ также сказано «Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может представляться



без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным в ст. 61 настоящих Основ».

Таким образом, в соответствии со ст.ст. 31, 61 Основ обладателем информации, содержащей врачебную тайну, является пациент (субъект персональных данных) или его законный представитель — только они имеют право распоряжаться передачей кому-либо этой информации, за исключением указанных выше случаев. Заметим, что, в отличие от этого, в пункте 5 статьи 2 Федерального закона «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27.07.2006 № 149-ФЗ дано иное определение: «обладатель информации — лицо, самостоятельно создавшее информацию либо получившее на основании закона или договора право решать или ограничивать доступ к информации, определяемой по каким-либо признакам».

Можно рекомендовать следующий порядок работы при оказании медицинской помощи по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС).

1. При заключении договора на ДМС страховая компания (страховщик) получает письменное согласие застрахованного гражданина на обработку его ПДн, в том числе передачу его паспортных данных в соответствующие медицинские организации (их реквизиты должны быть указаны в согласии), а также прием от них реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную по программе ДМС, содержащих ПДн застрахованных граждан.

2. Пациент при первом обращении в медицинскую организацию (в стационаре — при каждой госпитализации) также оформляет (дает) письменное согласие на обработку его ПДн, в том числе обмен (получение и передачу) информации, содержащей сведения, составляющие врачебную тайну и его ПДн, со страховщиком (его реквизиты должны быть указаны в согласии). Как уже отмечалось, в согласии должно быть также указано, что разрешен обмен сведениями, составляющими врачебную тайну, между медицинскими работниками внутри учреждения.

Тем самым выполняются требования Закона и Основ относительно конфиденциальности ПДн и информации, составляющей врачебную тайну. Если речь идет об обязательном медицинском страховании (ОМС), то субъектом информационного обмена ПДн является еще также и территориальный фонд ОМС, что должно быть отражено в письменном согласии (для фонда ОМС также необходимо оформить отдельное согласие застрахованного лица).

Следует заметить, что в любом случае пересылка ПДн застрахованных лиц (пациентов) по обычной электронной почте по открытым каналам связи недопустима.

Ниже приведен пример согласия гражданина (пациента) для медицинской организации, оказывающей помощь по программе ДМС, оформленный согласно требованиям ст. 9 Закона и ст. 61 Основ. Целесообразно автоматизировать процесс заполнения реквизитов при подготовке и распечатке согласия пациента в регистратуре (пациенту остается только подписать документ, лучше два экземпляра, один — для учреждения, другой — пациенту). При этом следует ознакомить пациента со статьями 61 Основ и 9 Закона, а также его правами — статьями 14–18, 20 Закона (их текст в виде памятки пациенту можно вывесить на стенде в регистратуре и(или) выдавать на руки пациенту).





СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных



Я, нижеподписавшийся *<_Ф.И.О. полностью_>*, проживающий по адресу *<_по месту регистрации_>*, паспорт *<_серия и номер_>*, выдан *<_дата и название выдавшего органа_>*, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, и статьи 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1, подтверждаю свое согласие на обработку *<_название и адрес медицинского учреждения_>* (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией *<_название и адрес компании, № и дата договора_>*.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией *<_полное название_>* с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет *<_двадцать пять лет_>*.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной *<_дата_>* и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (<_двадцать пять лет_>) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Контактный телефон(ы) <...> и почтовый адрес <...>
< подпись субъекта персональных данных >

Реквизиты регистрации документа в медицинской организации <...>

Регистратор < подпись, Ф.И.О. >



Попутно заметим, что если страхователем гражданина по ДМС является юридическое лицо, а не сам гражданин, то страхователь также должен получить его специальное письменное согласие на обработку ПДн. В общем случае такое согласие может быть оформлено в виде специального списка с подписями субъектов ПДн, в котором указаны их реквизиты, определенные требованиями ст. 9 Закона (Ф.И.О., адрес регистрации, реквизиты паспорта и т.д.).

Дополнительный комментарий



В проекте Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который 30 июля 2010 г. был опубликован на официальном сайте Минздравсоцразвития России, в части 4 статьи 9 «Врачебная тайна» (она почти полностью совпадает со ст. 61 Основ) сказано: «4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается: (...) 7) при обмене информацией в медицинских информационных системах и в медицинских организациях в целях оказания медицинской помощи; 8) при осуществлении государственного контроля качества услуг, оказываемых в сфере охраны здоровья граждан в соответствии с настоящим Федеральным законом.» В статьях 83, 84 и 85 законопроекта перечислены персонифицированные сведения о медицинских работниках и пациентах, обработка которых может осуществляться в информационных системах.

Иными словами, если эти законодательные нормы будут приняты, то в соответствии с пунктом 1 части 2 статьи 6 Закона «О персональных данных» оформление специального письменного согласия пациента на обработку его персональных данных в медицинских организациях не будет обязательным, как это сейчас, например, не требуется при обработке персональных данных и передаче сведений о гражданах в налоговые органы и пенсионный фонд, поскольку их обработка предусмотрена Налоговым кодексом и Законом «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования».





Аналогичные нормы, согласно которым не требуется оформление специального письменного согласия гражданина на обработку и обмен его персональными данными между соответствующими субъектами системы ОМС, предусмотрены и в проекте Закона «Об обязательном медицинском страховании», который был опубликован 25 мая 2010 г. и сейчас уже прошел первое чтение в Государственной Думе.



Можно ли при записи на прием к врачу через Интернет вводить и передавать Ф.И.О., дату рождения и(или) номер полиса ОМС, ДМС или СНИЛС пациента и использовать для этого обычный, незащищенный канал связи? Нужно ли при этом заранее получить письменное согласие пациента на обработку его персональных данных?

Поскольку ввод и передача через Интернет Ф.И.О., даты рождения, номера полиса ОМС или ДМС и т.д. осуществляются самим пациентом (или кем-либо по его поручению) и при этом установление личности, то есть идентификация субъекта ПДн (пациента) не проводится (не предъявляется документ, удостоверяющий личность), то вводимые и передаваемые по открытому каналу связи (в том числе возможно и по телефону) перечисленные сведения в юридическом смысле — с точки зрения Закона «О персональных данных» и иных нормативных актов — не являются персональными данными. В регистратуре поликлиники они могут использоваться только для того, чтобы зарезервировать время приема, а также, возможно, заранее подобрать необходимые документы (насколько можно доверять полученным по «простому» Интернету данным — это дело регистратуры; например, можно предусмотреть специальную процедуру автоматической сверки номера полиса с регистром прикрепленных пациентов и выдачей соответствующего сообщения в случае ошибки на терминал заявителя). При непосредственном обращении в поликлинику пациент должен будет предъявить документ, удостоверяющий его личность. И только после установления его личности все записи в его медицинской карте (и в базе данных МИС) будут иметь юридическую силу. И только в этом случае соответствующие сведения могут рассматриваться как достоверные, документированные и юридически значимые, то есть подпадающие под требования законодательства о конфиденциальности персональных данных и врачебной тайны.

