ISSN 1811-0185

# Менеджер здравоохранения

№10. 2011







Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

# Начинается подписка на ежемесячный научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения» на 2012 год




## В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82614** на полугодие
**20102** на год

## Подписка через редакцию (с любого номера, на любой срок):

Стоимость подписки для любого региона РФ
- на один номер — **400 руб.**
- на полугодие – **2400 руб.**
- **4320 руб. – годовая** *(стоимость 1 номера по годовой подписке — 360 руб.)*

НДС не облагается.
Доставка включена в стоимость подписки.

**Адрес редакции:** 127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11. Тел./факс: (495) 618-07-92
E-mail: idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru **www.idmz.ru**

## Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения»,
Московский банк Сбербанка России ОАО, г. Москва. ИНН 7715376090 КПП 771501001
Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва
р/с: 40702810638050105256 к/с: 30101810400000000225 БИК 044525225
Код по ОКП 95200, Код по ОКПО 14188349

***В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Менеджер здравоохранения" на 2012 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.***

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

| | |
|---|---|
| *ООО «Урал-Пресс XXI»* | http://www.ural-press.ru/, Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89 |
| *ООО «ПрессГид»* | http://www.pressgid.com/, Т./ф. (812) 703-47-09 |
| *ООО «Артос-ГАЛ»* | Т./ф. (495) 795-23-00, 788-39-88, E-mail: snezhana--86@mail.ru |

***Уважаемые читатели!***

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

**В Н И М А Н И Е !!!**

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису. Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы. Вопросы принимаются по факсу ***(495) 618-07-92*** и электронной почте ***idmz@mednet.ru.***

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

# Менеджер здравоохранения

## ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ **Развитие стационарозамещающих технологий в условиях модернизации здравоохранения**
- ☑ **Редкие заболевания в России — окажутся ли они в фокусе персонализированной медицины?**
- ☑ **Медико-организационная схема действий по оказанию первой помощи на месте происшествия: вопросы наглядности**
- ☑ **Будет ли в России рыночное здравоохранение или противоречия нормативной и судебной практики**
  *Повод для дискуссии*
- ☑ **Клиническая медицина как лицо российской науки**
- ☑ **Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет**

WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU

Ежемесячный научно-практический журнал

# Менеджер здравоохранения

№10
2011

**Главный редактор:**
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России, представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

**Шеф-редактор:**
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., главный специалист ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

**Заместитель главного редактора:**
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

**Редакционная коллегия:**
КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации Минрегионразвития России

## В номере:

**ФОКУС ПРОБЛЕМЫ**

**Некоторые результаты оценки эффективности деятельности системы здравоохранения в 2010 году**
*Е.П. Какорина* 6–11

**МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Правовой контекст системы менеджмента качества в медицинской организации**
*Н.Ф. Князюк, И.С. Кицул* 12–23

**Экономическая эффективность деятельности Оренбургской областной станции переливания крови**
*Н.Ю. Перепелкина, Р.Г. Гильмутдинов, А.К. Екимов, В.П. Воронов* 24–27

**МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Теоретические и методологические основы маркетинга медицинских учреждений**
*А.С. Ямщиков, Е.И. Маева* 28–35

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ**

**Вопросы эффективности информационных технологий в медицине**
*И.Ф. Гулиева, Е.В. Рюмина, Я.И. Гулиев* 36–47

**ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ**

**Обзор реформ в системе здравоохранения Германии за последние двадцать лет**
*В.А. Солодкий, В.И. Перхов, Р.В. Стебунова* 48–58

**МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,**
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

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

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

**ФЛЕК Виталий Олегович,**
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования Института развития дополнительного профессионального образования Министерства образования Российской Федерации

**УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,**
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

**ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ**

**Индивидуальные платные роды: продолжение дискуссии**
*А.А. Старченко* 59–65

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2011** 66–69

**С МЕСТА СОБЫТИЙ**
**Инфекционная безопасность медперсонала и пациентов в ЛПУ: пути ее достижения** 70–71

**ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ**

**Перечень и последствия неисполнения медицинской организацией принятых обязательств**
*А.А. Старченко* 72–74

**КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»**

**Право бюджетного учреждения самостоятельно распоряжаться средствами, полученными от приносящей доходы деятельности**
*Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров* 75–80

**ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ**
*На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров* 81–83

**ОРГАНАЙЗЕР** 83

**ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ** 84–95

**ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА**
**Система учета и регистрации профессиональных травм медицинских работников EpiNet** 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

**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 ГУП МО «Коломенская типография»: 140400, г. Коломна, ул. III Интернационала, д. 2а
Тел./факс 8 (496) 618-62-87

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

# Manager Zdravoochranenia

№10 2011

*Все публикации журнала индексируются в информационно-аналитической системе Российского индекса научного цитирования*

**Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...**

## Contents:


**FOCUS OF THE PROBLEM**

**Some results of efficiency evaluation of health care system's activity in 2010 year**
*E.P. Kakorina* 6–11

**MANAGEMENT IN HEALTH CARE**

**Legal context of system of quality management in the medical organization**
*N.F. Knjazjuk, I.S. Kitsul* 12–23

**Economical effectiveness of Orenburg blood transfusion station's operation**
*N.U. Perepelkina, R.G. Gilmutdinov, A.K. Ekimov, V.P. Voronov* 24–27

**MARKETING IN HEALTH CARE**

**Theoretical and methodology basics of medical institutions marketing**
*A.S. Yamshikov, E.I. Maeva* 28–35

**INFORMATIONAL MANAGEMENT**

**Issues of Effectiveness of Healthcare Information Technologies**
*I.F. Gulieva, E.V. Ryumina, Y.I. Guliev* 36–47

**FOREIGN EXPERIENCE**

**Overview of the healthcare reforms in Germany in the last 20 years**
*V.A. Solodkiy, V.I. Perkhov, R.V. Stebunova* 48–58

**FEEDBACK**

**Individually charged labour: continuation of discussion**
*A.A. Starchenko* 59–65

*Все публикации журнала будут индексироваться в международной библиометрической системе Scopus*

**Ваши статьи достойны цитирования в международном профессиональном сообществе...**


**HEALTHCARE-2011** 66–69

**FROM THE SCENE OF EVENTS**

**Infection safety of medical personell and patients in LPI: what is essential for achieving it** 70–71

**INTERSTING DOCUMENT**

**List and consequences of non-fullfiling accepted responsibilities by medical organizations**
*A.A. Starchenko* 72–74

**MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS**

**The right of a budget institution to spend independently funds, received from a profitable activity**
*Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov* 75–80

**QUESTIONS AND ANSWERS**
*Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov* 81–83

**ORGANIZER** 83

**REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS** 84–95

**USEFUL URL LINK**

**EpiNet — control and registration system of medical employees professional injuries** 96

**Е.П. Какорина,**
профессор, д.м.н, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, факультет управления здравоохранением, кафедра организации здравоохранения, медицинской статистики и информатики, г. Москва, Россия

# НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2010 ГОДУ

*УДК 614.2*
*Какорина Е.П.* ***Некоторые результаты оценки эффективности деятельности системы здравоохранения в 2010 году*** *(Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва, Россия)*

***Аннотация:*** В работе представлен анализ отдельных показателей (кадровые ресурсы здравоохранения, управление стационарной и скорой медицинской помощью, внедрение современных методов управления, оценку эффективности расходования бюджетных средств), характеризующих сферу здравоохранения в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2009 г. № 322 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», а также мероприятия регионов по оптимизации бюджетных расходов.

***Ключевые слова:*** *оценка эффективности, кадровые ресурсы, современные методы управления в сфере здравоохранения, сбалансированность медицинской помощи, оптимизация бюджетных расходов.*

В 2010 году в Российской Федерации продолжился рост рождаемости (на 0,8% по сравнению с 2009 годом), снижение младенческой смертности (на 7,4%), увеличение средней продолжительности жизни (69 лет, у мужчин — 63 года, женщин — 75 лет), снижение численности лиц, впервые признанных инвалидами (на 4%). Показатели смертности населения в целом не изменились и продолжают оставаться достаточно высокими по сравнению с европейскими странами (Россия — 14,2 случая на 1000 человек населения, страны ЕС — 10).

Расходы бюджета на здравоохранение в 2010 году выросли почти на 4%, из них на федеральный бюджет приходится 21%.

В целом же по уровню финансирования здравоохранения Российская Федерация намного отстает от западноевропейских стран: доля общих расходов на здравоохранение в ВВП почти в 1,7 раза меньше, чем в странах ЕС, а доля государственных расходов в ВВП — в 2 раза меньше. В абсолютном выражении в расчете на одного человека российское государство тратит на здравоохранение в 3,9 раза меньше, чем в среднем в странах ЕС[1].

Структурные преобразования в отрасли проводятся медленно (высокий уровень госпитализации (21,6 на 100 человек населения),

[1] Доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 года, 2011.

© Е.П. Какорина, 2011 г.

высокие сроки стационарного лечения (12,6 дня), медленное развитие стационарозамещающих видов медицинской помощи и неотложной медицинской помощи), такими же темпами идет внедрение современных методов управления в сфере здравоохранения (переход на преимущественно одноканальное финансирование, новую систему оплаты труда, ориентированной на результаты деятельности, на повсеместное использование стандартов оказания медицинской помощи, законченный случай, подушевое финансирование с использованием принципа фондодержания), что не способствует оптимизации бюджетных расходов. Такая ситуация прежде всего связана с дефицитом Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации (дефицит отмечен в 74 регионах[2], в 2009 году — в 75 регионах).

Перевод преимущественно на одноканальное финансирование через систему ОМС (свыше 80% учреждений) осуществили всего 9 регионов[3] (Калининградская, Тюменская, Томская, Ростовская, Пензенская области, республики Татарстан, Удмуртия, Чувашия, Чукотский автономный округ) (в 2007 году — 8, в 2008 году — 5, 2009 году — 8). Переход всех учреждений здравоохранения на стандарты оказания медицинской помощи осуществлен в 24 регионах (в 2007 году — 6, в 2008 году — 12, в 2009 году — 13). На новую (отраслевую) систему оплаты труда, ориентированную на результат, переведены более чем 80% учреждений в 50 субъектах Российской Федерации (в 2007 году — 6, в 2008 году — 12, в 2009 году — 38).

Активное внедрение современных методов управления в сфере здравоохранения направлено на:

— оптимизацию бюджетных расходов, кадрового состава (среди регионов, перешедших на новую систему оплаты труда, в 55% произошло сокращение прочего персонала, из числа не перешедших только в 35% регионах);

— увеличение заработной платы работающих (в регионах, перешедших на новую систему оплаты труда, прирост заработной платы работающих составил от 8–10% до 40%, из числа не перешедших, соответствующий прирост — 1–5%);

— повышение эффективности оказания медицинской помощи населению.

В результате в регионах, где используются возможности современных финансово-экономических моделей управления, почти в 2 раза чаще зарегистрирован ниже среднего уровень госпитализации и число вызовов скорой медицинской помощи (амбулаторно-поликлинические учреждения финансируются по результатам деятельности на основании подушевого норматива на прикрепленное население).

В Тюменской, Белгородской, Липецкой, Тверской областях, Республике Бурятия, перешедших на данный метод финансирования наблюдается снижение дефицита Программы Госгарантий. Длительность пребывания в стационаре ниже среднероссийского в 1,5 раза чаще наблюдается в регионах, полностью перешедших на работу по стандартам оказания медицинской помощи, по сравнению с теми регионами, где данный процесс не внедрен.

Структура основных расходов по видам медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий практически не меняется, основные расходы приходятся на стационарную медицинскую помощь (58% от всех расходов, в 2009 году — 58,6%), которая почти в 2 раза превышает долю амбула-

[2] Бездефицитна Программа Госгарантий в Московской, Магаданской, Сахалинской областях, г. Москве, г. Санкт-Петербурге, Ненецком, Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком, Чукотском автономных округах (2010 год).

[3] Результаты 2010 года.

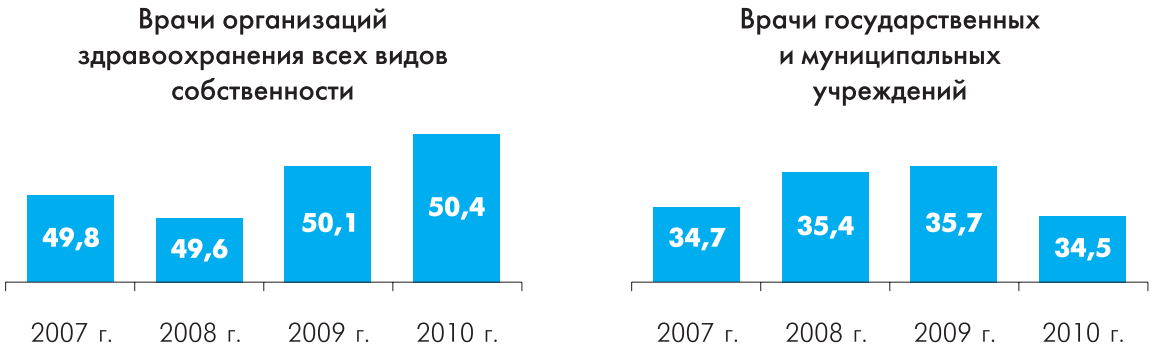


*Рис. 1.* **Динамика численности врачей в организациях по формам собственности на 10 тыс. человек населения**

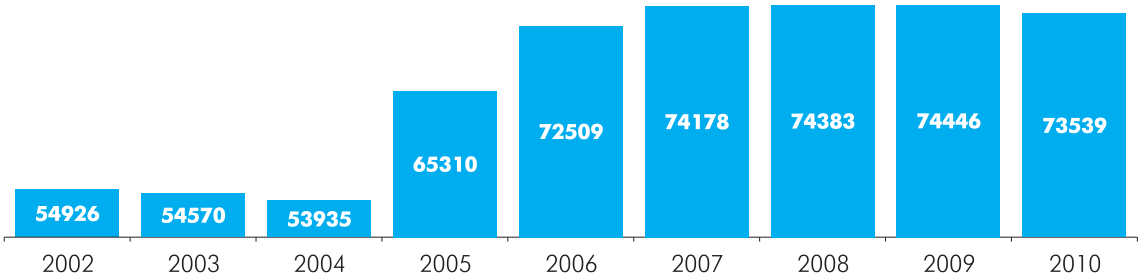


*Рис. 2.* **Динамика численности участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики, человек**

торной помощи, в то время как в западноевропейских странах они примерно равны. Тогда как более 30% госпитализаций могли быть перенесены на амбулаторный этап без ущерба для здоровья больного.

Только в нескольких регионах (Республика Башкортостан, Кемеровская и Владимирская области, г. Москва) сложилась оптимальная структура оказания медицинской помощи.

Снижение численности врачей, среднего и младшего медицинского персонала, зарегистрированное в 2010 году, при росте прочего персонала работающего в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения является одной из основной причиной кадрового дисбаланса в отрасли. В Российской Федерации общая численность врачей организаций всех форм собственности составляет более 715,8 тыс. (50 на 10 тыс. населения)[4] и имеет тенденцию к росту *(рис. 1)*, число средних медицинских работников 1,5 млн. человек и их соотношение остается прежним. Несмотря на рост врачей в целом, численность врачей первичного звена здравоохранения имеет тенденцию к снижению *(рис. 2)*.

Снижение численности врачей в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения свидетельствует об их оттоке в негосударственный сектор, ведомственные и федеральные учреждения, что в том числе это связано с низкой заработной платой, которая у работающих в муниципальных учреждениях ниже на 15%, чем в целом по отрасли, тогда как в негосударственных и федеральных учреждениях выше на 21 и 19%, соответственно. При этом следует учесть, что на муниципальном уровне занято почти половина медицинских работников от всех работающих в системе здравоохранения. В целом же разрыв в средней заработной плате работающих в здравоохранении и занятых в экономике растет и составляет 32% (в 2009 году — на 25%).

[4] По данным Федеральной государственной службы статистики.

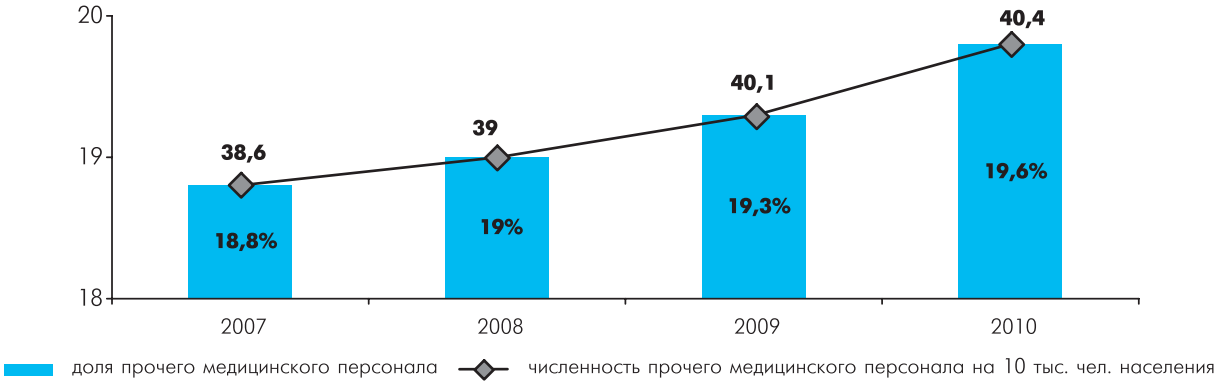


*Рис. 3.* **Динамика численности прочего персонала (на 10 тыс. населения) государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения и их доля от всех работающих (в %)**

В отрасли здравоохранения 20% из всех работающих приходится на прочий персонал, в основном это работники службы обеспечения деятельности учреждений здравоохранения. Об избыточной численности прочего персонала говорил и министр здравоохранения на Всероссийском форуме медицинских работников[5]. При этом следует отметить, что рост прочего персонала продолжается *(рис. 3)*. Только в республиках Башкортостан, Калмыкия, Брянской и Кировской областях, Пермском крае, Чукотском автономном округе последовательно с 2007 года наблюдается сокращение прочего персонала. В течение 2010 года такая тенденция характерна для 39 регионов.

Снижение прочего персонала происходит за счет:

— передачи ряда функций младшему медицинскому персоналу (Тамбовская область);

— установления предельных значений доли административно-управленческого персонала в структуре штатных должностей учреждений (Республика Карелия, Калужская, Омская, Липецкая, Кемеровская, Владимирская области);

— реорганизации ряда учреждений здравоохранения (Рязанская, Кировская, Архангельская, Свердловская, Томская, Амурская, Ярославская, Волгоградская, Омская области, республики Бурятия, Калмыкия, Камчатский, Забайкальский края);

— перевода части функций (по охране, лечебному питанию, автотранспортному обслуживанию, техническому обслуживанию зданий, стирке белья, уборке территории учреждений здравоохранения) на аутсорсинг (Чувашская Республика, республики Бурятия, Татарстан, Амурская, Ленинградская, Тамбовская, Новгородская, Иркутская, Кемеровская области, Чукотский автономный округ).

Эффективность действующей системы здравоохранения на региональном уровне остается недостаточной, так как объем неэффективных расходов[6] сохраняется на высоком уровне, однако наметилась положительная тенденция к его снижению (на 1,5%). Доля неэффективных расходов от общего объема бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение составляет 5,1% (2009 год — 5,5%). Основная причина неэффективных расходов — избыточная

[5] Всероссийский форум медицинских работников, Москва, 13 апреля 2011 года.

[6] В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 года № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2009 года № 322 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

численность персонала, в основном прочего. На неэффективное управление объемами стационарной медицинской помощи приходится 11% (2007 г. — 24%), скорой медицинской помощью — 3% (2007 г. — 4%). И как следствие такой эффективности деятельности сферы здравоохранения — низкая удовлетворенность населения качеством медицинской помощи — 34%[7], которая продолжает снижаться (2009 году — 35%).

По данным Всемирной организации здравоохранения[8], около 20–40% потраченных на здравоохранение средств являются необоснованными тратами и представляют собой те ресурсы, которые можно перенаправить для достижения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами.

По нашим расчетам, выявленные неэффективные расходы в сфере здравоохранения в 2010 году в том числе могли бы быть направлены на повышение в 2,4 раза заработной платы всех работников здравоохранения или в 1,5 раза заработной платы врачей, исходя из общей численности работающих в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения (2,9 млн. человек) и средней номинальной начисленной заработной платы в 15,7 тыс. рублей.

В то же время следует указать, что большинство регионов принимают необходимые меры для оптимизации бюджетных расходов.

Если в 2008 году снизили неэффективные расходы в сфере здравоохранения по сравнению с прошлым годом 12 регионов, то в 2009 году — 18, а в 2010 году — 27 регионов.

Действительно регионами много сделано в плане оптимизации объемов оказания медицинской помощи. В 2010 году в 59 регионах объемы оказания стационарной помощи соответствовали нормативным значением, а в первый год проведения такой оценки — в 2007 году, подобных регионов было только 39.

Такая же картина наблюдается и по управлению скорой медицинской помощи, если в 2007 году отсутствовали неэффективные расходы по данному виду помощи только в 28 регионах, то в 2010 году уже в 45.

Это — свидетельствует о том, что проведение оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 года № 825, наряду с другими программами по совершенствованию оказания медицинской помощи населению, дает свои положительные результаты.

В частности, в Ивановской, Волгоградской, Ростовской, Омской областях, республиках Адыгея, Удмуртия наблюдается активизация медицинской помощи амбулаторного звена здравоохранения, за счет увеличения объемов профилактической работы с пациентами, находящимися под диспансерном наблюдении по поводу хронических заболеваний, активное посещение таких больных на дому.

В Республике Северная Осетия (Алания), Томской области налажена связь амбулаторно-поликлинического звена с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи, организована переадресация вызовов скорой помощи на врачей первичного звена при неотложных состояниях, что привело к сокращению числа необоснованных вызовов скорой медицинской помощи.

В Республике Чувашия организованы альтернативные формы оказания медицинской помощи, такие как центры амбулаторной хирургии, позволяющие разгрузить дорогостоящие стационары: число операций, выполняемых в круглосуточных стационарах, сократилось до 3%, увеличился объем выполняемых в поликлинике эндоскопических операций.

В Иркутской области увеличено время приема населения участковыми врачами и диагностической службой (например, в гг. Иркутск, Ангарск, Братск, Усть-Илимск,

[7] Результаты ФСО.

[8] Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. — ВОЗ. — 2010. — С. ix.

Свирск до 18.00–20.00 часов); в ряде территорий открыты пункты доврачебной помощи; в крупных городах внедряются системы записи к участковым врачам-терапевтам, врачам-педиатрам и узким специалистам через систему Интернет, терминалы, запись по телефонам.

Активно в регионах открываются пункты неотложной медицинской помощи при поликлиниках (Саратовская, Воронежская, Магаданская, Иркутская, Томская, Астраханская, Курганская, Калужская, Ярославская области, республики Адыгея, Северная Осетия (Алания), Хакассия).

В Тверской области 28% амбулаторно-поликлинических учреждений имеет такие отделения. В результате организации оказания неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях в 2010 году в сравнении с 2009 годом отмечается уменьшение количества выполненных вызовов по неотложным поводам скорой медицинской помощи, а также к пациентам с хроническими заболеваниями на 11%.

В Волгоградской области бригадами неотложной помощи, а не скорой медицинской помощи организовано обслуживание спортивных и культурно-массовых мероприятий. Проводится регулярный анализ работы скорой медицинской помощи главными врачами медицинских учреждений по обеспечению медицинской помощью больных с хроническими заболеваниями. Улучшилась преемственность между поликлиникой и службой скорой медицинской помощи; создана единая информационная система службы скорой медицинской помощи и поликлиник; проводится санитарно-просветительная работа с населением о показаниях к вызову скорой медицинской помощи.

В г. Санкт-Петербурге также исключено осуществление бригадами скорой медицинской помощи дополнительных, не предусмотренных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, функций, а именно: дежурство на массовых мероприятиях.

Продолжается развитие стационарозамещающих технологий (республики Мордовия, Удмуртия, Чувашия, Марий Эл, Бурятия, Чеченская Республика, Псковская, Нижегородская, Омская, Иркутская, Тамбовская, Брянская области). В Новосибирской области число коек стационара на дому увеличилось на 955 единиц, в Саратовской области при амбулаторно-поликлинических учреждениях развернуто дополнительно порядка 200 мест дневного стационара.

Это только несколько примеров из субъектов Российской Федерации, демонстрирующих мероприятия, направленные на оптимизацию объемов различных видов медицинской помощи и эффективное использование бюджетных средств.

Принятые и реализуемые сегодня региональные программы по модернизации здравоохранения также направлены на решение этих задач, в том числе и на решение кадровых проблем (дисбаланс численности медицинских работников в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, врачей различного профиля, дефицит кадров в сельской местности, избыточной численности прочего персонала), существующих в отрасли.

*UDC 614.2*

*Kakorina E.P.* ***Some results of efficiency evaluation of health care system's activity in 2010 year*** *(First Moscow State Medical University after I.M.Sechenov, Moscow, Russia).*

***Abstract:*** In the work there is presented an analysis of separate indicators (human resources of health care, management of stationary and emergency medical care, implementation of modern methods of management, efficiency evaluation of spending budget funds), characterizing the sphere of health care in accordance to regulation of the Government of Russian Federation dated on 15th of April 2009 №322 «Concerning measures on realizing the decree of President of Russian Federation dated on 28th of June 2007 № 825 «Concerning efficiency evaluation of executive bodies activity of subjects of the Russian Federation», as well as events of regions on optimizing budget spendings.

***Keywords:*** *efficiency evaluation, human resources, modern methods of management in the sphere of health care, balance of medical care, optimization of budget spendings.*

**Н.Ф. Князюк,**
к.м.н., заведующая кафедрой менеджмента Байкальской международной бизнес-школы ИГУ, заместитель главного врача по клинико-экспертной, организационно-методической работе, управлению и оценке качества Иркутского диагностического центра
**И.С. Кицул,**
д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения
ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Росздрава»

# ПРАВОВОЙ КОНТЕКСТ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*УДК 614.251*
*Князюк Н.Ф., Кицул И.С.* ***Правовой контекст системы менеджмента качества в медицинской организации*** *(Байкальская международная бизнес-школа ИГУ; ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Росздрава»)*

***Аннотация:*** В статье представлен анализ нормативно-правовой базы по внедрению систем менеджмента качества (СМК) в медицинских организациях. Правильное понимание нормативной составляющей позволяет реализовать проект внедрения СМК, позволяющей привести деятельность в соответствие с международными стандартами ISO 9001. На стадии планирования проекта изучить основные нормативно-правовые акты, сформировать собственную систему документооборота, доступную всем участникам проекта.

***Ключевые слова:*** *система менеджмента качества, стандарты качества в здравоохранении.*

Практически во всех развитых странах мира созданы законодательные основы для свободного предпринимательства при условии четких организационных процедур, предусматривающих ответственность изготовителя перед потребителем за качество своей продукции (услуг). Указанные законодательные акты относятся к сфере технического регулирования. Поскольку Россия готовится вступить в ВТО, особое значение имеет задача сближения нормативно-правовой базы России с законодательством и практикой государств-членов Европейского Союза. Федеральный закон «О техническом регулировании», принятый в декабре 2002 г., был разработан в соответствии с практикой в данной области стран с развитой рыночной экономикой, требованиями международных экономических организаций, включая ВТО. Это обстоятельство является необходимым условием интеграции России в мировой экономический процесс. В дальнейшем в закон были внесены дополнения и изменения, утвержденные Федеральным законом от 1 мая 2007 г. № 65-АР. Закон «О техническом регулировании» в новой редакции определяет отношения, возникающие в следующих случаях:

— при разработке, принятии, применении и исполнении обязательных требований к продукции или связанным с ними процессам проектирования (включая изыскания), производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации;

— при разработке, принятии, применении и исполнении на добровольной основе требований к продукции, процессам проектирования (включая изыскания), производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнению работ или оказанию услуг;

— при оценке соответствия (ст. 1).

Целями технического регулирования являются:

© Н.Ф. Князюк, И.С. Кицул, 2011 г.

— создание условий интеграции национальной экономики в мировую экономическую систему;

— обеспечение создания конкурентоспособной продукции;

— установление баланса интересов государства, потребителя и изготовителя в области качества и безопасности продукции (услуг).

Один из наиболее продуктивных подходов совершенствования менеджмента организаций — применение международных стандартов на системы менеджмента — MSS (Management System Standards). Объектами этих стандартов выступают: менеджмент качества (стандарты ИСО серии 9000), экологический менеджмент (стандарты ИСО серии 14000), менеджмент промышленной безопасности и охраны труда (стандарты OHSAS серии 18000), социальный и этический менеджмент (стандарты SA серии 8000). Устанавливая требования к тому, что следует делать для достижения целей организации в различных областях ее деятельности, но не определяя правила выполнения этих действий, MSS служат инструментами для оценки и подтверждения соответствия установленным требованиям. Ведущая роль среди MSS принадлежит, по общему признанию, стандартам ИСО серии 9000. Разработанная в соответствии с требованиями этих стандартов система менеджмента качества (самостоятельно или в интеграции с другими MSS) становится концептуальной основой для качественно нового совершенствования действующего в организации общего менеджмента [1]. Важно отметить, что стандарты ИСО серии 9000 способствуют активному внедрению в менеджмент организации системного и процессного подходов, ориентации менеджмента на потребителей и учету интересов всех заинтересованных в деятельности организации сторон, рациональному документированию управленческих процедур.

Медицинские организации в стремлении повысить качество менеджмента приводят свою деятельность в соответствие с международными стандартами ISO 9001 (аутентичный российский стандарт ГОСТ Р ИСО 9001-2008). СМК представляет собой совокупность организационной структуры, распределения полномочий и ответственности, методов, процедур и ресурсов, необходимых для установления, поддержания и совершенствования качества медицинских услуг, и служит средством, обеспечивающим соответствие оказанных услуг установленным требованиям. Следует отметить, что Постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30 (ред. от 24.09.2010) «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» установлены лицензионные требования и условия при осуществлении медицинской деятельности, среди них обязательным требованием является обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам). Реализация проекта внедрения СМК изначально основывается на условии, что данные требования выполнены.

В настоящей публикации приводится обзор основных правовых аспектов, которые необходимо учитывать при внедрении и функционирования систем менеджмента качества в медицинских организациях.

Системы менеджмента ISO разработаны Международной организацией стандартизации (International Organization of Standardization) и сегодня применяются почти в 100 развитых странах мира. Такую популярность стандарты получили благодаря своей универсальности. Они применимы к организации любого типа, размера, сферы деятельности и объема производства.

ISO 9000 — это серия стандартов для создания в организации результативной системы управления качеством производимой продукции или услуг, помогающей компании достигать поставленные цели. В состав ISO 9000 входят несколько стандартов:

- ISO 9000:2005 «Основные положения и словарь»;
- ISO 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования»;

• ISO 9004:2000 «Системы менеджмента. Рекомендации по улучшению деятельности»;

• ISO 19011:2002 «Рекомендации по аудиту систем менеджмента качества и/или охраны окружающей среды».

ISO 9001 позволяет сформировать алгоритм действий в области обеспечения качества товаров или услуг. Система менеджмента качества, построенная в соответствии с требованиями этого стандарта, определяет организационную структуру, должностные обязанности кадров, а также описывает ресурсы, процессы и процедуры для обеспечения качества конечного продукта или услуги.

Сертификат ISO 9001 — одно из необходимых условий для выхода на международный рынок и сотрудничества с западными компаниями, вступления России во Всемирную торговую организацию (ВТО). Постановление Правительства РФ от 02.02.1998 № 113 «О некоторых мерах, направленных на совершенствование систем обеспечения качества продукции и услуг» гласит: «Считать важнейшей задачей федеральных органов исполнительной власти осуществление поддержки субъектов хозяйственной деятельности, внедряющих системы качества на основе государственных стандартов серии ГОСТ Р ИСО 9000 в целях повышения конкурентоспособности выпускаемой продукции и предоставляемых услуг».

