

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№4. 2011



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

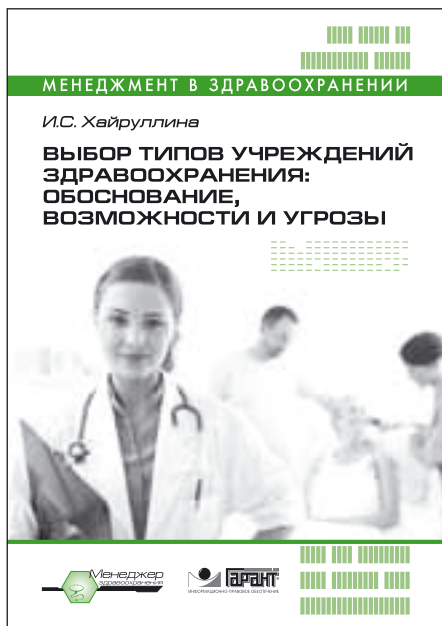


9 771811 018003 >



**Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
выпустил книгу
под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова**

Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы



О книге

Рассмотрены новые возможности и новые угрозы различных типов государственных (муниципальных) учреждений (автономные, бюджетные, казенные): права и ответственность, достоинства и недостатки конкретных типов, подходы к формированию государственных (муниципальных) заданий и т.д. Определена персональная ответственность руководителей учреждений здравоохранения в новых условиях. Обоснован выбор типов государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения: критерии, и целый ряд практических аспектов этой проблемы. Показана специфика и возможности государственно-частного партнерства в здравоохранении, определены возможности внедрения аутсорсинга в деятельность медицинских учреждений, привлечения частных клиник для оказания бесплатной медицинской помощи.

Для кого эта книга

Для главного врача

Об авторе

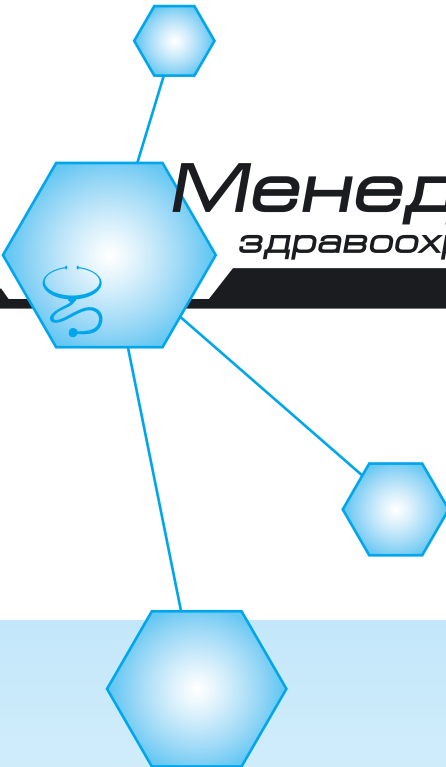
И.С. Хайруллина — один из ведущих специалистов в сфере экономико-правового регулирования деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

О партнерах:

Система «Гарант» предоставила в качестве приложения к книге уникальный мультимедийный диск, содержащий все нормативные документы, комментирующие правоприменительную практику 83-ФЗ.



Заказать книгу можно по адресу: **idmz@mednet.ru** Сайт редакции: **www.idmz.ru**
Тел.: **8 (495) 618-07-92**



Менеджер здравоохранения

ПОЗДРАВЛЯЕМ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА!

В Москве 28 февраля — 2 марта прошла XXIV (87) сессия общего собрания Российской академии медицинских наук. Новым президентом РАМН избран главный эндокринолог Минздравсоцразвития РФ Иван Дедов.

Заместителями президента РАМН избраны Александр Арчаков, возглавляющий Институт биомедицинской химии РАМН, директор Научного центра здоровья детей РАМН Александр Баранов, директор ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития РФ Владимир Стародубов.

В состав Президиума вошли 23 человека, в том числе главный кардиолог Минздрава Евгений Чазов, руководитель Роспотребнадзора Геннадий Онищенко и главный онколог Министерства здравоохранения Валерий Чиссов. Членами Президиума академии были избраны директор Центра сердечно-сосудистой хирургии имени Бакулева Лео Бокерия, а также министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова.

**Редакция поздравляет
Владимира Ивановича Стародубова с избранием
вице-президентом Российской академии медицинских
наук и выражает уверенность, что его миссия
модератора профессионального сообщества будет
достойно выполнена на благо российского
здравоохранения и Отечества!**

Менеджер здравоохранения

№ 4
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:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Дифференцированные нормативы объемов медицинской помощи в разрезе субъектов РФ

В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов,
И.А. Титова, Э.Н. Матвеев, Ю.А. Мирсков

6-31

Государственная поддержка медицинских организаций в ресурсном обеспечении

Е.П. Жаворонков, С.А. Столяров

32-40

МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Принципиальные основы системы оценивания потребительских свойств медицинских организаций

Ю.С. Харитонов

41-45

ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ

Формирование конкурентоспособности предприятий частной системы здравоохранения

К.Н. Арабчиков

46-47

Управление услугами учреждений здравоохранения на основе рейтинговой оценки их деятельности

О.К. Коробкова

48-49

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Иски пациентов: кто несет ответственность? Отклик на публикацию О.А. Каплунова «К вопросу о правовой защищенности медиков» (Менеджер здравоохранения. — 2010. — №6)

А.А. Старченко, Д.А. Зинланд,
М.Ю. Фуркалюк, И.В. Рыкова, Е.Ю. Гончарова,
С.А. Комарец, И.Н. Курило

50-62

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 стратегических 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

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО

Национальная медицинская палата требует прекратить информационную войну против врачей

63-65

С МЕСТА СОБЫТИЙ

Руководитель ЛПУ в зеркале 83-ФЗ: менеджер, экономист, юрист...

Комиссия Общественной палаты
Российской Федерации по охране здоровья,
экологии, развитию физической культуры
и спорта провела круглый стол на тему
«Деятельность медицинских учреждений
в новых организационных правовых формах
в связи с принятием Федерального закона
от 08.05.2010 № 83-ФЗ»

66-72

ОРГАНИЗАТОР

Научно-практическая конференция «Экономические аспекты здоровья и здравоохранения»

73

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров

74-77

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

78-80

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

81-96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсужде-
нии 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 здравоохра-
нения». Авторы опубликованных материа-
лов несут ответственность за подбор и
точность приведенных фактов, цитат, ста-
тистических данных и прочих сведений, а
также за то, что в материалах не содер-
жится данных, не подлежащих открытой
публикации.

Материалы рецензируются редакционной
коллекцией.

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

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»

Manager

Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

№ 4
2011

Contents:

HEALTH-CARE MANAGEMENT

Differentiated standards of health care volumes of Russian Federation subjects (FSM Central scientific – research institute Focus of the problem

V.I. Starodubov, V.O. Flek, I.M. Son, S.A. Leonov,
I.A. Titova, A.N. Matveev, U.A. Mirskov

6-31

State Support of Medical institutions in resource provision

E.P. Zhavoronkov, S.A. Stolyarov

32-40

MARKETING IN HEALTH CARE

Principal features of evaluation method of medical institutions consumer's peculiarities

U.C. Haritonov

41-45

DISSERTATION BOARD

Formation of competitive enterprises of private health care system

K.N. Arabchikov

46-47

Management of health care organization's services on the basis of their activity rating evaluation

O.K. Korobkova

48-49

FEEDBACK

Lawsuits of patients: who is responsible? Response to publication of O.A.Kaplunov «On legal protection of physicians» (Manager Zdravoochranenia. – 2010. – №6)

A.A. Starchenko, D.A. Zinland, M.U. Furkalyuk,
I.V. Rykova, E.Yu. Goncharova, S.A. Komareets, I.N. Kurilo

50-62

Все публикации журнала
будут индексироваться
в международной
библиометрической
системе Scopus

Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...