Иными словами, поскольку в данном случае «на другом конце провода» — не достоверно установленная личность, а некий неидентифицированный человек (или даже, возможно, «вредоносная» программа), то вводимые им Ф.И.О. и(или) номер полиса — это лишь только его «псевдонимы», а не реальные персональные данные, и какие-либо специальные меры для обеспечения их конфиденциальности, в том числе защищенный канал связи, не требуются, равно, как и не требуется его специальное письменное согласие на обработку ПДн «на этот случай». Проблема — в обеспечении защиты документированных, реальных персональных данных пациентов, хранящихся в ИС регистратуры ЛПУ (МИС), от несанкционированного доступа через Интернет, а также защиты от вредоносных программ и спама. Но это уже другой вопрос.



У нас есть 4 центра с МИС «Медialog», использующих VPN-туннели поверх открытых каналов связи, по ним передаются персональные данные пациентов. Ни в одной из точек нет доступа в Интернет, то есть информационная система изолирована.

Какая нужна защита данных для соответствия ФЗ-152 в нашей ситуации? И что изменится, если появится Интернет?

Выбор методов и способов защиты информации и соответствующих средств ее защиты (СЗИ) осуществляются на основе модели угроз безопасности персональных данных в ИСПДн и в зависимости от класса системы. Класс ИСПДн определяется оператором (организацией, юрлицом) в соответствии с «Порядком проведения классификации информационных систем персональных данных» (утвержден Приказом ФСТЭК, ФСБ и Мининформсвязи России от 13.02.2008 № 55/86/20 («приказ трех», далее — Приказ), разработан в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2007 № 781). Поскольку в МИС обрабатываются ПДн о состоянии здоровья (персональные данные 1-й категории), то они по этому Приказу относятся к ИСПДн класса К1. Модель угроз разрабатывается оператором ПДн на основе следующих документов:

1. Методика определения актуальных угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах ... (утверждены ФСТЭК, 14.02.2008, гриф «ДСП» снят 16.11.2009);

2. Базовая модель угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах ... (ФСТЭК, 15.02.2008, ДСП, «открытая» выписка размещена на сайте www.fstec.ru);

3. Типовые требования по организации и обеспечению функционирования шифровальных (криптографических) средств, предназначенных для защиты информации, не содержащей сведений, составляющих государственную тайну, в случае их использования для обеспечения безопасности персональных данных ... (ФСБ, 21.02.2008);

4. Методические рекомендации по обеспечению с помощью криптосредств безопасности персональных данных ... (ФСБ, 21.02.2008);

5. Методические рекомендации по организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости (Минздравсоцразвития России, 23.12.2009, согласованы с ФСТЭК);

6. Методические рекомендации по составлению частной модели угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных учреждений и организаций здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости (Минздравсоцразвития России, 23.12.2009, согласованы с ФСТЭК);

7. Модель угроз типовой медицинской информационной системы типового лечебно-профилактического учреждения (Минздравсоцразвития России, согласована с ФСТЭК, письмо от 27.11.09 № 240/2/4009).

Методические документы Минздравсоцразвития 26.12.2009 были опубликованы на его официальном сайте — www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/.





Следует отметить, что в большинстве случаев угрозы утечки и перехвата конфиденциальной информации (ПДн) по каналам побочных электромагнитных излучений и наводок (ПЭМИН), а также несанкционированного прослушивания речевой и просмотра визуальной информации для медицинских организаций представляются маловероятными, неактуальными.

Требования к средствам защиты информации (СЗИ) для ИСПДн различного класса, в том числе распределенным, изложены в «Положении о методах и способах защиты информации в информационных системах персональных данных» (утверждено Приказом ФСТЭК от 05.02.2010 № 58 (далее — Положение), разработано также в соответствии с указанным постановлением Правительства РФ № 781). Методами и способами защиты информации от несанкционированного доступа в ИСПДн являются (см. п. 2.1 Положения):

- реализация разрешительной системы допуска пользователей (обслуживающего персонала) к информационным ресурсам, информационной системе и связанным с ее использованием работам, документам — разграничение их доступа к защищаемым ресурсам ИС, в том числе СЗИ;

- регистрация и учет действий пользователей и обслуживающего персонала, контроль несанкционированного доступа и действий пользователей, обслуживающего персонала и посторонних лиц;

- предотвращение внедрения в информационные системы вредоносных программ (программ-вирусов) и программных закладок — использование средств антивирусной защиты при подключении ИС к сетям связи общего пользования (Интернет) и(или) обмене данными с помощью внешних носителей информации;

- использование защищенных каналов связи;

- размещение технических средств, позволяющих осуществлять обработку персональных данных, в пределах охраняемой территории; ограничение доступа пользователей в помещения, где размещены технические средства, позволяющие осуществлять обработку персональных данных, а также хранятся носители информации; организация их физической защиты;

- учет и хранение съемных носителей информации и их обращение, исключающее хищение, подмену и уничтожение;

- резервирование технических средств, дублирование массивов и носителей информации; использование источников бесперебойного питания.

В многопользовательских системах класса К1 с разными правами доступа к ПДн должны применяться (см. п. 4.3 приложения к указанному Положению):

а) средства управления доступом:

- идентификация и проверка подлинности пользователя при входе в систему по идентификатору (коду) и паролю условно-постоянного действия длиной не менее шести буквенно-цифровых символов;

- идентификация по логическим именам защищаемых ресурсов ИС (именованных объектов операционной системы — ОС): терминалов, технических средств, узлов сети, каналов связи, внешних устройств, программ, томов, каталогов, файлов, а также при необходимости записей и полей записей файлов;

- контроль доступа пользователей к защищаемым ресурсам ИС в соответствии с матрицей доступа;

б) средства регистрации и учета (как «черный ящик» в самолете):

— регистрация входа (выхода) пользователей в систему (из системы) либо регистрация загрузки и инициализации ОС и ее программного останова; регистрация выхода из системы или останова не проводится в моменты аппаратурного отключения компьютера; в параметрах регистрации указываются дата и время входа (выхода) пользователя в систему (из системы) или загрузки (останова) системы, результат попытки входа (успешная или неуспешная), идентификатор (код или фамилия) пользователя, предъявленный при попытке доступа, код или пароль, предъявленный при неуспешной попытке;

— регистрация выдачи печатных документов; в параметрах регистрации указываются дата и время выдачи, спецификация устройства выдачи (логическое имя или номер устройства), краткое содержание документа (наименование, вид, шифр, код), идентификатор пользователя, запросившего документ;

— регистрация запуска и завершения программ и процессов (заданий, задач), предназначенных для обработки персональных данных; в параметрах регистрации указываются дата и время запуска, имя (идентификатор) программы (процесса, задания), идентификатор пользователя, запросившего программу (процесс, задание), результат запуска (успешный, неуспешный);