Наличие сертификата дает организации ряд преимуществ:

• возможность получения государственного и муниципального заказов;

• сотрудничество с иностранными партнерами;

• статус, имидж и респектабельность;

• инвестиции и льготное кредитование.

Наличие сертификата ИСО — основа рекламной политики организации.

Концепция развития национальной системы стандартизации одобрена Распоряжением Правительства РФ от 28.02.2006 № 266-р. Стратегическими целями развития национальной системы управления качеством названы: повышение качества и конкурентоспособности российской продукции, работ и услуг, реализуемых на внешнем рынке; обеспечение научно-технического прогресса, обороноспособности, экономической, экологической, научно-технической и технологической безопасности; сохранение Россией позиции одной из ведущих в экономическом отношении стран.

Цели и принципы стандартизации установлены Федеральным законом от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании» (далее — Закон о техническом регулировании), а общие правила формирования, ведения и применения положений системы стандартизации в РФ — национальным стандартом ГОСТ Р 1.0-2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения».

Положения и требования Закона распространяются на изготовителей продукции, продавцов, исполнителей услуг (работ), проектные, конструкторские, транспортные и другие организации и предприятия.

При разработке и внедрении системы менеджмента качества в медицинской организации используют базовый стандарт ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Системы менеджмента качества. Требования». Этот стандарт применяют как внутренние, так и внешние по отношению к организации стороны, например, органы по сертификации в целях оценки способности организации выполнять требования потребителей, требования к продукции (услугам), являющиеся обязательными для исполнения в соответствии с действующим законодательством, и собственные требования. При разработке стандарта были учтены принципы менеджмента качества, установленные ИСО 9000:2005 и ИСО 9004:2000.

Международной организацией по стандартизации разработаны стандарты для здравоохранения на основе требований ISO 9001, которые также могут быть использованы для создания, внедрения и совершенствования СМК. Эти стандарты относятся к различным сферам деятельности в отрасли здравоохранения и имеют различный статус

— стандарты, по которым осуществляется сертификация, руководящие указания и стандарты в виде руководства и пояснений:

***ISO 15378:2006 — «Primary packaging materials for medicinal products — Particular requirements for the application of ISO 9001:2000, with reference to Good Manufacturing Practice (GMP)»*** — «Материалы внутренней упаковки для медицинских изделий. Специальные требования по применению ISO 9001 по отношению к лучшим практикам производства (GMP)». Стандарт предназначен для организаций, которые разрабатывают, производят и поставляют материалы внутренней упаковки медицинских изделий. ISO 15378:2006 объединил в себе положения ISO 9001:2000 и принципы GMP, тем самым устранив несогласованность требований ISO и GMP к фармацевтическим компаниям и поставщикам упаковочных материалов для этой отрасли. По стандарту ISO 15378:2006 осуществляется сертификация.

***ISO 13485:2003 — «Medical devices — Quality management systems — Requirements for regulatory purposes»*** — «Медицинские изделия. Системы менеджмента качества. Требования для целей регулирования». Стандарт определяет требования к СМК организаций, проектирующих, разрабатывающих, производящих, устанавливающих, обслуживающих и продающих медицинские изделия, устройства и оборудование. Основная цель стандарта — гармонизация нормативных требований, применяемых к медицинским изделиям, с требованиями системы менеджмента качества. В основу ISO 13485:2003 положены структура и требования ISO 9001:2000. Кроме того, добавлены специальные требования к медицинским изделиям, такие как анализ рисков, стерильность производства, прослеживаемость закупок материалов, и исключены отдельные требования ISO 9001:2000, которые не являются необходимыми (цели в области качества и планирование системы менеджмента качества). По стандарту ISO 13485:2003 осуществляется сертификация. Несмотря на то, что стандарт создан на основе ISO 9001, организация, сертифицированная по ISO 13485:2003, не может «автоматически» получить сертификацию по ISO 9001, так как ISO 13485:2003 содержит исключения требований ISO 9001:2000.

***ISO/TR 14969:2004 — «Medical devices — Quality management systems — Guidance on the application of ISO 13485:2003»*** — «Медицинские изделия. Системы менеджмента качества. Руководство по применению ISO 13485:2003». Стандарт содержит руководящие указания по применению требований ISO13485:2003, приводит примеры и ряд методов и подходов по реализации требований ISO 13485:2003. Этот стандарт вспомогательный и для сертификации не используется.

***ISO 14971:2007 — «Medical devices — Application of risk management to medical devices»*** — «Медицинские изделия. Применение управления риском к медицинским изделиям». Определяет процесс идентификации опасностей при производстве медицинских изделий (включая in vitro диагностические изделия, оценку рисков и их контроль, а также мониторинг эффективности контроля рисков). Требования этого стандарта применимы ко всем этапам жизненного цикла медицинского изделия. Для введения стандарта производителю медицинских изделий не обязательно иметь систему менеджмента качества. Однако система управления риском, построенная на основе стандарта ISO 14971:2007, может быть составной частью системы менеджмента качества производителя медицинских изделий.

***ISO IWA 1:2005 — «Quality management systems — Guidelines for process improvements in health service organizations»*** — «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по улучшению процессов в медицинских учреждениях». Стандарт разработан по результатам соглашения международной конференции (IWA1 — International Workshop Agreement). Цель создания данного стандарта заключается в оказании помощи организа-

циям здравоохранения при разработке, внедрении и улучшении системы менеджмента качества. Стандарт построен на основе положений ISO 9004:2000 и дополнительно включает в себя рекомендации и примеры реализации требований ISO 9001:2000 в медицинских учреждениях. Не предназначен для сертификации или применения в контрактных ситуациях.

В России при разработке, внедрении и улучшении СМК в качестве вспомогательных стандартов в здравоохранении наиболее часто используются следующие аутентичные международным стандартам и оригинальные версии:

- ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения». Идентичен соглашению международной экспертной группы ISO IWA 1:2005;
- ГОСТ Р ИСО 15189-2006 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности» (аутентичен стандарту ISO 15189:2003 «Medical Laboratories — Particular requirements for quality and competence»);
- ГОСТ Р 52976-2008 «Информатизация здоровья. Состав первичных данных медицинской статистики лечебно-профилактического учреждения для электронного обмена этими данными. Общие требования»;
- ГОСТ Р 12.0.006-2002 «Система стандартов безопасности труда. Общие требования к системе управления охраной труда в организации»;
- ГОСТ Р 52380.1-2005 «Руководство по экономике качества», часть 1 «Модель затрат на процесс», часть 2 «Модель предупреждения, оценки и отказов».

В ходе внедрения СМК разработчикам приходится решать немало организационных задач, связанных с правовыми аспектами качества. В первую очередь необходимо определить порядок разработки, утверждения, внедрения, выполнения и учета нормативно-технической документации.

Нормативно-правовую базу при разработке документации СМК составляют федеральные законы, нормативно-правовые акты Правительства РФ, основополагающие стандарты национальной системы стандартизации.

Закон о техническом регулировании определяет правовые основы, участников, правила разработки и добровольность применения стандартов в Российской Федерации. Следует отметить, что в данном Законе определены основные направления улучшения качества на государственном уровне (реформирование законодательной базы) и на уровне предприятий (реализация требований законодательства и применение современных методов управления). Для медицинских организаций реализация требований Закона в первую очередь означает внедрение системы менеджмента, построенной на основе принципов Всеобщего управления качеством (Total Quality Management, TQM). Формы реализации TQM: система менеджмента качества в соответствии с требованиями ИСО 9000, система управления окружающей средой (ИСО 14000), система охраны труда и предупреждения профессиональных заболеваний и др., разработанные и внедренные с учетом специфических условий отрасли и особенностей стандартизации в здравоохранении.

Эффективность СМК во многом зависит от того, насколько хорошо документирована такая система. Необходимо предъявлять четкие требования к персоналу, обеспечивать единое понимание требований внутри организации. Любой сотрудник, которому потребуется документация по качеству в справочных целях, должен иметь к ней доступ. СМК не может быть жесткой, она должна реагировать на изменения в деятельности организации и окружающей среде и изменяться вместе с ними. Все изменения требований должны незамедлительно доводиться до сведения заинтересованных сотрудников. Документация СМК призвана обеспечивать преемственность и постоянство в случае смены сотрудников, сокращать время обучения новых сотрудников, а также облегчать мониторинг и проведение проверок системы.

*Таблица 1*

**Вариант типовой структуры документации СМК медицинской организации**

| *Структура документации СМК* | |
|---|---|
| I уровень | Политика в области качества<br>Цели в области качества |
| II уровень | Руководство по качеству |
| III уровень | Общесистемные документированные процедуры, приказы, распоряжения |
| IV уровень | Стандарты организации (СТО, медицинские стандарты, стандартные операционные процедуры), международные стандарты |
| V уровень | Перечень процессов СМК<br>Схемы процессов: описательная, графическая (IDEFO)<br>Оценка результативности процесса |
| VI уровень | Методические документы (инструкции, положения, правила)<br>Бланки, шаблоны |
| VII уровень | Документы по планированию (программы, планы и т.п.) |
| VIII уровень | Документация на подтверждение качества — записи по качеству (журналы, акты, протоколы и.т.п.) |
| IX уровень | Основные правовые документы (договоры, контракты, заявки и т.п.) |
| Базовый уровень | Лицензионные документы;<br>Законы, постановления, распоряжения Правительства РФ и регионального правительства;<br>Отраслевые нормативные документы |

Структура документации СМК определена в разделе 4.1 ГОСТ Р ИСО 9001-2008, где говорится, что «организация должна установить, документально оформить, внедрить, поддерживать и постоянно улучшать систему менеджмента качества в соответствии с требованиями настоящего международного стандарта». Структура системы качества имеет «постоянную» составляющую, определенную стандартом, а также «переменную» составляющую, зависящую от конкретной организации.

«Постоянная» составляющая структуры документации СМК:

- политика в области качества;
- цели в области качества;
- руководство по качеству;
- шесть обязательных процедур системы качества;
- записи по качеству.

«Переменная» составляющая структуры в стандарте обозначена как «документы, необходимые организации для обеспечения эффективного планирования, осуществления процессов и управления ими» (п.п. 4.2.1.d ISO 9001:2008). Как правило, к таким документам относят различные планы, карты или схемы процессов, рабочие инструкции, отчетные формы, договоры, нормативные документы, накладные и пр. Можно считать, что под эту «переменную» составляющую подпадает практически вся документация организации.

Некоторые рекомендации по структуре документации СМК и содержанию ее документов дает стандарт ИСО 10013:2001 «Рекомендации по документированию систем менеджмента качества». Однако при составлении структуры документации СМК лучше ориентироваться на существующую в организации систему документации, дополняя ее необходимыми уровнями и документами, требуемыми стандартом ИСО 9001:2008.

Не существует какой-то единой и определенной структуры документации системы качества. Как правило, документация группируется на нескольких уровнях. Вариант типовой структуры документации СМК представлен в *таблице 1*.

Документ II уровня «Руководство по качеству» (РК) определяет политику в области качества, организационную структуру медицинской организации, функциональную схему СМК. Содержит ссылки на применяемые нормативные документы и приложения, а также основные процессы организации.

В документе III уровня «Общесистемные документированные процедуры» (ДП) дается детальное описание обязательных и важнейших процессов, декларируются полномочия и ответственность. Документ описывает общие для всей организации процессы. Требуемые в стандарте обязательные процедуры представляют собой утвержденные документы, регламентирующие действия организации по выполнению следующих пунктов стандарта ГОСТ Р ИСО 9001:2008:

- управление документацией (п. 4.2.3); управления записями (или отчетами) по качеству (п. 4.2.4);
- внутренний аудит (п. 8.2.2);
- управление несоответствующей продукцией (контроль над продукцией, несоответствующей требованиям) (п. 8.3);
- корректирующие действия (действия, предпринимаемые организацией в целях устранения причин несоответствий для предупреждения повторного их возникновения) (п. 8.5.2);
- предупреждающие действия (действия, предпринимаемые организацией в целях устранения причин потенциальных (возможных) несоответствий для предупреждения их появления) (п. 8.5.3).

Документы IV уровня описывают правила эффективного планирования и реализации процессов и управления ими. Наряду со стандартами организации (СТО), медицинскими стандартами, стандартными операционными процедурами, международными стандартами к данной категории документов могут быть отнесены и документы для обеспечения планирования, осуществления и управления процессами (положения о структурных подразделениях, должностные инструкции, нормативные и другие документы, необходимые для осуществления деятельности). Они определяют и регулируют рабочие процессы, закладывают рабочие и контрольные параметры, описывают необходимые документы и порядок составления записей по качеству.

V уровень занимают документы для обеспечения планирования, осуществления и управления процессами: перечень процессов СМК, схемы процессов, описание (в том числе графическое) процессов с использованием выбранных средств моделирования, оценка результативности процесса.

VII уровень — документы по планированию (программы, планы и т.п.), которые будут доступны всем работникам организации и позволят осуществлять управленческий контроль со своевременной коррекцией.

VIII уровень составляет документация на подтверждение качества — записи по качеству. ISO 9000:2005 определяет зарегистрированные данные как «документ, подтверждающий достигнутые результаты или представляющий доказательство о проделанной работе». Таким образом, зарегистрированные данные — это подтверждение выполнения действия и полученных результатов. «Документ» в стандарте означает «информацию и ее носитель», следовательно, определяет требования к ведению деятельности. Система менеджмента качества, в частности, ее процедуры, могут быть документированы не только в печатном виде, но и в виде графиков, схем, чертежей, фотографий, аудиозаписей, видеозаписей и т.п. Документы могут создаваться на любом носителе: бумажном, электронном и т.п. Важно, чтобы документация системы качества отражала реальную работу медицинской организации.

Документы IX уровня — основные правовые документы (договоры, контракты, заявки и т.п.). В медицинских организациях управление документами этого уровня осуществляется в рамках действующей системы госзакупок в соответствии Федеральным законом от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муни-

ципальных нужд». Для этих целей разрабатывается соответствующий стандарт организации «Управление документацией СМК».

И, наконец, базовый уровень. Законодательная и нормативная документация предъявляет определенные требования к созданию всей документации СМК (федеральные законы, постановления Правительства РФ, нормативно-правовые акты министерств и ведомств). Базовый уровень составляют документы, дающие право организации вести деятельность (учредительные документы, устав, лицензия). К этому же уровню относятся документы, регламентирующие отношения организации с другими сторонами при осуществлении деятельности (договоры, контракты и т.п.).

Следует разделить документацию по признаку происхождения на внешнюю, то есть документацию, распространяемую за территорию организации (например, приказы Правительства РФ, устав, договоры), и внутреннюю, которая нужна для обеспечения планирования, осуществления и управления организацией.

Входящий «бумажный» документ регистрируется, заносится в электронную базу данных (при наличии таковой), рассылается для ознакомления по месту назначения и отправляется в архив. Исходящий документ сначала разрабатывается, согласуется, регистрируется, распечатывается, потом подписывается «живой» подписью, заверяется печатью организации и отправляется по месту назначения.

При управлении внутренней документацией в бюджетных учреждениях необходимо учитывать ведомственные приказы.

В ходе внедрения СМК организация, как правило, переходит на систему электронного документооборота (СЭД) с возможностью создания «библиотек электронных документов», формирования поручений с контролем их исполнения, автоматизации исполнения бизнес-процессов, составления отчетов по параметрам исполнения бизнес-процессов, подготовки собственных учебных курсов. В этой связи актуальной становится защита информации от несанкционированного доступа в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (далее — Закон об информации). Закон об информации регулирует отношения, возникающие при реализации права на поиск, получение, передачу, производство и распространение информации, применении информационных технологий, обеспечении защиты информации. Внедрять медицинские информационные системы следует с соблюдением требований государственного регулирования в сфере применения информационных технологий (ст. 12 Закона об информации).

Как показывает мировой опыт, использование информационных технологий (ИТ) в медицине заметно повышает эффективность работы. Это отражается на скорости и качестве обслуживания пациентов. В своем развитии информационные технологии за достаточно короткое время прошли путь от второстепенных вспомогательных элементов функционирования организаций и элементов производительных систем до полноценных систем управления медицинской организацией, взаимоотношениями с пациентами и партнерами, технологическими процессами и т.д. Высокая зависимость деятельности современной медицинской организации от ИТ диктует жесткие требования к качеству используемых технологий. Однако сложность и комплексность современных ИТ затрудняет четкое определение и понимание критериев их качества, прежде всего с точки зрения потребителя.

С развитием ИТ на передний план выходят вопросы управления этими технологиями, причем не на уровне отдельных систем или устройств, а на уровне ИТ-услуг. Под термином ИТ-услуга понимается совокупность технических и организационных решений, которые обеспечивают поддержку одной или нескольких бизнес-функций потребителей и воспринимаются потребителями как единое целое.

За последние десять—пятнадцать лет были созданы и получили известность несколько различных структурированных подходов и

методологий в области управления ИТ-услугами, представляющих собой, как правило, обобщенный опыт различных компаний по управлению ИТ. Наиболее распространенным и известным примером такой методологии является Information Technology Infrastructure Library (ITIL) — Библиотека передового опыта в области управления информационными технологиями. В ИТ-менеджменте выделилась отдельная область управления ИТ-технологий — IT Service Management (ITSM) — менеджмент услуг информационных технологий.

Требования к системе управления ИТ-услугами устанавливает международный стандарт ISO/IEC 20000:2005 «Information Technology — Service management».

Внедрение СМК сопровождается внесением во внутренние нормативные акты изменений в соответствии с изменяющимися функциями отделов и конкретных сотрудников. Так, например, в Положение об отделе обязательно внесение новых видов деятельности отделов, связанных с функционированием в рамках СМК. В должностные инструкции персонала включают специфические функции руководителей, выполняемые в рамках системы, например, разработка плана по качеству, разработка и реализация корректирующих и предупреждающих действий, управление несоответствующими медицинскими услугами, оценка результативности процессов и др. Отдельным разделом Положений об отделах и должностных инструкций является взаимодействие с другими подразделениями организации в рамках СМК.

Система контроля качества медицинской помощи представлена в СМК стандартами организации «Мониторинг и измерение медицинских услуг» и «Управление несоответствующими медицинскими услугами». Вот далеко не полный перечень нормативно-правовых актов, регулирующих контроль качества в медицинской организации:

- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1;
- ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения»;
- Приказ Минздравсоцразвития России от 31.12.2006 № 905 «Об утверждении административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи»;
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.09.2008 № 513н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (в ред. от 22.05.2009; вместе с Порядком организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации);
- Приказ Минздрава России от 21.05.2002 № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях» (вместе с Инструкцией по заполнению учетной формы 035/у-02 «Журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения)»;
- Приказ Минздрава России от 07.02.2000 № 45 «О системе мер по повышению качества клинических лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»;
- Отраслевой стандарт ОСТ 91500.13.0001-2003 «Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов»;
- территориальные нормативные акты, приказы, положения, определяющие подходы к системе контроля качества медицинской помощи.

В рамках системы обязательного медицинского страхования отношения между пациентом и системой здравоохранения перешли из сферы административного права в область гражданско-правового регулирования. Разработчики СМК в основу взаимоотношений с потребителями медицинских услуг закладывают нормативные правовые акты, регули-

рующие защиту прав граждан при получении медицинской помощи. К ним относятся Гражданский кодекс РФ (гл. II и VIII), Конституция РФ (ст. 41), Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (гл. III), Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и др.

Закон о защите прав потребителей регулирует отношения, возникающие между потребителями и изготовителями, исполнителями при оказании услуг, устанавливает права потребителей на получение услуг надлежащего качества и безопасных для жизни.

Особое внимание в СМК уделяется процессу под названием «Управление устройствами для мониторинга и измерений». Федеральный закон от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений» впервые ввел законодательные нормы в области метрологии. Закон содержит положения по калибровке и сертификации средств измерений и устанавливает виды ответственности за нарушение обязательных требований. В СМК данная деятельность осуществляется в рамках процесса «Управление устройствами для мониторинга и измерений» (документ V уровня). Средствами мониторинга и измерения в медицинской организации являются оборудование, приборы и программное обеспечение, используемые при проверках параметров выполняемых услуг.

В медицинской организации должен быть определен перечень устройств для мониторинга и измерений в соответствии с Перечнем средств измерений, эксплуатируемых и подлежащих государственной проверке, согласованным с главным специалистом-экспертом (метрологом) территориального органа управления здравоохранением. Согласно Графику проверки средств измерений на год, составленному метрологической службой медицинской организации и утвержденному руководителем территориального федерального государственного учреждения — центра стандартизации, метрологии и сертификации (далее — ФГУ ЦСМ), мониторинг и измерения проводятся на основании соответствующих договоров. По окончании проверки ФГУ ЦСМ на каждую единицу измеряемого оборудования выдает свидетельства с результатами проверки (признание оборудования пригодным или непригодным к применению) и сертификаты о калибровке средств измерений.

Метрологическая служба создается на основании приказа медицинской организации. Ее деятельность регламентируется Положением о метрологической службе, утвержденным главным врачом. Свидетельства о проверке и сертификаты о калибровке средств измерений хранятся у техника-метролога в отделе медицинской техники, а копии данных записей — у заведующих или старших медицинских сестер отделов.

При внедрении СМК в медицинской организации необходимо определить требования к управлению производственной средой. Согласно Федеральному закону от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», под санитарными правилами понимают государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы, нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний. Описание и анализ процесса «Управление производственной средой» (V уровень) с разработкой детальной Программы производственного контроля позволяют управлять данной деятельностью, минимизируя возможность отклонений от санитарно-эпидемиологических требований.

Таким образом, наличие у медицинской организации действующей системы менеджмента качества удовлетворяет требованиям, предъявляемым партнерами и заказчиками, и свидетельствует о стабильности, ответственности, прозрачности управления, эффективности внутренних процессов.

# ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

**Комментарий автора**

Помимо международных стандартов, в отдельных странах разработаны собственные стандарты по применению ISO 9001 в здравоохранении.

*CEN/TS 15224:2005 — «Health services. Quality management systems. Guide for the use of EN ISO 9001:2000»* — «Медицинские услуги — Системы менеджмента качества — Руководство по применению EN ISO 9001:2000». Стандарт поясняет применение требований ISO 9001 в медицинских учреждениях. Применяться для сертификации не может. Разработан Европейским комитетом по стандартизации (CEN) и является региональным стандартом. На основании этого стандарта в европейских странах-членах CEN приняты национальные стандарты.

*CEN/TR 15592:2007 — «Health services. Quality management systems. Guide for the use of EN ISO 9004:2000 in health services for performance improvement»* — «Медицинские услуги — Руководство по применению EN ISO 9004:2000 для непрерывного улучшения медицинских услуг». Разработан Европейским комитетом по стандартизации и является региональным стандартом. На основании этого стандарта в европейских странах-членах CEN приняты национальные стандарты.

*HB90.8-2000 — «Healthcare Services. Guide to ISO 9001:2000»* — «Здравоохранение. Руководство по ISO 9001:2000». Стандарт Австралии по применению требований ISO 9001:2000 в организациях здравоохранения. Построен на основе требований ISO 9001, по каждому требованию приведены пояснения для применения в организации здравоохранения, приводятся примеры реализации требований.

*IRAM 30200:2004 — «Guia para la interpretacion de la norma ISO 9001:2000 en organizaciones de salud»* — «Руководство по применению ISO 9001:2000 к организациям здравоохранения». Стандарт Аргентины. В стандарте приводятся пояснения и интерпретация требований.

*UNE 66928:2004 — «Sistemas de gestiyn de la calidad. Guia para la aplicaciyn de la Norma UNE-EN ISO 9001:2000 en las oficinas de farmacia»* — «Системы менеджмента качества — Руководство по применению UNE-EN ISO 9001:2000 в фармацевтике». Стандарт Испании. Так же, как и в документах, указанных выше, в данном стандарте приводится интерпретация требований UNE-EN ISO 9001:2000 и пояснения по их применению.

**Стандарты, принятые в Германии:**

*DIN 58936-1:2000 — «Quality management in laboratory medicine — Part1: Basic terminology»* — «Управление качеством в медицинских лабораториях. Часть 1: Основная терминология». Стандарт содержит терминологию менеджмента качества и медицинскую терминологию, применяемую при внедрении системы качества в медицинских лабораториях.

*DIN 58936-2:2001 — «Quality management in laboratory medicine — Part 2: Terminology for quality and application of test procedure»* — «Управление качеством в медицинских лабораториях. Часть 2: Терминология по качеству и применению тестовых процедур». Стандарт содержит терминологию менеджмента качества и медицинскую терминологию при внедрении системы качества при выполнении тестовых процедур в лабораториях.

*DIN 58959-1:2006 — «Quality management in medical microbiology — Part 1: Requirements for the QM system»* — «Медицинская микробиология — Управление качеством в медицинской микробиологии. Часть 1: Требования к системам качества». Стандарт содержит требования системы качества к лабораториям и подразделениям медицинских организаций, работающих в области микробиологии. Помимо стандарта DIN 58959-1, в эту же серию входят еще 19 стандартов, регламентирующих частные вопросы управления качеством в лабораториях по микробиологии.

**Кстати**

Международные требования предусматривают ознакомление сотрудников с документами I–IV уровней, при аудите листы ознакомления проверяются. С документами, например, со стандартными операционными процедурами, не обязательно знакомить всех сотрудников. Руководители отделов принимают документ в обязательном порядке, а затем ознакомление проводится по списку в соответствии с профилем работы.

**Справка**

Ведущий государственный институт Системы сертификации ГОСТ Р — ГУП ВНИИС — Всероссийский научно-исследовательский институт сертификации. Сведения о компании, получившей сертификат в Системе сертификации ГОСТ Р, публикуются в официальной печати.

**6 отличительных особенностей сертификата Системы сертификации ГОСТ Р:**

**1.** Голограмма «Регистр СМК» золотистого цвета, удостоверяющая подлинность бланка.

**2.** Знак Регистра ИСО 9001 (в дальнейшем именно таким знаком дается разрешение на маркировку документации, писем, рекламных материалов и пр.).

**3.** Строка «Система сертификации ГОСТ Р» свидетельствует, что сертификат выдан в Системе ГОСТ Р.

**4.** Государственный регистрационный номер органа по сертификации, присвоенный Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии.

**5.** Регистрационный номер сертификата соответствия в государственном реестре.

**6.** Учетный номер сертификата, присваиваемый Регистром систем качества и являющийся уникальным для каждого сертификата.

*Источник: http://www.testexpert.ru/*

**Кстати**

Сертификацию систем менеджмента качества осуществляют органы по сертификации. Всего в мире их зарегистрировано более 100 тысяч, причем около половины всех сертификатов ISO 9001 выдали следующие организации:

- Det Norske Veritas (DNV);
- Lloyd's Register Quality Assurance (LRQA);
- Bureau Veritas (BVQI);
- TUV CERT (TUV);
- Societe Generale de Surveillance (SGS);
- SAI Global Ltd.

В России несомненным лидером по количеству выданных сертификатов является Русский Регистр.

*Источник: http://www.tqmservice.ru/*

*UDC 614.251*

*Knjazjuk N.F., Kitsul I.S.* ***Legal context of system of quality management in the medical organization***

*(Baikal international business school of Irkutsk State University, Irkutsk state institute for advanced studying of doctors)*

***Annotation:*** In article the analysis of is standard-legal base on introduction of systems of quality management in the medical organizations is presented. The correct understanding of a standard component allows to realize the project of introduction system, allowing to bring activity into accord with the international standards ISO 9001. At a stage of planning of the project to study the basic regulatory legal acts, to generate own system of document circulation accessible to all participants of the project.

***Keywords:*** *Quality management system, quality standards in public health services.*

**Н.Ю. Перепелкина,**
**Р.Г. Гильмутдинов,**
**А.К. Екимов,**
**В.П. Воронов,**
ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, np_oz_zo@mail.ru
ГУЗ «Оренбургская областная станция переливания крови»

# ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТНОЙ СТАНЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

*УДК 614.2*
*Перепелкина Н.Ю., Гильмутдинов Р.Г., Екимов А.К., Воронов В.П.* ***Экономическая эффективность деятельности Оренбургской областной станции переливания крови*** *(ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, ГУЗ «Оренбургская областная станция переливания крови»)*

***Аннотация:*** В статье представлены результаты исследования экономической эффективности работы Оренбургской областной станции переливания крови. Была рассчитана величина предотвращенных экономических потерь, связанных как с отстранением лиц от сдачи крови, так и с уменьшением объемов забракованной продукции. Установлено, что только за последние два года общая сумма предотвращенных экономических потерь составила более 6,5 млн. рублей.

***Ключевые слова:*** *станция переливания крови, экономическая эффективность, финансовые потери.*

Служба крови представляет собой одну из важнейших составляющих национальной системы здравоохранения. Развитие службы крови — стратегическое направление государственной политики. По мнению Владимира Уйба (2008), «кровь является стратегическим запасом страны и гарантом ее безопасности».

За последние годы в России произошли изменения отдельных законодательных актов в области производственной и клинической трансфузиологии. В рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения с 2008 года выделяются дополнительные финансовые средства на модернизацию службы крови. По мнению экспертов ВОЗ, для развития службы крови необходимо не менее 0,5–1,5% от всех бюджетных средств, направляемых в учреждения здравоохранения.

До настоящего времени остаются нерешенными вопросы оценки производственной и экономической эффективности работы станций переливания крови (В.И. Покровский, 2005; А.В. Короткова, 2005; В.В. Захаров, 2006; Е.Б. Жибурт, 2009).

Целью исследования явилось изучение экономических аспектов работы ГУЗ «Оренбургская областная станция переливания крови» (ООСПК).

Для достижения поставленной цели были проанализированы не только показатели объема заготовленной крови и ее компонентов, но и их стоимость. Кроме того, детальному анализу подвергались объемы, виды

© Н.Ю. Перепелкина, Р.Г. Гильмутдинов, А.К. Екимов, В.П. Воронов, 2011 г.

и стоимость крови и ее компонентов, не прошедшие полный технологический цикл производства.

Установлено, что в ГУЗ «ООСПК» за период с 2004 по 2008 годы объем и доля абсолютного брака гемокомпонентов с 448,8 л. (6,6%) снизились до 356,2 л. (2,3%). Таким образом, за пятилетний период произошло уменьшение доли абсолютного брака крови и ее компонентов более чем в 2,8 раза.

Анализируя основные причины абсолютного брака, отмечено, что в ГУЗ «ООСПК» в течение последних пяти лет не регистрировались случаи бактериологического загрязнения крови и ее компонентов. Динамика основных причин брака гемокомпонентов заключалась в том, что наметилась тенденция к снижению доли положительных результатов на HBS-Ag и HCV-AT при одновременном росте доли повышения АЛАТ и ВИЧ-АТ, являющихся причинами абсолютного брака.

В структуре причин абсолютного брака гемокомпонентов 44,5% приходилось на повышение АЛАТ; 20,5% — положительные результаты на HCV-AT; 14,7% — положительные результаты на сифилис; 9,5% — положительные результаты на HBS-Ag; 4,2% — положительные результаты на ВИЧ-АТ. И только 1,2% были связаны с нарушением герметичности посуды, в которой хранились гемокомпоненты.

С 2008 года в ГУЗ «ООСПК» осуществляется мониторинг показателей объема, структуры, причин и стоимости (экономических потерь) брака продукции, не прошедшей полный технологический цикл.

Несмотря на то, что доля брака крови и ее компонентов в исследуемом учреждении здравоохранения ниже, чем в других субъектах Российской Федерации, но факт выбраковки продукции следует рассматривать с позиции как производственных, так и экономических потерь.

В ходе исследования была рассчитана стоимость забракованной продукции, что представлено в *таблице 1.*

Как видно, за прошедшие 2,5 года в связи со списанием забракованной крови и ее компонентов экономические потери региональной службы крови составили 2 млн. 178,6 тыс. рублей.