PROFESSIONAL COMMUNITY

National Medical Chamber demands to stop the information war against doctors

63–65

FROM THE SCENE

**The Head of health facilities in the mirror of Federal Law № 83:
manager, economist, lawyer**

*Public Chamber Committee for conservation
of health, ecology, physical culture and sport development
is organizing a round table «Medical institutions activity
in new organizational legal forms in connection to adoption
of federal law-83»*

66–72

ORGANIZER

**The Scientific-practical conference
«Economic aspects of health and health service»**

73

CONSULTS «MANAGER OF HEALTH CARE»

Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov

74–77

QUESTIONS AND ANSWERS

*Questions answered
by Phd. of Economic F.N. Kadyrov*

78–80

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

81–96



В.И. Стародубов,

д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ЦНИИОИЗ, г. Москва, starodubov@ramn.ru

В.О. Флек,

д.м.н., профессор

И.М. Сон,

д.м.н., профессор, ЦНИИОИЗ

С.А. Леонов,

д.м.н., профессор, ЦНИИОИЗ, leonov@mednet.ru

И.А. Титова,

к.м.н., доцент ИРДПО

Э.Н. Матвеев,

к.м.н., ведущий научный сотрудник, ЦНИИОИЗ

Ю.А. Мирсков,

аспирант, ЦНИИОИЗ

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ НОРМАТИВЫ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАЗРЕЗЕ СУБЪЕКТОВ РФ

УДК 614.2

Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М., Леонов С.А., Титова И.А., Матвеев Э.Н., Мирсков Ю.А.

Дифференцированные нормативы объемов медицинской помощи в разрезе субъектов РФ

(Федеральное государственное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства в сфере здравоохранения и социального развития», Москва)

Аннотация: В статье приводится методика расчета коррекции дифференцированных нормативов амбулаторной и стационарной медицинской помощи, анализируются факторы, влияющие на нормативные объемы медицинской помощи. Для каждого субъекта, входящего в состав Российской Федерации, рассчитаны объемы амбулаторной и стационарной помощи по программе государственных гарантий (на 1000 соответствующего населения). Расчетные коэффициенты для каждого из регионов позволят оптимизировать сеть учреждений здравоохранения в регионах.

Ключевые слова: Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, дифференцированные нормативы, объемы амбулаторной медицинской помощи по отдельным специальностям врачей, объемы стационарной медицинской помощи по отдельным профилям коек, объемы медицинской помощи в дневных стационарах, многоуровневая региональная модель сети учреждений здравоохранения, общая и первичная заболеваемость населения субъектов Российской Федерации.

Нормативная база Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи играет важную регулирующую роль в отрасли. Ее следует рассматривать в качестве действенного инструмента модернизации существующей системы здравоохранения в стране, что имеет существенное значение для регионов при разработке территориальных программ государственных гарантий.

© В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов, И.А. Титова, Э.Н. Матвеев, Ю.А. Мирсков, 2011 г.



С учетом дифференциации нормативных показателей по интенсивности лечебно-диагностического процесса и уровням (этапам, порядку) оказания медицинской помощи нормативы становятся мощным средством повышения эффективности использования имеющихся в регионах ресурсов, позволяют за счет развития ресурсосберегающих технологий сократить дефицит финансовых ресурсов.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год (ПГГ), утвержденная Постановлением Правительства РФ от 02.10.09 № 811, является документом, позволяющим обеспечить сбалансированность обязательств государства по предоставлению населению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет всех государственных источников финансирования, имеющихся в регионе.

Объемные показатели ТПГГ становятся основой для расчета необходимых финансовых, материальных и кадровых ресурсов.

Важнейшим требованием Программы государственных гарантий к территориальным нормативам, разрабатываемым в субъектах РФ, является обеспечение адекватности их потребности населения в медицинской помощи. Поэтому федеральные нормативы, отражающие общие закономерности по России в целом, могут быть использованы при разработке территориальных нормативов только в результате проведения их адаптации к территориям с учетом региональных особенностей возрастного-полового состава населения, заболеваемости и других значимых факторов.

В основу методики по разработке территориальных нормативов объемов по стационарной (число госпитализаций и койко-дней в стационарах, число поступивших в дневные стационары) и амбулаторной помощи (число посещений врача) положен принцип поэтапного формирования территориальных нормативов. Этот принцип предполагает адаптацию федеральных нормативов с уче-

том региональных особенностей численности и возрастного-полового состава населения территории, заболеваемости, экспертной оценки обоснованности госпитализации, развития замещающих стационар технологий и доступности медицинской помощи.

Дополнительное использование в качестве объемных показателей числа госпитализаций, наряду с числом койко-дней (пациентомест), обусловлено тем обстоятельством, что многие территории (регионы и муниципальные образования) достигли высокой степени интенсивности лечебно-диагностического процесса, и использование показателей числа койко-дней для планирования развития сети, как это рекомендуется действующими нормативными документами, становится сдерживающим фактором ее оптимизации.

Объемные показатели ТПГГ становятся основой для проведения реструктуризации системы оказания медицинской помощи по интенсивности лечебно-диагностического процесса, формирования региональной многоуровневой модели сети учреждений здравоохранения с целью повышения ее структурной эффективности, повышения доступности и качества предоставляемой населению медицинской помощи.

Формирование многоуровневой региональной модели сети учреждений здравоохранения является конечной целью работы с нормативной базой, на основе которой обеспечивается достижение структурной эффективности отрасли.

Но в современных условиях требуется дальнейшее развитие этого принципа на основе концепции регионального подхода к построению сети учреждений здравоохранения на основе формировании зон медицинского обслуживания, объединяющих несколько тесно связанных между собой на основе экономических факторов и транспортных связей районов.

Методика адаптации федерального норматива к территориям как метод разработки и обоснования территориальных нормативов





объема медицинской помощи населению конкретной территории (региона) основывается на методе аналогов. Сущностью метода является перенесение на территориальный уровень принципиальных установок, методов анализа и сложившихся пропорций между компонентами системы здравоохранения с учетом анализа демографической и медико-организационной подосновы нормативной базы, которые использованы при формировании федеральных нормативов объемов медицинской помощи.

При этом проводится сравнительный анализ показателей с использованием так называемых сопоставительных таблиц, в которых просчитываются коэффициенты отклонения показателей фактической обеспеченности службы в регионах и нормативов Российской Федерации. Коэффициенты отклонений (в долях единицы) получаются путем деления территориальных показателей на показатели по Российской Федерации.

Поскольку территориальные нормативы должны в наибольшей мере отражать потребность населения в различных видах медицинской помощи, то объем необходимой помощи устанавливается в зависимости от уровня и структуры заболеваемости с учетом возрастного состава населения. Кроме того, учитываются демографические, социально-экономические, культурные и другие характеристики населения, а также климатогеографические, градостроительные и медико-организационные факторы обеспечения доступности медицинской помощи населению.

Важнейшими факторами, влияющими на потребность населения региона в медицинской помощи, являются его возрастные характеристики, а также региональные особенности заболеваемости. Поэтому федеральные нормативы Программы государственных гарантий, отражающие средние по России демографические характеристики населения, а также его заболеваемость, при разработке территориальных нормативов должны быть обязательно учтены.

«Формально рассчитанный» территориальный норматив должен быть подвергнут экспертной оценке, которая призвана согласовать полученные нормативные показатели с возможностями системы здравоохранения региона на основе учета медико-организационных факторов, климатогеографических условий и особенностей расселения жителей, влияющих на доступность медицинской помощи.

Заключительным этапом работы с нормативами стационарной помощи на региональном уровне является расчет потребного числа коек круглосуточного содержания и мест в дневных стационарах с целью последующего формирования рациональной региональной модели сети учреждений здравоохранения.

Нормативы стационарной, а также амбулаторной помощи, использованные нами для расчета ТППГ, получены в результате проведенного уточнения федеральных нормативов с использованием в ходе его экспертизы первичной медицинской документации (историй болезни, талона амбулаторного больного). В ходе проведения экспертизы первичной медицинской документации (историй болезни) был определен процент экспертной поправки фактической госпитализации для лечения (долечивания) в условиях дневного стационара. С учетом оценки длительности пребывания, тяжести заболевания, проведенных лечебно-диагностических мероприятий этот процент составил от 5 до 10% для большинства профилей коек.