— регистрация попыток доступа программных средств (программ, процессов, задач, заданий) к защищаемым томам, каталогам, программам, файлам, записям, полям записей файлов; в параметрах регистрации указываются дата и время попытки доступа к защищаемому файлу с указанием ее результата (успешная, неуспешная), идентификатор пользователя, спецификация защищаемого файла;

— регистрация попыток доступа программных средств к терминалам, техническим средствам, узлам сети, линиям (каналам) связи, внешним устройствам; в параметрах регистрации указываются дата и время попытки доступа к защищаемому объекту с указанием ее результата (успешная, неуспешная), идентификатор пользователя, спецификация защищаемого объекта (логическое имя или номер);

— учет всех защищаемых носителей информации с помощью их маркировки и занесение учетных данных в журнал учета с отметкой об их выдаче (приеме);

— очистка освобождаемых областей оперативной памяти компьютеров и внешних накопителей;

в) для обеспечения целостности:

— проверка целостности программных средств системы защиты информации (ПДн) при загрузке системы по контрольным суммам ее компонентов;

— обеспечение неизменности программной среды путем использования трансляторов с языков высокого уровня и отсутствия средств модификации объектного кода программ в процессе обработки и (или) хранения персональных данных (это означает, что с компьютеров (рабочих мест), входящих в состав ИСПДн, не должно быть доступа к средствам разработки и отладки программ);

— периодическое тестирование функций системы защиты информации (ПДн) при изменении программной среды и пользователей ИС с помощью тест-программ, имитирующих попытки несанкционированного доступа;

— наличие средств восстановления системы защиты информации (ПДн) — ведение двух копий программных компонентов средств защиты информации (СЗИ), их периодическое обновление и контроль работоспособности;





— физическая охрана технических средств информационной системы (устройств и носителей информации) — контроль доступа в помещения посторонних лиц, наличие надежных препятствий для несанкционированного проникновения в помещения и хранилища носителей информации и т.д.

Следует особо отметить, что в соответствии с п. 5 «Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах...», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 17.11.2007 № 781, используемые средства защиты информации должны быть сертифицированы. Все программные средства защиты информации в ИСПДн класса К1 должны быть сертифицированы на соответствие 4-му уровню контроля отсутствия недеklarированных возможностей (п. 7 Положения).

При подключении ИСПДн класса К1 к внешним сетям (Интернет) должны применяться межсетевые экраны (МСЭ), требования к которым перечислены в п. 4.4 Положения. Они практически полностью соответствуют требованиям к МСЭ, сертифицированным ФСТЭК по 3-му классу защищенности. Это надо учитывать при выборе и покупке средств защиты информации. Кроме того, должны использоваться также средства анализа защищенности и средства обнаружения вторжений (пп. 5 и 6 Положения).

При межсетевом взаимодействии отдельных ИСПДн с использованием VPN-технологий должны осуществляться аутентификация взаимодействующих ИС, проверка подлинности пользователей и целостности передаваемых данных. Кроме того, при взаимодействии ИС разных операторов ПДн (разных юрлиц, возможно, это Ваш случай с 4 центрами) должны быть дополнительно обеспечены также «учетность и неотказуемость» фактов передачи и приема ПДн операторами — регистрация и предотвращение возможности отрицания указанных фактов (см. п. 2.9 Положения).

В качестве сертифицированных средств защиты информации, соответствующих перечисленным выше функциональным требованиям, можно рекомендовать программный комплекс «Панцирь-С» (устанавливается на каждом компьютере и сервере, реализует функции управления доступом, регистрации и учета, контроля целостности, а также шифрования данных), а также комплекс ViPNet Custom для создания защищенной сети обмена информацией (VPN) и электронного документооборота с использованием ЭЦП и выполнения функций МСЭ. Указанные программные средства сертифицированы ФСТЭК по классу 1В («максимальный» класс защищенности ИС, в которых обрабатываются сведения, не составляющие гостайну) и ФСБ по классу КСЗ и в настоящее время широко используются в Пенсионном фонде, Фонде социального страхования и системе ОМС.

Согласно данным Росстатат, по итогам 2008 года (рис. 1):

- 45,6% больниц требовали капитального ремонта,
- 6,2% нуждались в реконструкции,
- лишь 45,6% были в удовлетворительном состоянии,
- 2,6% находились в аварийном состоянии,

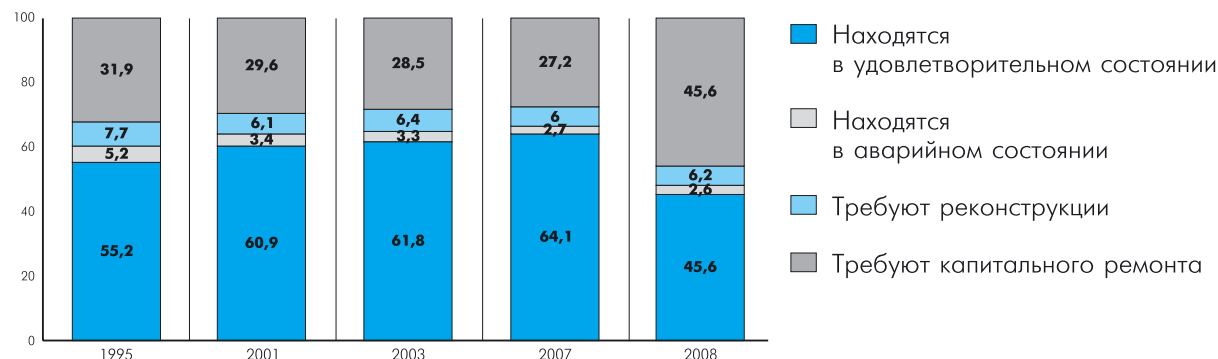


Рис. 1. Техническое состояние больничных учреждений в России

Еще более удручающими выглядят данные на 2008 год о наличии, а точнее, отсутствии в отечественных больницах элементарных удобств (рис. 2):

- 29,7% больниц не имели горячей воды,
- 10,1% — канализации,
- 9,2% — центрального отопления,
- 7,6% — водопровода,
- 7,3% — телефонной связи.