Основными видами продукции, которые не прошли полный технологический цикл, являются: консервированная кровь, свежезамороженная плазма (СЗП) и эритроцитная масса (ЭМ), которые составили 91,3% объема и 92,6% стоимости всей забракованной продукции.

С учетом установленных ведущих причин брака крови и ее компонентов, в ГУЗ «ООСПК» была проведена работа, направленная на устранение и/или уменьшение влияния этих факторов. Только за прошедшие два года это привело к снижению доли забракованной продукции: для плазмосодержащих компонентов в 6,3 раза (с 1,83 до 0,29%); для эритроцитсодержащих компонентов в 5,5 раза (с 3,66 до 0,63%).

На следующем этапе исследования была рассчитана величина предотвращенных экономических потерь, связанных, с одной стороны, с отстранение лиц от донорства, а, с другой стороны, с сокращением объемов забракованной продукции.

С 2008 года в ГУЗ «ООСПК» были апробированы и внедрены новые организационные и информационные технологии работы с донорами, включая создание и ведение электронного регистра лиц, отстраненных от донорства. Учитывая, что расчетная величина прямых затрат на одну крово- или плазмодачу в 2009 году равнялась 1814 рублей, то увеличение числа лиц, отстраненных от донорства, на этапе их регистрации, привело к существенному увеличению суммы предотвращенных экономических потерь *(табл. 2).*

Таким образом, за прошедший период только использование информации из электронного регистра лиц, отстраненных от донорства, привело к экономии финансовых средств на общую сумму 3 млн. 619 тыс. рублей.

*Таблица 1*

**Объем и стоимость продукции, не прошедшей полный технологический цикл при заготовке крови и ее компонентов**

| № п/п | Продукт | Объем забракованного продукта (л.) | Стоимость забракованного продукта (тыс. руб.) |
|---|---|---|---|
| 1 | Консервированная кровь | 750,4 | 1485,2 |
| 2 | Свежезамороженная плазма | 177,0 | 346,1 |
| 3 | Эритроцитная масса | 94,0 | 186,3 |
| 4 | Эритроцитная взвесь фильтрованная с ресуспендирующим раствором | 22,6 | 46,5 |
| 5 | Эмолт-эритроцитная масса, обедненная лейкоцитами и тромбоцитами | 12,1 | 25,8 |
| 6 | Эритроцитная взвесь фильтрованная | 11,1 | 33,3 |
| 7 | Эритроцитная взвесь размороженная и отмытая | 5,7 | 23,8 |
| 8 | Эритровзвесь с физиологическим раствором | 5,4 | 8,8 |
| 9 | Цельная кровь | 3,2 | 1,3 |
| 10 | Тромбоконцентрат, полученный автоматическим аферезом | 1,5 | 16,7 |
| 11 | Контрольные эритроциты | 0,8 | 1,4 |
| 12 | Стандартные эритроциты для выявления антиэритроцитных антител | 0,5 | 1,1 |
| 13 | Антирезусные сыворотки | 0,2 | 1,3 |
| 14 | Тромбомасса | 0,1 | 0,1 |

*Таблица 2*

**Число лиц, отстраненных от донорства, и сумма экономических предотвращенных потерь (данные ГУЗ «ООСПК», 2008–2009 гг.)**

| Год | Число лиц, отстраненных от донорства (чел.) | Сумма предотвращенных потерь (тыс. руб.) |
|---|---|---|
| 2008 | 4243 | 1093 |
| 2009 | 5004 | 2526 |
| Всего | 9247 | 3619 |

Затем была рассчитана величина предотвращенных экономических потерь, связанных со снижением объема забракованных гемокомпонентов. Исходная величина прямых затрат на переработку крови в 2009 году составляла 2915 рублей за литр.

Рассчитано, что за период с 2008 по 2009 годы сумма предотвращенных экономических потерь, вследствие снижения объема забракованной консервированной крови, составила 965 тыс. рублей. При этом величина предотвращенных экономических потерь по причине уменьшения объема забракованной свежезамороженной плазмы (СЗП) превысила 1 млн. 044 тыс. рублей. А сумма предотвращенных экономических потерь, вследствие снижения брака эритроцитной массы (ЭМ), составила 934 тыс. рублей. В целом в ГУЗ «ООСПК» за два последних года за счет уменьшения объема забрако-

*Таблица 3*

**Объемы сохраненной продукции и сумма предотвращенных экономических потерь (данные ГУЗ «ООСПК», 2008–2009 гг.)**

| Год | Объем сохраненной продукции (л.) | | | Сумма предотвращенных экономических потерь (тыс. руб.) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Конс. кровь | СЗП | ЭМ | Конс. кровь | СЗП | ЭМ |
| 2008 | 134,8 | –7,3 | 94,0 | 393 | –39 | 341 |
| 2009 | 196,3 | 199,5 | 163,3 | 572 | 1044 | 593 |
| Всего | 331,1 | 192,2 | 257,3 | 965 | 1005 | 934 |

*Таблица 4*

**Структура и величина предотвращенных экономических потерь (данные ГУЗ «ООСПК», 2008–2009 гг.)**

| № п\п | Вид потерь | Сумма (тыс. руб.) |
|---|---|---|
| 1 | Предотвращенные потери при отстранении лиц от донорства | 3619 |
| 2 | Предотвращенные потери от сохранения консервированной крови | 965 |
| 3 | Предотвращенные потери от сохранения свежезамороженной плазмы | 1005 |
| 4 | Предотвращенные потери от сохранения эритроцитной массы | 934 |
| 5 | Всего предотвращено потерь | 6523 |

ванной продукции было сэкономлено более 2 млн. 904 тыс. рублей *(табл. 3)*.

Структура предотвращенных финансовых потерь представлена в *табл. 4*.

Таким образом, результаты исследования показали, что в ГУЗ «ООСПК» за последние два года снизились экономические потери вследствие двух основных причин: уменьшение допуска к крово- или плазмодаче лиц, отстраненных от донорства, и снижение доли забракованной крови и ее компонентов. Общая сумма предотвращенных экономических потерь равнялась 6 млн. 523 тыс. рублей.

*UDC 614.2*

*Perepelkina N.U., Gilmutdinov R.G., Ekimov A.K., Voronov V.P.* ***Economical effectiveness of Orenburg blood transfusion station's operation*** *(State Education Institution of Continuing Education «Orenburg State medical Academy» Health Ministry of Russia, State Institution of Health Care «Orenburg regional blood transfusion station»)*

***Annotation:*** The article gives results of research on economical effectiveness in Orenburg regional blood transfusion station. There was calculated the quantity of averted economical losses, connected with the real blood-handing prohibition and with defective blood volume. Only for the last 2 years the sum of averted economical losses is estimated in more than 6,5 million. Rubles.

***Keywords:*** *blood transfusion station, economical effectiveness, financial losses.*

**А.С. Ямщиков,**
д.э.н., заместитель руководителя департамента социальной политики администрации города Красноярска по экономическим и финансовым вопросам, asy@admkrsk.ru
**Е.И. Маева,**
заместитель главного врача по экономическим вопросам МУЗ «Городская поликлиника №2» г. Красноярска, магистрант ГОУ ВПО «Сибирский федеральный университет», likkaB@yandex.ru

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

*УДК 614.257*
*Ямщиков А.С., Маева Е.И.* ***Теоретические и методологические основы маркетинга медицинских учреждений*** *(Департамента социальной политики администрации г. Красноярска, Россия)*

***Аннотация:*** В статье представлены теоретические и методологические основы маркетинга медицинских учреждений. Обосновано понятие маркетинга в медицине и предпосылки его возникновения. Рассмотрены особенности медицинской услуги и их влияние на стратегию продвижения.

***Ключевые слова:*** *маркетинг, здравоохранение, эффективность, обязательное медицинское страхование*

В настоящее время развитие рыночных отношений и процессов коммерциализации здравоохранения обусловливает фактическое изменение экономического положения медицинского учреждения, приобретающего черты «услугопроизводящего» предприятия. Изменение статуса медицинского учреждения ведет к изменению характера всех экономических связей и отношений, которые устанавливаются в практической деятельности медицинских учреждений, вынужденных все в большей степени действовать на коммерческой основе.

Залогом жизнеспособности и успешного функционирования медицинского учреждения как «услугопроизводящего» предприятия в условиях рыночной экономики является философия нового управления, выдвигающая на первый план необходимость анализа и ориентации на запросы рынка и требования потребителей. При этом в условиях специфичности рынка медицинских услуг, где требования потребителя могут быть завышенными качество оказываемых услуг выступает основным критерием жизнеспособности лечебного учреждения, и в этих условиях внедрение более совершенных средств диагностики, лечения и профилактики выступает одним из приоритетных направлений повышения конкурентоспособности.

Адаптация учреждений здравоохранения к условиям рыночных отношений, активно развивающихся во всех сферах социально-экономической жизни современного общества, обусловливает необходимость разработки и потребность внедрения новых инструментов управления на современном рынке медицинских услуг.

В последние десятилетия в зарубежных странах была сформулирована, апробирована и получила распространение новая концепция

© А.С. Ямщиков, Е.И. Маева, 2011 г.

социально-ориентированного управления производством и сбытом, названная социальным маркетингом. Как универсальный механизм системы управления маркетинг направлен на максимально полное удовлетворение потребностей человека и имеет непосредственное отношение к самым разнообразным областям здравоохранения, в том числе к системе обеспечения качества медицинской помощи.

В поле рыночных отношений сфера медицинских услуг приобретает маркетинговую сущность. Одной из актуальных задач настоящего времени является адаптация к потребностям здравоохранения методов организации и управления маркетингом.

Внедрение концепции маркетинга в систему здравоохранения предопределено тем, что в настоящее время в ней реально существуют государственный, муниципальный и частный секторы, сформировалась система обязательного медицинского страхования, способствующая зарождению элементов рыночных отношений.

Современные теории маркетинга ориентируются на инновационный механизм, а маркетинговая политика в области инновационной деятельности медицинского учреждения имеет социальную направленность, проявляющуюся не только в повышении качества оказываемых медицинских услуг, но и во внедрении новых медицинских технологий, позволяющих наиболее полно удовлетворить потребности пациентов. В настоящее время не в полной мере исследованы возможности использования маркетинговых технологий в сфере повышения социально-экономической эффективности деятельности лечебных учреждений. Все вышеизложенное и обусловливает актуальность данного исследования.

Необходимость дальнейшей разработки проблемы определила цель и задачи настоящего исследования.

Реализуемая концепция развития здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике ориентирует общество на восприятие медицины как социально-экономической категории, когда объективный характер рыночных отношений выражается в осознании населением экономической обусловленности своего здоровья, в коммерциализации здравоохранения, в увеличении объема платных медицинских услуг, развитии маркетинговых операций и внедрении разнообразных форм предпринимательства. Активно развивается деятельность медицинских субъектов с разными формами собственности. Обозначается устойчивая тенденция широкого развития независимой частной врачебной практики.

В условиях системы медицинского страхования появляется основа для цивилизованной конкуренции медицинских учреждений и специалистов, работающих в медицине и здравоохранении [1].

Сегодня масштабное реформирование системы государственного и муниципального здравоохранения путем изменения организационно-правовых форм учреждений с целью повышения качества услуг направлено на обеспечение адекватности медицинских учреждений рыночным условиям хозяйствования.

Адаптация здравоохранения к условиям рыночных отношений, активно развивающихся во всех сферах социально-экономической жизни нашего общества, обусловливает необходимость разработки и потребность внедрения новых организационных, информационных и прочих технологий, направленных на быстрейшее проведение реформ, развитие современных форм и методов управления в новой экономической и медико-социальной ситуации.

В последние десятилетия в зарубежных странах была сформулирована, апробирована и получила распространение новая концепция социально-ориентированного управления производством и сбытом, названная социальным маркетингом.

Внедрение концепции маркетинга в систему здравоохранения предопределено тем, что в настоящее время в ней реально существуют государственный, муниципальный и

частный секторы, сформировалась система обязательного медицинского страхования, способствующая зарождению элементов рыночных отношений.

Основными предпосылками возникновения маркетинга медицинских услуг явились:

- изменения методов финансирования медицинских учреждений с развитием нового хозяйственного механизма;
- развитие коммерческих медицинских учреждений, функционирование которых предполагает получение прибыли от реализации услуг;
- появление новых источников финансирования, независимых от государства, в лице страховых компаний, самих покупателей медицинских услуг;
- увеличение затрат медицинских учреждений на оказание услуг в связи с применением новых технологий лечения, более совершенного оборудования, новых лекарственных средств;
- повышение требований к качеству медицинских услуг в условиях роста объема платных услуг;
- ухудшение состояния здоровья населения в связи с уменьшением его обращаемости в медицинские учреждения вследствие осложнения экономической ситуации и социальной нестабильности в стране.

В связи с этим очень важно оптимизировать объем и структуру потребления медицинских услуг, сбалансировать спрос и потребности на них, что имеет особое значение в условиях медицинского страхования — системы, учитывающей интересы как производителей, так и потребителей медицинских услуг.

Именно с помощью маркетинга можно овладеть необходимой информацией о том, какие медицинские услуги и почему хотят получить пациенты, сколько они готовы заплатить за них, где наиболее высокий спрос на конкретные медицинские услуги, каким образом добиться более высокого объема и качества оказываемых медицинских услуг. в связи с этим маркетинговые технологии необходимы в здравоохранении при условии их адаптации к специфике отрасли, ее ресурсам и задачам.

Существуют различные подходы к понятию маркетинга в медицинской деятельности.

Под медицинским маркетингом понимают деятельность, направленную на получение полной информации о потребностях населения в различных видах медико-социальной помощи, обеспечивающей сохранение общественного здоровья.

Применительно к сфере здравоохранения Американская медицинская ассоциация определила маркетинг как комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-профилактического процесса, продвижением услуг (товаров медицинского назначения) к потребителям, а также управление процессом их реализации [2].

Медицинский маркетинг, по мнению ряда авторов, это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением медицинских услуг от ее производителя (врача, медсестры и т.п.) к потребителю (пациенту); это и социальный процесс, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги посредством их разработки, продвижения и реализации.

При этом В.Ю. Семенов и Р.А. Хальфин выделяют следующие виды маркетинга в здравоохранении:

- маркетинг медицинских услуг;
- маркетинг медицинской организации;
- маркетинг отдельных лиц;
- маркетинг идей.

При этом данными авторами под маркетингом медицинских услуг понимается процесс разработки, продвижения и реализации медицинских услуг, ориентированных на потребителя [3].

Маркетинг медицинской организации рассматривается как деятельность, направленная

на создание положительного имиджа лечебно-профилактического учреждения у населения, а маркетинг отдельных лиц — как популяризация ведущих специалистов лечебно-профилактического учреждения. Маркетинг идей — разработка и претворение в жизнь идей здравоохранения общественного характера [3].

На наш взгляд, понятие авторами маркетинга идей созвучно с понятием социального маркетинга, направленного в первую очередь на разработку, реализацию и контроль социальных программ, нацеленных на повышение уровня восприятия определенных слоев общественности неких социальных идей, движений или практических действий. Обычно социальный маркетинг используется государственными и общественными организациями. В данном случае понятие социального маркетинга отличается, на наш взгляд, от понятия маркетинга в медицинской деятельности.

В настоящее время среди специалистов нет общепринятого определения маркетинга в здравоохранении, поэтому необходимо уточнить определение маркетинга в здравоохранении. Если рассматривать с практической точки зрения, то можно, на наш взгляд, сказать, что маркетинг в здравоохранении — это система критериев, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителей и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителями.

Здравоохранение в целом выступает ведущей отраслью сферы производства услуг в любом государстве. Здравоохранение как сфера услуг содержательно относится к разряду потребительского производства: там происходит потребление материальных благ, созданных в отраслях соответствующей сферы [4].

С точки зрения маркетинговой составляющей, здравоохранение как сфера специфических услуг принципиально отличается как от сферы производства материальных благ, так и от сферы услуг в целом. Данные отличия определяются характером и особенностями медицинской услуги как маркетингового продукта.

В общем виде услугу модно определить как мероприятие или выгоду, которую одна сторона может предложить другой.

Услуга, наряду с материальным благом, является разновидностью проявления результата конкретной профессиональной деятельности [4].

Медицинская услуга — это мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость [5].

К характеристикам медицинских услуг относятся неосязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества, несохраняемость. Неосязаемость услуг в том, что их невозможно увидеть, ощутить другими органами чувств. В ряде случаев можно дать какое-либо представление о характере оказываемой услуги. Например, продемонстрировать косметологические успехи пациентов, которым были проведены пластические операции.

Если товар существует сам по себе, то услуга не существует без того субъекта, который ее оказывает. Естественно, что чем более опытен специалист, оказывающий услугу, тем она будет более высококачественной. Поэтому качество одних и тех же услуг может варьировать в достаточно широких пределах (непостоянство качества). Более того, в зависимости от состояния пациента (общесоматического, психического) может отличаться качество (результат) услуги даже у одного и того же специалиста.

Услугу невозможно сохранить. Например, при проведении массажа больной с остеохондрозом позвоночника чувствует облегчение, однако по истечении времени эффект проходит. Именно с несохраняемостью услуги связана ее предварительная оплата.

Основными элементами услуги являются:

- ✓ субъекты услуги (пациент — медицинский работник);
- ✓ психология услуги (взаимоотношения субъектов);

✓ материальность (стоимостное и материальное выражение затрат по удовлетворению потребителя);

✓ документальность (фиксированная информация о количественной и качественной стороне выполненной услуги).

По виду услуги могут быть:

• простые (измерение артериального давления);

• сложные (случай поликлинического обслуживания);

• комбинированные (сочетание двух и более простых, не связанных между собой услуг, например, определение остроты зрения у больного с острым фарингитом).

Услуги могут быть пассивными (востребованными — при наличии спроса) и активными (выполнение услуги в условиях отсутствия спроса). Примером может служить выявление заболевания при обращении пациента за медицинской помощью (пассивная услуга) и при профилактическом осмотре перед поступлением на работу (который на ряде производств проводится обязательно независимо от желания работника) — основная услуга.

Каждая услуга содержит ядро (основные свойства, делающие услугу товаром) и оболочку (вспомогательные функции, без которых невозможно качественное предоставление услуги). Например, чтобы мануальная терапия (ядро услуги) была наиболее эффективной, желательно предварительное обследование пациента — рентгенография позвоночника как минимум (оболочка).

Свойства услуги: цель, приоритетность, вес, своевременность, полнота, адекватность, экономичность, оперативность, эмоциональность, оснащенность. Следует особо подчеркнуть важность для медицинских услуг такого свойства как эмоциональность. Многочисленные социологические опросы показывают, что, характеризуя качество оказанной помощи, пациенты, в первую очередь, оценивают отношение к себе лечащего врача, а также других медицинских работников.

Можно выделить следующие экономические особенности медицинских услуг:

✓ Услуга всегда носит индивидуальный характер, а результат услуги воплощен в самом человеке;

✓ Результативность медицинской услуги напрямую не связана с величиной затрат [6];

✓ Результат медицинской услуги разнообразен по сроку проявления;

✓ Сильная взаимосвязь «врач-пациент»;

✓ Социальная ориентация эффективности медицинской услуги.

Индивидуальный характер медицинской услуги объясняется тем, что в здравоохранении нет массового производства, а необходимый результат может быть достигнут действиями ограниченного круга специалистов или даже действиями одного человека. Неотделимость услуги от процесса потребления означает, что медицинскую услугу нельзя отделить от специалиста (медицинского учреждения). При этом индивидуальность оказания услуг здравоохранения и творческий характер многих форм медицинской деятельности приводит к тому что необходимы результат (эффект) может быть достигнут лишь действия достаточно ограниченного круга специалистов или даже действиями одного человека. Поэтому данная особенность проявления результата в здравоохранении приводит к тому, что местный (локальный) рынок услуг здравоохранения гораздо чаще и значительно легче смыкается со своей противоположностью — мировым рынком [6].

Результативность характеризуется достижением результата (цели) медицинской услуги или степенью приближения к нему. Отсутствие прямой связи между затратами и достижением результата проявляется в том, что иногда достичь результата можно с минимальными затратами, а в ряде случаев затраты огромны, но получить стопроцентный результат, то есть полное выздоровление пациента, невозможно. При оказании медицинской услуги финансовые и другие

материальные ресурсы не гарантируют достижение результата.

При оказании медицинской услуги результат может быть получен сразу (снятие болевых ощущений), но во многих случаях достижения мгновенного результата невозможно. Для лечения тяжелых хронических заболеваний необходимо проводить длительное лечение.

Наличие активной взаимосвязи между врачом и пациентом как одна из особенностей медицинской услуги заключается в том, что пациент является активным объектом медицинского воздействия и это активность может быть как положительной, так и отрицательной с точки зрения достижения результата. Если пациент проявляет свою активность в форме соблюдения рекомендаций врача, спокойно переносит болевые манипуляции, необходимые для выздоровления, то результат медицинской услуги в большинстве случаев будет более быстрым и качественным. И обратная ситуация: когда пациент проявляет свою активность в форме самолечения, то достижение результата в ряде случаев не просто удлиняется во времени, но и может отсутствовать вовсе. Часто при оказании медицинских услуг при необходимости сознательная активность пациента отключается (например, наркоз).

При оказании медицинских услуг понятие экономической эффективности, то есть отношения между получаемыми результатами и затратами, носит второстепенный характер. Ключевыми при оказании медицинских услуг являются социальная и медицинская эффективность. При этом под социальной эффективностью следует понимать улучшение здоровья пациента, увеличение продолжительности жизни, а под медицинской — степень достижения поставленной задачи в области лечения и реабилитации. Экономическая эффективность медицинской услуги должна рассматриваться с точки зрения сокращение затрат времени на одну услугу, капитальных затрат, затрат на лечение сопутствующих заболеваний и т.д. Уникальная сущность медицинской услуги выдвигает на первый план эффективность с точки зрения потребителя, то есть в конечном итоге — здоровья человека. Именно эта сторона эффективности медицинской услуги является главной при оказании медицинских услуг.

Отмеченные особенности с позиции маркетинга создают некоторые задачи, требующие решения. Это такие задачи, как повышение осязаемости услуги, стандартизация качества и его сохранение. Неосязаемость медицинской услуги приводит к высокой степени неопределенности уровня качества услуги, которое, в свою очередь, зависит от места оказания услуги, персонала, цены и времени оказания, а также от наличия (отсутствия) медицинского оборудования. Для повышения степени осязаемости целесообразно создавать положительный имидж лечебно-профилактического учреждения, базирующийся на быстром и эффективном обслуживании пациента (отсутствие очередей) с использованием современного оборудования.

Неотделимость услуги от источника предполагает обязательное взаимодействие врача и пациента. При этом качество услуги зависит как от персонала, оказывающего услугу, так и от пациента. Большую роль здесь играет взаимоотношение врача и пациента. Успех во многом зависит не только от профессиональных знаний врача, но и от его умения правильно выстроить взаимоотношения с пациентом. Для этого целесообразно повышать уровень не только профессиональной подготовки специалистов, но и их обучения основным технологиям психологического взаимодействия. Необходимо учитывать, что на качество некоторых медицинских услуг оказывает влияние взаимоотношение пациентов друг с другом, поэтому надо организовать процесс оказания медицинских услуг таким образом, чтобы получение медицинской услуги одним пациентом не препятствовало процессу оказания услуги другому пациенту и не влияло на качество услуги.

Непостоянство качества медицинской услуги объясняется тем, что оно зависит от того, кто и когда ее оказывает. Для повышения постоянства качества необходимо непрерывное повышение квалификации персонала, а также внедрение стандартизированных технологий лечебного процесса. Для контроля целесообразно проводить проверки степени удовлетворенности пациентов.

Отрицательное влияние такой характеристики как недолговечность медицинской услуги можно снизить путем применения дифференцированного ценообразования. В условиях невозможности хранения услуг целесообразно привлекать временных работников-специалистов, а также проводить совместную организацию некоторых услуг (использование оборудования несколькими учреждениями одновременно).

Медицинские услуги, как и другие товары, попадающие на рынок, в своей потребительской ценности проходят ряд стадий, которые называются стадиями жизненного цикла: внедрение, рост, зрелость, насыщение, спад. На стадии внедрения требуются большие затраты, на прибыль рассчитывать не приходится. Задача этой стадии — создать основу для последующих. Чем быстрее пройдена ранняя стадия, тем более успешной может считаться маркетинговая деятельность.

Стадия роста характеризуется началом эффективной деятельности. Затраты стабилизируются, появляется прибыль. Желательно также быстрее преодолеть эту стадию, для чего необходимо расширение рынка сбыта.

Стабилизация деятельности учреждения означает его вступление в фазу зрелости. Задача состоит в том, чтобы как можно дольше задержаться на этой стадии. Кроме того, маркетинговые службы уже на этой стадии должны думать о перспективе дальнейшего развития данной услуги, ее модификации или замене.

Раньше или позже полезность услуги снижается, наступает спад. Сокращается экономическая эффективность. Если спад остановить не удается (например, путем выхода на новые рынки), производство услуги целесообразно прекратить, предложив новую (новые) услуги.

Именно для того, чтобы определить, на какой стадии находится оказание той или иной услуги и наметить соответствующие управляющие воздействия, проводится постоянный маркетинговый контроль. Так, при оказании платных медицинских услуг их производитель должен всегда четко знать, какие из них пользуются высоким спросом, а о каких (как правило, новых) пациенты недостаточно осведомлены (их спрос необходимо стимулировать), на какие спрос снижается (их, следовательно, нужно либо видоизменять, усовершенствовать, либо от них отказаться вообще).

Таким образом, медицинская услуга как товар в общепринятом экономическом смысле этого слова своими особенностями определяет специфическое содержание смысла рынка здравоохранения.

***Во-первых,*** в настоящее время, в условиях обязательного медицинского страхования, на рынке здравоохранения происходит одновременное обращение двух разных товаров: страховых услуг и медицинских услуг. Такое поведение этих товаров неизбежно влечет за собой отличие процессов ценообразования на эти услуги. С одной стороны, необходима свободная конкуренция между страховщиками и установление цен равновесия на страховые услуги. С другой стороны, цены на медицинские услуги в большей мере не могут складываться в результате действия рыночных сил.

***Во-вторых,*** медицинская услуга как товар содержит ряд характерных особенностей и медицинская помощь для представителя спроса на рынке в большей мере является первой необходимостью, поскольку, как известно, сохранение (или восстановление) здоровья для человека — это наиболее важная ценность в его жизни. Различные услуги на различных рынках отличаются друг от друга по степени реагирования спроса на изменение цены. На рынке медицинских услуг

цена на эти товары имеет тенденцию к росту более высокими темпами, чем происходит падение спроса на них [7].

Таким образом, спрос в этом случае является неэластичным. Такая особенность медицинской услуги как товара и спроса на него служит одним из факторов более высоких темпов инфляции на рынке медицинского обслуживания по сравнению с ситуацией на других товарных рынках. По этой причине ценообразование на услуги медицинского страхования и медицинских учреждений должно быть контролируемым со стороны государства.

## Литература


**1.** *Кучеренко В.З., Корюкин В.Г., Морозов В.П.* Организационно-правовые формы экономической деятельности учреждений здравоохранения. — Спб, 1994. — С. 4.

**2.** *Малахова Н.Г.* Маркетинг медицинских услуг. — М.: МЦФЭР, 1998. — С. 4.

**3.** *Семенов В.Ю., Хальфин Р.А.* Виды маркетинга в здравоохранении//Экономист лечебного учреждения — 2008. — № 2 — С. 49.

**4.** *Костырина С.И.* Экономика социальной сферы, экономическая деятельность здравоохранения//Экономист лечебного учреждения. — 2010. — № 4. — С.10.

**5.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 113 от 10.04.2001 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги».

**6.** *Костырина С.И.* Экономика социальной сферы, экономическая деятельность здравоохранения//Экономист лечебного учреждения. — 2010. — № 4. — С. 11.

**7.** *Киселев С.В., Сабитов Н.Х.* Организационно-экономические аспекты внедрения обязательного медицинского страхования//Экономика здравоохранения. — 1996. — №10/11. — С. 55.



*UDC 614.257*


*Yamshikov A.S., Maeva E.I.* ***Theoretical and methodology basics of medical institutions marketing*** *(Department of social politics of Krasnoyarsk Administration, Russia).*


***Annotation:*** In the article there are theoretical and methodology basics of medical institutions marketing. Determination of marketing term in medicine and prerequisites of it's emergence. There are considered pecularities of medical services and their influence on development strategy.



***Keywords:*** *marketing, health care, efficiency, mandatory health insurance.*

**И.Ф. Гулиева,**
ведущий инженер Института программных систем РАН, г. Переславль-Залесский, Россия, viit@irina.botik.ru
**Е.В. Рюмина,**
д.э.н., профессор, главный научный сотрудник Института проблем рынка РАН, г. Переславль-Залесский, Россия, ryum50@mail.ru
**Я.И. Гулиев,**
к.т.н., руководитель Исследовательского центра медицинской информатики Института программных систем РАН, г. Переславль-Залесский, Россия, viit@yag.botik.ru

# ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ

*УДК 61:007*
*Гулиева И.Ф., Рюмина Е.В., Гулиев Я.И.* ***Вопросы эффективности информационных технологий в медицине***
*(Институт программных систем РАН, г. Переславль-Залесский, Россия)*
***Аннотация:*** Статья посвящена проблемам эффективности внедрения и использования медицинских информационных систем (МИС). Исследуются основные тенденции в публикациях по экономической эффективности МИС в зарубежной литературе, рассматриваются основные затруднения и препятствия при внедрении МИС.
***Ключевые слова:*** *экономическая эффективность, экономические выгоды, информационные системы, медицинские информационные системы, электронные медицинские карты, ЭМК, затраты на создание информационных систем, внедрение информационных систем.*

## Введение

Потенциальные преимущества широкого применения медицинских информационных систем (МИС) в здравоохранении диктуют необходимость анализировать, какие типы МИС разрабатываются, изучать научные основы, поддерживающую оценки стоимости и выгод МИС, и исследовать препятствия на пути внедрения различных типов МИС.

В № 3 за 2009 г. журнала «Врач и информационные технологии» мы опубликовали обзорную статью «Медицинские информационные системы: затраты и выгоды» [1]. Главной целью обзора было показать организациям, высшим должностным лицам, клиническим врачам и потребителям медицинских услуг эффективность использования МИС.

За время с момента выхода предыдущей статьи появился ряд зарубежных публикаций, где рассматриваются вопросы эффективности использования информационных технологий в медицине. В связи с этим мы решили еще раз вернуться к обзору работ по исследованию эффективности использования МИС.

Были рассмотрены более 200 работ, где затрагиваются вопросы экономической эффективности медицинских информационных систем. Почти все работы зарубежные, в основном американских авторов. В списке литературы приведены только основные статьи, ввиду ограниченности объемов в журнале.

В предыдущей статье были приведены количественные оценки, которые показывали, что внедрение систем электронных медицинских карт (ЭМК) может быть экономически эффективным в отдельных учреждениях и при внедрении в масштабах страны. В этой статье мы будем большее внимание уделять качественным оценкам, анализу тенденций в публикациях по экономической эффективности, а также трудностям и препятствиям, сопровождающим внедрение МИС.

© И.Ф. Гулиева, Е.В. Рюмина, Я.И. Гулиев, 2011 г.

## Оценка экономической эффективности МИС — зачем и как?

Организации, решившие вложить средства в МИС, должны взвесить все затраты и выгоды процесса информатизации. Несмотря на то, что основной целью лечебных учреждений является предоставление высококачественных медицинских услуг, они вынуждены экономно расходовать свои ресурсы. Необходимо понимать стоимость нововведений, направленных на улучшение качества. Частные расчеты рентабельности инвестиций часто приводят к результатам, существенно отличающимся от результатов, полученных путем социального анализа соотношения затрат и выгод, которые часто публикуются в медицинских журналах.

Главной ценностью исследований эффективности использования МИС является то, что другие медицинские организации могут пользоваться этими сведениями при внедрении МИС и ожидать получения выгоды, сравнимой с описанной в первоначальном исследовании. Следовательно, здесь очень важны внутренняя обоснованность исследования и полезность информации для тех читателей, которые намереваются внедрять МИС.