При условии интенсификации лечебно-диагностического процесса сокращение частоты и длительности госпитализации на койки круглосуточного пребывания возможно за счет развития сети дневных стационаров, оптимизации предоперационной подготовки на амбулаторном этапе и догоспитального обследования пациентов. Анализ выявил недостаточное количество дневных стационаров поликлиник, а также значительное отставание развития коек

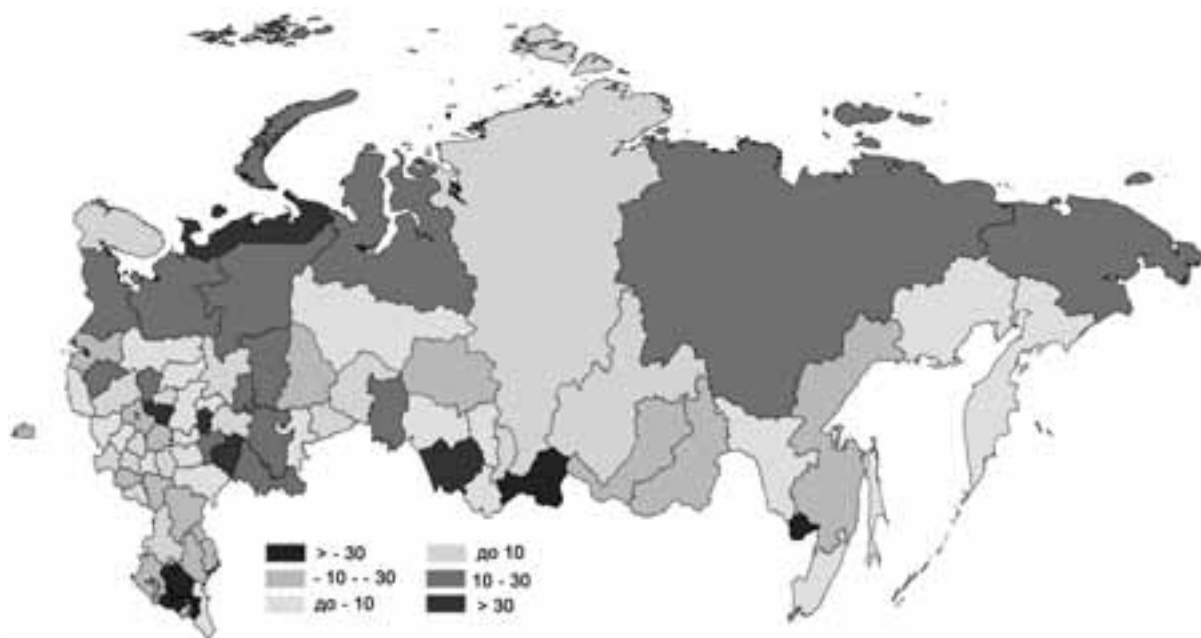


Рис. 1. Карта отклонений от среднего по Российской Федерации уровня общей заболеваемости всего населения Российской Федерации

сестринского ухода (34% от нормативного показателя)

Проведенное сопоставление фактических объемов помощи, оказываемой в федеральных округах и отдельных регионах, с Российской Федерацией выявило существенные отклонения от среднего показателя по России по широкому кругу классов, групп болезней и нозологических форм.

В среднем по Российской Федерации за последние пять лет общая заболеваемость населения выросла с 146 352,0 в 2005 году до 160 724,6 на 100 000 населения в 2009 году (на 9,8%). Уровни ее были выше средних по России в Сибирском (169 214,2), Приволжском (182 179,0) и Северо-Западном (180 269,8) федеральных округах. В Уральском (150 819,5), Дальневосточном (151 764,1) и Центральном (153 199,3) федеральных округах ее размеры были незначительно (4,7–6,2%), а в Южном (118 874,2) и Северо-

кавказском (118 874,2) федеральных округах существенно (25,9–14,6%) ниже средних размеров по РФ.

Следует отметить, что темпы роста общей заболеваемости в Северо-Западном (16,9%), Приволжском (12,7%), Сибирском (10,2%) и Дальневосточном (10,4%) федеральных округах превышали средние по России (9,8%) (рис. 1).

Из 18 территорий, входящих в состав Центрального федерального округа, регистрируемый уровень общей заболеваемости превышал средние его размеры по Российской Федерации в 9 субъектах Российской Федерации. Особенно высокие уровни общей заболеваемости отмечались во Владимирской (210 975,5), Ярославской (184 093,2), Белгородской (173 537,8) и Тамбовской (173 557,8) областях.

Из 11 субъектов Российской Федерации, входящих в состав Северо-Западного феде-





рального округа, в 7 размеры общей заболеваемости превышали средние ее размеры по России в целом. Наиболее высокие уровни общей заболеваемости отмечались в Ненецком АО (332 213,3), г. Санкт-Петербурге (214 790,5), Республике Карелия (206 214,5), Новгородской области (203 680,9), Республике Коми (191 843,8) и Архангельской (182 459,8) области. В Ленинградской (114 531,3) и Калининградской (135 266,0) областях зарегистрированные уровни общей заболеваемости были статистически значимо ниже средних по федеральному округу и России в целом.

Из 7 субъектов Южного федерального округа только в Ростовской области уровни общей заболеваемости были выше средних по стране (164 786,7).

В Северокавказском федеральном округе во всех регионах размеры показателей общей заболеваемости были значительно ниже средних по России. Максимальные уровни здесь отмечались в Республиках Дагестан (147 716,3) и Ингушетия (137 394,8), а минимальные в Кабардино-Балкарской Республике (88 815,6).

Из 14 субъектов Приволжского федерального округа в 9 был зарегистрирован уровень общей заболеваемости, значительно превышающий средний по России. Наиболее высокие уровни зафиксированы в Чувашской Республике (216 738,5), Самарской области (213 188,1), Пермском крае (197 994,5), Ульяновской (197 055,4) и Оренбургской областях (185 387,9), а самые низкие в Саратовской области (154 000,0).

Из 12 субъектов Сибирского федерального округа более высокий, чем в среднем по России, уровень общей заболеваемости отмечался в Республике Хакасия (161 221,0), Красноярском крае (164 370,2), Иркутской (164 977,3), Омской (180 329,5) областях и Алтайском крае (249 083,3). Следует отметить, что уровень регистрируемой здесь общей заболеваемости — один из самых высоких в стране и уступает толь-

ко размерам ее в Ненецком автономном округе (332 213,3 на 100 000 населения). Во все остальных субъектах Сибирского федерального округа он был ниже среднероссийских ее уровней.

Как в самом Дальневосточном федеральном округе, так и практически во всех его субъектах регистрируемый уровень общей заболеваемости был ниже среднего по России. Только в Республике Саха (Якутия) (184 586,9) и Чукотском автономном округе (191 793,2) ее размеры были существенно выше.

Отмеченные различия в уровнях общей заболеваемости, регистрируемой в отдельных субъектах Российской Федерации, логически мало объяснимы и свидетельствуют о плохо поставленной системе регистрации и контроля заболеваемости либо о преднамеренном завышении ее уровней для получения большего количества финансовых средств для поддержки деятельности учреждений. Это говорит о том, что систему финансирования учреждений необходимо в корне изменять, то есть платить за профилактику и сохранение уровня здоровья населения, а не за количество пролеченных больных.

Число случаев первичных заболеваний, составляя практически половину (49,9%) всех зарегистрированных случаев заболеваний, увеличилось по сравнению с 2005 г. на 7,6%. При таком росте первичной на фоне более высокого темпа увеличения общей заболеваемости (+9,8%) легко просматривается процесс накопления у населения хронических заболеваний.

По федеральным округам первичная заболеваемость изменяется в основном, как и общая, от самых высоких уровней в Приволжском (88 439,2), Северо-Западном (87 715,4), Дальневосточном (83 613,4), Сибирском (83 384,0) и Уральском (82 613,4) до наиболее низких показателей — в Центральном (76 014,0), Южном (68 788,3) и Северокавказском (63 148,2) федеральных округах.



Изменение заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом происходило весьма неравномерно. Самый высокий прирост показателей заболеваемости зарегистрирован в Северо-Западном (15,0%), Дальневосточном (10,6%) и Приволжском (9,3%) федеральных округах. Более низкий прирост в Центральном (+7,6%), Сибирском (+7,3%) и Уральском (+5,3%).

Структура первичной заболеваемости несколько отличается от структуры общей заболеваемости. Однако на первом месте традиционно класс болезней органов дыхания (33 930,0, или 42,3%), на втором — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (9058,6, или 11,3%).

Снижение первичной, как и общей заболеваемости, произошло лишь по классам психические расстройства и расстройства поведения (–14,7%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (–7,4%), а также болезни кожи и подкожной клетчатки (–1,1%).

Уровни заболеваемости, регистрируемые в Ненецком (в 2,3 раза), Ямало-Ненецком (на 40,1%) и Чукотском (на 48,6%) автономных округах выше, чем по России в целом. Вероятнее всего, причина — в особо трудных условиях жизни и малой доступности медицинской помощи для населения, проживающего в районах с чрезвычайно низкой плотностью населения.