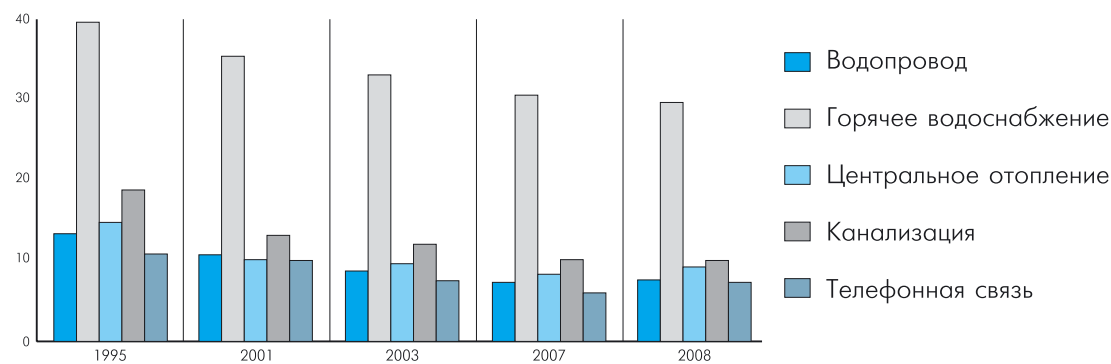


Рис. 2. Доля больниц и стационаров, в которых отсутствуют коммунальные услуги (в %)

Техническое состояние амбулаторно-поликлинических учреждений:

- около 25% из них требуют капитального ремонта;
- 4,4% нуждаются в реконструкции;
- 1,4% находятся в аварийном состоянии;
- в 36% поликлиник можно помыть руки холодной водой из-под крана;
- в 9,3% поликлиник можно принести ее из колодца;
- в 11,5% для обогрева можно затопить печку дровами;
- в 12,6% можно сходить в туалет типа «сортир».

Источник: CNews



В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРОЕКТ «ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАТУРА»

Активное развитие проекта «Электронная регистратура» идет в Кировской области. Данный проект создан по инициативе Департамента здравоохранения Кировской области и поддерживается Кировским областным государственным учреждением здравоохранения «Медицинским информационно-аналитическим центром» (МИАЦ), одним из лучших и активных региональных МИАЦ в России.

Программное обеспечение «Электронная регистратура» разработано на базе платформы IBM Lotus Notes/Domino. Среди основных преимуществ данного решения кроссплатформенность, высочайшая надежность и безопасность, высокая скорость работы и соответствие основным IT-стандартам. Сервер «Электронной регистратуры» работает под управлением Solaris.

Для проекта развернут портал Электронной регистратуры <http://www.medkirov.ru/e-reg/>, который интегрирован в сайт Департамента здравоохранения Кировской области <http://www.medkirov.ru/>.

Развитие проекта началось в марте 2010 года. В качестве «пилотной» площадки, на которой осуществлялись первичное внедрение, обкатка программного обеспечения и организационно-методических решений, выступила «Кировская городская больница № 7». В конце марта глава Департамента здравоохранения Кировской области Дмитрий Александрович Матвеев совместно с главным врачом больницы Александром Анатольевичем Соболевым и директором КОГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Александром Викторовичем Кашиным непосредственно проконтролировали работу участковых врачей-терапевтов, побеседовали с работниками регистратуры и проверили возможность записи на прием через новую электронную систему. Руководители здравоохранения Кировской области высоко оценили удобство и оперативность новой формы записи пациентов к врачу. Была подчеркнута необходимость ее скорейшего внедрения в остальные лечебно-профилактические учреждения здравоохранения города Кирова, а в дальнейшем и области. Очередным ЛПУ, где продолжилось внедрение системы, стала МУЗ «Северная городская клиническая больница». Затем, в апреле, были подключены уже 2 центральные районные больницы (ЦРБ), и проект стал активно набирать новых участников.

В настоящее время в проекте «Электронная регистратура» Кировской области участвуют 16 ЦРБ и 22 лечебно-профилактических учреждения здравоохранения города Кирова и области. Как написано в блоге главы Департамента здравоохранения Д.А. Матвеева (<http://damatveev.livejournal.com/13505.html>), в среднем в неделю на прием к врачу записываются около 2500 человек, из них непосредственно через Интернет чуть более 40%. Руководство здравоохранения области ожидает, что коли-



чество записей по мере развития проекта дойдет до 10 000–20 000 обращений в неделю. Идет активное подключение новых районных учреждений здравоохранения. Самые активные участники: Белохолуницкая ЦРБ, Кировская городская детская клиническая больница, Слободская ЦГБ и Северная городская клиническая больница. В настоящее время также развивается процесс подключения и областных специализированных лечебно-профилактических учреждений.

На пресс-конференции, посвященной вопросам развития регионального здравоохранения и прошедшей 21 июля 2010 г. при участии губернатора области Н.Ю. Белых, глава Департамента здравоохранения региона Д.А. Матвеев перспективно оценил работу «Электронной регистратуры», поскольку ее использование позволяет регулировать потоки пациентов и уменьшает очереди в лечебно-профилактических учреждениях. «Создание единого информационного пространства здравоохранения — одна из приоритетных задач Концепции модернизации здравоохранения региона», — подчеркнул глава Департамента (<http://www.medkirov.ru/news/docid/771DEA>).

В настоящее время силами компаний «Вятские информационные технологии» (г. Киров) и «Комплексные медицинские информационные системы» (Республика Карелия, <http://www.kmis.ru>) разрабатывается новая, существенно улучшенная версия системы. В состав новой «Электронной регистратуры» войдут следующие возможности:

- Обновленный улучшенный интерфейс;
- Тесная интеграция с Карельской медицинской информационной системой, в особенности с электронными календарями КМИС;
- Новые функции оповещения пациентов о записи на прием по электронной почте и SMS;
- Новые гибкие возможности настройки;
- Возможность самостоятельной регистрации и авторизации пользователей (пациентов);
- Подробная справочная система.

От нескольких регионов и отдельных ЛПУ России уже поступили заказы на внедрение данного решения, что свидетельствует не только об успехе отдельно взятого проекта в Кировской области, но и о высокой востребованности данного решения в других регионах страны.

В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ НАЧАЛ РАБОТУ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР



В Иркутском диагностическом центре появилась возможность проводить телеконсультации как в режиме off-line, так и режиме on-line с любым учреждением России и зарубежья, имеющим телемедицинский центр.

В течение 2010 года в Иркутске, Братске, Саянске, Тайшете, Слюдянке, Усолье-Сибирском, Усть-Куте установлены семь терминалов. До 20 сентября будет завершено оснащение телемедицинских пунктов в областной клинической больнице, в областном онкологическом диспансере, иркутской государственной областной детской клинической больнице, включая операционные.

Телемедицинский центр позволит проводить консультации пациентов муниципальных лечебных учреждений со специалистами крупнейших клиник России и зарубежных стран, телеконсультации медиков внутри региона.

Источник: АМИ-ТАСС



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (№ 14-6/10/2-4208)
ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (№ 02-03-09/08-1132П)

П И С Ь М О от 21 мая 2010 года ОБ ОФОРМЛЕНИИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

В связи с вступлением с 1 января 2010 года в силу Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (в редакции Федерального закона от 24.07.2009 № 213-ФЗ) (далее — Федеральный закон) Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Фонд социального страхования Российской Федерации сообщают.