В медицине широко распространено исследование эффективности различных методик в лечении. Примерами могут служить оценка результатов индивидуального лечения лекарственными препаратами пациента в определенном состоянии или оценка нового хирургического метода лечения.

В случае лекарственных препаратов, другое лечебное учреждение, проверяющее результаты такого исследования, может заключить, что новое лекарство нужно прописывать в подобных дозах пациентам со схожими характеристиками, и это приведет к тому же результату, что описан в исследовании.

Хирургическое лечение подчиняется не таким стандартам, как лекарственные средства, здесь результат зависит от мастерства хирургов и от больницы. Нет смысла рассчитывать, что все хирурги или больницы оказывают одинаковую помощь, тогда как пациент может ожидать, что стандартная доза препарата, прописанная врачом, даст ожидаемый эффект. Таким образом, исследование, описывающее эффективность хирургического лечения, должно быть более детальным, чем работа, посвященная эффективности лекарственного средства. Исследование должно содержать описание самого хирурга и больницы, чтобы другие лечебные учреждения могли понять, смогут ли они достичь описанных результатов в условиях своего учреждения.

При оценке МИС ситуация еще более усложняется. Само вмешательство и объекты вмешательства являются качественно разными, если сравнивать исследование лекарственных средств и хирургических вмешательств. Внедрение МИС подразумевает комплексное организационное изменение, которое будет способствовать повышению качества и эффективности лечения, и исследования организационного переустройства коренным образом отличаются от исследований методов лечения.

Организационные вмешательства связаны с широким кругом системных компонентов. Для их успешного применения необходимо проводить исследования этих организационных компонентов локально.

В процессе использования МИС, по мнению Shekelle P.G. и Goldzweig C.L. [2], важны четыре основные характеристики, которые должны детально рассматриваться при исследовании вопроса, чтобы позволит другим организациям оценить необходимость такого вмешательства и его возможные результаты:

- технический компонент включает тестируемые системные компоненты (например, автоматизированная система назначения лечения (АСНЛ), ведение истории болезни, электронная выписка лекарств), существующую техническую инфраструктуру (клиническая и экономическая системы, компьютерная сеть) и имеющиеся электронные интерфейсы и их интеграция;
- человеческий фактор (интерфейс между человеком и компьютером) подразумевает

простоту работы с системой (например, «дружественность» или удобство работы, быстродействие системы, интуитивно-понятный интерфейс пользователя, поддержка документооборота) и поддержка специальных действий в конкретных условиях (например, медицинские данные, выборки назначений, уровень и доступность поддержки медицинских решений);

• управление проектом включает осуществление комплексных социально-технических изменений в процессе разработки и внедрения МИС, управление информационными и организационными ресурсами для выполнения ключевых этапов работы, контроль над информационными ресурсами;

• культурные и организационные изменения могут включать партнерство медицинского персонала и администрации в управлении учреждением, стимулирование активности сотрудников для достижения желаемых результатов.

Не имея адекватного описания всех перечисленных компонентов в исследованиях затрат и выгод при использовании МИС, сложно делать выводы о том, как повторить достигнутый другими результат и возможно ли его повторить.

По аналогии с понятием «пациент» в медицинских исследованиях работы, посвященные МИС, применяют термин «организация». Среди ученых не существует общего мнения о том, какие аспекты деятельности организации наиболее важны для анализа, но некоторые из них важны для всех. Среди таких аспектов перечислим следующие: размер организации, кадровое обеспечение, предшествующий опыт организации по улучшению качества обслуживания; процессы, на которые повлияет вмешательство, и текущее положение дел по этим процессам; финансовое положение организации. Эти характеристики помогут достаточно точно определить, какой тип внедрения МИС подойдет к данным условиям. Приведенные аспекты можно назвать ключевыми «демографическими показателями организации», а пол, возраст, тяжесть болезни считаются ключевыми демографическими показателями пациента. Однако знания этих характеристик недостаточно, чтобы понять, почему внедрение МИС состоялось или нет. Для достижения успеха организации недостаточно просто купить программное обеспечение. Ей предстоит вложить средства в адаптацию программы к особенностям организации, разработку новых стратегий и методик ведения работы, обучение персонала. Предел, до которого организация желает и готова выполнить эти и другие необходимые функции для внедрения МИС во все значимые структуры, определяет готовность организации к переменам.

## ИТ в медицине — кто выигрывает?

От применения ИТ в медицине в первую очередь выигрывает общество и соответственно государство. Акт HITECH, который является частью принятого Конгрессом США в 2009 году пакета мер по стимулированию экономики, преследует цель заставить больше врачей использовать ЭМК. Раздел IV закона предусматривает поощрительные выплаты по программе Medicaid для тех, кто внедряет и использует «сертифицированные ЭМК» в размере от $63 750 в течение 6 лет, начиная с 2011 года. По программе Medicare максимальные выплаты составляют $44 000 в течение 5 лет. В то же время врачи, которые не будут использовать ЭМК к 2015 году, будут оштрафованы на 1% от платежей Medicare, с увеличением до 3% в течение 3 лет.

В работе Girosi F., at al. [3] приводятся результаты расчетов эффективности систем напоминаний по иммунизации и скрининга, с указанием расходов и прогнозируемыми результатами. При этом МИС помогает при профилактике путем сканирования записи пациента на факторы риска и рекомендации соответствующих профилактических услуг.

В *табл. 1* приводится оценка последствий пяти профилактических услуг: два типа вакцинации и три типа проверки. Эти меры повлекут небольшие затраты, а польза для здоровья от

*Таблица 1*

**Оценка последствий профилактических услуг**

| *Служба* | *Годовые расходы (в млн. долл. США)* | *Предотвращение смертей каждый год* |
|---|---|---|
| Вакцинация от гриппа | 134–327 | 5200–11 700 |
| Вакцинация от пневмонии | 90 | 15 000–27 000 |
| Выявления рака молочной железы | 1000–3000 | 2200–6600 |
| Скрининг рака шейки матки | 152–456 | 533 |
| Скрининг колоректального рака | 1700–7200 | 17 000–38 000 |

*Примечание:* Предполагается 100%-ное участие всех лиц, рекомендованных на получение профилактических услуг.

улучшения профилактики является значительной. Например, при стоимости всего $ 90 млн. в год, могут быть предотвращены от 15 000 до 27 000 случаев смерти от пневмонии.

С точки зрения общества, система напоминания экономит деньги и улучшает здоровье, поэтому ее можно назвать беспроигрышной программой. Однако с финансовой точки зрения, для лечебного учреждения, которое потратило деньги на систему, выигрыш совсем не очевиден. Для получения выгоды от этого вмешательства больнице либо нужно иметь возможность оказывать эти же услуги по иммунизации и скринингу, таким образом увеличивая объем оказываемых услуг, либо заработать репутацию за высокое качество лечения, и тогда следует работать над увеличением доходов. Это один из примеров потенциального несоответствия между тем, какое учреждение оплачивает МИС, и какое учреждение получает выгоды от снижения себестоимости, вызванного использованием МИС.

Приведем еще один пример крайностей. В лечебном учреждении внедряют стационарную версию МИС, и это предотвращает госпитализацию в будущем. В этом случае внедрение МИС влечет расходы больницы и в то же время уменьшает ее доходы, даже если внедрение МИС дает чистый выигрыш с точки зрения общества (или органа здравоохранения).

Экономическая модель инвестиций в МИС должна принимать во внимание как финансовые, так и неденежные последствия. Приобретение МИС требует немедленных денежных вложений, связанных с покупкой системы, ее адаптацией к нуждам конкретной организации и обучением персонала. Таким образом, экономическая модель зависит от последующих финансовых выгод, превышающих непосредственные затраты. Основное уравнение:

***Прибыль = доход – затраты =***
***= (доход от 1 пациента – затраты***
***на 1 пациента) x (количество пациентов)***

По этому уравнению видно, что для получения долгосрочной прибыли необходимо увеличить число (прибыльных) пациентов, увеличить доходы от одного пациента или уменьшить стоимость лечения пациента. Все учреждения получают прибыль, оказывая более квалифицированную помощь и уменьшая затраты на оказание ряда услуг. МИС способна уменьшить потери, связанные со сбором информации и ее доставкой к месту назначения для принятия более правильных решений. Увеличение эффективности способно рационализировать медицинскую помощь и процесс ведения расчетов, а также позволит избежать затрат на ненужные услуги и предотвратить ошибки как в помощи пациентам, так и в расчетах. Работая в организации, предоставляющей высококачественные услуги, персонал также имеет ряд нематериальных выгод, что может предотвратить текучесть кадров и привести к увеличению

продуктивности работы при сохранении уровня оплаты.

Однако если МИС используется для улучшения качества лечения, то итоговые финансовые затраты и выгоды будут зависеть от того, как учреждение финансируется и какие расходы оно несет. Эти факторы во многом влияют на то, какую именно прибыль на инвестированный капитал учреждение может получить и когда это произойдет. Далее приведем несколько примеров.

На рынке, работающем в условиях конкуренции, репутация по качеству предоставляемых услуг способна увеличить число обращений за медицинской помощью. Однако учреждению сложно доказать, что оно лучше, чем конкуренты, или лучше, чем оно было раньше. МИС может не только повысить качество, но и собрать статистику и показать, чего добилось учреждение. Более высокое, по мнению потребителя, качество услуг может позволить учреждениям увеличить свой удельный вес на рынке и выставлять более высокие цены плательщикам, запрашивающим доступ к этим лечебным учреждениям, даже если им приходится платить немного больше. В условиях конкуренции учреждений, оказывающих платные услуги, больший удельный вес учреждения на рынке увеличивает его доходы и может также привести к экономии, обусловленной ростом масштабов.

МИС также может быть использована для увеличения количества возмещаемых услуг на одного пациента, например, оплаченная вакцинация. МИС приносит прибыль, если она снижает убытки (неоправданные затраты), но МИС может снижать прибыль, если она уменьшает количество текущих или будущих услуг. Больницы, предлагающие фиксированную оплату услуг, которая зависит от диагноза пациента, получат прибыль от более коротких сроков пребывания (несмотря на то, что последние дни госпитализации самые дешевые), а не от уменьшения количества повторных госпитализаций. Не получат финансовой прибыли от изменений те больницы, которые перекладывают лечение на поликлинических врачей.

Наибольшая прибыль от качества лечения и использования МИС бывает тогда, когда ЛУ платят из расчета на одного человека. При такой системе оплаты любое вложение, уменьшающее общую стоимость лечения для таких пациентов, возмещается. Такая система способствует уменьшению количества ненужных услуг и лечению в наиболее выгодных (эффективных, результативных) условиях. Такие соображения стояли за решением Департамента США по делам ветеранов создать собственную МИС.

Так как часть финансовой прибыли от высококачественного лечения может идти покупателям, а не поставщикам услуг, особенно в организациях, где не приняты платежи из расчета на одного человека, а применяется плата за услуги, некоторые покупатели стали платить непосредственно за качество. Если аргументы в пользу внедрения МИС были бы довольно вескими, страховые компании могли бы финансировать ее частично, то есть на основании доли, которую страховщик имеет от объема услуг, предоставляемых определенному количеству пациентов за определенный период.

Организации, не связанные со здравоохранением, при выборе объекта инвестиций рассматривают лишь финансовую прибыль на инвестированный капитал; предоставление же медицинских услуг ставит перед учреждением необычную задачу: оно ориентировано на достижение неденежной цели. Неденежная часть анализа деятельности медицинского учреждения включает все неденежные параметры, которые, по расчетам учреждения, могут повлиять на решение о принятии или отказе от вмешательства. Вот некоторые примеры таких параметров [2]:

- предоставление прав доступа к информации,
- соблюдение требований к отчетности,
- соблюдение требования реализовать проект, направленный на улучшение качества,
- недопущение долговых обязательств,
- создание хорошей репутации,
- вера в свое правое дело.

## Основные тенденции в публикациях по экономической эффективности

В работе Shekelle P.G. и Goldzweig C.L. [2] выделяются следующие направления в публикациях по эффективности использования МИС:

- Публикации лечебных учреждений-лидеров в области создания МИС.
- Публикации производителей коммерческих ЭМК.
- Публикации о приложениях МИС для использования самими пациентами.
- Публикации о затратах и соотношении затраты-выгоды (об эффективности).
- Публикации о препятствиях, сопровождающих внедрение МИС.

***Публикации лечебных учреждений-лидеров в области создания МИС.*** Основная часть публикаций, демонстрирующих, какие выгоды здравоохранению могут принести МИС, и раскрывающих проблемы уже ставших прибыльными МИС, принадлежат лечебным учреждениям-лидерам в создании МИС. Они были одними из первых, кто стал внедрять МИС, в частности многофункциональные системы ЭМК. Эти организации и медицинские системы имеют уже двадцатилетний опыт использования МИС. Среди таких организаций в США Shekelle P.G. и Goldzweig C.L. [2] выделяют Partners Healthcare/Brigham and Women's Hospital, Regenstrief Insisute, Intermountain Health, Vanderbilt и Департамент США по делам ветеранов (VA).

Исследования, публикуемые лечебными учреждениями-лидерами в области создания МИС, демонстрируют как потенциал, так и ограничения возможных улучшений процессов лечения, которые могут быть достигнуты в ближайшем будущем при условии более широкого внедрения многофункциональной ЭМК. В некоторых из этих работ изложены факты улучшения процесса лечения и снижения количества неблагоприятных последствий от приема лекарств. В то же время даже при использовании МИС некоторые процессы лечения остаются далеки от желаемых стандартов. Более того, во многих публикациях затрагиваются проблемы с врачами, игнорирующими или не принимающими во внимание рекомендуемые стандарты лечения; эти проблемы говорят о необходимости дополнительной работы над доступностью системы поддержки принятия решений и приложения автоматизированной системы назначения лечения (АСНЛ).

***Публикации производителей коммерческих ЭМК.*** В последнее время начали появляться публикации, посвященные многофункциональным МИС, разработанным в промышленных масштабах.

В нынешней ситуации, наверное, наибольший интерес руководителей медицинских учреждений представляет информация о внедрениях серийных многофункциональных МИС в тех учреждениях, где раньше не было такой системы. В работе Garrido T., et al. [4] описан опыт применения двух систем в Kaiser-Permanente: МИС собственной разработки (совместно с IBM) и EpicCare. Обе системы — многофункциональные МИС, включающие интегрированную систему документирования и отчета по результатам, АСНЛ и различные виды системы поддержки принятия решений. За 8 лет, охватывающих 4 года до и 4 года после внедрения МИС, использование МИС стало ассоциироваться с умеренным и статистически значимым уменьшением применения шаблонов амбулаторного лечения: примерно на 8% ниже на 4-м году по сравнению с начальным уровнем до внедрения ЭМК. Число рентгенологических исследований сначала резко снизилось на 14%, но затем возросло, хотя оно оставалось на 4% ниже, чем до внедрения МИС. Подобным образом после внедрения МИС уменьшилось количество лабораторных исследований.

В работе O'Neill L. и Klepack W. [5] оценивается эффективность внедрения коммерческой МИС в практике семейного врача в сельском районе штата Нью-Йорк. Это ситуационное исследование описывало следующее:

• процесс выбора поставщика /разработчика/ ЭМК (им оказался Medant);

• этапы внедрения ЭМК (потребовалось шесть месяцев, прежде чем все врачи стали использовать компьютер для записи информации о течении заболевания; немногим более года потребовалось, чтобы добавить электронные документы для назначений; два года — для начала использования системы поддержки принятия решений для управления ходом заболевания; 2,5 года потребовалось, чтобы добавить все бумажные документы в систему хранения данных);

• влияние на должностные обязанности (врачам было необходимо присваивать ICD коды и «сохранить внимательность и зрительный контакт с пациентом во время работы с компьютером»);

• изменение роли среднего медицинского персонала, роли регистраторов и управляющих делами (они стали внутриведомственными экспертами по ИТ);

• финансовые изменения.

Авторы пишут, что средний месячный доход повысился на 11% в первый год и на 20% во второй год, а соотношение выставленных и оплаченных счетов увеличилось на 65–70%. Этого удалось достичь благодаря усовершенствованию процесса ведения счетов.

В работе Nowinski C.J., et al. [6] оценивается влияние перехода на ЭМК на организационную культуру. В исследовании описывается опыт внедрения системы Epic Systems в Northwestern Healthcare. Авторы сообщают, что внедрение заняло 17 месяцев, и к концу этого периода ЭМК использовалась всеми врачами, медсестрами и всем персоналом. Сотрудникам был предложен опросник о культуре и качестве лечения; пациентов опрашивали по методу Press Ganey на степень удовлетворенности, а также использовали различные средства анализа процесса и результата лечения. Вопреки ожиданиям, сотрудники считали, что иерархия стала проявляться сильнее, а не слабее, отметили небольшое охлаждение групповых взаимоотношений и лидерства после внедрения ЭМК. Удовлетворенность пациентов изменилась незначительно, а результаты анализа процесса и результата лечения были разнородными: некоторые показатели выросли, некоторые снизились, при этом большинство изменений были статистически незначительными. Исключение составило уменьшенное число пациентов, получающих антибиотики не позднее 4-х часов при подозрении на пневмонию, и количество пациентов с болью в груди, выписанных из стационара в течение 23 часов.

В итоге можно отметить, что публикаций о внедрении и использовании коммерческих МИС очень мало. Они, с одной стороны, в основном подтверждают выводы лечебных учреждений-лидеров по созданию МИС в части эффективности добавления новой функциональности к существующей МИС, с другой стороны, подтверждают гипотезу о том, что культура организации и внедрение МИС сложным образом взаимодействуют друг с другом.

***Публикации о приложениях МИС для использования самими пациентами.*** Одна из новых активно исследуемых тем в области МИС — появление новых клинических приложений, предназначенных для использования отдельно от многофункциональной МИС. Некоторые работы продолжают исследование существующих концепций, которые развиваются в течение многих лет, таких как использование компьютеров для анализа диагностической информации, в частности, компьютерная интерпретация электрокардиограммы или телемедицины.

В то же время наблюдается увеличение числа исследований приложений МИС, разработанных для использования пациентами. Такие приложения включают: системы на основе Интернет-технологий для самостоятельной работы; системы электронного здоровья, которые соединяют пациентов с поставщиками медицинских услуг, предназначенные для управления хроническими заболеваниями; и новое применение ранее существующих технологий, таких как текстовые

сообщения SMS и КПК, адаптированные для решения конкретных задач здравоохранения. Опубликованные оценки этих вмешательств разнородны, некоторые из них не сообщают о достижении цели, некоторые достигли скромных результатов, а многие исследования описаны недостаточно подробно, чтобы делать выводы об их эффективности.

Отметим, что в данной области, особенно в отношении приложений, основанных на Интернет-технологиях и предназначенных для использования пациентами, наблюдается гораздо больше инноваций и внедрений, чем описаний и оценок. Можно найти множество веб-сайтов для каждого хронического состояния (депрессия, диабет, сердечная недостаточность, боль в спине и т.д.), однако исследований на эту тему очень мало. Некоторые авторы подчеркивают, что это очень перспективная область для будущих исследований — описательной эпидемиологии (сколько подобных сайтов существует, сколько человек пользуется ими и т.д.), контент-анализа (насколько точны данные) и более формальных качественных исследований.

***Публикации о затратах и соотношении затраты-выгоды.*** Во многих работах ЭМК рассматривается как элемент МИС, выполняющий функции электронной записи, хранения, доступа и просмотра медицинских данных о пациенте [7, 8]. Часто в ЭМК также входит финансовая информация. Так как система разрабатывается для использования внутри всего учреждения для замены бумажных медицинских карт и для того, чтобы способствовать повышению эффективности процессов лечения, многие ЭМК обладают дополнительной системной функциональностью: медикаментозные и диагностические назначения, напоминания о контроле за лечением, а также другие возможности для поддержки принятия медицинских решений. Хотя ЭМК считается важнейшей технологией для улучшения эффективности и качества лечения, внедрение ЭМК требует существенных капиталовложений и организационных изменений. Как следствие, многие лечебные учреждения находятся в поиске информации и опубликованных выводов о затратах и выгодах внедрения ЭМК, чтобы сформировать обоснованное решение о времени и стратегиях внедрения системы.

В статье [1] были приведены прогнозы о том, что внедрение ЭМК может быть жизнеспособно в конкретных финансовых условиях в отдельных учреждениях или при внедрении в масштабах страны. Тем не менее, существует ряд серьезных оговорок. Все соответствующие исследования используют метод анализа с прогнозированием и построены на основе множества аналитических предположений и ограниченного числа эмпирических данных, ослабляя объективность приведенной информации. Выгоды были наибольшими, если ЭМК имела множество функциональных возможностей и была внедрена в крупном лечебном учреждении, которое может извлекать выгоду из экономии за счет масштабов. В результате обзора литературы не было обнаружено исследований, посвященных анализу затрат и выгод при внедрении МИС в небольших учреждениях. К тому же затраты могут быть недооценены, так как большинство статей не предоставляют данные о затратах на внедрение, а они могут составлять 1,5 стоимости самой МИС.

Новые публикации подтверждают выводы предыдущих публикаций: несмотря на то, что существуют эмпирические данные, подтверждающие положительную экономическую ценность МИС, для получения намеченной прибыли потребуется точная регулировка финансовой системы лечебного учреждения, сильное руководство, эффективные стратегии внедрения и целенаправленные усилия для успешного использования МИС.

***Публикации о препятствиях, сопровождающих внедрение МИС.*** Появляются статьи, в которых рассматриваются трудности и препятствия, сопровождающие внедрение МИС. С этой точки зрения особенно интересной является работа Johnson K.B. [9],

которая обобщает препятствия, упомянутые в медицинской литературе и важные для педиатрической практики. Препятствия разделены на четыре категории:

• Ситуационные препятствия: дефицит времени и финансовые затруднения, недоказанная рентабельность инвестиций, недостаточный доступ к Интернету или компьютеру на рабочих местах, непомерно высокие затраты на информационные технологии для небольших учреждений, программное обеспечение, не соответствующее нуждам педиатрической практики.

• Познавательные и физические препятствия: физическая нетрудоспособность и недостаточные навыки работы с компьютером.

• Препятствия по обязательствам: вопросы конфиденциальности.

• Препятствия по знаниям и отношениям: недостаточное количество исследований об информационных технологиях в педиатрии, недостаточное знание о положительном эффекте информационных технологий, опасения, связанные с переходом на ИТ, философское сопротивление ИТ.

В работе Miller R.H. и Sim I. [10] на основе проведенных опросов описаны препятствия к использованию ЭМК и внедрению АСНЛ в больницах США. Среди основных препятствий отмечаются высокие первоначальные финансовые затраты, медленные и неуверенные финансовые доходы и высокие начальные затраты времени врача. Дополнительные препятствия включали сложности с технологиями, дополнительные изменения поддержки системы, обмен электронными данными, финансовые стимулы, отношение врачей. Авторы отмечают, что эти препятствия были наиболее серьезными для врачей, действующих без чьей-либо помощи, или небольших учреждений. В статье Poon E.G., et al. [11] докладываются результаты опроса, проведенного в больницах на разных стадиях внедрения АСНЛ среди главных директоров по информационным технологиям, финансовых директоров, главных врачей и других должностных лиц администрации учреждения. Авторы выделили три основных препятствия внедрению АСНЛ. Первое препятствие — сопротивление врачей и организации по причине кажущегося отрицательного влияния на работу врачей. Авторы отметили, что сопротивление врачей могло обостриться и перерасти в «восстание врачей», что могло расстроить все планы по внедрению. Вторым препятствием назывались высокие затраты; по расчетам, приведенным в предшествующих исследованиях, стоимость АСНЛ составляет 3–10 млн. долларов в зависимости от размеров больницы и уровня существующей информационной инфраструктуры. Третьим главным препятствием называлась незрелость продукта/поставщика. Участники опроса отметили, что большинство предлагаемых продуктов не отвечали потребностям их больницы, требовались обширные модификации программного обеспечения, чтобы обеспечить устоявшийся рабочий процесс в больнице.

В статье Hersh W. [12] выделено несколько сложных проблем, возникающих при внедрении электронной медицинской карты. Среди проблем называются финансовые затраты, технические задачи, функциональная совместимость системы, вопросы конфиденциальности и недостаток хорошо обученных специалистов по клинической информатике для руководства процессом. Автор этой статьи рассматривает финансирование как самое большое препятствие, которое он относит к рассогласованию затрат и выгод. Он отмечает, что, несмотря на то, что некоторые исследования предположили в основном положительную рентабельность инвестиций в МИС для всей системы здравоохранения, организации и частные лица, которые собираются приобрести систему, видят лишь 11% доходов на свои инвестиции. Остальную часть выгод получают те, кто обычно не платит напрямую за ЭМК. Другой сложной проблемой автор называет функциональную совместимость системы и данных, отмечая, что большинство медицин-

ских данных (будь то бумажные или электронные) попадают в «силосную яму». Третьей проблемой называлась конфиденциальность; автор отмечает, что врачи, работники здравоохранения, лечебные учреждения должны постоянно защищать личные данные пациентов. Последним серьезным препятствием автор назвал необходимость приема на работу сотрудника, способного руководить внедрением информационных технологий.

В статье Wears R.L. и Berg M. [13] утверждается, что, несмотря на обещания «светлого будущего» в использовании МИС, кажется, что это будущее никогда не будет достигнуто. Авторы объясняют недостаточный прогресс во внедрении МИС нехваткой внимания социальному компоненту, ссылаясь на необходимость рассматривать рабочие места в лечебном учреждении как единую систему, в которой технологии, люди и общепринятый организационный режим динамически взаимодействуют. Это приводит к следующим наблюдениям:

• «Организации являются социальными (так как они состоят из людей, ценностей, норм, культуры) и техническими (так как без инструментария, оборудования, методик, технологий и удобств люди не смогли бы работать, а организация — существовать) механизмами одновременно.

• Эти социальные и технические элементы очень зависят друг от друга и связаны между собой — отсюда термин «социо-техническая система». Каждое изменение одного элемента затрагивает другой.

• Таким образом, хороший замысел и внедрение не являются чисто технической проблемой, а скорее вопросом совместной оптимизации объединенной социо-технической системы».

Авторы также отмечают, что «информационные технологии сами по себе не могут ничего, а когда принципы их применения не приспособлены для конкретных пользователей и окружающей обстановки, чтобы они могли предоставлять высококачественное лечение, внедрение технологий не будет эффективным. Это подразумевает, что путь приобретения или внедрения ИТ должен в первую очередь быть путем организационных изменений».

Итак, препятствия на пути внедрения МИС можно разделить на ситуационные (временные затраты и финансовые вопросы), познавательные и/или физические (физическая нетрудоспособность и недостаточные навыки работы с компьютером), препятствия по обязательствам (вопросы конфиденциальности), препятствия по знаниям и отношениям.

Хочется отметить работу Ovretveit J., et al. [14], в которой тщательно и качественно проведено ситуационное исследование внедрения ЭМК в шведской больнице. Авторы делают вывод о том, что успешное внедрение ЭМК в этой больнице было обязано следующему:

• консультации предшествовали внедрению,

• согласие о необходимости внедрения системы и в выборе лучшей системы,

• установление приоритетов и настойчивость со стороны управляющей команды,

• компетентный руководитель ИТ проекта и квалифицированная команда,

• протестированная, удобная и простая в использовании система, не требующая больших затрат на обучение,

• возможность дальнейшего развития системы,

• простая система назначения лечения для допоставки после внедрения (АСНЛ не поставлялась в рамках первоначального проекта).

Авторы также отмечают: «Данные из этого и других исследований свидетельствуют о том, что ЭМК, разработанная с учетом множества различных требований, часто не отвечает требованиям клинической работы, является более сложной во внедрении, может снизить производительность труда и уменьшить доступ к важной для лечения и безопасности пациентов информации». Авторы заканчивают статью выводом, содержащим общие рекомендации для тех, кто намеревается внедрить ЭМК в больнице:

• выбирать систему, отвечающую ряду требований, которая была испытана и протестирована в подобных условиях;

• для преодоления проблемы выбора, критерии, которым отвечает система, должны быть следующие: она работает для клинического персонала и экономит время;

• система должна быть интуитивно понятной и не требовать больших затрат на обучение;

• система должна быть легко модифицируема и дорабатываема, в пределах возможности, для различных подразделений и пользователей;

• решения о системе должны приниматься совместно, но после принятия решения системой нужно управлять и вести ее вперед;

• сопоставление местного контроля за выбором, внедрением, клиническим участием с достижением требований более высокого уровня;

• определить иерархию каждого уровня, выделить четкие и подходящие параметры того, какие решения могут быть приняты на местах, а какие требуют принятия решений более высокого уровня о достижении общих стандартов;

• оценивать и реагировать на наличие и отсутствие предшествующих и совпадающих факторов, которые неоднократно встречались в исследованиях и помогали либо препятствовали внедрению.

В увеличивающемся количестве опубликованных исследований сообщается о внедрении МИС и препятствиях на этом пути. Эти исследования показывают, что внедрений меньше, чем хотелось бы, а основными препятствиями внедрению служат стоимость, кажущиеся трудности в использовании системы и ощущение того, что МИС неблагоприятно повлияет на рабочий процесс. Более крупные ЛПУ и те ЛПУ, которые не являются коммерческими, чаще внедряют МИС. Наиболее тщательный анализ на сегодняшний момент посвящен факторам, важным для внедрения; его авторы заключили, что два наиболее значимых фактора — это «выбрать систему, отвечающую ряду требований, которая была испытана и протестирована в подобных условиях» и «для преодоления проблемы выбора, критерии, которым отвечает система, должны быть следующие: система работает для клинического персонала и экономит время».

## Выводы

Аналитические статьи с прогнозированием, основанные на методах статистического моделирования, показывают, что МИС имеет потенциал для осуществления существенных изменений в предоставлении медицинских услуг, делая здравоохранение безопаснее, эффективнее, качественнее.

Конкретные условия, в которых происходит внедрение МИС, включающие общую готовность и медицинские особенности учреждения, обслуживаемый контингент, коренным образом влияют на ее использование и эффективность. Внедрение МИС не повлияет значительным образом на стоимость и качество в учреждениях, не зависящих от окружающей обстановки.

Наметилась новая тенденция в исследованиях: увеличение количества приложений МИС, предназначенных для использования самими пациентами. В частности, появилось огромное количество Интернет-сайтов самопомощи, но еще слишком мало известно об их использовании и результативности.

Внедрение МИС сталкивается с множеством препятствий, в первую очередь это затраты и опасения врачей о, как им кажется, увеличивающихся затратах времени.

Главными проблемами исследований эффективности использования МИТ являются низкое качество и недостаточное количество доступных публикаций по этой тематике. По мнению авторов, мало информации о том, какой тип МИС и какие методы внедрения приведут к изменениям затрат и выгод в конкретных лечебных учреждениях, особенно это касается небольших больниц. Необходимо больше информации как о самом внедрении, так и об организационных и экономических

условиях, в которых оно происходит. А также необходимо увеличить количество и улучшить качество публикаций о разработке и внедрении МИС, выработать единые подходы к подаче информации, которая должна быть оценена и изложена в исследованиях МИС.