В общем числе заболеваний всего населения 72,5% составляют болезни взрослых в возрасте 18 лет и старше и 27,5% детей 0–17 лет, из которых 22,7% — дети 0–14 лет и 4,8% — дети 15–17 лет включительно.

Число случаев заболеваний детей в возрасте 0–14 лет, зарегистрированное в течение 2009 года в лечебно-профилактических учреждениях, составило 51 762,8 тыс., что составило 245 409,6 на каждые 100 000 тысяч населения соответствующего возраста. По сравнению с 2005 г. частота случаев заболеваний выросла на 10,1%.

В 2009 г. в стране у детей в возрасте 15–17 лет было зарегистрировано 10 932,3 тыс. случаев заболеваний, то есть на 14,3% меньше, чем в 2005 г. При этом уровень общей заболеваемости составил 220 277,3 на 100 000 населения соответствующего возраста, что на 18,5% выше, чем в 2005 г. Столь необычное соотношение показателей — результат значительного сокращения численности детей данной возрастной группы в течение рассматриваемого периода.

В 2009 г. в лечебно-профилактических учреждениях было зарегистрировано 165 379,5 тыс. случаев всех заболеваний взрослого населения, или 142 754,9 на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше.

Так как разрабатываемые нормативы, по существу, представляют собой «минимальные социальные нормативы», то планируемые показатели в федеральных округах должны быть не ниже федеральных показателей. Более высокая заболеваемость — убедительный повод ввести нормативные объемы медицинской помощи, превышающие федеральный уровень.

Ниже приводятся расчетные скорректированные по основным факторам нормативы основных объемных показателей территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по федеральным округам и субъектам Российской Федерации (табл. 1 и 2).

Надеемся, что дифференцированные нормативы послужат толчком для формирования многоуровневой региональной модели сети учреждений здравоохранения, которая может способствовать достижению структурной эффективности отрасли. Построение такой модели позволяет рационально организовать с учетом особенностей расселения сеть межрайонных отделений — важнейшее условие приближения к месту жительства населения специализированной медицинской помощи.





Расчетные объемы амбулаторной помощи по Программе государственных гарантий

	Кардиология	Ревматология	Гастроэнтерология	Пульмонология	Эндокринология (т)	Нефрология (т)	Гематология	Аллергология	Педиатрия (общая)	Терапия (общая)	Инфекционисты	Травматология	Урология
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Российская Федерация	127	29	28	16	164	11	13	27	1163	2074	23	250	100
Центральный ФО	148	27	26	18	173	10	6	29	1204	2210	44	245	103
Белгородская обл.	164	31	25	13	157	11	10	22	1302	2160	57	220	108
Брянская обл.	136	34	30	16	255	10	7	27	1344	2136	43	233	95
Владимирская обл.	147	32	32	17	177	12	10	28	1284	2238	45	207	117
Воронежская обл.	160	39	26	13	179	10	8	20	1127	2029	39	161	93
Ивановская обл.	124	19	15	19	145	11	9	31	1181	2137	38	243	104
Калужская обл.	126	22	23	19	146	10	8	31	1224	2122	46	198	98
Костромская обл.	130	36	23	18	154	10	12	31	1285	2101	31	273	89
Курская обл.	102	42	32	17	185	11	9	28	1275	2105	57	238	105
Липецкая обл.	142	27	27	16	157	13	6	26	1260	2110	44	261	122
Московская обл.	112	31	21	21	170	8	6	33	1174	2140	52	252	81
Орловская обл.	131	31	23	16	190	11	6	27	1288	2163	39	246	108
Рязанская обл.	144	35	22	15	189	11	8	24	1177	2139	58	261	107
Смоленская обл.	130	42	25	17	154	10	10	27	1192	2134	48	209	97
Тамбовская обл.	169	32	28	17	160	12	7	28	1251	2171	31	178	116
Тверская обл.	136	28	23	16	176	8	10	27	1236	2118	46	223	74
Тульская обл.	168	27	23	15	174	10	6	24	1132	2162	42	197	97
Ярославская обл.	131	24	25	19	172	9	6	32	1231	2202	42	252	86
Москва	180	16	29	20	172	12	3	31	1175	2395	39	290	120
Северо-Западный ФО	142	24	25	17	162	10	9	27	1260	2187	55	259	100
Республика Карелия	135	21	30	16	160	10	14	27	1379	2181	48	258	89
Республика Коми	105	21	24	18	163	13	14	31	1534	2099	51	254	112
Архангельская обл.	113	26	31	17	145	12	13	30	1427	2100	46	279	105
Ненецкий АО	88	13	43	15	200	19	12	32	2017	1998	37	206	135
Вологодская обл.	116	30	21	19	156	8	16	32	1358	2075	56	256	72
Калининградская обл.	83	24	36	18	129	10	5	30	1277	2104	77	186	96
Ленинградская обл.	139	29	20	18	190	9	11	29	1135	2154	60	211	94
Мурманская обл.	114	19	25	16	193	12	10	28	1347	2102	51	286	108
Новгородская обл.	160	23	39	15	183	9	7	25	1289	2170	38	242	81
Псковская обл.	129	33	24	16	169	10	9	26	1210	2127	39	263	96
Санкт-Петербург	183	20	22	16	154	10	5	24	1121	2298	57	282	108



Таблица 1

бесплатной медицинской помощи по отдельным регионам (на 1000 населения)

Нейрохирургия	Чел.-лицевая хирургия	Проктология	Серд.-сосуд. хирургии	Хирургия (общая)	Онкология	Акушерство-гинекология	Отоларингология	Офтальмология	Неврология	Психиатрия	Наркология	Фтизиатрия	Дермато-венерология	ВРАЧЕБНЫЙ ПРОФИЛЬ	Стоматология	Всего
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
13	2	19	6	506	106	665	504	454	456	290	138	185	429	8100	1400	9500
12	2	19	7	526	135	644	483	448	394	302	162	134	416	7927	1449	9376
10	2	17	8	521	107	575	521	520	702	249	105	78	386	8082	1440	9522
11	2	18	6	519	120	603	539	378	547	296	212	238	483	8341	1434	9775
10	2	16	7	536	96	507	534	481	453	253	152	110	436	7941	1480	9421
8	2	13	8	484	137	596	432	431	491	394	163	146	311	7519	1334	8853
12	2	19	6	510	130	590	603	478	501	452	327	95	445	8245	1405	9650
9	2	15	6	509	148	653	435	426	606	322	170	123	442	7940	1404	9344
13	3	21	6	508	126	689	509	412	407	369	255	72	373	7955	1403	9359
11	2	18	5	508	175	791	513	407	385	417	216	245	393	8291	1404	9695
12	3	20	7	508	129	592	520	394	205	345	219	144	376	7683	1404	9087
12	3	20	5	510	189	787	484	406	449	324	202	186	492	8171	1405	9575
12	2	19	6	521	115	545	641	547	358	303	145	91	449	8035	1438	9473
12	3	21	7	510	138	645	483	413	359	285	193	173	467	7897	1405	9301
10	2	16	6	509	108	559	576	453	341	330	173	206	418	7802	1405	9206
8	2	14	8	520	119	494	386	415	615	253	205	119	282	7637	1436	9073
10	2	17	6	509	135	592	520	448	524	365	186	157	399	7993	1404	9397
9	2	16	8	512	111	489	488	445	425	289	182	162	519	7734	1410	9144
12	3	20	6	526	104	519	592	578	319	262	151	98	409	7830	1450	9280
14	3	23	9	562	122	665	426	466	231	247	91	85	381	7805	1547	9352
12	3	20	7	524	112	578	500	470	424	260	130	125	439	7881	1442	9323
12	3	20	6	530	93	502	597	471	503	282	191	113	456	8146	1465	9610
11	2	19	5	522	67	561	512	468	489	263	123	136	475	8093	1448	9541
13	3	21	5	516	91	604	512	519	276	257	123	77	400	7760	1428	9188
8	2	14	4	528	29	446	596	628	254	250	269	78	436	8358	1479	9838
12	3	19	5	507	130	695	584	555	355	312	133	105	442	8074	1402	9476
9	2	14	4	508	143	759	453	429	425	283	144	273	579	8100	1404	9503
10	2	17	7	510	142	715	442	371	313	413	282	186	377	7886	1405	9292
13	3	22	5	512	93	572	504	527	347	229	92	111	435	7773	1415	9188
11	2	19	7	522	92	472	425	439	487	299	208	131	380	7778	1442	9220
12	3	21	6	509	119	623	449	539	613	357	181	194	384	8162	1404	9567
14	3	23	9	540	113	474	505	462	473	168	54	82	449	7668	1483	9152