Новая редакция Федерального закона не содержит понятия «ограничение способности к трудовой деятельности», используемого в действующей в 2009 году редакции названного закона и имеющего значение при решении вопросов продолжительности выплаты пособия по временной нетрудоспособности застрахованным лицам.

Вместе с тем бланк листа нетрудоспособности, форма которого утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.03.2007 № 172 «Об утверждении формы бланка листа нетрудоспособности», предусматривает строки, в которых, помимо группы инвалидности, необходимо указывать степень ограничения способности к трудовой деятельности.

В целях оформления бланка листа нетрудоспособности в соответствии с Федеральным законом в строках «Заключение бюро МСЭ» лицевой стороны бланка листа нетрудоспособности и «Имеет группу инвалидности с ограничением способности к труду — да, нет (нужное подчеркнуть)» раздела II оборотной стороны бланка листа нетрудоспособности необходимо указывать только группу инвалидности застрахованного лица.

Федеральным законом также предусмотрен новый порядок исчисления пособий по обязательному социальному страхованию на случай времен-

ной нетрудоспособности и в связи с материнством. В частности, при исчислении пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам средний дневной заработок, из которого исчисляются названные пособия, не может превышать средний дневной заработок, определяемый в соответствии с частью 3.1 статьи 14 Федерального закона. В 2009 году сравнению подлежит средний дневной размер пособий, исчисленных из заработка работника, и дневной размер пособий, исчисленных из максимальных размеров пособий.

С учетом изменения порядка исчисления пособий в столбце «Средний дневной заработок» таблицы «Сведения о заработной плате» раздела III оборотной стороны бланка листа нетрудоспособности необходимо, помимо среднего дневного заработка, исчисленного из фактического заработка застрахованного лица, в скобках «()» указывать средний дневной заработок, исчисленный из предельной величины базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Кроме того, поскольку с 2010 года отменены максимальные размеры пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, столбец пятый «Размер дневного пособия, исчисленный из максимального размера пособия» таблицы «Причитается пособие» раздела III оборотной стороны бланка листа нетрудоспособности заполнять не следует.

В целях оформления листов нетрудоспособности в соответствии с новыми нормами Федерального закона, вступившими в силу с 1 января 2010 года, необходимо довести указанную информацию по оформлению листов нетрудоспособности до сведения медицинских организаций и страхователей.

*Заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И.СКВОРЦОВА
Врио Председателя Фонда социального страхования Российской Федерации Л.Н.РАУ*



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

КАКИЕ СВЕДЕНИЯ ТФОМС ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОТАЦИЙ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 июня 2010 г. № 432н «Об утверждении форм и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для направления в 2010 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» (не вступил в силу)
Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 июля 2010 г. Регистрационный № 17781.

Определен порядок представления региональными органами власти в сфере здравоохранения и ТФОМСами сведений, необходимых для направления дотаций бюджетам последних. Они предназначены для выполнения территориальных программ ОМС в рамках базовой.

Региональные власти ежеквартально до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в Минздравсоцразвития России сведения о финансовом обеспечении территориальной программы госгарантий оказания российским гражданам бесплатной медпомощи. Они формируются нарастающим итогом с начала года. Утверждена их форма.

Утвержденная стоимость территориальной программы уточняется при внесении изменений в нормативные правовые акты региона.

ТФОМС представляет сведения о финансовом обеспечении территориальной программы ОМС в рамках базовой ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным. Установлена их форма.

Остаток средств ОМС на конец отчетного периода определяется на основании данных бухучета. Он подтверждается банковскими выписками по всем счетам, на которых учитываются данные средства.

ИЗ ЧЕГО СОСТОИТ МЕДИЦИНСКАЯ УКЛАДКА ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 июня 2010 г. № 445н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения укладки выездной бригады скорой медицинской помощи» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 июля 2010 г. Регистрационный № 17783.

Утвержден состав медицинской укладки выездной бригады скорой помощи.

В нее входят различные лекарства и медизделия.

В числе первых — адреномиметики, активированный уголь, нитроглицерин, антиаритмические препараты, антигистаминные, антисептические, антигипертензивные и гормональные





средства, заменители плазмы и других компонентов крови, миорелаксанты, прокаин, фуросемид, нейролептики, наркотические анальгетики, диазепам, стимуляторы дыхания.

К необходимым медизделиям относятся механический тонометр, фонендоскоп, различные катетеры, жгуты, зажимы и шприцы, роторасширитель, ампульница, диагностический фонарик и др.

ПРИВЫЧКУ ВЕСТИ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ НАДО ФОРМИРОВАТЬ С ДЕТСТВА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июня 2010 г. № 430н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 июля 2010 г. Регистрационный № 17 754.

На базе детских поликлиник планируется до 1 декабря 2010 г. открыть центры здоровья для детей.

В них можно будет пройти комплексное обследование, получить консультацию по сохранению и укреплению здоровья детей, рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, учебы и отдыха.

Также в центрах будут информировать родителей и детей о вредных факторах и привычках, обучать гигиеническим навыкам и методам профилактики заболеваний, наблюдать за детьми группы риска. При этом необязательно иметь направление врача, чтобы посещать центр.

Установлены требования к организации работы и оснащению детских центров здоровья.

КАК ПОЛУЧИТЬ МЕДПОМОЩЬ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 июня 2010 г. № 415н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 июля 2010 г. Регистрационный № 17 739.

Лица с гастроэнтерологическими заболеваниями могут получить необходимую медпомощь в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В поликлиниках можно получить терапевтическую (педиатрическую) помощь, а в кабинете гастроэнтеролога — специализированную. В отдельных случаях оказывают высокотехнологичную.

Участковые терапевты, педиатры, врачи общей практики наблюдают и лечат пациентов с неосложненным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, с хроническим гастритом и синдромом функциональной диспепсии, с жировой инфильтрацией печени и т.д.

Если у больного выявлены показания к эндоскопическим или хирургическим вмешательствам, то его направляют в соответствующее отделение. Определены требования к оснащению кабинета гастроэнтеролога. Здесь можно получить консультации, пройти диагностику. Организуют диспансерное наблюдение и реабилитацию больных с хроническими вирусными гепатитами, с циррозами печени, с осложненными формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и др. Проводят экспертизу временной нетрудоспособности.

В гастроэнтерологическое отделение могут направить больных с тяжелыми обострениями хронического панкреатита, с циррозами печени в стадии декомпенсации, с гемохроматозом и др.

Отделение можно использовать как клиническую базу учреждений среднего, высшего и дополнительного профобразования, а также научных организаций.



НА 10 ТЫС. ДЕТЕЙ ДОЛЖЕН ПРИХОДИТЬСЯ 1 ВРАЧ УРОЛОГ-АНДРОЛОГ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 июня 2010 г. № 418н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при уроандрологических заболеваниях»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 6 июля 2010 г. Регистрационный № 17 726.