## Литература


**1.** *Гулиева И.Ф., Рюмина Е.В., Гулиев Я.И.* Медицинские информационные системы: затраты и выгоды//Врач и информационные технологии. — 2009. — № 3. — С. 4–18.
**2.** *Shekelle P.G., Goldzweig C.L.* Costs and benefits of health technology information: an updated systematic review. — Southern California Evidence-based Practice Centre, RAND Corporation, 2009.
**3.** *Girosi F., Meili R., Scoville R.* Extrapolating evidence of health information technology savings and costs. — Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, 2005.
**4.** *Garrido T., et al.* Effect of electronic health records in ambulatory care: retrospective, serial, cross sectional study//British Medical Journal. — 2005. — Vol. 330(7491). — P. 581.
**5.** O'Neill L., Klepack W. Electronic medical records for a rural family practice: a case study in systems development//Journal of Medical Systems. — 2007. — Vol. 31(1). — P. 25–33.
**6.** *Nowinski C.J., et al.* The impact of converting to an electronic health record on organizational culture and quality improvement//International Journal of Medical Informatics. — 2007. — Vol. 76. — Suppl. 1. — P. 174–83.
**7.** *Khoury A.T.* Support of quality and business goals by an ambulatory automated medical record system in Kaiser Permanente of Ohio//Effective Clinical Practice. — 1998. — Vol. 1(2). — P. 73–82.
**8.** *Wang S.J., et al.* A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care//American Journal of Medicine. — 2003. — Vol. 114. — P. 397–403.
**9.** *Johnson K.B.* Barriers that impede the adoption of pediatric information technology//Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. — 2001. — Vol. 155(12). — P. 1374–79.
**10.** *Miller R.H., Sim I.* Physicians' use of electronic medical records: barriers and solutions//Health Affairs (Millwood). — 2004. — Vol. 23(2). — P. 116–26.
**11.** *Poon E.G., et al.* Overcoming barriers to adopting and implementing computerized physician order entry systems in US hospitals//Health Affairs (Millwood). — 2004. — Vol. 23(4). — P. 184–90.
**12.** *Hersh W.* Health care information technology: progress and barriers//Journal of the American Medical Association. — 2004. — Vol. 292(18). — P. 2273–74.
**13.** *Wears R.L., Berg M.* Computer technology and clinical work: still waiting for Godot//Journal of the American Medical Association. — 2005. — Vol. 293(10). — P. 1261–63.
**14.** *Ovretveit J., et al.* Improving quality through effective implementation of information technology in healthcare//International Journal for Quality in Health Care. — 2007. — Vol. 19(5). — P. 259–66.



*UDC 61:007*


*Gulieva I.F., Ryumina E.V., Guliev Y.I.,* ***Issues of Effectiveness of Healthcare Information Technologies***
*(Program Systems Institute, RAS, Pereslavl-Zalessky, Russia)*


***Abstract.*** The article is devoted to the effectiveness of the implementation and use of healthcare information systems (HIS). We study the main trends of cost-effectiveness of HIS in foreign literature. We furthermore review the main difficulties and barriers in the implementation of HIS.


***Keywords:*** *economic efficiency, economic benefits, information systems, healthcare information systems, electronic healthcare record, EHR, information system costs, information system deployment.*

**В.А. Солодкий,**
профессор, член-корреспондент РАМН, директор ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздравсоцразвития России, г. Москва
**В.И. Перхов,**
д.м.н., начальник управления организации медицинской помощи населению РАМН, г. Москва
**Р.В. Стебунова,**
аспирант ФГУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России, г. Москва

# ОБЗОР РЕФОРМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЕРМАНИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

*УДК 614.2*
*Солодкий В.А., Перхов В.И., Стебунова Р.В.* ***Обзор реформ в системе здравоохранения Германии за последние двадцать лет*** *(ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздравсоцразвития России, ФГУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России)*

***Аннотация.*** В каждой стране мира существует так называемый государственный сектор здравоохранения. Этот сектор, прежде всего, связывают с государственными расходами на охрану здоровья граждан и оказание медицинской помощи населению. Текущие показатели здоровья населения и здравоохранения России обуславливают острую необходимость выработки государственных решений, направленных на повышение доступности для населения и качества медицинской помощи путем совершенствования законодательства в сфере здравоохранения и увеличения объемов финансирования отрасли в рамках программ ее модернизации и реформирования. В этих условиях становится актуальным изучение опыта других стран по направлениям и результатам реформирования здравоохранения. В статье содержится анализ основных этапов развития системы здравоохранения Германии. Показано, что несмотря на значительные объемы финансирования, основным направлением реформирования отрасли является создание механизмов сдерживания затрат и увеличения эффективности использования ресурсов. Опыт Германии также свидетельствует о том, что и в развитых странах здравоохранение остается предметом конфликта между рыночным и государственным регулированием процессов, происходящих в системе.

***Ключевые слова:*** *зарубежные системы здравоохранения, реформа здравоохранения, организация медицинской помощи, эффективность расходов в здравоохранении, система медицинского страхования, рыночные отношения в здравоохранении.*

Минздравсоцразвития России разработан проект федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который вызывает бурные правовые дискуссии, а также другие споры между представителями профессиональных и общественных медицинских организаций и отраслевыми властными структурами. Эти дискуссии обусловлены, по нашему мнению, не только недооценкой разработчиками законопроекта специфики отношений в сфере охраны здоровья населения России, крайне поляризованного по уровню доходов. Нововведения законопроекта не содержат механизмов устранения или смягчения проблемы несоответствия конституционных гарантий медицинской помощи ее поэлементному содержанию и условиям ее предоставления на безвозмездной основе, сохраняя почву для внеправовых методов ее разрешения. Например, как и раньше, гарантируется, а также нормируется и стандартизируется «бесплатная» медицинская помощь[1] (предмет

[1] Статья 80 законопроекта № 534829-5, подготовленного для второго чтения.

регулирования — комплекс медицинских услуг), при этом платно могут быть оказаны медицинские услуги (предмет регулирования — отдельные элементы медицинской помощи)[2]. В результате этих противоречий граждане России из личных средств ежегодно оплачивают до 38–40% суммарных расходов на здравоохранение. Одна из причин — оказание отдельных медицинских услуг за плату пациенту, имеющему право на полностью бесплатную медицинскую помощь.

Стандарты медицинской помощи, в том числе утвержденные на федеральном уровне, не решают этой проблемы, так как они предназначены для макроэкономических расчетов, а не для создания условий по обеспечению прав личности на охрану здоровья. Кроме того, как показывает содержание программ модернизации здравоохранения, практическая реализация этих стандартов требует серьезного дополнительного финансирования, хотя разрабатывались эти стандарты до того, как в системе ОМС появились дополнительные деньги в результате увеличения отчислений от фонда оплаты труда на социальное страхование. Существуют и другие причины, снижающие целесообразность использования существующих стандартов при оказании медицинской помощи конкретному пациенту (многообразие случаев состояния больного и подходов к лечению, уровней и ресурсных условий предоставления лечебно-диагностической помощи и др.). Действующие стандарты не содержат плана на результат соблюдения стандартов.

По нашему мнению, для обеспечения прав граждан в социальной сфере, в том числе в здравоохранении, могут быть использованы так называемые минимальные государственные социальные стандарты, содержащие минимальные, но достаточные пакеты базовых медицинских услуг (и других элементов медицинской помощи) при конкретных, прежде всего наиболее распространенных заболеваниях, которые не упоминаются в проекте закона.

Среди других, не полностью решенных проблем сохраняются такие, как отсутствие должного государственного контроля за прохождением финансовых потоков от плательщика медицинских услуг к их поставщику, экономических рычагов повышения эффективности использования материальных и кадровых ресурсов здравоохранения, качества оказываемой медицинской помощи.

Следует также подчеркнуть, что экономические меры повышения эффективности здравоохранения в России и ранее реализовывались в виде, например, нового хозяйственного механизма и распределения части ресурсов с использованием страховых принципов. Однако эти изменения не сопровождались должным увеличением объемов финансирования, эффективности использования средств и эффективности управления и в конечном итоге не привели к уменьшению дисбаланса между объемом средств, выделяемых из общественных источников на здравоохранение, и объемами услуг и товаров здравоохранения, которые фактически предоставляются населению. Экстенсивный характер развития здравоохранения и принцип финансирования системы в зависимости от коечного фонда и штатных должностей сохраняются до настоящего времени.

* * *

Рост расходов на здравоохранение — тенденция, характерная для всех стран OECD[3]. Темпы роста опережают рост ВВП в последние 30 лет, подвергая возрастающей нагрузке государственные бюджеты. В Германии подушевой расход на душу насе-

[2] Статья 84 законопроекта № 534829-5, подготовленного для второго чтения.

[3] Организация стран экономического сотрудничества и развития (Organization for Economic Cooperation and Development).

ления увеличивался в среднем на 1,3% в год в период с 2000 по 2005 годы. Эти данные отражают успех нынешних сдерживающих расходы мер. Хотя при этом немецкая система здравоохранения остается достаточно дорогой. Только Франция тратит больше на здравоохранение из учета доли государственных расходов от ВВП [3]. Несмотря на успех данных мер, старение населения и технологический прогресс оказывают и будут оказывать все возрастающее давление на систему здравоохранения. Предполагается, что даже с учетом мер, направленных на сдерживание расходов, расходы на здравоохранение будут увеличиваться.

Рост расходов на здравоохранение отражается также и на работниках, так как здравоохранение Германии по большей части финансируется за счет отчислений с трудового дохода. Размер отчислений увеличивался с 8,2 в 1970 году до 13,9% в 2007 году. С июля 2005 года введено дополнительное отчисление в размере 0,9%. Хотя оценка эффективности расходов в здравоохранении достаточно проблематична, очевидно, что в Германии еще многое предстоит сделать для дальнейшего улучшения положения дел в этой сфере. Большинство показателей состояния здоровья населения в таких странах, как, например, Финляндия, Италия, Швеция, Великобритания лучше, чем в Германии. При этом подушевые затраты на здравоохранение в целом меньше. Это позволяет предположить, что расход средств на здравоохранение в этих странах осуществляется более эффективно. То же касается и показателей качества лечения, где Германия, в основном, занимает средние и низкие позиции в соответствующем рейтинге OECD. Так, например, по показателям больничной летальности от геморрагического и ишемического инсульта Германия находится на 7 и 12 местах из 23 возможных, по внутрибольничной летальности от инфаркта миокарда на 20 месте из 24.

В настоящее время в Германии существует конфликт между сторонниками рыночной экономики в системе здравоохранения и сторонниками традиционной системы самоуправления. Система здравоохранения, регулируемая государством, например, как в Великобритании, никогда не имела много сторонников в Германии. Анализ проблемы рыночной экономики в системе здравоохранения позволяет сделать два основных вывода. Первый: тот, кто призывает к рыночным отношениям, на самом деле не хотел бы, чтобы его это затронуло. Это касается как политических партий, так и всех участников системы здравоохранения. Второй: те, которые стремятся к дерегулированию, в итоге только усиливают регулирование и регламентирование [11].

В системе здравоохранения Германии также отмечается выраженная тенденция к усилению конкуренции, что, по мнению министра здравоохранения Германии Уллы Шмидт, не является признаком рыночных отношений в здравоохранении. Министр также считает, что конкуренция больше не является основным элементом системы здравоохранения, а используется больше как весьма функциональное средство для стимулирования инноваций, повышения эффективности страховой системы и медицинских учреждений, более эффективного распределения ресурсов. Так что вопрос о стратегиях в секторе здравоохранения стоит не как «больше рынка или больше вмешательства?», а «сколько рынка и сколько вмешательства?».

Большинство населения Германии в целом не удовлетворено системой здравоохранения. Согласно социологическому опросу 1990 года, 19,1% немцев отмечали чрезмерно длительное ожидание (> 12 недель) хирургического лечения. Согласно социологическому опросу 1999 года, 49,9% респондентов были удовлетворены системой здравоохранения, тогда как 47,7% были ею в различной степени недовольны. Согласно отчету ВОЗ, положение Германии на 25 месте в 2000

году (по сравнению с 1 местом у Франции, 18 у Великобритании и 37 у США) порождает ряд вопросов, касающихся эффективности немецкой системы здравоохранения, особенно экономической эффективности. По мнению международных экспертов, эта система отличается чрезмерным вниманием к лечебному процессу и недостатком внимания к вопросам профилактики и пропаганды здорового образа жизни [7].

В течение всех 90-х годов реформа здравоохранения была в политической программе Германии [1]. Консервативное правительство Коля провело 1 фазу преобразований, начав с Акта о реформе здравоохранения 1989 года, который ввел для больничных касс право избирательно заключать контракт с больницами, не входящими в больничные планы. Стали создаваться государственные комиссии по совместному с больничными кассами регулированию дорогостоящих медицинских технологий в амбулаторной и стационарной помощи. На втором этапе был принят закон о структуре здравоохранения 1993 года, который предусматривал значительную реструктуризацию для амбулаторной медицинской помощи и больничных служб, реорганизацию страховых фондов и переход от ретроспективных платежей к проспективной системе оплаты.

По данным на 1998 год (Statistisches Bundesamt 2001), общий годовой расход Германии на здравоохранение составил 211 миллиардов евро (10,9% от валового внутреннего продукта). В сентябре 1998 года после прихода к власти коалиции социал-демократов и зеленых, возглавляемых Шредером, был принят закон об усилении солидарности в системе медицинского страхования и в декабре 1999 года переработанная версия закона о реформе системы медицинского страхования. Вышеперечисленные законы содержали меры по сдерживанию расходов, реструктуризации финансирования медицинских служб, стационарного сектора и системы медицинского страхования. С задержкой в 10 лет Германия присоединилась к международной ассоциации здравоохранения. Медицинские рекомендации и стандарты стационарной помощи были приняты при правительстве Шредера. Стандарты медицинской помощи существовали и до этого, однако закон о реформе системы медицинского страхования определил законодательную основу для создания системы оценки медицинских технологий (HTA). До этого союз врачей и фондов медицинского страхования отказывались от участия в процедурах оценки медицинских технологий, мотивируя это необходимостью сохранения нейтральности в оценках.

Также при правительстве Шредера был произведен полный пересмотр финансирования больниц Германии от ретроспективной системы оплаты на оплату по системе диагноз-ассоциированных групп (ДАГ). Законодатели оставили право выбора вида ДАГ национальным ассоциации медицинских страховых фондов и организации стационаров Германии. Совместно было принято решение о выборе системы австралийского типа. Внедрением австралийской системы ДАГ Германия отвергла свой путь развития в системе оплаты больничной помощи, для которой на тот момент было характерно сочетание системы оплаты за случай госпитализации и за процедуру и суточных (различных для каждого стационара). Однако переключение с ретроспективного метода оплаты на единую компенсацию за пациента независимо от вида и объема оказанных услуг является исторически важной реформой. Для последующего развития стационарного сектора Германии этот шаг явился переломным, хотя система единых платежей частично была введена в 1995 году в рамках бюджетной системы. Реформа предполагала введение «положительного» листа терапевтических и хирургических процедур в больницах, что явно означало удаление некоторых из числа компенсируемых услуг.

После победы коалиции «красно-зеленых» на парламентских выборах в сентябре 2002

года общественность и масс-медиа ожидали от правительства начала всесторонней реформы здравоохранения, которая бы положила конец неэффективному медицинскому обеспечению и адаптировала бы систему социальной защиты Германии к давлению глобализации. В результате был разработан «План мероприятий 2010», направленный на уравновешивание солидарности и индивидуальной ответственности и предоставление более эффективной медицинской помощи.

В марте 2006 года Ангела Меркель объявила реформу здравоохранения приоритетной задачей внутренней политики. В этот период Германия находилась в ожидании значительных реформ, которые бы помогли усилению конкуренции в здравоохранении для решения проблем роста расходов, низкой эффективности и качества медицинской помощи [8]. В сфере здравоохранения был принят ряд новых законов. Ключевыми элементами нового закона об усилении конкуренции в системе медицинского страхования (Statutory Health Insurance Competition Strengthening Act — SHI-WSG), вступившего в силу в апреле 2007 года, являются гарантия права на медицинское страхование, поощрение координирования между различными медицинскими областями, вопросы финансирования и частного медицинского страхования. Согласно реформе 2007 года, страховщики будут предоставлять новые варианты страхования с франшизой или с частичной компенсацией взноса в обмен на ограничение использования медицинских служб. До этого франшизы предлагались только для тех клиентов социальной системы страхования, которые по уровню своего дохода могли позволить себе переход в частную систему страхования.

## Система медицинского страхования

В настоящее время в Германии две системы медицинского страхования — социальная и частная. Социальная система медицинского страхования является обязательной для всех работающих с ежегодным доходом менее 48 тысяч евро и их иждивенцев (4050 евро в месяц в 2009 году). С 2009 года медицинское страхование стало обязательным для всего населения [5]. Служащие с доходом, превышающим данную сумму, могут оставаться в системе социального медицинского страхования на добровольной основе, могут перейти в систему частного медицинского страхования. Большая часть (три четверти) тех, кто имеет возможность выбирать между социальной и частной системами медицинского страхования, предпочитают оставаться в системе социального страхования, которая предлагает бесплатное страхование для иждивенцев. В случае если клиент выбирает частную систему, вернуться в социальную систему достаточно проблематично.

В общей сложности в 2007 году около 10% населения Германии были застрахованы в частной системе. В основном это государственные служащие и самостоятельно занятые лица, которые не попадали под действие социальной медицинской страховой системы. До 85% населения были застрахованы в социальной страховой системе и около 4% населения в других государственных системах (военные, полиция и беженцы). По данным министерства здравоохранения Германии, около 300 тысяч людей в 2005 году не имели медицинского страхования и их число увеличивается. В связи с ростом числа незастрахованных лиц в 2007 году был принят закон, по которому все граждане Германии обязаны иметь медицинское страхование либо в социальной системе (вступил в силу с 2007 года), либо в частной системе медицинского страхования (вступил в силу с января 2009 года). Отсутствие медицинского страхования с января 2009 года рассматривается как административное правонарушение.

Социальная система медицинского страхования Германии управляется более чем двумястами фондами медицинского страхования — автономными некоммерческими него-

сударственными организациями. С 1996 года граждане Германии свободны в выборе страховщика. Система финансируется за счет обязательных взносов работодателя и самих работающих, которые поступают в фоны медицинского страхования. С 2009 года, хотя фонды продолжат собирать взносы, их накопление будет осуществляться централизованно в новом национальном фонде медицинского страхования (Центральном медицинском фонде). Этот фонд будет распределять накопленные ресурсы каждому фонду медицинского страхования в соответствии с подушевым нормативом, но с поправкой на уровень заболеваемость и ассоциированный риск заболеваемости [10]. Ожидается, что это обеспечит финансовую компенсацию страховщикам за особо дорогостоящих пациентов с хроническими заболеваниями. Страховщики, которые не смогут покрыть свои расходы за счет средств, получаемых из Центрального медицинского фонда, будут взимать дополнительные взносы со своих застрахованных, тогда как страховщики с излишком средств смогут вернуть их обратно в фонд. Страховщикам также предоставлена значительная свобода при заключении контрактов с поставщиками медицинских услуг и фармацевтическими компаниями, что направлено на повышение экономической эффективности и развитие конкуренции [12].

Работодатель вносит в систему медицинского страхования 7,3%, а работник 8,2% с дохода [9]. Субсидии из государственного бюджета покрывают расходы на страхование детей и отдельных категорий граждан. Эти субсидии составили 2500 миллионов евро в 2008 году и 4000 миллиона евро в 2009 году. Объем этих субсидий планируется увеличивать ежегодно на 1500 миллионов до достижения суммы в 14000 миллионов евро. В дополнение к этому фонды медицинского страхования смогут назначать дополнительный страховой взнос. Иждивенцы застрахованного лица имеют бесплатное медицинское страхование. Безработные делают взносы в соответствии с их пособием по безработице, однако с 2004 года государственное агентство по трудоустройству осуществляет единовременную выплату взносов в случае длительной безработицы. Лица с доходом 400–800 евро в месяц в среднем вносят 4% от суммарной величины страхового взноса. Существуют дополнительные субсидии для бедных и пожилых людей. В 2005 году государственные источники финансирования составляли 77,2% в структуре общих расходов на здравоохранение [15]. Регулирование системы медицинского страхования осуществляют самоуправляющиеся ассоциации страховых фондов и медицинские ассоциации. Наиболее значимой организацией является Федеральный объединенный комитет медицинского страхования, созданный в 2004.

Частное медицинское страхование играет в Германии заместительную роль, покрывая группы людей, исключенных из социальной системы (государственные служащие и самостоятельно занятые лица, чиновники, которым часть расходов компенсируется их работодателем), а также лиц с высоким заработком, которые добровольно присоединились к системе частного медицинского страхования. Для того, чтобы лица с высоким заработком не уходили из социальной системы медицинского страхования, пороговая величина необходимого для перехода дохода постоянно повышалась, составив, например, начиная с 2006 года 4050 евро в месяц непрерывно на протяжении 3 лет.

Система частного медицинского страхования регулируется правительством для гарантии того, чтобы взносы не увеличивались с увеличением возраста застрахованных, и того, чтобы в случае снижения дохода застрахованные не несли непосильных расходов. Для этого доступ к так называемому базовому тарифу осуществляется с теми же условиями, что и в системе общественного медицинского страхования. Этот тариф уста-

навливается с учетом максимальной ставки в социальной системе страхования (570 евро в месяц на 2009 год). Начиная с 2009 года, частные страховщики будут принимать участие в программе корректировки риска для финансирования больных людей, которые не могли бы себе позволить взносы с поправкой на риск. Частные страховщики также предоставляют и дополнительные услуги для своих клиентов. В 2005 году расходы частного страхового сектора в структуре общих расходов на здравоохранение составляли 9,1%.

Принятый в 2007 году в Германии закон (по которому все граждане Германии обязаны иметь медицинское страхование) представляет собой политический компромисс между разными концепциями достижения целей медицинской страховой системы страны. Христианско-демократическая партия предпочитала швейцарский тип страховой системы, основанной на единовременных взносах (с поправкой на средний возраст и риск заболеваемости застрахованной общины) с субсидиями для лиц с низким заработком с сохранением частного сектора. Социал-демократы в свою очередь настаивали на сохранении системы взносов, зависимой от дохода. Новые поправки по различию в доходах и структуре риска являются важными мерами, так как до этого стимул для страховщиков к включению практически здоровых клиентов с высоким доходом оставался достаточно сильным. Введение подобных поправок позволит страховщикам сконцентрироваться на обеспечении клиентов экономически эффективной и высококачественной медицинской помощью. Однако уязвимым местом в этой реформе остается дополнительный взнос для клиентов тех страховщиков, которые не смогут покрыть расходы средствами, полученными из Центрального медицинского фонда. Пациенты могут поменять своего страховщика в любое время, в том числе и при объявлении о необходимости внесения доплаты. Страховщики могут выбирать, будет ли дополнительный взнос доход-зависимым, либо единым, причем единый дополнительный взнос не может превышать 1% от дохода клиента.

В Германии система социального медицинского страхования покрывает профилактические мероприятия, стационарную и амбулаторную помощь, услуги врачей, психиатрическую помощь, стоматологическую помощь, рецептурные препараты, реабилитационные мероприятия и больничный лист. Лечение хронических заболеваний также покрывается отдельной страховой схемой, которая является обязательной для всего населения с 1995 года.

Традиционно разделение затрат между населением и государством распространялось на лекарственные препараты и стоматологию. Например, в 2004 году доплаты были введены для посещения врачей и стоматологов для взрослых (10 евро за каждый первый визит в квартале и визиты без направления); остальные доплаты представляют собой от 5 до 10 евро за каждую упаковку рецептурного препарата (за исключением препаратов, чья цена на 30% меньше справочной, — справедливо для 12 тысяч препаратов), 10 евро за каждый койко-день в стационаре (до 28 койко-дней в году). На зубные протезы пациенты получают единовременные выплаты, которые покрывают около 50% их стоимости. В целом расходы пациентов в общей структуре расходов на здравоохранение составляли 13,8% в 2005 году. Дети до 18 лет освобождены от доплат за медицинские услуги. Также доля разделения затрат ограничена до 2% семейного дохода (1% для больных с хроническими заболеваниями).

## Медицинская помощь

В Германии пациенты располагают свободным выбором амбулаторного врача. Врач общей практики не обладает функцией контроля доступа к амбулаторным врачам. Однако в 2004 году медицинские страховые фонды начали предлагать своим членам

опцию семейного врача, которая предполагает бонус в случае соблюдения правил контроля за доступом к амбулаторным врачам. Специалисты в амбулаторной практике — это, чаще всего, врачи частной практики, одиночки, хотя с 2004 года получили распространение амбулаторные центры поликлинического типа со штатными врачами. Врачи в амбулаторном секторе получают гонорар за временной период и за медицинские процедуры, которые согласовываются на ежегодных переговорах между страховыми фондами и региональными ассоциациями врачей.

В Германии пациенты располагают также свободным выбором стационара, но в соответствии с направлением амбулаторного врача. Стационары в основном некоммерческие, как государственные (около половины коек), так и частные (около трети коек) организации. Частный сектор значительно вырос в последние годы, в основном за счет перехода государственных больниц в частный сектор. Вне зависимости от вида собственности все врачи работают на штатной основе. Некоторым врачам позволено иметь частную клиентуру на гонорарной основе. В основном, врачи стационаров не проводили лечение амбулаторных пациентов, однако с 2004 года стационары получили право на оказание высокоспециализированной медицинской помощи амбулаторным больным. Стационарная помощь финансируется с использованием системы диагноз-ассоциированных групп, которая в настоящее время насчитывает около 1200 различных категорий. Система пересматривается ежегодно, принимая в расчет новые технологии, изменения в принципах лечения и изменения его стоимости.

Число коек общего профиля в последние десять лет заметно снизилось, однако оно еще примерно на 50% превышает средние показатели по Евросоюзу (6,3 против 4,1 на 1000 населения в 2001 г.), поскольку в других странах ЕС коечный фонд также сокращался.

В 2002 году законодательством были созданы программы по лечению заболеваний (Disease Management Programmes) для пациентов с хроническими заболеваниями. Программы существуют для диабета 1 и 2 типов, рака молочной железы, ишемической болезни сердца, астмы и хронической обструктивной болезни легких. Участники данных программ учитываются раздельно с поправками на риск, страховым фондам на таких пациентов выделяются большие суммы. К концу 2007 года насчитывалось около 14000 региональных программ с 3,8 млн. включенных пациентов. Проведенный анализ результатов внедрения программ по лечению заболеваний с 2003 по 2006 годы показал, что данный подход к терапии хронических заболеваний может улучшить лечебный процесс. Положительная динамика касалась промежуточных результатов и контроля заболеваний, однако данных по влиянию на долгосрочные результаты пока нет. Показатель затраты-эффективность данной программы в настоящее время остается достаточно низким, учитывая высокие расходы по внедрению программы. Тем не менее, в перспективе возможно, что программа докажет свою эффективность и оправдает ожидания по снижению числа госпитализаций и частоты осложнений [2].

Для улучшения координирования медицинской помощи между врачами общей практики и специалистами в амбулаторном и стационарном секторах, реабилитационных учреждениях и в некоторых случаях с аптеками была создана программа интегрированной медицинской помощи. Распространение этой программы было не очень быстрым, так как законом было предусмотрено выделение средств на интегрированные программы из секторальных бюджетов, что на практике оказалось невыполнимым. Для исправления сложившейся ситуации страховщикам было разрешено заключение контрактов напрямую и выборочно с различными поставщиками, начиная с 2004 года. Около 1% от секторального бюджета было зарезервировано

для данной программы, что позволяет страховщикам удерживать до 1% от больничных и амбулаторных счетов. Однако если страховщики не инвестируют эти деньги в проекты по интегрированной медицинской помощи в течение 3 лет, выделенные средства должны быть возвращены стационарному и амбулаторному секторам.

К новым формам относится также программа наблюдения у врачей общей практики, запущенная в связи с реформой здравоохранения 2004 года, а также специальные амбулаторные услуги, основанные на селективных контрактах со страховщиками и предоставлении высокоспециализированной амбулаторной помощи в стационарах (с 2004 года).

В Германии медицинские учреждения и врачи частной практики обязаны организовывать систему управления качеством, поддерживать непрерывное медицинское образование для всех врачей. Институт качества и эффективности, основанный в 2004 году, проводит оценку медицинских технологий для лекарственных средств и процедур. Стационары проходят добровольную аккредитацию. Для больниц скорой медицинской помощи существует система обязательной отчетности по вопросам качества. В рамках этой системы существует более 150 показателей, оцениваемых для 30 медицинских состояний, которые затрагивают около 1/6 всех стационарных больных. Каждая больница получает затем индивидуальный отзыв. С 2007 года около 30 показателей обязательно публикуются в годовых отчетах по качеству для каждого стационара.

В 2008 году было начато экспериментальное использование электронной карты пациента в семи регионах Германии. Планируется, что данная мера позволит значительно улучшить качество медицинской помощи, однако оценить затраты-эффективность данного нововведения пока достаточно сложно [6].

Меры по улучшению эффективности затронули и лекарственные препараты. С 2004 года все препараты, оригинальные и дженерики, компенсируются по справочной цене, если не доказаны дополнительные преимущества препарата. Начиная с 2008 года, Институт качества и эффективности оценивает затраты-эффективность препаратов, тем самым оказывая воздействие на цены.

## Обеспечение населения лекарственными средствами

В некотором отношении регулирование фармацевтического рынка в Германии осуществляется достаточно просто по сравнению с другими странами OECD. В Германии нет прямого регулирования цен производителя, и аккредитованные медицинские препараты подлежат быстрой компенсации (если они не в черном списке). Таким образом, нет необходимости по сравнению с другими странами попадания препарата в «положительный» список для получения компенсации, что обеспечивает легкий и быстрый доступ к новому лекарственному средству.

Однако существует косвенное регулирование лекарственных средств, для которых существуют препараты замены, это регулирование заключается в наличии справочной цены, по которой страховщиками проводится определение величины компенсации. Не все меры по контролю расходов обоснованы и рациональны. Это касается, в частности, побуждения фармацевтов и врачей к участию в мероприятиях по сдерживанию расходов, а также чисто фискальных и часто временных мер — таких, как ценовой мораторий и увеличение глобальных скидок, которые фармацевтические компании или фармацевты предоставляют страховщикам. Новые меры иногда провоцировали к ответным действиям участников рынка, в свою очередь, приводя к новым реформам со стороны правительства для нейтрализации непредвиденных побочных эффектов. К тому же временные меры по ценовому регулированию по истечению срока действия привели к значи-

тельному росту расходов, как, например, случилось при увеличении скидки на фармацевтические препараты для страховщиков с 6 до 16% в 2004 году. Данное увеличение вызвало рост расходов на медикаменты на 16,8% в 2005 году [13].

Хотя меры по сдерживанию затрат возымели свое действие, предотвратив более высокий рост расходов в последние годы, остается простор для дальнейших экономических мер в виде более эффективной ценовой конкуренции и более эффективного режима назначения препаратов. Справочная цена эффективна в отношении определения максимальной стоимости для групп препаратов, однако по некоторым данным эта мера приводит к снижению ценовой конкуренции ниже величины справочной цены. Причем в других странах, например, в Швеции или Великобритании, цены дженериков намного ниже, чем в Германии.

К сдерживающим средствам относятся также региональные целевые соглашения между страховщиками и ассоциациями врачей, которые определяют норму расходов для врачей на выписываемые медикаменты. Соблюдение норм контролируется исполнительными комитетами, сформированными из страховщиков и врачебных ассоциаций. Правило bonus-malus введено в 2001 году для контроля превышений для наиболее затратных групп препаратов. Если врач выписывает больше установленной нормы, то величина обратного возврата составит от 20 до 50% в зависимости от величины превышения. В случае, если фактические расходы оказываются меньше запланированных, врачебным ассоциациям выплачивается бонус, который распределяется между самыми эффективно назначающими врачами. Медикаменты, которые подпадают под правило bonus-malus, не подлежат регулированию целевыми региональными соглашениями или контролю эффективности.

Согласно правилу aut-idem, введенному в 2002 году, фармацевты должны замещать выписываемые медикаменты на более дешевые аналоги с тем же активным веществом, если назначение не исключает данной возможности. Правило касательно импортируемых препаратов заключается в том, что аптеки обязаны выдавать пациентам импортируемые медикаменты, если их стоимость на 15% или на 15 евро меньше предписанного препарата. Аптеки предоставляют скидки страховщикам в размере 2,3 евро на все лекарства, отпускаемые по рецепту. Фармацевтические компании предоставляют страховщикам скидки в размере 6%. Пациенты оплачивают 1% от цены медикаментов самостоятельно, минимальная сумма составляет 5, а максимальная 10 евро. Разделение затрат ограничено максимальной суммой в 2% от годового заработка брутто и в 1% для пациентов с хроническими заболеваниями. Кроме того, присоединение пациентов к мерам по сдерживанию расходов стимулировало конкуренцию на рынке дженериков, что привело к значительной экономии средств. Реформа позволила страховщикам отменить доплаты для тех пациентов, которые выбирают медицинские препараты со стоимостью на 30% ниже справочной цены, что стимулировало многих производителей к снижению цен [14,4].