	Кардиология	Ревматология	Гастроэнтерология	Пульмонология	Эндокринология (г)	Нефрология (г)	Гематология	Аллергология	Педиатрия (общая)	Терапия (общая)	Инфекционисты	Травматология	Урология
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Южный ФО	117	31	32	15	167	12	9	26	1343	2061	45	245	105
Республика Адыгея	91	28	21	13	177	10	5	23	1461	2039	45	285	90
Республика Калмыкия	116	36	29	17	113	14	19	34	1803	1920	41	140	107
Краснодарский край	113	30	38	14	192	9	8	24	1378	2069	51	275	85
Астраханская обл.	113	27	27	16	149	12	17	29	1504	2025	47	268	101
Волгоградская обл.	142	25	25	16	151	12	8	27	1307	2093	54	236	113
Ростовская обл.	110	36	31	15	153	14	8	26	1243	2051	32	213	127
Северный Кавказ	98	50	36	16	195	13	50	33	1963	1864	52	234	90
Республика Дагестан	69	47	55	14	196	16	82	31	2249	1764	62	261	101
Республика Ингушетия	107	63	46	14	259	11	69	33	2558	1656	52	156	63
Кабардино-Балкарская Респ.	105	85	46	14	262	14	12	27	1679	1963	33	277	110
Карачаево-Черкесская Респ.	126	42	23	14	160	14	9	27	1691	1959	62	140	114
Респ. Сев. Осетия-Алания	94	34	22	19	226	9	6	35	1605	1989	44	258	75
Чеченская Республика	128	91	21	17	128	13	138	43	2817	1565	56	120	67
Ставропольский край	105	26	24	19	188	10	7	32	1416	2055	48	267	89
Приволжский ФО	131	36	29	15	156	12	14	26	1392	2128	47	254	105
Республика Башкортостан	131	58	37	14	129	13	27	25	1599	2099	45	266	109
Республика Марий Эл	105	46	25	16	174	12	15	27	1408	2058	53	306	103
Республика Мордовия	128	49	33	14	145	11	13	23	1241	2117	49	230	106
Республика Татарстан	135	46	29	15	142	11	17	26	1449	2088	45	250	99
Удмуртская Республика	105	23	30	17	103	13	10	31	1519	2084	54	266	111
Чувашская Республика	146	55	36	14	203	15	19	25	1567	2263	46	228	131
Пермский край	112	28	29	16	127	13	17	29	1522	2139	61	304	115
Кировская обл.	144	52	22	16	188	7	14	26	1268	2107	48	289	64
Нижегородская обл.	116	20	22	18	144	8	5	28	1146	2150	44	256	75
Оренбургская обл.	144	19	24	14	175	13	12	26	1503	2097	43	237	109
Пензенская обл.	141	21	33	15	144	9	10	25	1204	2129	42	206	87
Самарская обл.	144	25	29	15	173	14	11	26	1317	2185	43	265	130
Саратовская обл.	145	32	27	15	218	11	12	25	1270	2106	36	206	107
Ульяновская обл.	135	29	24	15	179	13	8	24	1287	2195	57	228	129



Таблица 1, продолжение

Нейрохирургия	Чел.-лицевая хирургия	Проктология	Серд.-сосуд. хирургия	Хирургия (общая)	Онкология	Акушерство-гинекология	Отоларингология	Офтальмология	Неврология	Психиатрия	Наркология	Фтизиатрия	Дермато-венерология	ВРАЧЕБНЫЙ ПРОФИЛЬ	Стоматология	Всего
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
11	2	19	5	503	146	751	543	410	515	361	165	248	456	8342	1391	9734
13	3	21	4	505	159	925	419	407	640	458	248	213	817	9124	1401	10525
6	1	10	5	500	70	909	598	512	593	342	125	362	469	8891	1397	10287
13	3	21	5	506	186	879	552	393	528	474	201	226	448	8720	1402	10122
12	3	20	5	504	111	895	586	459	494	421	177	285	448	8754	1401	10155
11	2	18	7	508	122	706	517	435	303	309	142	281	503	8074	1403	9477
10	2	16	5	495	124	564	547	395	616	236	128	242	401	7837	1368	9205
10	2	16	4	497	94	1176	599	434	661	250	88	303	427	9254	1395	10649
10	2	16	3	493	30	956	534	468	628	211	37	182	410	8928	1391	10319
6	1	9	4	488	24	964	532	381	712	73	1	278	749	9309	1387	10696
12	3	19	5	502	124	1257	427	357	696	264	128	291	492	9204	1398	10602
6	1	10	6	502	121	1256	698	555	635	409	178	355	515	9630	1398	11029
11	2	18	4	503	128	1081	811	424	456	242	86	313	422	8917	1399	10317
4	1	6	5	484	68	2146	1059	525	1048	164	25	576	231	11546	1384	12930
12	3	20	5	506	158	986	458	378	555	333	155	298	438	8589	1402	9991
12	3	19	6	520	99	593	548	487	520	277	142	152	449	8170	1438	9608
12	3	19	6	525	78	606	590	494	806	240	105	102	533	8670	1459	10130
14	3	23	5	506	73	699	453	520	519	307	170	120	482	8241	1402	9643
11	2	18	6	509	109	557	523	573	513	284	152	168	392	7975	1404	9379
11	2	19	6	514	86	618	559	455	452	220	92	97	387	7873	1426	9298
12	3	20	5	518	82	634	573	508	462	323	120	201	496	8322	1436	9759
10	2	17	7	557	61	479	659	540	777	301	134	97	464	8855	1545	10399
14	3	23	5	529	85	594	556	463	473	314	160	189	502	8421	1468	9889
14	3	22	7	508	98	628	459	541	249	339	199	161	374	7846	1404	9249
12	3	20	5	510	150	647	537	384	471	338	272	197	475	8053	1405	9458
11	2	18	7	519	101	607	521	576	448	252	79	188	419	8164	1441	9605
10	2	16	7	509	116	557	480	473	383	329	147	148	530	7772	1404	9176
12	3	20	7	527	95	507	468	451	512	235	120	136	380	7850	1456	9306
10	2	16	7	508	134	627	611	502	481	278	141	208	424	8160	1404	9563
11	2	18	6	527	85	483	601	600	518	232	135	138	395	8075	1456	9531





	Кардиология	Ревматология	Гастроэнтерология	Пульмонология	Эндокринология (т)	Нефрология (т)	Гематология	Аллергология	Педиатрия (общая)	Терапия (общая)	Инфекционисты	Травматология	Урология
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Уральский ФО	97	29	27	17	159	11	13	30	1439	2065	67	284	93
Курганская обл.	95	35	36	15	139	9	19	26	1390	2065	54	278	77
Свердловская обл.	104	30	25	17	152	10	11	28	1330	2085	59	314	91
Тюменская обл.	93	22	29	17	177	13	13	32	1661	2032	83	229	107
Ханты-Мансийский АО	70	20	30	17	161	13	11	33	1691	1959	110	305	103
Ямало-Ненецкий АО	63	18	30	18	190	15	11	36	1865	1984	62	230	117
Челябинская обл.	95	33	25	18	155	9	11	31	1375	2070	64	300	85
Сибирский ФО	126	23	32	15	174	12	12	26	1486	2055	53	266	102
Республика Алтай	125	50	30	13	179	16	25	27	2029	1841	51	149	110
Республика Бурятия	118	42	33	17	216	12	10	32	1737	1943	37	267	89
Республика Тыва	78	31	29	13	232	16	24	31	2449	1694	76	369	97
Республика Хакасия	106	29	30	13	159	12	10	24	1515	1983	61	292	105
Алтайский край	170	18	44	13	258	15	16	22	1434	2191	36	144	140
Забайкальский край	109	38	38	15	181	12	16	29	1751	1938	48	222	94
Красноярский край	130	21	30	14	137	11	11	25	1447	2044	54	295	96
Иркутская обл.	112	25	28	16	196	13	11	29	1584	1996	55	302	110
Кемеровская обл.	120	20	22	14	156	10	10	25	1398	2062	51	376	90
Новосибирская обл.	123	21	25	16	153	10	12	27	1310	2092	56	259	96
Омская обл.	133	19	42	14	134	10	14	24	1425	2116	70	232	87
Томская обл.	109	21	29	15	149	12	8	26	1356	2076	55	205	106
Дальневосточный ФО	6	22	32	17	156	11	10	30	1494	2036	66	293	97
Республика Саха (Якутия)	84	42	37	20	183	13	14	41	2044	1885	39	300	90
Камчатский край	105	17	21	17	113	12	9	30	1418	2055	57	240	107
Приморский край	114	12	25	16	114	11	10	27	1337	2083	80	314	104
Хабаровский край	104	21	30	17	155	10	8	29	1361	2075	65	315	94
Амурская обл.	119	27	34	16	214	13	11	28	1523	2018	54	252	106
Магаданская обл.	64	24	19	18	184	12	7	31	1441	2047	88	329	103
Сахалинская обл.	104	16	64	15	179	8	11	26	1409	2058	79	210	67
Еврейская авт. область	89	19	28	18	177	13	9	33	1545	2010	77	354	107
Чукотский АО	57	32	25	24	144	11	13	48	1912	1950	45	330	84