Регламентирован порядок оказания медицинской помощи детям при уроандрологических заболеваниях в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Амбулаторное лечение таких больных проводится детским урологом-андрологом (при его отсутствии — детским хирургом, урологом) детского уроандрологического кабинета, а также участковыми педиатрами либо семейными врачами. Стационарное лечение проходит в детских уроандрологических или хирургических отделениях. Может быть показано восстановительное лечение.

Установлены требования к организации работы и оснащению детского уроандрологического кабинета (отделения). По закрепленным нормативам на 10 тыс. детей должен приходиться 1 врач уролог-андролог.

СОЦУСЛУГИ ДЛЯ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН: УТОЧНЕН ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 мая 2010 г. № 382н «О внесении изменения в Порядок предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. № 328»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 6 июля 2010 г. Регистрационный № 17 723.

Скорректирован порядок предоставления набора соцуслуг отдельным категориям граждан. Изменения обусловлены упразднением Росздрава. Функции Агентства переданы Минздравсоцразвития России.

Теперь граждан направляют на лечение в санаторно-курортные учреждения Министерства и ФМБА России (ранее речь шла о подведомственных Росздраву).

ЛЕЧЕНИЕ В САНАТОРИЯХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ: НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ КАРТ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 мая 2010 г. № 347н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 марта 2009 г. № 138н «О порядке организации работы по распределению путевок и направлению больных из учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь, на лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 6 июля 2010 г. Регистрационный № 17 695.

Пересмотрен порядок направления больных из учреждений здравоохранения Минздравсоцразвития России и РАМН на санаторно-курортное лечение.

Путевки в санатории Министерства предоставляются указанными учреждениями при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний. Как и ранее, нуждающихся в лечении отбирает лечащий врач вместе с заведующим отделением. При выборе курорта учи-





тываются основное и сопутствующие заболевания, условия поездки, контрастность климата, особенности природных лечебных факторов. Решение о направлении на курорт принимает врачебная комиссия медучреждения. Его необходимо согласовать с санаторием.

При положительном ответе больному выдаются путевка, санаторно-курортная карта и выписка из медицинской карты (с подробным описанием проведенного лечения и рекомендациями по дальнейшему). Установлен обязательный перечень диагностических исследований и консультаций врачей-специалистов, результаты которых отражаются в санаторно-курортной карте.

Путевка может быть выдана самим Министерством по письменному заявлению гражданина. Для этого в поликлинике по месту жительства надо оформить справку по форме № 070/у-04 с рекомендацией санаторно-курортного лечения.

КАК ОТЧИТАТЬСЯ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ НА ОЗДОРОВИТЕЛЬНУЮ КАМПАНИЮ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2010 г. № 411н «О предоставлении отчетных данных о расходах бюджетов субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются субсидии на реализацию мероприятий по проведению оздоровительной кампании детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 июля 2010 г. Регистрационный № 17 728.

Из федерального бюджета регионы получают субсидии на оздоровительную кампанию детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Региональные власти должны представить в Минздравсоцразвития России определенную отчетность.

Это отчеты об исполнении бюджета на реализацию указанных мероприятий, об использовании средств на кампанию и о кассовых расходах. Приведены их формы.

Сведения нужно формировать по состоянию на 1 апреля, 1 июля, 1 октября текущего года и по его итогам (не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом).

РАБОТНИК ПОЛУЧИЛ МАТЕРИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ НА ЛЕЧЕНИЕ: КАК БЫТЬ СО СТРАХОВЫМИ ВЗНОСАМИ?

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2010 г. № 1212-19 «Об обложении страховыми взносами выплат сотрудникам организации»

Материальная помощь, выплаченная работнику на лечение, облагается страховыми взносами. Это не касается случая, когда ее сумма на сотрудника за расчетный период составляет менее 4000 руб.

Страховые взносы также не отчисляются с сумм среднего заработка, выплачиваемых организацией работникам-донорам за дни сдачи крови и дополнительный выходной день, и с выплат по договору займа. Если обязательства сотрудника возратить средства по договору займа прекращаются, то остаток долга облагается указанными взносами.

Кроме того, рассмотрена ситуация, когда в Институт профессиональных бухгалтеров производятся членские взносы за бухгалтера. Разъяснено, что данные средства не предназначены для оплаты консультационных или информационных услуг. Их цель — финансировать деятельность института (в том числе содержать административный аппарат). Оплата таких сумм организацией не является предметом трудового договора с бухгалтером, поэтому страховые взносы не уплачиваются.



ТУЛЯРЕМИЯ: УТВЕРЖДЕНЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 31 мая 2010 г. № 61 «Об утверждении СП 3.1.7.2642-10»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 7 июля 2010 г. Регистрационный № 17745.

Утверждены санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.2642-10 «Профилактика туляремии».

Среди основных симптомов — повышение температуры, воспаление лимфатических узлов. Возбудитель туляремии — мелкая грамотрицательная коккобактерия. Формы заболевания — ulceroglandularная, glandularная. Механизмы заражения — трансмиссивный, контактный и др.

Определены ситуации, подозрительные на данное заболевание. Например, случай с характерной клинической картиной туляремии с наличием в анамнезе нападения (укуса) клеща.

При установлении факта пребывания в эндемичной по туляремии местности необходима госпитализация для диагностики и этиотропного лечения. Все случаи регистрируются. В течение 12 часов передается экстренное извещение в органы санэпиднадзора по месту регистрации заболевания.

Каждый случай профзаболевания туляремией расследуется. Участвуют специалисты, осуществляющие санэпиднадзор.

Проводится постоянный санэпиднадзор за туляремией. Он заключается в наблюдении за эпидемическим процессом, слежении за циркуляцией возбудителя и др. В очаге туляремии с случаями заболевания людей проводятся расследование и комплекс мероприятий, направленных на его локализацию и ликвидацию.

Также проводится специфическая и неспецифическая профилактика. К первой отнесена вакцинация, к последней — дератизация и дезинсекция.

Целесообразно проводить гигиеническое воспитание населения. В частности, представлять информацию о туляремии, об основных симптомах и мерах профилактики.

Санитарные правила действуют с 1 августа 2010 г.

НА ОБУЧЕНИЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» БОЛЬШЕ НЕ ПРИНИМАЮТ?

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 мая 2010 г. № 16-3/10/2-4498 «О нецелесообразности проведения в 2010 году приема граждан на обучение по специальности высшего профессионального образования «Сестринское дело»

Минздравсоцразвития России провело конкурс на размещение госзадания на подготовку специалистов с высшим профобразованием среди подведомственных аккредитованных ВУЗов на 2010 г.

Отмечено, что госзадание на подготовку по специальности «Сестринское дело» не размещалось.

Вуз вправе готовить специалистов по договорам с оплатой стоимости обучения. Однако такой деятельностью нельзя заниматься взамен и в рамках той, которая финансируется за счет бюджетных средств.