* * *

В целом анализ развития системы здравоохранения Германии показывает, что на протяжении последних десятилетий в этой стране сохраняется необходимость в проведении глубоких преобразований в отрасли. Основным направлением реформирования национальной системы здравоохранения является создание механизмов сдерживания затрат и увеличения эффективности использования ресурсов. Опыт Германии также показывает, что и в развитых странах здравоохранение остается предметом конфликта между рыночной конкуренцией и государственным регулированием.

## Литература


**1.** *Altenstetter C. and Busse Reinhard* Healthcare reform in Germany (working title). http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/ResearchNetworks/EHPGOCTOBER 2001/paper1oct01.pdf

**2.** *Blümel M., Busse R.* Disease management programms? Time to evaluate//Survey. — 2009. — № 13. http://www.hpm.org.

**3.** *Brandt N.* Moving towards more sustainable healthcare financing in Germany// Economics Department Working Paper. — 2008. — № 612.

**4.** *Busse R.* Interesting times in german health policy//Eurohealth. — 2001. — V. 7. — № 2. — P. 7–8.

**5.** *Busse R.* The health system in Germany//Eurohealth. — 2008. — V. 14. — № 1. — P. 5–6. http://www.euro.who.int/document/obs/Eurohealth14_1.pdf/

**6.** *Dittrich K., Blum K.* eCard — developments in Germany//Survey. — 2008. — № 11. http://www.hpm.org/survey/de/b11/1.

**7.** *Ginneken E., Busse R.* Mandatory health insurance enacted//Survey. — 2009. — № 13. http://www.hpm.org/survey/de/a13/1.

**8.** *Lisac M. and Schlette S.* Health care reform in Germany: is Bismarck going Beveridge?//Eurohealth. — 2006. — V. 12. — № 3. — P. 31–32.

**9.** *Ognyanova D., Busse R.* Health fund now operational//Survey. — 2009. — № 13. http://www.hpm.org/survey/de/a13/3.

**10.** *Schang L.* Morbidity-based risk structure compensation//Survey. — 2009. — № 13. http://www.hpm.org/survey/de/b13/1

**11.** *Schmidt U.* How sustainable is a market-based approach to the German health system?//Euro Observer. — 2005. — V. 7. — № 1. — P. 1–3.

**12.** *Schoen C. et al.* Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences In Seven Countries//Health Affairs. — 2007. — V. 26. — № 6. — P. 717–734.

**13.** *Schwabe U., Paffrath D.* Arzneiverordnungs-Report 2006, Heidelberg.

**14.** *Schwabe U., Paffrath D.* Arzneiverordnungs-Report 2007, Heidelberg/

**15.** World Health Organization. World Health Statistics 2007. — Geneva, World Health Organization, 2007. Available at: http://www.who.int/whosis/whostat2007/ /en/index.html


*UDC 614.2*

*Solodkiy V.A., Perkhov V.I., Stebunova R.V.* ***Overview of the healthcare reforms in Germany in the last 20 years*** *(Federal Research Russian Center of rentgenoradiology of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow)*

***Abstract.*** Every state has its public health care sector. This sector links together with healthcare public expenditures and delivery of health care. Current health and healthcare system indicators in Russian federation stipulate the urgent need to improve availability and quality of health care through enhancement of legislation in healthcare sector and increase of financing in terms of modernization and reform programs. In these circumstances history and results of healthcare reforms in other countries could be relevant. This article examines milestones of German healthcare system's development. Despite substantial funding the main strategy in resource management is cost-containment and cost-effectiveness mechanisms. Healthcare system in Germany and other developed countries is still a subject of debates between market and public regulation of the system.

***Keywords:*** *foreign healthcare systems, healthcare reform, health care organization, cost-effectiveness in healthcare, system of health insurance, market relations in healthcare.*

**А.А. Старченко,**
д.м.н., профессор, Президент НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», сопредседатель Комитета независимой экспертизы НП «Национальная медицинская палата», член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, alexstarchenko@mail.ru

# ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПЛАТНЫЕ РОДЫ: ПРОДОЛЖЕНИЕ ДИСКУССИИ

В втором номере журнала «Менеджер здравоохранения» за 2009 год был опубликован материал Ф.Н. Кадырова «Запретят ли платные услуги в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения?».

Проанализировав указанный редакционный материал, мы подготовили статью «Решение Общественного совета по защите прав пациентов Росздравнадзора и страховщиков по вопросу права на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения», опубликованную в восьмом номере за 2009 год, где нами была высказана сомнительность существования конкретной платной услуги «индивидуальное ведение родов».

В следующем, девятом номере журнала за 2009 год был опубликован очередной отклик на дискуссию — статья главного врача одного из родильных домов Санкт-Петербурга Г.В. Гриненко «Платные услуги по родовспоможению: запретить, переведя их «в тень», или регламентировать?», в которой автором были сформулированы следующие аргументы, которые базировались на личном практическом опыте автора по организации оказания помощи беременным, роженицам и родильницам.

Главным лейтмотивом статьи был аргумент: «Что касается индивидуального ведения родов, то данная услуга не предусмотрена Программой государственных гарантий и оказывается сверх нее».

Не обладая правом монопольного толкования действующего законодательства, в декабре 2009 года мы оформили запрос в Министерство здравоохранения и социального развития РФ с просьбой разъяснить вопрос принадлежности индивидуальных родов к Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Ответ, по существу, был получен только после обращения к Президенту РФ.

В запросе на имя Президента РФ было указано следующее: «Постановлением Правительства РФ от 5 декабря 2008 г. № 913 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год» в 2009 году было предусмотрено:

© А.А. Старченко, 2011 г.

«За счет средств обязательного медицинского страхования финансируется базовая программа обязательного медицинского страхования как составная часть Программы, которая включает первичную медико-санитарную, в том числе неотложную, и специализированную, за исключением высокотехнологичной, медицинскую помощь, предусматривающую также обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации в следующих случаях:

— беременность, роды, послеродовой период и аборты».

Постановлением Правительства РФ от 2 октября 2009 г. № 811 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год» также в 2010 году и аналогично в 2011 году предусмотрено:

«За счет средств обязательного медицинского страхования финансируется базовая программа обязательного медицинского страхования как составная часть Программы, которая включает первичную медико-санитарную, специализированную, за исключением высокотехнологичной, медицинскую помощь, предусматривающую также обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации в следующих случаях:

— беременность, роды, послеродовой период и аборты».

В связи с многочисленными обращениями граждан в Общественный совет по защите прав пациентов при Росздравнадзоре со ссылкой на указанные постановления об обеспечении гарантий гражданам бесплатной медицинской помощи прошу:

**1)** разъяснить: «Включена ли медицинская помощь (услуга) «индивидуальное ведение родов» в базовую программу обязательного медицинского страхования в разделе «беременность, роды, послеродовой период и аборты»?

**2)** если услуга «индивидуальное ведение родов» не включена, то прошу разъяснить: какая медицинская услуга является ее бесплатной альтернативой — «коллективное ведение родов»?;

**3)** если не включена, то прошу указать признаки услуги «индивидуальное ведение родов» как дополнительной медицинской услуги в соответствии с нормой статьи 20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан: «Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь: «Граждане имеют право на дополнительные медицинские услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации».

***Ответ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.05.11 № 10-4/329396-15 содержит следующее:***

*«Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения, рассмотрев Ваше обращение, поступившее в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации из Управления Президента Российской Федерации по работе с обращениями граждан и организаций, в связи необходимостью разъяснений некоторых аспектов применения термина «индивидуальное ведение родов» к базовой программе медицинского страхования, в части компетенции сообщает следующее.*

*Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования.*

*В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются*

*первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь, в том числе при беременности, родах, послеродовом периоде, абортах, а также при отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период.*

*Современные принципы ведения родов сводятся к следующему: оценке степени акушерского и перинатального риска накануне родов, осуществлению выбора стационара для родоразрешения, определению адекватного метода родоразрешения, мониторному контролю в родах за состоянием матери и плода, ведению партограммы, адекватному обезболиванию родов, бережному оказанию пособия в родах, проведению мероприятий по профилактике кровотечения в родах, оценке состояния ребенка при рождении и при необходимости своевременному оказанию помощи новорожденному, скрининговой оценке плода при рождении, раннему прикладыванию ребенка к груди матери.*

*Соответственно вышеперечисленные мероприятия не могут быть проведены без учета индивидуальных особенностей организма беременной, индивидуальной интерпретации результатов лабораторных и функциональных методов исследований, составления и реализации индивидуального плана ведения родов. Поэтому ведение родов в каждом конкретном случае является индивидуальным комплексом медицинских манипуляций и процедур.*

*При обзорном рассмотрении договоров существующего рынка услуг добровольного медицинского страхования в части оказания акушерско-гинекологической помощи можно говорить о сложившейся практике применения термина «индивидуальное ведение родов». Под ним подразумевается оказание дополнительных услуг, в основном сервисного плана, сверх Программы государственных гарантий. То есть акушерские стационары могут предоставлять дополнительные услуги, например, пребывание в одноместных палатах повышенной комфортности, индивидуальное питание с учетом конфессиональных предпочтений роженицы, роды в индивидуальных родильных залах, совместное круглосуточное пребывание мужа (или другого близкого человека) в послеродовых «семейных» палатах вплоть до самой выписки из родильного дома, и так далее — то, что создается и оснащается за счет внебюджетных или спонсорских средств и не предусмотрено оплатой по ОМС».*

Из этого ответа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.05.11 № 10-4/329396-15 следует:

**I.** Ведение родов не может быть проведено без учета индивидуальных особенностей организма беременной, индивидуальной интерпретации результатов лабораторных и функциональных методов исследований, составления и реализации индивидуального плана ведения родов. Поэтому ведение родов в каждом конкретном случае является индивидуальным комплексом медицинских манипуляций и процедур:

— оценка степени акушерского и перинатального риска накануне родов,

— осуществление выбора стационара для родоразрешения,

— определение адекватного метода родоразрешения,

— мониторный контроль в родах за состоянием матери и плода,

— ведение партограммы,

— адекватное обезболивание родов,

— бережное оказание пособия в родах,

— проведение мероприятий по профилактике кровотечения в родах,

— оценка состояния ребенка при рождении,

— своевременное оказание помощи новорожденному,

— скрининговая оценка плода при рождении,

— раннее прикладывание ребенка к груди матери, ***которые включены в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.***

**А.** Указанный «индивидуальный комплекс медицинских манипуляций и процедур» содержит полный стандарт нормальных родов, утвержденный Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.06.1999 № 2510/6690-99-32 «Нормальные роды. Определение, стандарт медицинской помощи», где указано:

**1.** «По определению ВОЗ «Нормальные роды» — это спонтанные роды при сроке беременности 37–42 недели в головном предлежании с низким риском начала и течения всего родового процесса. После родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии. Для матери этот период завершается благополучным отделением плаценты и хорошим состоянием в течение 2 часов после родов. Для ребенка этот период завершается первичной обработкой и передачей его под наблюдение неонатолога или детской медицинской сестры. Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах должна соответствовать 7 баллам и более. У ряда беременных высокого риска роды могут протекать в соответствии с вышеописанным определением и их следует относить к нормальным родам.

**2.** Стандарт акушерской помощи при нормальных родах включает следующий объем: сбор анамнеза; осмотр на педикулез; стрижка ногтей; гигиенический душ; измерение температуры тела, массы и длины тела, АД на обеих руках; подсчет пульса; общее обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварительной и мочевыделительной систем; осмотр молочных желез; измерение наружных размеров таза; наружное и влагалищное акушерское исследование; аускультация сердцебиения плода (кардиотокограмма при наличии возможности); определение группы крови и Rh-фактора; определение уровня гемоглобина; кипячение мочи или анализ мочи на белок; гемостазиограмма (при отсутствии возможности — протромбиновый индекс, время свертывания и кровотечения, число тромбоцитов); анализ крови на RW, ВИЧ; при наличии возможности — анализ крови на HBS Ag и антитела к вирусу гепатита С и ультразвуковое исследование матки и плода. Если беременная в женской консультации не наблюдалась, при поступлении ее на роды проводится максимально возможное для данного родовспомогательного учреждения обследование.

**3.** Концепция нормальных родов предусматривает минимальный перечень медицинских процедур в процессе родов, который включает: применение спазмолитических и обезболивающих средств по показаниям; амниотомию при полном или почти полном открытии шейки матки или плоском плодном пузыре; профилактику кровотечения у рожениц; оказание ручного пособия при рождении плода в головном предлежании; рассечение промежности по показаниям; выведение мочи после рождения ребенка; отделение новорожденного от матери (клеммирование и рассечение пуповины); первичный туалет новорожденного; массаж матки через брюшинные покровы после выделения последа; осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища после родов, зашивание разреза промежности; наблюдение в течение 2 часов и осмотр врача перед переводом в послеродовую палату. Перечисленные профилактические мероприятия позволяют в ряде случаев избежать осложнения в родах у беременных, относящихся к группе высокого риска.

**4.** Нормальные роды проводятся в акушерском стационаре, обеспеченном всеми условиями для оказания помощи в родах, поскольку в любой момент могут возникнуть осложнения. На родах возможно присутствие мужа, прошедшего соответствующую подготовку, или близких родственников с разрешения врача при отсутствии у них инфекционного заболевания (ОРЗ и др.).

Таким образом, даже так называемые нормальные роды не могут быть предметом платных услуг, так как стандартный комплекс их осуществления в соответствии с Письмом МЗ и СР РФ включен в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

**Б.** Указанный в ответе МЗ и СМР РФ «индивидуальный комплекс медицинских манипуляций и процедур» содержит также стандарт действий при оказании акушерской помощи и при акушерской патологии, которая перечислена в Порядке оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденном Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н:

«*25.* С целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью беременных женщин, рожениц и родильниц органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации разрабатывают территориальный порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, позволяющий предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами учреждений здравоохранения.

*25.1.* Показаниями для госпитализации беременных женщин в акушерские стационары первой группы (низкая степень риска) являются:

— отсутствие экстрагенитальной патологии у беременной женщины;

— отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (гестоз, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода);

— головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;

— отсутствие в анамнезе у женщины эпизодов анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;

— отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в учреждения здравоохранения второй и третьей группы в плановом порядке.

*25.2.* Показаниями для госпитализации беременных женщин в учреждения здравоохранения второй группы (средняя степень риска) являются:

— пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;

— компенсированная патология дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

— увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

— миопия I и II степени без изменений на глазном дне;

— хронический пиелонефрит без нарушения функции;

— инфекции мочевыводящих путей вне обострения;

— заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

— переношенная беременность;

— предполагаемый крупный плод;

— анатомическое сужение таза I–II степени;

— тазовое предлежание плода;

— низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании, в сроке 34–36 недель;

— мертворождение в анамнезе;

— многоплодная беременность;

— кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

— рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при

отсутствии признаков несостоятельности рубца;

— беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

— многоводие;

— преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности госпитализации в учреждение здравоохранения третьей группы (высокой степени риска);

— задержка внутриутробного роста плода I–II степени.

*25.3.* Показаниями для госпитализации пациенток в учреждения здравоохранения третьей группы (высокая степень риска) являются:

— преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

— предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании, в сроке 34–36 недель;

— поперечное и косое положение плода;

— преэклампсия, эклампсия;

— холестаз, гепатоз беременных;

— кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;

— рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;

— беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III–IV степени при предыдущих родах;

— задержка внутриутробного роста плода II–III степени;

— изоиммунизация при беременности;

— наличие у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции;

— метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

— водянка плода;

— тяжелое много- и маловодие;

— заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);

— тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;

— заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

— диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

— заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

— заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

— эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

— заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);

— заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

— заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);

— миастения;

— злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

— сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

— перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

— прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки»

Таким образом, даже так называемые патологические роды не могут быть предметом платных услуг, так как стандартный комплекс их осуществления в соответствии с Письмом МЗ и СР РФ включен в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

**II.** Услуга под наименованием «Индивидуальное ведение родов» — это «оказание дополнительных услуг, в основном сервисного плана, сверх программы государственных гарантий», то есть представляет собой не дополнительную медицинскую услугу, а в соответствии с нормой статьи 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан — «иную услугу»: «пребывание в одноместных палатах повышенной комфортности, индивидуальное питание с учетом конфессиональных предпочтений роженицы, роды в индивидуальных родильных залах, совместное круглосуточное пребывание мужа (или другого близкого человека) в послеродовых «семейных» палатах вплоть до самой выписки из родильного дома».

**III.** Оснащение и оборудование для оказания немедицинской сервисной услуги по индивидуальному ведению родов приобретается «за счет внебюджетных или спонсорских средств, и не предусмотрено оплатой по ОМС».

Напомним, что МЗ и СР РФ в Письме от 16 июля 2007 г. № 15-4/1360-09 «Об оказании платных услуг во время беременности и родов» предупреждает: «В настоящее время в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, участились случаи оказания платных медицинских услуг беременным, роженицам и родильницам.

Согласно ст. 41 Конституции Российской Федерации, ст. 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1, медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. Объем бесплатной медицинской помощи определяется Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утверждаемой ежегодно Правительством Российской Федерации.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 286 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год» амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь при беременности, патологии беременности, родах и абортах, стационарная помощь в период новорожденности, а также лекарственная помощь при оказании скорой медицинской и стационарной помощи гражданам Российской Федерации предоставляется бесплатно».

Таким образом, взимание платы с граждан при оказании акушерской помощи возможно исключительно за сервисные, «немедицинские» услуги при условии приобретения оборудования и оснащения для их оказания за счет внебюджетных, спонсорских средств, вне системы ОМС.

*От редакции:*

**Наш журнал активно участвует в освещении хода принятия основных законодательных актов, связанных со здравоохранением. Сегодня внимание медицинской общественности привлечено к проекту Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Бурное обсуждение законопроекта вылилось в противостояние части общественных организаций с Минздравсоцразвития России. Но в последнее время наметилось некоторое сближение позиций сторон по ряду вопросов.**

*Шеф-редактор Н.Г. Куракова*

## В ЗАКОНЕ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ» ВЫСТРОЕНА СИСТЕМА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ПОЛНОСТЬЮ ОЦЕНИТЬ СТОИМОСТЬ ДЛЯ ГОСУДАРСТВА ВСЕЙ СОВОКУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Замглавы Минздравсоцразвития РФ Вероника Скворцова назвала предложения экспертов НМП и ОНФ к законопроекту «Об основах охраны здоровья граждан РФ», на которые ее ведомство уже обратило внимание и готово включить в текст закона. В частности, она сказала: «Основное предложение, которое поддерживает Минздрав, касается внесения изменений по качеству медпомощи. Тема качества идет красной линией через весь закон. В понятийном аппарате есть отдельная статья — экспертиза качества, контроль и надзор. Специальная статья — по контролю качества и безопасности. Формально вопросы качества звучат на страницах документа. Но необходимо рационально поставить на этом акцент, судя по предложениям. При этом не нужно выписывать отдельный принцип, а нужно включить его в принцип доступности и качества».

Она добавила, что Минздрав согласен с экспертами Медицинской палаты: врачебная тайна должна существовать не только при жизни, но и после смерти человека. «С помощью медицинского сообщества мы хотим предоставить гражданам необходимый минимум качественных медицинских услуг, при этом чтобы необходимые медстандарты не превышали минимальную сумму финансовых затрат. Деньги идут вслед за больным, и гибкие механизмы позволяют подстраиваться под качество», — заключила она.

При этом В. Скворцова подчеркнула, что, говоря о поправках, не следует гнаться за количеством услуг, которые государство сможет пообещать свои гражданам на бесплатной основе: «в законе выстроена система, позволяющая полностью оценить стоимость для государства всей совокупности медицинских услуг, при этом задать стандарты качества». Она добавила, что не следует включать в закон стандарты, «которые государство не сможет обеспечить, и тогда возникнет «двойная мораль».

*Источник: http://www.sro-rossii.ru*

## ЗАКОН «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ» СОЗДАЕТ БОЛЕЕ КОМФОРТНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ЖИЗНИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ

Об этом заявила 8 сентября 2011 г. председатель Комитета Госдумы по охране здоровья Ольга Борзова. «Законопроектом будут предусмотрены льготы по компенсации оплаты коммунальных услуг для медицинских работников, проживающих в сельской местности. Кроме того, на прошедшей 5-го сентября в Череповце Межрегиональной конференции партии «Единая Россия» по развитию стратегии северо-запада России Премьер-министр В.В. Путин предложил выплачивать по 1 млн. рублей «подъемных» врачам, приезжающим работать на село, с условием, что они проработают там пять лет. Эти новации помогут обеспечить сельское здравоохранение достойными кадрами, а сельских жителей — качественной медицинской помощью».

Председатель комитета отметила, что для обеспечения отрасли здравоохранения квалифицированными работниками важно отладить систему подготовки и переподготовки кадров, отрегулировать образовательный процесс: «Образовательный процесс — это и доступ к получению медицинского образования, и непрерывность обучения, и финансовая и техническая база, и применение информационных технологий во время обучения, и ряд других составляющих.

В законопроекте содержится отдельная глава, в которой полностью прописывается механизм новой системы подготовки кадров, — отметила О. Борзова. Законопроектом вводится система непрерывного медицинского образования. Появляется понятие «аккредитация медицинских и фармацевтических работников» вместо сертификации, которая была у нас принята до того. Фактически вводится система допусков каждого специалиста к конкретным видам деятельности. Законопроектом предусмотрено, что повышение квалификации медицинских работников будет обязательным в течение всей трудовой деятельности, не реже 1 раза в 5 лет.

«Внедрение системы расширения перечня персональных профессиональных допусков позволит совершенствовать не только теоретические знания, но и практических навыки и умения специалистов, — считает глава комитета. — А практическая подготовка особенно важна. Напомню, что с сентября 2011 года студенты медицинских вузов начали учиться по новым стандартам — стандартам третьего поколения, в которых уже с первого курса предусматривается практическая подготовка, максимально сконцентрированная на последние два года обучения».

Ко второму чтению существенно дополнена статья «Права медицинских и фармацевтических работников и меры их социальной поддержки». Так, согласно внесенным дополнениям, «работодатель обязан за счет своих средств обеспечивать профессиональную подготовку и переподготовку кадров, повышение квалификации работников, обеспечивать обучение и переобучение работников в случае утраты ими здоровья, увольнения по сокращению штата или изменения штатного расписания либо в связи с ликвидацией медицинской организации», — подчеркнула О. Борзова.

*Источник: ER.RU*

## ЗАКОНОПРОЕКТ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН» ДОЛЖЕН НАЧАТЬ ДЕЙСТВОВАТЬ С 2012 ГОДА

«Мы надеемся, что Госдума в ближайшее время примет новый закон об основах охраны здоровья граждан, и со следующего года мы будем работать в рамках нового законодательного поля», — сказала министр на съезде «Единой России» в Москве.

По мнению главы ведомства, необходимо развивать законодательство в сфере фармацевтического обеспечения. «В настоящее время у нас нет собственной фармацевтической промышленности в том виде, в котором мы бы хотели ее иметь. И это не вопрос лекарств, это вопрос любой другой сферы промышленности», — отметила Татьяна Голикова.

Кроме этого, министр затронула тему обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации. «В ближайшее время Правительство внесет в Думу законопроект о внесении изменений в бюджет 2011–2013 годов. Там будет существенно увеличен объем финансирования, который направляется на приобретение технических средств реабилитации инвалидов», — цитирует Татьяну Голикову пресс-служба ведомства.

*Источник: официальный сайт Минздравсоцразвития России*

## РОССИЯ НЕ ГОТОВА К ВВЕДЕНИЮ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Об этом заявил Леонид Рошаль, выступая на «круглом столе» Комитета Госдумы по охране здоровья на тему «Разграничение полномочий в здравоохранении. Профессиональные медицинские ассоциации (Палаты). Саморегулируемые организации в здравоохранении» 8 сентября 2011 г.

«Никто не рекомендует саморегулирование профессиональной деятельности вводить сегодня. Ни одна медицинская ассоциация палата и т.д. к этому не готова», — подчеркнул он. Но зарубежный опыт показал, что такой механизм может успешно действовать, отметил Л. Рошаль. В Германии, Франции и некоторых других странах, в которых государство передало функции профессиональной деятельности профессиональным ассоциациям (Палатам), врачами довольны 80% населения, подчеркнул он. «Это путь, по которому российское здравоохранение должно развиваться».

Что касается вопроса о разграничении полномочий между региональным и муниципальным здравоохранением, Л. Рошаль отметил, что региональные власти по-разному отвечают на него. Одни губернаторы говорят, нужно их отдавать на уровень субъекта, другие, что этого делать не нужно. Он напомнил, что в Конституции говорится о здравоохранении государственном и муниципальном. С введением нового закона фактически речь идет о ликвидации муниципального здравоохранения, отметил Л. Рошаль. Он предложил представителям медицинского сообщества оценить все плюсы и минусы передачи ответственности на уровень регионов.

*Источник: ER.RU*

## ЕСТЬ ЛИ АЛЬТЕРНАТИВЫ КВОТИРОВАНИЮ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕТ

В Минздравсоцразвития заканчиваются годовые квоты на получение высокотехнологичной медицинской помощи в более 20 важнейших областях медицины, среди которых гастроэнтерология, акушерство, гинекология, нейрохирургия и др. К середине августа квоты были исчерпаны на 80%. В больницах и благотворительных фондах рассказывают, что операции переносятся на срок от трех до шести месяцев, а пациентов предупреждают, что срочно лечить их будут только за их же деньги. Ситуацию прокомментировал первый проректор НИУ ВШЭ, соруководитель экспертной группы по обновлению «Стратегии-2020» «Здоровье и среда обитания» Лев Якобсон: «Нужно понимать, что Минздрав распределяет квоты в связи с заявленной потребностью, которая формируется по жизненно важным показаниям. Довольно трудно в начале года рассчитать, что произойдет в том или ином квартале, поэтому определенные расхождения неизбежны. Выход — увеличение финансирования высокотехнологичной медицинской помощи. Но стоит отметить, что это составная часть более широкой темы — разрывов между ресурсами системы здравоохранения и широкими социальными обязательствами, которые провозгласило наше государство.

Экспертная группа по здравоохранению «Стратегии-2020» высказывается в пользу системы соплатежей, которая будет распространяться не на высокотехнологичную помощь, а на нераспространенные пока инновации в сфере медицинской помощи (принципиально новые лекарства, процедуры), то есть на то, что только внедряется в практику здравоохранения. По отношению к высокотехнологичной медицинской помощи такая система была бы просто неверной. Следует различать высокотехнологичную медицинскую помощь и нераспространенные инновации в системе здравоохранения. На первую устанавливается квотирование, потому что такая помощь является недостаточной. В отношении инновационных продуктов в здравоохранении мы предлагаем систему соплатежей потому, что это еще необычно для нас: это то, что только внедряется, и применять эти технологии может лишь небольшое число врачей. Поэтому, по нашему мнению, соплатежи в этой сфере вполне целесообразны и справедливы».

*Источник: РИА «Новости»*

# ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТОВ В ЛПУ: ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ

**Эта проблема обсуждалась на круглом столе, организованном Ассоциацией международных производителей медицинских изделий IMEDA, с участием главного внештатного специалиста, эпидемиолога Минздравсоцразвития РФ Н.И. Брико**

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) приобретает все большую медицинскую и социальную значимость для всех без исключения национальных систем здравоохранения. Уровень смертности в группе госпитализированных и приобретших внутрибольничные инфекции в 8–10 раз превышает данный показатель среди госпитализированных без внутрибольничных инфекций. Согласно исследованиям, в структуре ВБИ, выявляемых в крупных многопрофильных лечебно-профилактических учреждениях, первое место по распространению занимают гнойно-септические инфекции. На втором месте — кишечные инфекции, на третьем — гемоконтактные вирусные гепатиты B, C, D, далее идут острые респираторные инфекции, дифтерия, туберкулез и др. Ущерб от внутрибольничной заболеваемости складывается из удлинения времени пребывания больных в стационаре, роста летальности, материальных потерь, а также из социальной дезактивации (пребывание вдали от семьи, невозможность временно или полностью вести трудовую деятельность, инвалидизация и пр.)

В Европейском Союзе ежегодно регистрируются 4,1 млн. случаев заражения персонала и пациентов (что составляет 7,7%) внутрибольничной инфекцией, из которых 37 тыс. заканчиваются летальным исходом. В США эта цифра в 2007 году достигла 99 тыс. (данные Центра по контролю и предотвращению заболеваний США). Наиболее частые вспышки ВБИ (у 10% больных) наблюдаются в Юго-Восточной Азии (по данным ВОЗ).

Согласно официальной статистике, ежегодно в Российской Федерации регистрируется от 50 до 60 тыс. случаев внутрибольничной инфекции (ВБИ), однако, по расчетным данным, эта цифра в 40–50 раз выше. В результате выборочных исследований выяснилось, что ВБИ переносят до 8% российских пациентов, то есть до 2,5 млн. человек в год. Преимущественно внутрибольничные инфекции регистрируются в роддомах (34,1%) и хирургических стационарах (28,7%). По оценкам экспертов, минимальный экономический ущерб в России, наносимый ВБИ, ежегодно составляет 5 млрд. рублей.

В структуре профессиональных болезней российских медработников первое место стабильно занимают именно инфекционные заболевания, составляя в среднем 80,2% (12% приходится на аллергические заболевания и 6% — на заболевания опорно-двигательной системы). Минимальный экономический ущерб ежегодно оценивается в 5 млрд. рублей.

Сегодня в России предпринимаются попытки унифицировать формы учета и разработать полную номенклатуру ВБИ, соответствующую требованиям Всемирной организации здравоохранения. Однако отсутствие четких нормативных документов,

необязательность применения ГОСТов не позволяет добиться сколь-нибудь заметных результатов. Очевидно, что государственный масштаб проблемы требуют разработки на федеральном и региональных уровнях целевых программ, предусматривающих комплекс мероприятий по профилактике инфекций. Поэтому особый интерес представляет международный опыт решения проблемы.

Основой международных стандартов безопасности являются глубокая и детальная проработка вопросов безопасности, адаптированных к каждой конкретной сфере здравоохранения. Эти стандарты формализуются в конкретных документах — методических рекомендациях и законах каждой страны.

Успешная практика по совершенствованию нормативно-правовой базы уже на протяжении многих лет существует в США. Первые действия государства в этом направлении были предприняты еще в 1987 году, когда Центр по контролю и предотвращению заболеваний США (CDC) выпустил первый документ, направленный на предупреждение распространения ВИЧ среди медперсонала. В 1997 был представлен первый федеральный законопроект по защите медицинских работников (Health Care Worker Protection Act), который через год приняло уже 20 штатов. В 2000 году был принят закон Needlestick Safety and Prevention Act (Безопасность использования игл и предупреждение травм). В 1997 году CDC совместно с Американским агентством по международному развитию (USAID) разработали первый международный документ, регламентирующий порядок проведения предупреждающих действий для снижения риска возникновения внутрибольничных инфекций.

В последнее время на международном уровне активно внедряются технологии, минимизирующие влияние человеческого фактора на распространение ВБИ, а также устанавливающие объективные, современные методы контроля над ситуацией. К примеру, специальные стерилизационные системы, системы мониторинга и контроля качества стерилизации, контроля чистоты рук медперсонала, использование одноразового хирургического белья и инструментария. Однако эти устройства не находят широкого распространения в России.