Таблица 1, окончание

Нейрохирургия	Чел.-лицевая хирургия	Проктология	Серд.-сосуд. хирургия	Хирургия (общая)	Онкология	Акушерство-гинекология	Отоларингология	Офтальмология	Неврология	Психиатрия	Наркология	Фтизиатрия	Дермато-венерология	ВРАЧЕБНЫЙ ПРОФИЛЬ	Стоматология	Всего
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
13	3	21	4	509	108	770	519	460	443	325	134	242	484	8363	1411	9774
13	3	21	4	506	110	706	409	540	598	364	146	331	497	8484	1402	9886
14	3	24	5	507	123	816	587	476	438	263	103	302	498	8415	1403	9818
10	2	16	4	515	68	764	450	437	502	339	142	201	526	8485	1433	9918
13	3	21	3	502	59	831	477	427	371	278	134	198	440	8281	1398	9679
10	2	16	3	517	45	618	474	516	517	294	117	185	596	8552	1444	9996
14	3	23	4	507	129	737	529	439	348	379	161	183	422	8148	1402	9550
12	3	20	6	510	94	740	496	482	440	317	127	281	415	8322	1414	9736
6	1	10	5	496	55	1094	569	544	439	354	187	287	509	9201	1394	10595
11	3	18	5	501	74	1085	496	496	494	242	80	354	407	8820	1398	10217
14	3	21	3	490	37	1675	642	306	472	310	210	962	765	11051	1388	12439
13	3	21	5	496	70	756	577	446	522	300	155	291	552	8546	1379	9926
7	1	11	8	535	78	453	372	451	406	324	111	212	313	7782	1480	9262
9	2	15	5	501	100	976	387	540	348	368	194	270	384	8592	1397	9990
13	3	22	6	505	85	692	546	575	389	317	101	254	416	8237	1401	9639
13	3	22	5	503	87	785	503	430	416	261	128	363	408	8406	1400	9805
17	4	28	5	506	104	743	587	463	395	373	119	265	401	8365	1402	9766
12	3	20	6	508	123	718	483	440	520	310	142	261	456	8202	1403	9605
11	2	17	6	519	90	604	458	490	503	268	99	275	489	8153	1437	9590
9	2	16	5	507	122	839	508	550	515	414	186	170	298	8308	1402	9711
13	3	22	5	506	77	733	439	421	402	346	194	310	485	8324	1405	9729
12	3	20	4	506	42	743	436	479	706	249	137	177	460	8766	1421	10187
11	2	18	5	506	88	636	469	456	523	344	252	197	440	8147	1402	9549
14	3	24	5	507	63	662	430	394	434	362	177	332	525	8181	1403	9584
14	3	24	5	507	96	803	510	434	244	327	177	267	516	8212	1402	9614
11	2	18	5	504	98	782	399	466	392	330	180	479	424	8504	1400	9905
15	3	24	3	505	73	610	448	484	294	586	482	159	374	8429	1401	9830
10	2	16	5	506	85	694	361	330	175	454	293	333	441	7948	1402	9349
16	3	26	4	504	112	1106	336	215	251	383	182	584	525	8725	1400	10125
14	3	22	2	512	40	678	585	557	418	385	313	173	479	8857	1433	10290





**Расчетные объемы стационарной
по Программе государственных гарантий бесплатной медицинской**

Профиль коек	Кардиологические	Ревматологические	Гастроэнтерологические	Пульмонологические	Эндокринологические	Нефрологические	Гематологические	Аллергологические	Педиатрические
Российская Федерация	130	17	39	42	30	20	16	7	122
Центральный ФО	149	16	35	47	31	19	8	7	105
Белгородская обл.	169	19	36	35	29	21	13	5	116
Брянская обл.	139	21	42	43	47	19	10	7	120
Владимирская обл.	152	19	46	46	32	23	13	7	115
Воронежская обл.	166	23	37	34	33	18	10	5	101
Ивановская обл.	128	12	22	51	27	20	12	7	105
Калужская обл.	130	13	32	51	27	19	10	8	109
Костромская обл.	134	21	33	49	28	17	16	7	115
Курская обл.	104	25	44	44	34	21	11	7	114
Липецкая обл.	146	16	38	43	29	24	7	6	112
Московская обл.	117	19	30	55	31	15	8	8	105
Орловская обл.	135	19	33	44	35	21	7	7	115
Рязанская обл.	149	21	32	40	35	20	10	6	105
Смоленская обл.	135	25	36	45	28	19	12	7	106
Тамбовская обл.	174	19	39	45	29	22	9	7	112
Тверская обл.	140	17	32	44	32	14	12	7	110
Тульская обл.	175	16	32	41	32	18	8	6	101
Ярославская обл.	135	15	35	52	32	16	8	8	110
Москва	171	9	38	49	29	20	3	7	95
Северо-Западный ФО	147	14	36	45	30	19	12	7	112
Республика Карелия	138	13	41	42	30	18	18	6	123
Республика Коми	106	12	32	47	30	23	18	8	137
Архангельская обл.	115	15	43	46	27	21	17	7	128
Ненецкий АО	88	8	57	42	39	33	17	8	187
Вологодская обл.	118	18	30	50	29	14	21	8	121
Калининградская обл.	85	14	50	48	24	19	7	7	114
Ленинградская обл.	145	17	28	49	35	18	13	7	101
Мурманская обл.	116	12	35	44	36	21	12	7	120
Новгородская обл.	164	14	55	41	34	16	9	6	115
Псковская обл.	134	20	34	43	31	18	12	6	108
Санкт-Петербург	192	12	32	42	28	20	7	6	100



Таблица 2

помощи (койко-дней, пациенто-дней)

помощи по отдельным регионам (на 1000 соответствующего населения)

Терапевтические	Инфекционные	Патология новорожденных	Травматологические	Ортопедические	Урологические	Нейрохирургические	Ожоговые	Челюстно-лицевой хирургии	Торакальной хирургии	Проктологические	Кардиохирургические	Сосудистой хирургии	Хирургические (общие)
306	136	22	112	23	49	36	7	14	12	10	10	16	248
318	110	17	110	22	47	36	7	13	13	10	9	19	251
319	151	14	100	28	52	32	6	12	10	9	7	21	256
316	117	19	105	21	46	34	6	13	12	9	7	18	254
331	117	18	94	26	56	31	6	12	13	8	10	19	263
300	100	19	74	19	44	24	4	9	9	7	7	21	238
316	97	15	112	17	49	36	7	14	14	10	12	16	250
314	119	19	91	22	47	29	5	11	14	8	9	16	250
311	82	29	124	20	43	40	8	15	14	11	7	17	249
311	151	31	108	23	51	35	7	13	12	10	11	13	249
312	116	16	119	22	58	39	7	15	12	11	7	18	249
316	132	22	116	17	39	38	7	14	15	10	6	15	251
320	102	14	112	25	52	36	7	14	12	10	10	17	256
316	148	22	120	22	51	39	7	15	11	11	11	19	250
315	122	18	96	20	46	31	6	12	12	9	16	17	250
321	80	11	82	24	55	26	5	10	13	7	10	22	256
313	120	18	102	26	36	33	6	13	12	9	7	18	250
320	104	15	91	26	46	30	5	11	12	8	9	22	252
326	108	13	116	25	41	38	7	14	15	10	10	17	258
322	86	13	123	24	52	40	7	15	14	11	9	22	252
323	141	16	118	25	48	38	7	15	12	11	12	19	257
322	129	12	117	26	43	38	7	14	12	10	16	17	259
310	148	16	112	30	55	37	7	14	13	10	12	13	254
310	129	22	124	22	51	40	8	16	13	11	20	15	252
307	129	15	89	29	71	29	6	12	11	8	23	11	264
307	154	21	115	21	35	37	7	14	14	10	10	15	248
311	203	17	85	22	46	27	5	10	13	7	17	11	249
318	150	24	98	20	44	32	6	12	14	9	10	18	251
311	137	23	129	25	52	42	8	16	12	11	9	15	250
321	100	18	110	24	39	36	7	14	11	10	11	21	256
314	101	21	120	21	46	39	7	15	12	11	7	17	250
340	137	7	132	27	51	43	8	16	12	12	10	24	266