Обращается внимание, что по указанной специальности выявлен низкий процент занятости специалистов. В связи с этим нецелесообразно в 2010 г. принимать граждан на обучение.

Кроме того, планируется прекратить готовить специалистов по непрофильным для медицинских и фармацевтических вузов специальностям.





ПАНДЕМИЧЕСКИЙ ВИРУС ГРИППА А (H1N1)–2009: НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 12 мая 2010 г. № 01/7192-10-32 «О направлении информации ВОЗ по управлению лабораторным биориском в лабораториях, работающих с пандемическим вирусом гриппа»

Переведены новые рекомендации ВОЗ по управлению биориском в лабораториях, работающих с пандемическим вирусом гриппа.

Приведены современные научные сведения, относящиеся к вирусу пандемического гриппа А (H1N1)-2009. Процент случаев инфекции данным вирусом, протекающих в форме тяжело-го заболевания, в сравнении с более легкими вариантами, в целом невысок. Но он чаще вызывает тяжелые осложнения среди людей моложе 65 лет и вирусную пневмонию. В настоящее время вирус распространился почти на все страны мира.

Для защиты лабораторного персонала и медработников можно использовать моновакци-ны против пандемического гриппа А (H1N1). Вирус проявляет чувствительность к ингибиторам нейраминидазы — осельтамивиру и занамивиру. Их также можно применять для лечения.

Если работа может повысить риск создания условий, благоприятствующих появлению реассортантных вирусов, то проводится оценка микробиологических рисков и принимаются специальные меры по их снижению.

ВОЗ рекомендует странам провести оценку местных рисков, связанных с работой с виру-сом и его хранением. Также они должны принять на себя ответственность за принятие и обес-печение соответствующих местным условиям мер по снижению риска и сдерживания для лабораторных условий.

ЕСЛИ ВЫЯВЛЕНЫ МЕДИЗДЕЛИЯ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ, ТО ИХ ОБРАЩЕНИЕ МОГУТ ЗАПРЕТИТЬ

Информационное письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 2 июня 2010 г. № 04И-519/10 «Об организации работы территориальных управлений Росздравнадзора с информацией об изделиях медицин-ского назначения, не соответствующих установленным требованиям»

В рамках государственной функции Росздравнадзор (территориальные управления) прове-ряет деятельность организаций, занимающихся производством, оборотом и использованием медицинских изделий. Таким организациям необходимо иметь специальную госрегистрацию. Они должны соблюдать требования к качеству продукции и порядок размещения рекламы.

Если выявлены изделия, не соответствующие установленным требованиям, то территориаль-ные управления анализируют сопроводительные, рекламные и иные документы, принимают решения приостановить обращение. Сведения о нарушениях передаются в Росздравнадзор.

На основании полученных материалов Служба может запретить обращение в России медицинских изделий или возобновить деятельность после того, как будут устранены выявлен-ные нарушения.

Если выявлены изделия с истекшим сроком годности, то управления незамедлительно про-водят мероприятия по предотвращению их обращения или использования.

Обобщенная информация представляется в Росздравнадзор ежемесячно до 5 числа меся-ца, следующего за отчетным. Нужно использовать форму, приведенную в приложении.

Ранее доведенные разъяснения по данному вопросу признаны утратившими силу.



ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, РАЗРАБОТАННЫЕ В СССР, НЕ ДЕЙСТВУЮТ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 июня 2010 г. № 487 «О признании не действующим на территории Российской Федерации приказа Министерства здравоохранения СССР от 11 декабря 1978 г. № 1208»

В России не действуют правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений, утвержденные приказом Минздрава СССР (от 11 декабря 1978 г. № 1208).

Дело в том, что Правительством РФ были утверждены новые правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (постановление от 17 августа 2007 г. № 522).

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.

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.

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.

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.



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.

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 — пропофол, 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 НДС!

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 НДС при покупке лекарственных средств»

Граждане имеют право на социальный вычет по НДС 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).

ОРГАНЫ РОСПОТРЕБНАДЗОРА КАК ГЛАВНЫЕ АДМИНИСТРАТОРЫ ДОХОДОВ РЕГИОНАЛЬНЫХ И МЕСТНЫХ БЮДЖЕТОВ: НОВЫЙ ПОРЯДОК РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛНОМОЧИЙ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 17 мая 2010 г. № 179 «Об утверждении порядка осуществления территориальными органами полномочий главного администратора доходов бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов»

Определен новый порядок реализации территориальными органами Роспотребнадзора полномочий главных администраторов доходов региональных и местных бюджетов. Перечень администрируемых доходов не изменился.

Как и ранее, территориальные органы формируют и представляют в финансовый орган прогноз поступления доходов, аналитические материалы по исполнению бюджета, бюджетную отчетность. Также они направляют сведения для составления кассового и среднесрочного планов.



В рамках своих полномочий территориальные органы начисляют платежи, пени и штрафы, проверяют, правильно ли они рассчитаны. Также они взыскивают задолженность, принимают решения о возврате (зачете) излишне уплаченных сумм и т. д.

По каждому плательщику штрафа ведется специальная карточка. Она открывается в течение 3 рабочих дней после того, как получено решение судебного органа.

Пересмотрена процедура уточнения невыясненных поступлений.

Прежний порядок признан утратившим силу.

РЕГИСТРАЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ БУДЕТ ОПТИМИЗИРОВАНА

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 7 мая 2010 г. № 4090-Пр/10 «Об отмене приказов Росздравнадзора»

Утрачивают силу отдельные приказы о регистрации автомобилей скорой помощи в качестве изделий медицинского назначения.

Считаются недействительными 23 регистрационных удостоверения на указанные автомобили. Решение принято в целях оптимизации регистрации изделий медицинского назначения (медицинской техники).

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 кинокорлик, 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.

ГОСДУМА СОБИРАЕТСЯ УВЕЛИЧИТЬ ДОХОДЫ ФФОМС ЗА СЧЕТ СНИЖЕНИЯ НА ТРЕТЬ ТАРИФА ВЗНОСОВ В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ

Проект федерального закона № 386057-5 «О внесении изменений в статью 12 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»

7 июля 2010 г. Государственная Дума приняла в первом чтении поправки к Закону о страховых взносах в ПФР, ФСС РФ, ФФОМС и ТФОМС.





Предлагается изменить тарифы взносов в фонды ОМС, которые будут применяться с 1 января 2011 г. В федеральный, предположительно, будут зачисляться 3,1%, в территориальные — 2% (в настоящее время — 2,1 и 3% соответственно).

Дополнительные средства предполагается направить на модернизацию здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

НА КАКУЮ ПРЕМИЮ МОГУТ РАССЧИТЫВАТЬ РУКОВОДИТЕЛИ ФГУ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ В 2010 Г.?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 мая 2010 г. № 335н «Об утверждении размеров процентов централизации лимитов бюджетных обязательств, выделенных на оплату труда работников, для премирования руководителей федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на 2010 год»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 июня 2010 г. Регистрационный № 17 484.