В июне 2011 года участники Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению приняли резолюцию «Условия и безопасность работы медицинского персонала» (см. МЗ. — №7. — С. 64–69). Она содержит замечания о необходимости совершенствовать нормативно-правовую базу, регламентирующую вопросы безопасности условий труда и охраны здоровья медицинских работников. В ней отмечается, что «единственным путем решения проблемы сдерживания формирования и распространения множественно устойчивых внутрибольничных штаммов микроорганизмов является реализация комплекса мероприятий по существенному повышению качества микробиологической диагностики, внедрению политики разумного применения антибиотиков, а также по совершенствованию инфекционного контроля и госпитальной гигиены».

Участники круглого стола также были единодушны в понимании первоочередных задач решения проблемы ВБИ, среди которых: оценка ситуации с инфекционной безопасностью в ЛПУ, укрепление эпиднадзора за аварийными ситуациями, апробация новых методов защиты персонала, регулярное анонимное интервьюирование персонала ЛПУ, внедрение электронной системы регистрации травм медперсонала.

Эксперты выразили надежду, что региональные программы здравоохранения будут предусматривать средства не только на выполнение капремонта зданий и закупку нового оборудования, но и на разработку системы управления рисками и менеджмента качества в сфере оказания медицинских услуг, а также на внедрение новых методов профилактики ВБИ.

*Наталия Куракова*

**А.А. Старченко,**
д.м.н., профессор, президент НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», сопредселатель Комитета независимой экспертизы НП «Национальная медицинская палата», член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, alexstarchenko@mail.ru

# ПЕРЕЧЕНЬ И ПОСЛЕДСТВИЯ НЕИСПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ПРИНЯТЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) 05.08.2011 в адрес директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) направлено письмо № 3055/30-2 с констатацией факта отсутствия на 1 июня 2011 года в договорах на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенных между страховыми медицинскими организациями (СМО) и медицинскими организациями (МО), перечней штрафных санкций в 24 субъектах Российской Федерации.

При этом ФОМС сообщает директорам ТФОМС, что в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ страховая медицинская организация и медицинская организация заключают договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, который содержит взаимные права, обязанности и ответственность сторон за нарушение условий договора. Частью 2 статьи 41 Федерального закона предусмотрено, что взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты иди неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) установлен Приказом Федерального фонда обязательного медицинскою страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», зарегистрированным Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2011 (далее Перечень).

На основании этого пассажа ФОМС делается интересный вывод: «Таким образом, в рамках заключенного договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Перечнем должны быть определены последствия неисполнения медицинской организацией обязательств, в том числе суммы средств, не подлежащие оплате (уменьшение оплаты медицинской помощи) и размеры штрафных санкций. Страховые медицинские организации в целях реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования должны заключить договор на оказание и оплату медицинской помощи со всеми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации. ***Указанные договоры должны***

© А.А. Старченко, 2011 г.

***содержать*** ***Перечень и последствия неисполнения медицинской организацией принятых обязательств»*** (выделение авт.).

Руководству ФОМС должны быть известны нормы действующего законодательства, а в нем черным по белому указано следующее.

**1.** Законом РФ от 29.11.10 № 326-ФЗ введен ряд отсылочных норм (ч. 8 ст. 39, ст. 40, ст. 41), предусматривающих возможность осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее — Договор).

Таким образом, в настоящее время законодательно установлена только теоретическая возможность применения экономических и штрафных санкций к медицинской организации со стороны СМО в соответствии с заключаемыми между ними договорами, при этом отсутствует прямая норма о праве СМО применять санкции за ненадлежащее качество оказанной учреждением здравоохранения медицинской ***помощи в конкретном размере.***

**2.** В Правилах обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н (рег. Минюст России № 19998 от 03.03.11), конкретные размеры санкций к медицинским организациям со стороны СМО за ненадлежащее качество оказанной медицинской помощи также отсутствуют. Правилами обязательного медицинского страхования в ст. 130 предусмотрено, что взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций регулируются договором на оказание и оплату медицинской помощи.

Таким образом, и Закон РФ от 29.11.10 № 326-ФЗ и подзаконный акт — Приказ МЗ и СР РФ от 28.02.11 № 158н (Правила ОМС) в части неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества имеют отсылочную норму к Договору.

**3.** Вместе с тем типовая форма Договора, утвержденная приказом МЗ и СР РФ от 24.12.2010 № 1184н, не содержит конкретный размер санкций, применяемых к медицинской организации со стороны СМО и ТФОМС за ненадлежащие объем и качество оказанной медицинской помощи по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, утвержденному Приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230.

**4.** Частью 11 статьи 39 «Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» предусмотрено, что форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности.

Таким образом, ФОМС предлагает СМО и МО самостоятельно внести изменения в утвержденную Минздравсоцразвития России, зарегистрированную Минюстом России согласованную с Ространадзором форму типового договора. Кто будет нести ответственность за подобную самостоятельность и самоуправство?

**5.** ФОМС в Письме от 15.03.2011 № 1257/30-4/и «О реализации Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230» рекомендовал СМО и экспертам (в том числе и автору статьи) применять возможный перечень санкций с указанием размеров финансовых и штрафных санкций.

Реализация на практике предложений, изложенных в Письме ФОМС от 15.03.2011 № 1257/30-4/и «О реализации Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230», который не является федеральным органом исполнительной власти и в соответствии с п. 11 ст. 39 Закона РФ № 326-ФЗ не праве устанавливать ни форму типового договора, ни ограничительные требования к нему в форме каких-либо штрафных санкций, крайне затруднительна, кроме того, затрагивает права и законные интересы субъектов и участников системы ОМС: учреждений здравоохранения, СМО, ТФОМС (в силу возможного обвинения в превышении, либо в злоупотреблении должностными полномочиями в части самостоятельного внесения изменений в типовой договор, не имея законом установленных полномочий), медицинских работников (подлежащих материальным взысканиям при предъявлении штрафа учреждению здравоохранения за оказание помощи ненадлежащего качества медицинским работником) и застрахованных лиц — граждан РФ, которые в силу п. 1 ст. 16 «Права и обязанности застрахованных лиц» имеют право на: *6)* получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи; *8)* возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Обращает на себя внимание следующий пассаж: «Возможный перечень обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты иди неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рекомендован Письмом ФОМС от 15.03.2011 № 1257/30-4/и».

Если перечень назван ФОМС возможным, следовательно, субъекты договора (СМО и МО) вольны изменять его в соответствии собственными резонами и интересами, например, указать размеры санкций «0».

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 № 1226 НП «Национальная медицинская палата» в адрес Минздравсоцразвития России и ФОМС был направлен запрос, в котором поставлен ряд вопросов, требующих разрешения, на которые ответа, по существу, не получено:

**1.** Является ли типовой «Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», предусмотренный ст. 39 Закона РФ от 29.11.10 № 326-ФЗ, а также введенный в действие Приказом МЗ и СР РФ от 24.12.10 № 1884н, ПУБЛИЧНЫМ ДОГОВОРОМ?

**2.** Разрешены ли Законом РФ от 29.11.10 № 326-ФЗ, МЗ и СР РФ или иным ведомством заключение каких-либо дополнительных соглашений, в том числе о штрафных санкциях, между медицинской организацией и СМО к Договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, предусмотренному ст. 39 Закона РФ от 29.11.10 № 326-ФЗ, а также введенному в действие Приказом МЗ и СР РФ от 24.12.10 № 1884н, без изменений текста приказа МЗ и СР РФ от 24.12.10 № 1884н и согласования с ФСФР?

На этом фоне ФОМС предлагает ТФОМС проконтролировать деятельность страховых медицинских организаций по заключению договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и наличие в указанных договорах последствий неисполнения медицинской организацией принятых обязательств.

Таким образом, ФОМС практически переложил ответственность с Минздравсоцразвития России за невнесение в типовую форму договора перечня и размеров штрафных санкций на исполнителя — СМО.

*От редакции:*

**Наш журнал традиционно ориентирован на отстаивание законных прав учреждений здравоохранения. Но любое право — это не только свобода, но и ответственность за то, чтобы правильно распорядиться этой свободой. Для этого нужно четкое понимание своих прав. В том числе и их границ. Все это непосредственно касается освещаемой сегодня темы.**

*Шеф-редактор Н.Г. Куракова*



# ПРАВО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНО РАСПОРЯЖАТЬСЯ СРЕДСТВАМИ, ПОЛУЧЕННЫМИ ОТ ПРИНОСЯЩЕЙ ДОХОДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КОНСУЛЬТИРУЕТ
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Основная проблема, которая всегда волнует государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, — это проблема финансирования. Но в условиях, когда трудно рассчитывать на серьезное улучшение финансирования в ближайшее время, на первый план выходит вторая по значимости проблема — проблема возможности самостоятельно зарабатывать средства и распоряжаться ими.

Неслучайно столь большой интерес проявляют бюджетные учреждения к тому, как эта проблема решается в рамках нового законодательства в связи с принятием Федерального закона Российской Федерации от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — Федеральный закон № 83-ФЗ).

Как правило, возникающие вопросы касаются следующего:

— в чем конкретно выражаются права учреждений на распоряжение доходами, полученными от платных услуг?

— в каких документах, в какой форме прописаны эти права?

— чем отличаются в этой сфере права бюджетных учреждений в новом статусе от прав прежних бюджетных учреждений?

— с какого момента бюджетные учреждения приобретают право самостоятельности на распоряжение доходами от платных услуг?

— имеют ли право вышестоящие органы устанавливать для бюджетного учреждения в новом статусе ограничения по размеру средств, направляемых на оплату труда за счет доходов, полученных от оказания платных услуг?

— означает ли право бюджетных учреждений на самостоятельное распоряжение дохо-

дами, полученными от приносящей доходы деятельности, что вообще никто не вправе вмешиваться в вопросы распределения доходов от платных услуг?

— существуют ли законодательные ограничения прав на самостоятельное распоряжение доходами от платных услуг?

Попытаемся ответить на эти вопросы.

В соответствии с пунктом 8 части 19 статьи 33 Федерального закона № 83-ФЗ средствами, полученными бюджетными учреждениями от платных услуг и иной приносящей доход деятельности, являются:

**а)** доходы от собственности по приносящей доходы деятельности;

**б)** рыночные продажи товаров и услуг;

**в)** безвозмездные поступления от приносящей доходы деятельности;

**г)** целевые отчисления от государственных и муниципальных лотерей.

Очевидно, что платные услуги относятся к подпункту «б) рыночные продажи товаров и услуг», входя в состав доходов от приносящей доход деятельности.

Право на самостоятельное распоряжение доходами от приносящей доходы деятельности (а, следовательно, и доходами от платных услуг) устанавливается следующим законодательными актами (в редакции Федерального закона № 83-ФЗ):

**1.** Гражданским кодексом Российской Федерации (далее — Гражданский кодекс). Абзац второй пункта 3 статьи 298 Гражданского кодекса гласит: «Бюджетное учреждение вправе осуществлять приносящую доходы деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствующую этим целям, при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах. ***Доходы, полученные от такой деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного учреждения».***

По сути, об этом же (в части распоряжения имуществом) говорит и абзац первый пункта 3 статьи 298 Гражданского кодекса, которым установлено: «Бюджетное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, а также недвижимым имуществом. ***Остальным имуществом, находящимся у него на праве оперативного управления, бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно,*** если иное не установлено законом».

Отметим, что к категории «остального имущества» относится в том числе и имущество, приобретенное бюджетным учреждением за счет оказания платных медицинских услуг или других видов приносящей доход деятельности.

**2.** Федеральным законом Российской Федерации от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях». Пункт 10 статьи 9.2. указанного Федерального закона практически дублирует положения абзаца первого пункта 3 статьи 298 Гражданского кодекса (за исключением окончания второго предложения). В этом пункте записано: «Бюджетное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, а также недвижимым имуществом. ***Остальным находящимся на праве оперативного управления имуществом бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно,*** если иное не предусмотрено пунктами 13 и 14 настоящей статьи или абзацем третьим пункта 3 статьи 27 настоящего Федерального закона». Положения указанных пунктов 13 и 14 данной статьи, а также пункта 3 статьи 27 мы рассмотрим ниже.

Итак, право бюджетного учреждения самостоятельно распоряжаться доходами от оказания платных услуг (и от осуществления

других видов приносящей доходы деятельности), а также приобретенным за счет этих доходов имуществом, в общем случае (с учетом некоторых исключений) сомнений не вызывает — это право установлено двумя законодательными актами.

Тем не менее, возникает закономерный вопрос о том, как трактовать имеющееся разночтение в Гражданском кодексе и Федеральном законе «О некоммерческих организациях» по поводу того, что остальным имуществом, находящимся у него на праве оперативного управления, бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно. При этом в Гражданском кодексе говорится: «если иное не установлено законом», а в Федеральном законе «О некоммерческих организациях» — «если иное не предусмотрено пунктами 13 и 14 настоящей статьи или абзацем третьим пункта 3 статьи 27 настоящего Федерального закона». Действительно, как эти положения стыкуются между собой?

На самом деле здесь все очень просто. В Гражданском кодексе отмечается: «если иное не установлено законом», а в Федеральном законе «О некоммерческих организациях» как раз и устанавливается это самое «иное», то есть исключения из правил.

При этом исключения могут быть установлены только в соответствии с законодательными актами федерального уровня, но никак не нормативными актами исполнительных органов власти любого уровня.

Теперь коснемся новизны указанных прав. Сразу отметим, что никакой новизны в этом вопросе нет. Статья 298 Гражданского кодекса и ранее (в прежней редакции) устанавливала: «Если в соответствии с учредительными документами учреждению предоставлено право осуществлять приносящую доходы деятельность, то доходы, полученные от такой деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения и учитываются на отдельном балансе». Как видим, изменения, внесенные Федеральным законом № 83-ФЗ в части самостоятельности бюджетных учреждений распоряжаться доходами от платных услуг, не принципиальные и особой новизны не вносят. Другое дело, что до сих пор существовало противоречие между Гражданским и Бюджетным кодексами Российской Федерации. Право, предоставляемое Гражданским кодексом, нивелировалось положениями Бюджетного кодекса Российской Федерации (далее — Бюджетный кодекс). В статье 41 прежней редакции Бюджетного кодекса говорилось о том, что к неналоговым доходам бюджетов относятся «доходы от платных услуг, оказываемых бюджетными учреждениями, после уплаты налогов и сборов, предусмотренных законодательством о налогах и сборах». Поэтому финансовые органы рассматривали доходы бюджетного учреждения, полученные от платных услуг, как доходы соответствующего бюджета со всеми вытекающими отсюда последствиями. Федеральный закон № 83-ФЗ, наконец-то, снял данное противоречие между двумя кодексами, внеся изменения в соответствующий пункт статьи 41 Бюджетного кодекса. Теперь к неналоговым доходам относятся только доходы от платных услуг, оказываемых казенными учреждениями. Соответственно положения статьи 298 Гражданского кодекса в отношении бюджетных учреждений могут реализовываться в полном объеме[1].

Поэтому закономерным ответом на вопрос о том, с какого момента бюджетные учреждения приобретают право самостоятельности на распоряжение доходами от платных услуг, будет следующий. Выше уже указывалось, что данное право бюджетного учреждения не является новым — оно действует с момента вступления в силу Гражданского кодекса, то есть с 1 января 1995 года.

[1] *Хайруллина И.С.* Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы// Под редакцией: академика РАМН В.И. Стародубова. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. — 328 с. — С. 200.

Рассмотрим теперь вопрос, связанный с тем, имеют ли право какие-либо органы устанавливать для бюджетного учреждения в новом статусе ограничения по размеру средств, направляемых на оплату труда за счет доходов, полученных от оказания платных услуг. Поскольку доходы, полученные от приносящей доход деятельности (включая платные услуги), поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного учреждения, а также учитывая, что законодательно исключения из этих прав в вопросах оплаты труда не установлено, никто не вправе устанавливать предельный уровень оплаты труда от доходов, полученных от оказания платных услуг, либо иным образом ограничивать права учреждений в этом вопросе. Другое дело, что размер средств на оплату труда должен учитывать необходимость возмещения других статей затрат, связанных с оказанием платных услуг. Это предполагает, что за счет доходов от оказания платных услуг должны быть возмещены в полном объеме все расходы, которые несет учреждение в связи с оказанием платных услуг: медикаменты, амортизация, продукты питания, коммунальные, транспортные и иные услуги и т.д. Размер средств на оплату труда лимитируется лишь необходимостью возместить эти расходы и соответственно величиной этих расходов.

Далее. Ответим на вопрос о том, означает ли право бюджетных учреждений на самостоятельное распоряжение доходами, полученными от приносящей доходы деятельности, что вообще никто не вправе вмешиваться в вопросы распределения доходов от платных услуг?

Нет, не означает. Выше уже отмечалось, что в вопросе самостоятельности имеются исключения, установленные Федеральным законом «О некоммерческих организациях». Речь идет об исключениях, установленных пунктами 13 и 14 статьи 9.2 и абзацем третьим пункта 3 статьи 27 данного Федерального закона.

Указанное право нужно рассматривать в контексте с требованиями других законодательных актов. Никто не вправе навязывать бюджетному учреждению как распоряжаться доходами от приносящей доходы деятельности, но целый ряд органов вправе (в рамках своих компетенции) в некоторых случаях установить ограничения на использование этих средств.

Если говорить о четких законодательных исключениях, то они следующие. В соответствии с уже упоминавшимся пунктом 13 статьи 9.2. Федерального закона Российской Федерации от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» крупная сделка может быть совершена бюджетным учреждением только с предварительного согласия соответствующего органа, осуществляющего функции и полномочия учредителя бюджетного учреждения. При этом крупной сделкой признается сделка или несколько взаимосвязанных сделок, связанная с распоряжением денежными средствами, отчуждением иного имущества (которым в соответствии с федеральным законом бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно), а также с передачей такого имущества в пользование или в залог при условии, что цена такой сделки либо стоимость отчуждаемого или передаваемого имущества превышает 10% балансовой стоимости активов бюджетного учреждения, определяемой по данным его бухгалтерской отчетности на последнюю отчетную дату, если уставом бюджетного учреждения не предусмотрен меньший размер крупной сделки.

Обращаем внимание на то, что, во-первых, в указанной статье ничего не говорится об источнике денежных средств. Следовательно, согласовывать придется и крупную сделку, осуществляемую за счет средств, полученных от приносящей доход деятельности). А во-вторых, четко говорится о том, что крупная сделка касается и имущества, которым в соответствии с законодательством бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно. К таким видам имущества как раз и относится имущество, приобретенное за счет доходов, полученных от оказания платных услуг и иной приносящей доход деятельности.

Пункт 14 статьи 9.2 Федерального закона «О некоммерческих организациях», ссылка на который также уже была выше, устанавливает, что бюджетные учреждения не вправе размещать денежные средства на депозитах в кредитных организациях, а также совершать сделки с ценными бумагами, если иное не предусмотрено федеральными законами. Это еще одно четкое законодательное ограничение, которое касается в том числе и средств, полученных от приносящей доходы деятельности.

Следующее ограничение. В соответствии с пунктом 3 статьи 27 вышеуказанного Федерального закона, в случае, если кто-то из числа руководителей бюджетного учреждения имеет заинтересованность в сделке (в том числе и осуществляемой за счет средств, полученных от приносящей доходы деятельности), стороной которой является или намеревается быть бюджетное учреждение, а также в случае иного противоречия интересов указанного лица и бюджетного учреждения в отношении существующей или предполагаемой сделки (конфликт интересов), оно обязано сообщить о своей заинтересованности соответствующему органу, осуществляющему функции и полномочия учредителя до момента принятия решения о заключении сделки. Сделка должна быть одобрена соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя[2].

Следует признать, что, кроме ограничений на самостоятельное использование доходов, полученных от оказания платных услуг, прямо прописанных в пункте 10 статьи 9.2 указанного Федерального закона «О некоммерческих организациях», существуют и другие законодательные ограничения.

Так, в соответствии с пунктом 4 статьи 24 Федерального закона «О некоммерческих организациях», в интересах достижения целей, предусмотренных уставом, некоммерческая организация может создавать другие некоммерческие организации и вступать в ассоциации и союзы. Бюджетное учреждение вправе с согласия собственника передавать некоммерческим организациям в качестве их учредителя или участника денежные средства (если иное не установлено условиями их предоставления) и иное имущество, за исключением особо ценного движимого имущества, закрепленного за ним собственником или приобретенного бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества. К подобному имуществу как раз и относится имущество, приобретенное за счет приносящей доходы деятельности. Как видим, и здесь право использования средств, полученных от приносящей доходы деятельности или приобретенного за счет этих средств имущества, предполагает согласие собственника.

В целом же нужно сказать: самостоятельно распоряжаться средствами от приносящей доходы деятельности бюджетные учреждения могут только в рамках требований действующего законодательства. Поэтому контролирующие и иные, имеющие соответствующие полномочия органы, вправе потребовать устранить нарушения трудового, налогового, бюджетного или иного законодательства.

Например, контролирующие органы или орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя, могут потребовать устранить нарушение, заключающееся в том, что коммунальные платежи, связанные с оказанием платных услуг, возмещаются учреждением не за счет доходов от оказания платных услуг, а за счет средств бюджетного финансирования или средств обязательного медицинского страхования.

Другой пример: при направлении средств на оплату труда работников следует соблюдать трудовое законодательство (иметь разработанное и утвержденное в установленном порядке положение об оплате труда за счет средств, полученных от приносящей доход деятельности и т.д.). При этом оплата труда

[2] Более подробно о конфликте интересов см.: *Хайруллина И.С.* Конфликт интересов//Менеджер здравоохранения. — 2011. — № 1. — С. 72–75 (шеф-редактор).

руководителя за счет средств, полученных от приносящей доходы деятельности, не может быть установлена внутриучрежденческими документами — порядок оплаты труда руководителя бюджетного учреждения устанавливается органом, осуществляющим функции и полномочия работодателя в отношении руководителя бюджетного учреждения.

Существуют также требования налогового законодательства, связанные с порядком формирования прибыли и уплаты налога на прибыль. Поэтому недопустимо до уплаты налога на прибыль использовать средства, полученные от оказания платных услуг на цели, средства на которые могут выделяться только из чистой прибыли (ремонт помещений, в которых оказывается бесплатная помощь, сверхнормативные представительские расходы и расходы на рекламу, на создание резервных фондов и т.д.).

При заключении договоров на приобретение оборудования, медикаментов и т.д. бюджетные учреждения обязаны руководствоваться требованиями Федерального закона Российской Федерации от 21 июля 2005 года № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Это касается и заключения договоров за счет средств, полученных от приносящей доходы деятельности.

Таким образом, мы видим, что право самостоятельно распоряжаться доходами, полученными от оказания платных услуг, не означает вседозволенности. Существуют законодательные ограничения. С другой стороны, ограничения возможны только в том случае, если они установлены законом — никто не вправе устанавливать дополнительные ограничения, не предусмотренные законом.

В то же время отметим, что немало и ситуаций, когда создается ложная видимость возможности установления ограничений на использование доходов, полученных от оказания платных услуг. Так, статья 133 Трудового кодекса Российской Федерации (далее — Трудовой кодекс) предусматривает следующее: «Минимальный размер оплаты труда, установленный федеральным законом, обеспечивается:

— организациями, финансируемыми из федерального бюджета, за счет средств федерального бюджета, внебюджетных средств, а также средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности;

— организациями, финансируемыми из бюджетов субъектов Российской Федерации, за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, внебюджетных средств, а также средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности;

— организациями, финансируемыми из местных бюджетов, за счет средств местных бюджетов, внебюджетных средств, а также средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности...».

Нередко положения этой статьи трактуют так, что при недостатке бюджетных средств или средств обязательного медицинского страхования государственные и муниципальные учреждения обязаны направить на цели обеспечения минимального уровня оплаты труда работников своего учреждении средства от приносящей доходы деятельности. На самом деле это совершенно неправильная трактовка. Речь в данной статье Трудового кодекса идет о другом — о том, что при определении реального уровня оплаты труда работника (в пересчете на ставку, если объем работы ниже ставки) для сопоставления с установленным минимальным уровнем оплату труда учитываются выплаты, осуществляемые и из бюджета, и из средств ОМС, и из доходов от оказания платных услуг.

В заключение отметим, что новое законодательство предоставляет учреждениям достаточно широкие права. Но нужно хорошо представлять и границы этих прав, чтобы успешно их отстаивать. А отстаивать свои права необходимо. И нужно делать это в цивилизованной форме, что невозможно без знания законодательства.



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

**Закон № 83-ФЗ предоставил автономным учреждениям дополнительное право работать по лицевым счетам (раньше законодательство предусматривало, что автономные учреждения могли работать по банковским счетам). В итоге автономные учреждения могут иметь и банковские, и лицевые счета? Или только что-то одно?**

После принятия Федерального закона Российской Федерации от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — Федеральный закон № 83-ФЗ) автономные учреждения могли иметь либо счета в банках, либо лицевые счета. Но не и то, и другое одновременно. В части 3 статьи 2 Федерального закона от 3 ноября 2006 года № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» (в редакции Федерального закона № 83-ФЗ) говорилось о том, что автономные учреждения «вправе открывать счета в кредитных организациях или лицевые счета...». Или — или! То есть если ради какого-то незначительного источника бюджетных средств, поступающих, например, по целевой программе, автономное учреждение должно было открыть лицевой счет для этих средств, оно вынуждено было закрыть все банковские счета и работать только через казначейство.

Внесение изменений в часть 3 статьи Федерального закона «Об автономных учреждениях» в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 18 июля 2011 года № 239-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения автономных учреждений» (далее — Федеральный закон № 239-ФЗ) устранило законодательное ограничение на наличие различных видов счетов. Очевидно, это была просто редакционная недоработка. Но она могла сильно испортить жизнь автономным учреждениям. Сейчас эта недоработка устранена, и соответствующая фраза устанавливает, что автономные учреждения «вправе открывать счета в кредитных организациях и (или) лицевые счета...».

**Планируется, что мы получим статус казенного учреждения. Нужно ли будет менять лицензию и т.д., если нас опять сделают бюджетным учреждением? Ведь отсутствие необходимости менять лицензию установлено только применительно к ситуации создания казенного учреждения. А об обратной ситуации в законодательстве, кажется, ничего не говорится?**

В части 12 статьи 31 Федерального закона № 83-ФЗ имеется фраза, касающаяся создания казенных учреждений на базе бюджетных. Она предусматривает, что при создании казенного учреждения, учреждение вправе осуществлять предусмотренные его уставом виды деятельности на основании лицензии, свидетельства о государственной аккредитации и иных разрешительных документов, выданных государственному учреждению, тип которого был изменен, до окончания срока действия таких документов. При этом не требуется переоформления документов, подтверждающих наличие лицензий, в соответствии со статьей 11 Федерального закона от 8 августа 2001 года № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и переоформления иных разрешительных документов.

Имеется и аналогичная фраза в статье 5 Федерального закона «Об автономных учреждениях», касающаяся создания автономных учреждений. А вот ситуации, например, создания бюджетных учреждений на базе существующих казенных или автономных учреждений, действительно, не рассматривались.

В соответствии с вышеуказанным Федеральным законом № 239-ФЗ статья 17.1 Федерального закона от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» дополнена пунктом 4 следующего содержания:

«4. Государственное или муниципальное учреждение при изменении типа вправе осуществлять предусмотренные его уставом виды деятельности на основании лицензий, свидетельства о государственной аккредитации и иных разрешительных документов, выданных этому учреждению до изменения его типа, до окончания срока действия таких документов. При этом не требуются переоформление документов, подтверждающих наличие лицензий, в соответствии с законодательством о лицензировании отдельных видов деятельности и переоформление иных разрешительных документов».

Этим же Федеральным законом № 239-ФЗ статья 18 Федерального закона «Об автономных учреждениях» дополнена частью 6 следующего содержания:

«6. При изменении типа автономного учреждения это учреждение вправе осуществлять предусмотренные его уставом виды деятельности на основании лицензий, свидетельства о государственной аккредитации и иных разрешительных документов, выданных этому учреждению до изменения его типа, до окончания срока действия таких документов. При этом не требуются переоформление документов, подтверждающих наличие лицензий, в соответствии с законодательством о лицензировании отдельных видов деятельности и переоформление иных разрешительных документов»;

Как видим, теперь имеющиеся пробелы устранены — получение новой лицензии не требуется при любом варианте изменения типа существующего государственного или муниципального учреждения. Это же касается, например, специальных разрешений на оказание платных медицинских услуг.

**В законодательстве в отношении государственных (муниципальных) учреждений встречаются как фразы «учредитель», так и «орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя». Это одно и то же или нет?**

Нет, «учредитель» и «орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя» — это не одно и то же. Учредителем государственного или муниципального учреждения всегда выступает так называемое публично-правовое образование. Так, в соответствии со статьей 6 Федерального закона «Об автономных учреждениях», учредителем автономного учреждения является:

**1)** Российская Федерация в отношении автономного учреждения, которое создано на базе имущества, находящегося в федеральной собственности;

**2)** субъект Российской Федерации в отношении автономного учреждения, которое создано на базе имущества, находящегося в собственности субъекта Российской Федерации;

**3)** муниципальное образование в отношении автономного учреждения, которое создано на базе имущества, находящегося в муниципальной собственности.

«Орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя», как видно из самого названия, — это государственный или муниципальный орган исполнительной власти, осуществляющий определенные функции и полномочия учредителя, закрепленные за ним в соответствии с положением об этом органе.

При этом следует иметь в виду, что «орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя», действует от имени собственника. Поэтому во многих документах решения соответствующего органа рассматриваются как решения учредителя.

## Органайзер

В январе 2012 года в Москве пройдет **I Национальный конгресс частных медицинских организаций**, посвященный формированию концепции развития частной медицины в России, развитию саморегулирования, совершенствованию системы государственного надзора в здравоохранении. В программе выступления представителей региональных некоммерческих партнерств частной системы здравоохранения, круглый стол — «Практические советы и рекомендации по созданию и развитию предпринимательских объединений в регионах, преимущества и перспективы». По итогам Конгресса планируется принятие итоговой резолюции от имени частного медицинского сообщества для направления в органы законодательной и исполнительной власти.

Подробности на сайте
**www.privatmed.ru**

# ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

## ОСНАЩЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В РАМКАХ ФОРМИРОВАНИЯ ЕДИНОЙ ГОСИНФОРМСИСТЕМЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕТОДРЕКОМЕНДАЦИИ

***Методические рекомендации по составу и техническим требованиям к сетевому телекоммуникационному оборудованию учреждений системы здравоохранения для регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональные требования к ним***

Единая госинформсистема в сфере здравоохранения предполагает наличие регионального уровня. Определен состав защищенной информационно-телекоммуникационной сети в сфере здравоохранения для данного уровня, а также функциональные и техтребования к ним.

Рекомендации предназначены для органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации. Они используются при оснащении учреждений указанной сферы регионального уровня системы сетевым телекоммуникационным оборудованием. Речь идет о работе в рамках реализации территориальных программ модернизации здравоохранения. Требования зависят от типа учреждения здравоохранения. Он определяется по количеству АРМ.

## С 2010/2011 УЧЕБНОГО ГОДА ПРЕКРАЩЕНА ПОДГОТОВКА ИНТЕРНОВ НА БАЗЕ ЛПУ

***Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 августа 2011 г. № 861н «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (не вступил в силу)***

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 1 сентября 2011 г. Регистрационный № 21 728.*

Поправки обусловлены исключением должностей врача-интерна и провизора-интерна из Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих. С 2010/2011 учебного года прекращена подготовка интернов на базе лечебно-профилактических учреждений.

В связи с этим названные должности исключены из профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников. Эти группы используются для установления базовых окладов работников государственных и муниципальных учреждений.