Профиль коек	Кардиологические	Ревматологические	Гастроэнтерологические	Пульмонологические	Эндокринологические	Нефрологические	Гематологические	Аллергологические	Педиатрические
Южный ФО	119	18	44	40	31	21	11	6	120
Республика Адыгея	92	17	28	34	33	18	7	5	131
Республика Калмыкия	113	22	38	46	21	24	26	8	161
Краснодарский край	115	18	52	37	35	17	10	6	123
Астраханская обл.	114	16	36	43	28	21	22	7	134
Волгоградская обл.	146	15	34	43	28	22	11	7	117
Ростовская обл.	113	21	43	41	28	25	10	6	111
Северокавказский ФО	94	30	45	42	37	21	71	8	176
Республика Дагестан	64	28	66	36	37	26	114	7	201
Республика Ингушетия	96	37	53	35	49	18	98	8	229
Кабардино-Балкарская Республика	103	51	61	37	49	24	16	6	150
Карачаево-Черкесская Республика	124	25	31	37	30	25	12	6	151
Республика Северная Осетия-Алания	93	20	30	50	42	16	8	8	143
Чеченская Республика	111	54	24	43	25	20	200	10	252
Ставропольский край	107	16	33	49	35	18	9	8	126
Приволжский ФО	134	21	40	41	29	21	19	6	124
Республика Башкортостан	131	35	50	37	24	23	36	6	143
Республика Марий Эл	107	28	34	42	32	21	19	7	126
Республика Мордовия	132	30	47	38	27	20	16	6	111
Республика Татарстан	136	28	40	40	26	20	22	6	129
Удмуртская Республика	106	14	41	46	19	23	13	7	136
Чувашская Республика	148	33	50	38	38	27	25	6	140
Пермский край	113	17	40	44	24	23	22	7	136
Кировская обл.	148	31	31	43	35	13	18	6	113
Нижегородская обл.	121	12	31	47	26	14	7	7	102
Оренбургская обл.	145	11	33	38	32	22	16	6	134
Пензенская обл.	146	12	47	42	26	17	13	6	107
Самарская обл.	148	15	41	41	32	25	15	6	118
Саратовская обл.	149	19	38	41	40	21	15	6	113
Ульяновская обл.	139	18	33	39	33	25	11	6	115



Таблица 2, продолжение

Терапевтические	Инфекционные	Патология новорожденных	Травматологические	Ортопедические	Урологические	Нейрохирургические	Ожоговые	Челюстно-лицевой хирургии	Торакальной хирургии	Проктологические	Кардиохирургические	Сосудистой хирургии	Хирургические (общие)
305	124	27	110	20	51	36	7	14	11	10	9	15	246
301	130	32	126	25	44	41	8	16	9	11	15	12	247
284	134	45	59	20	53	19	4	8	12	5	10	14	242
306	141	24	123	20	41	40	8	15	10	11	12	15	248
299	136	28	118	19	49	38	8	15	12	10	13	14	246
309	146	34	107	18	54	35	7	13	12	9	8	18	249
303	86	23	97	20	61	31	6	12	12	9	6	14	243
276	188	61	98	16	46	32	7	13	11	8	11	12	239
261	240	59	104	14	52	34	8	14	10	9	11	8	236
245	226	82	60	20	34	20	5	8	9	5	6	12	231
290	102	33	119	17	54	39	8	15	10	10	22	13	243
290	196	45	60	17	57	20	4	8	10	5	15	16	243
294	135	42	112	22	37	37	7	14	14	10	16	12	244
231	268	147	44	8	37	15	4	6	11	3	6	14	228
304	135	38	119	18	43	39	7	15	14	10	9	13	247
315	128	19	114	24	51	37	7	14	11	10	12	17	254
310	132	23	117	23	53	38	8	15	10	10	7	17	256
304	149	21	137	24	50	44	9	17	12	12	10	13	247
313	127	14	105	22	51	34	6	13	11	9	11	17	250
309	127	16	111	29	48	36	7	14	11	10	11	17	251
308	156	21	118	23	54	38	8	15	13	10	12	13	252
334	129	12	101	26	64	33	6	13	10	9	25	19	272
316	175	23	135	27	56	44	9	17	12	12	15	14	258
311	126	18	132	25	31	43	8	16	12	12	8	19	249
318	111	19	118	19	36	38	7	14	13	11	10	15	251
310	124	20	105	24	53	34	7	13	11	9	16	18	253
315	108	18	94	25	42	31	6	12	12	8	7	18	250
323	114	13	120	27	62	39	7	15	11	11	12	19	258
311	96	18	93	17	51	30	6	12	11	8	15	19	249
324	150	19	104	25	62	34	6	13	11	9	11	18	259





Профиль коек	Кардиологические	Ревматологические	Гастроэнтерологические	Пульмонологические	Эндокринологические	Нефрологические	Гематологические	Аллергологические	Педиатрические
Уральский ФО	99	17	37	45	29	19	16	7	129
Курганская обл.	97	21	50	40	26	16	24	6	124
Свердловская обл.	106	18	34	44	28	18	15	7	119
Тюменская обл.	92	13	38	45	33	23	17	8	149
Ханты-Мансийский АО	69	12	39	45	30	23	15	8	151
Ямало-Ненецкий АО	61	11	39	48	36	27	14	9	167
Челябинская обл.	96	20	34	48	29	17	15	8	123
Сибирский ФО	127	14	43	39	32	21	16	6	133
Республика Алтай	119	30	37	33	34	27	33	6	182
Республика Бурятия	115	25	43	44	40	20	14	8	155
Республика Тыва	71	19	35	34	44	26	33	7	219
Республика Хакасия	106	18	41	34	29	22	13	6	135
Алтайский край	173	11	60	34	48	28	21	5	128
Забайкальский край	106	23	50	39	34	21	22	7	157
Красноярский край	131	12	41	37	25	20	14	6	129
Иркутская обл.	112	15	37	42	36	23	15	7	142
Кемеровская обл.	122	12	30	38	29	18	12	6	125
Новосибирская обл.	126	13	35	43	28	19	15	7	117
Омская обл.	135	11	57	37	25	18	17	6	127
Томская обл.	111	12	40	41	28	21	10	6	121
Дальневосточный ФО	105	13	43	45	29	20	13	7	134
Республика Саха (Якутия)	80	25	46	52	34	22	19	10	183
Камчатский край	106	10	28	46	21	22	12	7	127
Приморский край	116	7	34	43	21	21	13	7	119
Хабаровский край	106	12	42	45	29	19	10	7	122
Амурская обл.	119	16	46	42	40	22	14	7	136
Магаданская обл.	64	14	26	47	34	21	9	8	129
Сахалинская обл.	105	9	88	39	33	13	14	6	126
Еврейская авт. область	89	11	38	48	33	23	12	8	138
Чукотский АО	55	19	32	62	27	19	17	11	171