На 2010 г. установлены процентные размеры централизации лимитов бюджетных обязательств, выделенных на оплату труда работников, для премирования руководителей ФГУ Минздравсоцразвития России.

Напомним, что по новой системе оплаты труда на выплату премий руководителям может быть направлено до 5% от бюджетных ассигнований. При распределении учитывается эффективность работы учреждений.

Размеры централизации, установленные на 2009 г. (с учетом изменений), признаны утратившими силу.

СОЦПОДДЕРЖКА РАБОТНИКОВ ПСИХИАТРИИ, СФЕР БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ: КАКИЕ ПОПРАВКИ ПРИНЯЛА ГОСУДАРСТВА?

Досье на проект Федерального закона № 341687-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (об уточнении порядка реализации мер социальной поддержки (сокращенная продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск и повышенный размер оплаты труда) работников с вредными и (или) опасными условиями труда, участвующих в оказании психиатрической и противотуберкулезной помощи, осуществляющих диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, занятых работой с материалами, содержащими ВИЧ) (внесен Правительством РФ)

7 июля 2010 г. Государственная Дума приняла в третьем чтении закон, уточняющий порядок реализации мер соцподдержки работников с вредными и (или) опасными условиями труда. Это оказание психиатрической и противотуберкулезной помощи, диагностика и лечение ВИЧ-инфицированных, работа с материалами, содержащими ВИЧ.

Закрепляется, что сокращенная продолжительность рабочего времени и ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск таким работникам устанавливается в определяемом Правительством РФ порядке. В настоящее время для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации порядок определяют региональные власти.

Указанные гарантии, а также повышенный размер оплаты труда будут устанавливаться с учетом условий труда по результатам аттестации рабочих мест.



КАКИЕ ЛЕКАРСТВА СОСТАВЯТ МИНИМУМ, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 июня 2010 г. № 447 «Об организации работы по формированию минимального ассортимента лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи»

Определены требования к формированию минимального ассортимента лекарств, необходимых для оказания медицинской помощи.

Ассортимент создается с учетом предложений субъектов обращения лекарств, региональных органов управления здравоохранением и специалистов в указанной сфере. При этом необходимо, чтобы средство было зарегистрированным, эффективным, безопасным и чтобы пациент мог его самостоятельно применять.

При этом не учитываются наркотические (подлежащие контролю в России), сильнодействующие и ядовитые вещества, средства для оказания специализированной помощи и др.

Средство попадает в ассортимент под международным непатентованным наименованием. Если такового не имеется, то указываются торговое (оригинальное, химическое, группировочное) название и лекарственная форма.

КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РОСПОТРЕБНАДЗОРА: ВВОДЯТСЯ ЕЖЕГОДНЫЕ ДОКЛАДЫ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 25 мая 2010 г. № 188 «О подготовке докладов об осуществлении государственного контроля (надзора)»

Региональным управлениям Роспотребнадзора предписано ежегодно до 5 февраля представлять в Службу доклад об осуществлении государственного контроля (надзора).

Он должен включать 7 разделов: состояние нормативно-правового регулирования в соответствующей сфере деятельности; организация контроля и надзора; их проведение; финансовое и кадровое обеспечение; действия по пресечению нарушений обязательных требований и (или) устранению их последствий; анализ и оценка эффективности контроля и надзора; выводы и предложения по их результатам.

Конкретный порядок подготовки докладов будет направлен в управления до 5 августа 2010 г.

НОРМАТИВЫ ЧИСЛЕННОСТИ РАБОТНИКОВ ТФОМС И ИХ ФИЛИАЛОВ ПО ОСНОВНЫМ ФУНКЦИЯМ: НОВЫЙ ПОРЯДОК РАСЧЕТА

Приказ Федерального фонда ОМС от 14 апреля 2010 г. № 74 «Об утверждении «Методических рекомендаций по расчету нормативов численности работников территориальных фондов обязательного медицинского страхования и их филиалов по основным функциям»

Утверждены Методические рекомендации по расчету нормативов численности работников ТФОМС и их филиалов по основным функциям.

Рекомендации предназначены для обоснования численности работников, рациональной организации работ, оптимизации структуры и уровня расходов на содержание аппарата управления. Они содержат перечень функций, типовые наименования структурных подразделений по ним и должностей, методики расчета нормативной численности работников по основным функциям.





При расчете штатной численности работников в соответствии с рекомендациями должен учитываться норматив финансовых средств, выделяемых на выполнение управленческих функций.

Из-за объективных различий характеристик ТФОМС (квалификация персонала, организация труда, техоснащенность, наличие помещений, ТС, связи и др.) нормативная численность может быть превышена, но не более, чем на 10%. Это требует обоснования и согласования с ФФОМС.

Приказ об утверждении Методических указаний по расчету поименованных нормативов признан утратившим силу.

ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ ВОДИТЕЛЕЙ И МИЛИЦИОНЕРОВ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ, УТВЕРЖДЕННАЯ ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА СССР, БОЛЕЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 июня 2010 г. № 444 «О признании не действующим на территории Российской Федерации Приложения № 4 к Приказу Министерства здравоохранения СССР от 4 января 1983 г. № 3 «О профилактике дорожно-транспортных происшествий и совершенствовании системы оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях»

Приказом Минздрава СССР была утверждена Программа подготовки водителей автотранспорта и работников милиции по оказанию первой медпомощи.

Данная программа признается не действующей на территории России.

ВЫШЕЛ В СВЕТ НОВЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР ЦЕН НА ЖНВЛС

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 15 июня 2010 г. № 04И-576/10 «О Государственном реестре цен на ЖНВЛС по состоянию на 15 июня 2010 года»

Зарегистрированы предельные отпускные цены производителей на 6903 жизненно необходимых и важнейших лекарственных средства (ЖНВЛС).

Сведения приведены по состоянию на 15 июня 2010 г.

Электронная версия Государственного реестра цен на ЖНВЛС размещена на официальном сайте Росздравнадзора.

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

15-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ



БОЛЬНИЦА
Санкт-Петербург



Совместно с:
ФАРМАЦИЯ
Санкт-Петербург



В РАМКАХ ВЫСТАВКИ:
ДНИ БРИТАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Все лучшее для мира медицины!

Ленэкспо, Санкт-Петербург

**5-7 октября
2010**

Организаторы:



primexpo



ITE GROUP PLC

Тел.: +7 (812) 380 6006

+7 (812) 380 6000

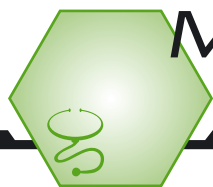
Факс: +7 (812) 380 6001

E-mail: med@primexpo.ru



ufi

www.hospital.primexpo.ru



Менеджер
здравоохранения