## ОБ УЧЕТЕ ПРИ ОБЛОЖЕНИИ ПРИБЫЛИ ДОХОДОВ ОТ РАЗМЕЩЕНИЯ ВРЕМЕННО СВОБОДНЫХ СРЕДСТВ ФОНДОВ ОМС

***Письмо Минфина РФ от 25 июля 2011 г. № 03-00-08/7 «Об учете в целях налогообложения прибыли доходов, полученных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования от размещения временно свободных денежных средств на депозитных счетах в банке»***

Разъяснено, что в целях обложения прибыли доходы от размещения временно свободных средств фондов ОМС не признаются экономической выгодой последних как юрлиц и при определении налоговой базы не учитываются.

## КТО НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОЦЕНКУ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ УЧРЕЖДЕНИЙ?

***Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 июня 2011 г. № 645 «Об организации работы по оценке выполнения целевых показателей эффективности деятельности федеральных бюджетных и казенных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и подготовки предложений по премированию их руководителей»***

Закреплен новый перечень департаментов Минздравсоцразвития России, ответственных за оценку выполнения целевых показателей эффективности деятельности подведомственных федеральных бюджетных (казенных) учреждений и премирование их руководителей. Данные представлены в отношении 218 учреждений (ранее — 214).

Приведен новый порядок представления учреждениями отчетных данных по выполнению показателей и рассмотрения их в департаментах Министерства. В частности, такой отчет направляется в Департамент имущественного комплекса. К нему прилагается пояснительная записка. Она должна содержать сведения по каждому показателю. В ней указываются данные о причинах, повлиявших на качество их реализации. К записке прилагаются копии титульных листов документов, подтверждающих фактическое выполнение показателей.

Утверждены формы отчетных данных и заключения департамента.

## ЗА ВЫПОЛНЕНИЕМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БУДУТ СЛЕДИТЬ СПЕЦИАЛЬНО СОЗДАВАЕМЫЕ НА МЕСТАХ РАБОЧИЕ ГРУППЫ

***Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 июня 2011 г. № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации»***

В субъектах Федерации создаются рабочие группы по анализу хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения. Регламентирован их состав и порядок работы.

Рабочая группа формируется из представителей территориальных органов Росздравнадзора и Роструда, а также ТФОМС. Это постоянно действующий орган. Группа анализирует, как выполняются мероприятия и соблюдаются сроки реализации программы. Она оценивает цели, эффективность и рациональность использования средств, выделяемых на ее финансирование. Также проверяется, как региональные власти осуществляют оперативный мониторинг реализации программы.

Ежемесячно анализируется ход выполнения программы в медорганизациях. Для этого группа вправе запрашивать акты сдачи-приемки объектов, накладные и счета-фактуры на поставки медоборудования, отчеты по расходованию средств на оплату труда персонала и другие документы.

Составленный по результатам анализа акт доводится до сведения руководства регионального органа в сфере здравоохранения. Также группа представляет ежемесячный отчет о проведенных мероприятиях в Минздравсоцразвития России, Росздравнадзор и ФОМС.

Одновременно образована Межведомственная комиссия по мониторингу реализации указанных программ. В нее вошли представители вышеназванных федеральных органов. Она на основе данных, полученных от рабочих групп и региональных властей, подготавливает решения о реализации программ и использовании средств на их финансирование. Комиссия впра-

ве запрашивать информацию в заинтересованных федеральных органах исполнительной власти и проводить выездные проверки.

Решения комиссии представляются Министру здравоохранения и социального развития РФ, а также направляются рабочим группам и региональным властям.

## ЗАКУПКИ ФГУПА: НУЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ ПРОЦЕДУРЫ, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ ЗАКОНОМ О РАЗМЕЩЕНИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ГОСЗАКАЗОВ?

***Письмо Министерства экономического развития РФ от 14 июля 2011 г. № Д28-143 «О разъяснении положений Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд»***

Разъяснено, что если ФГУП не является получателем бюджетных средств, то он вправе закупать товары, работы и услуги без проведения процедур, предусмотренных Законом о размещении муниципальных и госзаказов.

## ПЕРЕЧЕНЬ РАСПОРЯДИТЕЛЕЙ И ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА СИСТЕМЫ РОСЗДРАВНАДЗОРА: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

***Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 12 июля 2011 г. № 4056-Пр/11 «О внесении изменений в Перечень распорядителей и получателей средств федерального бюджета, подведомственных Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, утвержденный приказом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 25.11.2010 № 10645-Пр/10»***

Скорректирован Перечень распорядителей и получателей средств федерального бюджета, подведомственных Росздравнадзору. 4 пункта изложены в новой редакции. В соответствии с поправками они касаются 4 ФГБУ Росздравнадзора. Это Консультативно-методический центр, Центр экспертизы и контроля качества медпродукции, Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медтехники и Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медприменения.

## ОМС: К ЭЛЕКТРОННОМУ ОБМЕНУ ДАННЫМИ ПРИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОМ УЧЕТЕ ОКАЗАННОЙ МЕДПОМОЩИ ПРИСТУПЯТ НЕ ПОЗЖЕ 1 ОКТЯБРЯ

***Приказ Федерального фонда ОМС от 22 августа 2011 г. № 154 «О внесении изменений в приказ ФОМС от 07.04.2011 № 79»***

Усовершенствован порядок информационного взаимодействия в системе ОМС. В нем участвуют федеральный и территориальные фонды ОМС, страховщики и медорганизации.

Срок перехода на электронный обмен данными при осуществлении персонифицированного учета оказанной медпомощи перенесен с 1 сентября на 1 октября 2011 г. Электронное взаимодействие при расчетах за помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами региона, в котором выдан полис ОМС, в формате XML должно начаться не позднее 1 октября 2011 г. (прежняя дата — 1 июня). До этого применяется формат DBF.

В перечень используемой нормативно-справочной информации включен классификатор федеральных округов.

## СУБСИДИИ РЕГИОНАМ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА: ФОРМА ОТЧЕТА О РАСХОДОВАНИИ

***Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 августа 2011 г. № 878н «Об утверждении формы отчета об осуществлении расходов бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых является субсидия на софинансирование мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения»***

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 29 августа 2011 г. Регистрационный № 21 699.*

Регионам выделяются субсидии на мероприятия по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза. Утверждена форма отчета о расходовании данных средств.

По общему правилу отчет подается в Минздравсоцразвития России ежеквартально не позднее 10-го числа месяца, следующего за соответствующим периодом. Установлено, что в текущем финансовом году отчет подается ежеквартально начиная с отчета на 1 октября 2011 г.

## ОПРЕДЕЛЯЕМ НАЧАЛЬНУЮ (МАКСИМАЛЬНУЮ) ЦЕНУ КОНТРАКТА ПРИ РАЗМЕЩЕНИИ ЗАКАЗА НА ПОСТАВКУ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

***Письмо Министерства экономического развития РФ от 14 июля 2011 г. № Д28-144 «О разъяснении положений Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд»***

Закон о госзакупках обязывает в документации о торгах, извещении о проведении запроса котировок указывать обоснование начальной (максимальной) цены контракта (цены лота). Оно должно содержать полученные заказчиком (уполномоченным органом) информацию или расчеты, а также использованные им источники информации о ценах товаров (работ, услуг). Соответственно, заказчик в способах определения начальной (максимальной) цены контракта (цены лота) не ограничен. При этом Правительству РФ предоставлено право устанавливать порядок формирования указанных цен на отдельные виды товаров (работ, услуг) в целях их включения в документацию о торгах либо в запрос котировок, в том числе устанавливать закрытый перечень источников информации о ценах товаров (работ, услуг).

В настоящее время подготовлен соответствующий проект постановления в отношении медицинского оборудования. Он был согласован Минэкономразвития России с учетом следующего замечания. При определении начальной (максимальной) цены целесообразно использовать среднее значение цен, так как при минимальной цене заказчик заведомо будет вынужден закупать оборудование худшего качества и менее эффективное. Медицинское оборудование, производство которого имеет более высокий технологический уровень и соответствует международным (национальным) стандартам, всегда имеет более высокую цену.

## ЧИСЛЕННОСТЬ ЧЛЕНОВ РАМН ВОЗРАСТАЕТ

***Распоряжение Правительства РФ от 5 сентября 2011 г. № 1531-р «Об установлении численности членов Российской академии медицинских наук в количестве 250 действительных членов и 270 членов-корреспондентов»***

Увеличивается численность членов Российской академии медицинских наук. Действительных — со 150 до 250. Корреспондентов — с 226 до 270.

## ЧТО ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ НЕ ПУСТИТЬ ВИРУС ПОЛИОМИЕЛИТА ИЗ КИТАЯ В РОССИЮ?

***Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 1 сентября 2011 г. № 01/11210-1-32 «О ситуации по полиомиелиту в КНР»***

ВОЗ подтвердила факт завоза дикого вируса полиомиелита 1 типа в Китай из Пакистана.

У России и КНР достаточно протяженная общая граница. Большое количество граждан КНР приезжают в нашу страну на работу и т.п. Это может создать предпосылки для возможного завоза дикого вируса полиомиелита из Китая в Россию.

Разработаны меры для предупреждения случаев полиомиелита в нашей стране. В частности, необходимо оценить состояние привитости детей против указанного вируса. Активизировать работу с родителями не привитых детей, не имеющих медицинских противопоказаний, по проведению иммунизации против полиомиелита. Следует информировать родителей с детьми и организованные детские группы, выезжающие в КНР, об угрозе заболевания полиомиелитом.

Лечебно-профилактические организации должны также знать о ситуации по полиомиелиту в названной стране.

Кроме того, руководителям управлений Роспотребнадзора по Забайкальскому, Хабаровскому, Приморскому краям, Алтаю, Амурской и Еврейской автономной областям нужно еженедельно обмениваться сведениями об эпидситуации по полиомиелиту и проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятиях на сопредельных территориях.

## ГОССЛУЖАЩИЕ РОСЗДРАВНАДЗОРА ДОЛЖНЫ ВОЗДЕРЖИВАТЬСЯ ОТ ПУБЛИЧНЫХ ВЫСКАЗЫВАНИЙ, СУЖДЕНИЙ И ОЦЕНОК В ОТНОШЕНИИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ, ЕГО РУКОВОДСТВА

***Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 1 сентября 2011 г. № 5521-Пр/11 «Об утверждении Кодекса этики и служебного поведения федеральных государственных гражданских служащих центрального аппарата и территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»***

Утвержден Кодекс этики служебного поведения госслужащих центрального аппарата и террриториальных органов Росздравнадзора. Он представляет собой совокупность общих принципов профессиональной служебной этики и основных правил служебного поведения.

Госслужащим следует исполнять свои должностные обязанности добросовестно и на высоком профессиональном уровне. Они должны воздерживаться от публичных высказываний, суждений и оценок в отношении работы Службы, его руководства. Нельзя использовать служебное положение для влияния на деятельность госорганов, организаций, должностных лиц, граждан при решении вопросов личного характера.

Госслужащий должен избегать высказываний и действий дискриминационного характера, грубости, угроз, оскорбительных выражений. Госслужащим рекомендовано быть вежливыми, доброжелательными, корректными, внимательными.

Внешний вид названных сотрудников при исполнении ими должностных обязанностей должен способствовать уважительному отношению граждан к Росздравнадзору. Соответствовать общепринятому деловому стилю, который отличают официальность, сдержанность, традиционность, аккуратность.

Соблюдение положений кодекса учитывается при аттестации, формировании кадрового резерва для выдвижения на вышестоящие должности, при наложении дисциплинарных взысканий.

## ДАНЫ РЕКОМЕНДАЦИИ О ТОМ, КАК ОРГАНИЗОВАТЬ СОЗДАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

***Методические рекомендации по порядку организации работ по созданию субъектом Российской Федерации в 2011–2012 годах регионального фрагмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения***

В России должна быть создана единая государственная информационная система в сфере здравоохранения. Она формируется в 2 этапа. Первый (2011–2012 гг.) — базовая информатизация.

Подготовлены методические рекомендации о том, как организовать создание в 2011–2012 гг. регионального фрагмента указанной системы.

Лицо, возглавляющее высший орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, утверждает порядок организации соответствующих работ. Рекомендуется назначить руководителя проекта (то есть ответственного за создание регионального фрагмента) и образовать рабочую группу. Закреплены функции руководителя проекта.

Необходимо разработать программу и план мероприятий. Затем — технические задания и требования на закупки товаров, работ и услуг по созданию регионального фрагмента, соответствующих мероприятиям согласованных планов. Следует организовать конкурсные процедуры по плану мероприятий, реализовать его. Далее готовится отчетность о результатах исполнения планов реализации регионального фрагмента.

При планировании работ по созданию региональных компонентов, требующих интеграции с федеральными, нужно руководствоваться сроками доступности федеральных сервисов для опытной эксплуатации. Приведен план-график обеспечения такой доступности.

Определен порядок внедрения федеральных компонентов системы на уровне регионов.

## ОПРЕДЕЛЕНЫ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОГРАММНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ И КОМПЬЮТЕРАМ, КОТОРЫМИ ОСНАЩАЮТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

***Методические рекомендации по оснащению медицинских учреждений компьютерным оборудованием и программным обеспечением для регионального уровня Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональные требования к ним***

В России должна быть создана единая государственная информационная система в сфере здравоохранения. На первом этапе ее формирования (2011–2012 гг.) нужно обеспечить медицинские организации компьютерами, сетевым оборудованием и средствами информационной безопасности.

В связи с этим для региональных органов в сфере здравоохранения подготовлены методические рекомендации. Они определяют, каким компьютерным оборудованием и программным обеспечением (ПО) оснащаются медицинские учреждения в 2011–2012 гг. Речь идет о региональном уровне указанной системы.

Компоненты системы регионального уровня не должны дублировать компоненты федерального. Необходимо обеспечить интеграцию компьютерного оборудования и ПО с инфраструктурой электронного правительства.

Оборудование и ПО должны соответствовать требованиям безопасности.

Перечислены нормативно-правовые акты, которыми следует руководствоваться при разработке проектно-эксплуатационной документации.

Закреплены специальные требования. Они касаются конфигурации, приспособляемости и масштабируемости, надежности, сохранности данных при авариях, защиты от внешних воздействий, патентной чистоты, эксплуатации, технического обслуживания, ремонта и хранения, адаптируемости к увеличению количества потребителей информации, к изменению требований безопасности.

## ВЫПЛАТЫ ВРАЧАМ И МЕДСЕСТРАМ В СВЯЗИ С ОКАЗАНИЕМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ МЕДПОМОЩИ: ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ

***Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 июня 2011 г. № 464н «Об утверждении форм отчетности о расходах средств федерального бюджета, связанных с осуществлением денежных выплат за оказание дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики ... (не вступил в силу)***

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 15 августа 2011 г. Регистрационный № 21 620.*

Некоторым врачам общей практики, участковым терапевтам и педиатрам, медсестрам данных лиц положены выплаты, связанные с оказанием дополнительной медпомощи. Речь идет о работниках федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении РАН и ее Сибирского отделения (при условии размещения в них муниципального заказа на оказание первичной медсанпомощи), и тех, что подчинены ФМБА России.

Выплаты осуществляются в пределах бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, утвержденных Агентству, Академии и отделению на указанные цели. Утверждены формы отчетов о расходовании данных средств для перечисленных лиц, а также для учреждений, и правила их представления.

Отчеты составляются в электронном виде и на бумажном носителе по состоянию на 1 число на основании данных бюджетного учета в рублях, с точностью до 2-го десятичного знака после запятой. Остаток на начало и конец отчетного месяца (года) сверяется с банковской выпиской. Учреждения представляют отчеты в Агентство, Академию и отделение, а они, в свою очередь, — в Минздравсоцразвития России. Сроки — соответственно не позднее 15 и 20 числа месяца, следующего за отчетным.

Приказ о порядке представления аналогичной отчетности за 2010 г. признан утратившим силу.

## УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБРАБОТКЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ: НОВЫЙ ОБРАЗЕЦ

***Приказ Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций от 19 августа 2011 г. № 706 «Об утверждении Рекомендаций по заполнению образца формы уведомления об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных»***

Лица, обрабатывающие персональные данные или собирающиеся это сделать, обязаны сообщить об этом уполномоченному органу по защите прав субъектов таких данных (в настоящее время — Роскомнадзор). Утверждены новые Рекомендации по заполнению образца формы соответствующего уведомления. Также обновлен сам образец.

Уведомление оформляется на бланке обработчика персональных данных и направляется в территориальный орган Роскомнадзора на бумажном носителе или в форме электронного документа с подписью уполномоченного лица.

В форме указываются данные об обработчике, цель обработки, категории данных, категории субъектов, данные которых обрабатываются, правовое основание обработки, дата ее начала, срок (условие) ее прекращения и др.

Рекомендации и образец из приказа Роскомнадзора от 16 июля 2010 г. признаны утратившими силу.

## РАСШИРЕН ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ (РАБОТ), ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПОДВЕДОМСТВЕННЫМИ МЧС РОССИИ ФГУ

***Приказ МЧС РФ от 12 июля 2011 г. № 363 «О внесении изменений в приказ МЧС России от 13.12.2010 № 648» (не вступил в силу)***

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 10 августа 2011 г. Регистрационный № 21 586.*

Дополняется ведомственный перечень государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) подведомственными МЧС России ФГУ в качестве основных видов деятельности. Он используется при формировании госзадания.

В перечень включаются услуги, предоставляемые Всероссийским центром экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова. Это высокотехнологичная и иная специализированная медицинская помощь. Потребителями услуг являются личный состав Министерства и подведомственных ему учреждений; члены их семей; граждане, пострадавшие из-за радиационных аварий и катастроф.

Расширен список показателей, характеризующих качество одной из услуг. Речь идет о стационарозамещающей медицинской помощи. Так, учитывается и работа койки (дни).

## ЛИЦА, КОТОРЫМ ПРЕДОСТАВЛЕНО ВРЕМЕННОЕ УБЕЖИЩЕ В РОССИИ, ТОЖЕ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ ПОЛИС ОМС

***Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 августа 2011 г. № 897н «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»***

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 августа 2011 г. Регистрационный № 21 609.*

Иностранному гражданину (лицу без гражданства) при отсутствии оснований для признания беженцем из гуманных соображений могут предоставить временное убежище в России. Это возможно и при наличии указанных оснований по просьбе самого лица. При этом выдается свидетельство о предоставлении временного убежища на территории России.

Согласно поправкам данный документ может быть представлен в страховую медицинскую организацию для оформления полиса ОМС.

## КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: СПАСЕНИЕ ИЛИ УГРОЗА?

***Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 июня 2011 г. № 15-4/10/2-6139 «Кесарево сечение в современном акушерстве»***

Во всем мире растет частота кесарева сечения (КС). Данный метод родоразрешения относительно безопасен для плода, но агрессивен для матери. Ведь число интра- и послеоперационных осложнений при этом значительно выше, чем при естественных родах.

Появилась новая акушерская проблема — ведение беременности и родоразрешение у женщин с оперированной маткой. Растет число абдоминальных родов за счет повторных операций. В настоящее время первое показание к КС в акушерских стационарах — рубец на матке.

В связи с этим разработана рациональная техника операции. Для обезболивания применяют региональные методы анестезии. Если операция проводится по жизненным показаниям для матери, используется эндотрахеальный наркоз с продленной искусственной вентиляцией легких в последующем. В некоторых случаях профилактика осложнений должна начинаться еще до операции.

Метод родоразрешения беременных с оперированной маткой зависит от состояния рубца. С этой целью производится УЗИ с допплерометрией.

Приводится сравнительная диагностика между «истинной» угрозой прерывания беременности и несостоятельным рубцом на матке.

## О ХОДЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ ДЕТСТВА НУЖНО ОТЧИТЫВАТЬСЯ ЕЖЕМЕСЯЧНО

***Телеграмма Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 июля 2011 г. № 15-2/10/2-6793 «Руководителям высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»***

В послании Президента РФ Федеральному Собранию РФ было указано направлять не менее 25% средств, совокупно выделяемых на модернизацию здравоохранения, на развитие детской медицины.

Для подготовки проекта доклада Президенту РФ Минздравсоцразвития России просит ежемесячно докладывать о ходе реализации программы модернизации здравоохранения в области детства. Следует указывать сведения о средствах, направленных на модернизацию здравоохранения, изменении коечного фонда, закупленном оборудовании, летальности детей, переподготовке педиатров и др.

Информацию следует представлять до 5 числа месяца, следующего за отчетным, по факсу и электронной почте. Первый отчет направляется до 14 июля 2011 г. (за I полугодие).

Приведена форма представления информация.

## ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПАРТНЕРСКИЕ РОДЫ И ПАРТОГРАММА

***Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 июля 2011 г. № 15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий»***

Необходимо внедрять эффективные медицинские практики в службу родовспоможения.

Первая из них — партнерские (семейно-ориентированные) роды. Женщину с нормальным течением беременности во время родов сопровождают члены семьи. Они участвуют в ее уходе и поддержке. Это позволяет не применять некоторые процедуры и снижает число конфликтов и жалоб. Нельзя взимать плату за присутствие на родах отца как законного представителя.

Вторая практика — ведение партограммы. Данный метод графического ведения родов точно отражает динамику родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода.

Также важным является профилактика гипотермии новорожденных (минимизация потерь тепла). Должны соблюдаться принципы «тепловой цепочки». Среди них — фиксация младенца на груди у матери или отца на несколько часов. На всех этапах медпомощи женщине и ребенку следует оказывать поддержку грудного вскармливания.

Для профилактики акушерских гнойно-септических осложнений и случаев внутрибольничной инфекции нужно внедрять следующие практики. Так, при поступлении женщины на роды

бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы не обязательны. Важным является наличие палат совместного пребывания родильниц и новорожденных. Разрешается использовать только одноразовые полотенца или салфетки.

## МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ УПОЛНОМОЧЕНО ОКАЗЫВАТЬ ПОДДЕРЖКУ НЕКОТОРЫМ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫМ НЕКОММЕРЧЕСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ

***Постановление Правительства РФ от 16 августа 2011 г. № 680 «О внесении изменений в Положение о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (не вступило в силу)***

Расширяются функции Минздравсоцразвития России. Это связано с тем, что в законодательство были внесены поправки, касающиеся поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций (НКО).

Министерство в том числе оказывает поддержку данным НКО, осуществляющим определенную деятельность. Речь идет о социальной поддержке и защите граждан. О деятельности в области здравоохранения, профилактики и охраны здоровья граждан, пропаганды здорового образа жизни.

Минздравсоцразвития России также формирует и ведет федеральный реестр социально ориентированных НКО, получающих такую поддержку.

## УТОЧНЕНА СТРУКТУРА ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

***Постановление Правительства РФ от 12 августа 2011 г. № 660 «О внесении изменений в Положение о Всероссийской службе медицины катастроф»***

Изменения касаются Всероссийской службы медицины катастроф.

Дополняется перечень ее основных задач. К ним отнесены экстренная и консультативная медицинская помощь, медицинская эвакуация. Методическое руководство системой подготовки и повышения квалификации, а также аттестацией специалистов Службы.

Последняя функционально объединяет в том числе силы и средства МЧС России, МВД России, иных федеральных органов исполнительной власти, РАМН, региональных и муниципальных органов, ОАО «РЖД» и других организаций. Ранее речь шла о силах и средствах Минздрава России, МВД России, МПС России, других федеральных органов исполнительной власти.

Служба действует на федеральном, межрегиональном, региональном, муниципальном и объектовом уровнях. Прежде межрегиональный уровень не выделялся. После регионального шел территориальный уровень. Муниципальный назывался местным.

Уточнено, как Служба представлена на соответствующих уровнях. В частности, на каждом из них (кроме межрегионального) есть координационный орган. Это комиссия по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности. На федеральном, муниципальном и объектовом уровнях есть постоянно действующие органы управления, выполняющие одновременно функции органа повседневного управления. На региональном уровне постоянно действующим органом управления является орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения, а органом повседневного управления — территориальный центр медицины катастроф.

Руководителем Службы выступает Министр здравоохранения и социального развития РФ.

Закреплены функции штаба Службы. Он входит в состав Всероссийского центра медицины катастроф «Защита».

## ДОКУМЕНТЫ НА СПИСАНИЕ ИМУЩЕСТВА ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ПО НОВОМУ ПЕРЕЧНЮ

***Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 июня 2011 г. № 596н «О перечне документов, представляемых федеральными государственными учреждениями и федеральными государственными унитарными предприятиями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в целях согласования списания федерального имущества, закрепленного за ними на праве оперативного управления или хозяйственного ведения» (не вступил в силу)***

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 4 августа 2011 г. Регистрационный № 21 552.*

В определенных случаях ФГУ и ФГУПы, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России, должны согласовывать с последним списание федерального имущества, закрепленного за ними. Установлен перечень документов, представляемых для согласования. Приказ Министерства, ранее определявший процедуру подачи таких материалов (в том числе их список), утрачивает силу. Это связано с тем, что Минэкономразвития России и Минфин России утвердили порядок, в соответствии с которым федеральные предприятия и учреждения подают документы, чтобы согласовать списание имущества.

При списании некоторого имущества помимо стандартного пакета документов требуются дополнительные материалы. Это касается объектов незавершенного строительства, транспорта, объектов, пришедших в непригодное состояние в результате стихийных бедствий или иных чрезвычайных ситуаций, недвижимости, движимого имущества первоначальной стоимостью более 200 тыс. руб., объектов, по которым время фактической эксплуатации не превышает срока полезного использования.

Например, при списании транспорта раньше требовалась также выписка из реестра федерального имущества. Теперь она не нужна. При списании недвижимости необходима копия свидетельства о регистрации права оперативного управления на соответствующий объект (прежде не представлялась).

## ВРАЧИ ПО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ ПРОЙДУТ ПЕРЕОБУЧЕНИЕ

***Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 июля 2011 г. «Руководителям образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования, подведомственных Минздравсоцразвития России, Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации»***

С 1 января 2012 г. восстановительная медицина исключается из Номенклатуры специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения России.

В связи с этим до указанной даты врачей, имеющих сертификат по данной специальности, планируется переобучить на физиотерапевтов, рефлексотерапевтов, врачей по лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии. Приведены соответствующие учебные планы профессиональной переподготовки для образовательных учреждений Минздравсоцразвития России. Проходящие ординатуру по специальности «Восстановительная медицина» смогут выбрать и получить иную специальность до окончания ее срока с соответствующей корректировкой индивидуальных планов обучения.

Для специалистов-врачей по восстановительной медицине, принятых до 1 января 2012 г., наименование этой должности сохраняется.

## НА БЕСПЛАТНЫЕ ЛЕКАРСТВА ЛЬГОТНИКАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ВЫДЕЛЯЕТСЯ 471, 7 МЛН. РУБ.

***Постановление Правительства РФ от 12 сентября 2011 г. № 765 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1198»***

Отдельные категории граждан за счет федерального бюджета обеспечиваются необходимыми лекарственными препаратами, медизделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов. Для этих целей регионам выделяются субвенции.

Установлено, что размер предоставляемых средств определяется с учетом численности граждан, которые включены в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и не отказались от вышеуказанных льгот. Также применяется норматив финансовых затрат в месяц на одного такого гражданина. Приведено новое распределение субвенций между регионами на 2011 г. Их общий размер увеличился с 27 718 341 тыс. до 28 190 021,7 тыс. руб.

## АДМИНИСТРАТИВНЫЙ РЕГЛАМЕНТ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ МЕДДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

***Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14 сентября 2011 г. № 1046 «Об отмене приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 8 апреля 2011 г. № 287н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности»***

Росздравнадзор уполномочен лицензировать медделтельность. Отменен приказ Минздравсоцразвития России об утверждении Административного регламента Службы по предоставлению данной госуслуги. Следует отметить, что нормативные правовые акты могут отменяться, если отказано в госрегистрации или они возвращены без нее. Кроме того, Минюст России может направлять федеральным органам исполнительной власти представления об отмене принятых актов, если те противоречат законодательству.

## НЕОНАТОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ И ОФТАЛЬМОЛОГОВ ЖДЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

***Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 сентября 2011 г. № 1024 «Об утверждении численности врачей, подлежащих направлению на дополнительную подготовку в 2011 году»***

В 2011 г. ряд врачей государственных (муниципальных) медучреждений пройдут дополнительную подготовку по вопросам профилактики заболеваний в рамках нацпроекта «Здоровье».

Это касается неонатологов, психиатров-наркологов и офтальмологов. Установлена их численность. Приведены образовательные учреждения, где будет проходить подготовка.

**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**

## ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА РЕГИСТРАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ EPINET

**http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/epinet/about_epinet.cfm**

С середины 1980-х годов в развитых индустриальных странах начались серьезное изучение проблемы травматизации медработников и разработка системных мер по профилактике профессионального заражения в ЛПУ. На базе Университета штата Вирджиния в 1992 году начала функционировать электронная система EpiNet, обеспечивающая практически в режиме реального времени учет и регистрацию профессиональных травм медицинских работников. В течение прошедших 30 лет EpiNet превратился из научного инструмента в основу национальной системы сбора соответствующих данных в США.

**Что делает EPINet:**

- выявляет повреждения, которые могут быть предотвращены с использованием более безопасных медицинских приборов;
- анализирует информацию об успешных профилактических мерах в практике медицинских учреждений;
- оценивает эффективность новых устройств, предназначенных для предотвращения травм;
- анализирует частоту травматизма на рабочих местах при проведении определенных процедур и использовании отдельных устройств;
- готовит ежемесячные, ежеквартальные и ежегодные доклады.

ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

медицинская информационная система

*ДОКА+:*

эффективное решение
задачи информатизации ЛПУ

*Эффективность применения доказана.*

**www.ДОКАПЛЮС.РФ**

info@docaplus.com т. 8-383-328-32-72

# Читайте в октябрьском номере журнала «Врач и ИТ»




- **Программы информатизации здравоохранения: проблемы становления отрасли**
  В обзоре дана краткая ретроспективная оценка событий, которые предшествовали и сопровождали разработку региональных программ информатизации в части проекта модернизации, а также сделаны выводы о самых существенных проблемах данного этапа с предложением о решении данных проблем.
- **Интеграция персональных данных о состоянии здоровья: этапы реализации**
  Предложена модель поэтапной реализации интегрированной электронной карты здоровья гражданина (ИЭКЗ) и разработки стандартов обмена данными, необходимыми для ее ведения. Перечислены основные нормативно-технические документы, на основе которых возможна разработка указанных стандартов. Приведен перечень основных правовых нормативных документов, определяющих требования к процедурам и регламентам ведения ИЭКЗ. Проанализированы некоторые организационно-методические проблемы реализации ИЭКЗ.
- **Анализ принятых поправок к Федеральному закону № 152-ФЗ «О персональных данных»**
  Большой пакет поправок к Федеральному закону № 152-ФЗ «О персональных данных» вступил в силу 27 июля 2011 г. В статье анализируются принятые изменения Закона и рассматриваются отдельные наиболее интересные для применения в медицинских информационных системах положения.
- **Математическое моделирование в управлении здоровьем населения**
  Приведены результаты применения многофакторного анализа и математического моделирования в управлении общественным здоровьем, с использованием которых дана оценка потенциальной эффективности различных управленческих сценариев.
- **Компьютерное прогнозирование потребления лекарственных средств и уровня забоеваемости**
  Рассматривается компьютерная система по прогнозированию потребления лекарственных средств в больнице и уровня заболеваемости в территориальных системах, что способствует принятию упреждающих организационных решений.
- **Дискуссионная площадка ВиИТ**
  К чему должна привести информатизация здравоохранения: попытка спроектировать будущее. *Виртуальный круглый стол*
- **Органайзер**

## 22 ноября 2011 г. в Москве CNews Conferences и CNews Analytics проведут конференцию «Новые медицинские технологии»

- *Каких ИТ-решений ждет российское здравоохранение?*
- *Что могут предложить ему отечественные разработчики?*
- *Насколько применимы на российском рынке западные решения?*
- *Как решить проблему ИТ-поддержки медицинских учреждений?*
- *Готовы ли врачи к широкому использованию новейших технологий или они предпочитают работать по старинке?*

Подробная информация **http://events.cnews.ru/events/22_11_11.shtml**

Менеджер
здравоохранения