Таблица 2, продолжение

Терапевтические	Инфекционные	Патология новорожденных	Травматологические	Ортопедические	Урологические	Нейрохирургические	Ожоговые	Челюстно-лицевой хирургии	Торакальной хирургии	Проктологические	Кардиохирургические	Сосудистой хирургии	Хирургические (общие)
305	190	23	126	22	45	41	8	16	13	11	9	12	249
305	150	28	124	22	37	40	8	15	11	11	7	12	248
308	159	23	141	21	44	46	9	18	12	12	6	13	248
300	255	21	99	26	53	32	7	13	12	9	8	12	250
290	346	17	131	24	51	43	9	17	12	11	9	9	243
293	203	32	98	27	59	32	7	13	13	8	9	8	250
306	176	24	134	20	41	44	8	17	13	12	14	12	248
304	152	26	118	24	50	38	8	15	11	10	10	16	249
272	182	45	61	24	56	20	4	8	9	5	20	15	239
287	120	34	114	21	45	37	8	15	12	10	9	14	243
250	318	86	144	17	51	47	11	20	9	12	14	9	233
293	180	32	128	24	51	42	8	16	9	11	7	13	242
324	100	16	64	27	67	21	4	8	9	6	9	22	262
286	155	34	95	21	47	31	6	12	11	8	15	13	242
302	155	26	131	25	46	43	8	16	10	11	10	17	247
295	167	28	132	23	54	43	9	17	12	11	10	14	245
305	143	24	168	27	43	55	11	21	11	15	13	15	247
309	150	20	117	22	46	38	7	15	12	10	7	16	249
313	194	18	104	22	42	34	7	13	10	9	10	17	254
307	151	33	92	26	51	30	6	11	11	8	9	14	248
301	188	33	130	19	47	42	8	16	12	11	13	13	247
279	138	31	124	18	46	40	9	16	14	10	12	10	243
304	160	20	107	24	52	35	7	13	13	9	15	13	247
308	218	28	142	19	50	46	9	18	12	12	12	15	248
307	178	36	141	20	45	46	9	18	13	12	11	13	248
298	160	51	111	19	52	36	7	14	11	10	15	15	246
302	250	28	146	20	50	48	9	18	13	13	10	8	247
304	223	22	93	18	32	30	6	12	11	8	12	13	247
297	228	51	155	18	53	50	10	20	13	13	20	11	245
288	150	28	139	17	42	45	10	18	17	12	8	7	247





Профиль коек	Онкологические	Для беременных и рожениц	Патология беременности	Гинекологические	Для производства абортов	Отоларингологические	Офтальмологические	Неврологические
Российская Федерация	90	84	83	157	5	47	58	157
Центральный ФО	112	79	65	156	4	44	57	135
Белгородская обл.	91	72	52	168	3	49	67	243
Брянская обл.	101	76	93	148	6	50	49	189
Владимирская обл.	81	64	51	183	5	50	62	158
Воронежская обл.	116	75	67	145	5	40	56	172
Ивановская обл.	110	75	56	162	5	56	62	175
Калужская обл.	125	82	76	153	5	40	55	211
Костромская обл.	106	87	115	139	7	47	53	141
Курская обл.	148	100	35	164	7	48	52	134
Липецкая обл.	109	75	108	190	5	48	51	71
Московская обл.	160	99	53	127	6	45	53	157
Орловская обл.	98	69	89	169	6	60	71	124
Рязанская обл.	117	81	51	167	6	45	54	125
Смоленская обл.	91	71	63	152	5	54	59	119
Тамбовская обл.	100	62	83	181	4	36	54	214
Тверская обл.	114	75	86	116	7	48	58	182
Тульская обл.	94	62	86	151	5	45	58	149
Ярославская обл.	88	66	44	135	6	55	75	111
Москва	94	77	61	171	2	36	55	74
Северо-Западный ФО	95	73	75	155	5	47	61	148
Республика Карелия	79	63	110	138	5	56	60	174
Республика Коми	57	70	79	174	5	48	60	166
Архангельская обл.	77	76	102	163	6	48	66	94
Ненецкий АО	26	57	75	216	4	58	81	86
Вологодская обл.	110	87	62	113	8	54	71	122
Калининградская обл.	121	96	127	150	6	42	55	147
Ленинградская обл.	120	90	76	146	7	41	48	110
Мурманская обл.	79	72	51	168	4	47	68	120
Новгородская обл.	78	60	49	126	5	40	57	169
Псковская обл.	101	79	62	150	7	42	70	214
Санкт-Петербург	95	60	65	168	3	47	60	167



Таблица 2, продолжение

Психиатрические	Наркологические	Фтизиатрические	Дермато- венерологические	ВРАЧЕБНЫЙ ПРОФИЛЬ	Сестринского ухода	Всего	ДС больниц	ДС АПУ	Стационар на дому	ДС — всего	Итого
437	64	186	38	2780	172	2952	118	348	54	590	3543
401	75	137	36	2697	178	2876	191	348	55	594	3470
334	49	79	35	2704	179	2884	194	357	56	606	3490
397	98	242	43	2914	178	3092	193	355	55	604	3696
342	71	113	39	2675	186	2861	200	366	57	623	3484
534	76	151	28	2769	168	2937	180	330	52	562	3500
613	153	99	40	2955	177	3132	190	347	55	592	3724
434	79	127	39	2782	176	2958	190	347	54	591	3550
496	118	74	33	2807	175	2982	189	348	54	591	3573
561	100	250	35	3064	175	3239	189	348	54	591	3830
464	102	147	34	2826	175	3001	189	348	54	591	3592
440	95	193	44	2857	177	3035	190	347	55	592	3627
408	68	93	40	2695	180	2875	194	356	56	606	3481
386	90	179	42	2804	177	2981	190	347	55	592	3573
447	81	213	37	2774	177	2951	190	347	55	592	3543
342	96	122	25	2698	180	2878	194	355	56	605	3483
492	87	161	36	2833	176	3009	189	348	54	591	3600
394	85	169	46	2725	179	2904	191	348	55	594	3498
355	71	101	37	2551	183	2734	196	359	56	611	3345
307	39	81	31	2435	180	2616	191	347	55	593	3209
350	61	128	39	2700	181	2881	195	357	56	607	3489
377	89	114	41	2758	181	2939	197	363	57	617	3555
348	56	135	43	2685	175	2860	193	360	56	609	3469
342	57	77	36	2595	175	2770	191	355	55	601	3371
330	124	75	41	2657	174	2831	201	385	58	644	3475
416	61	106	40	2669	173	2842	188	348	54	590	3432
381	67	278	52	2915	175	3089	189	348	54	591	3680
562	133	194	34	2982	178	3160	190	347	55	592	3753
307	42	112	39	2550	175	2725	190	351	55	596	3320
402	97	134	34	2683	180	2863	194	357	56	607	3471
482	84	200	34	2913	177	3090	190	347	55	592	3682
230	26	86	40	2571	190	2761	202	366	58	626	3387





Профиль коек	Онкологические	Для беременных и рожениц	Патология беременности	Гинекологические	Для производства абортов	Отоларингологические	Офтальмологические	Неврологические
Южный ФО	124	94	105	163	6	51	53	177
Республика Адыгея	135	116	225	139	6	39	52	218
Республика Калмыкия	59	113	86	164	5	56	64	195
Краснодарский край	158	110	92	132	6	52	50	181
Астраханская обл.	94	112	63	156	4	55	58	168
Волгоградская обл.	103	89	124	176	8	48	56	105
Ростовская обл.	105	71	106	198	4	51	51	214
Северокавказский ФО	80	144	71	138	4	56	53	212
Республика Дагестан	26	117	78	153	2	50	57	198
Республика Ингушетия	21	116	101	95	1	50	45	217
Кабардино-Балкарская Республика	106	156	51	170	4	40	45	232
Карачаево-Черкесская Республика	103	156	108	177	5	65	70	211
Республика Северная Осетия-Алания	109	135	103	117	5	76	54	153
Чеченская Республика	58	255	21	99	3	100	61	311
Ставропольский край	133	124	75	138	6	43	48	190
Приволжский ФО	84	74	84	163	5	51	63	178
Республика Башкортостан	66	76	98	168	3	55	63	272
Республика Марий Эл	62	88	76	160	7	42	66	178
Республика Мордовия	93	70	104	165	6	49	74	178
Республика Татарстан	73	77	77	154	5	52	58	154
Удмуртская Республика	69	79	102	172	6	53	65	157
Чувашская Республика	52	60	93	204	5	62	69	266
Пермский край	72	74	72	178	6	52	59	161
Кировская обл.	83	79	136	101	7	43	70	86
Нижегородская обл.	127	82	66	117	5	50	50	165
Оренбургская обл.	86	76	98	169	6	49	73	153
Пензенская обл.	98	70	78	136	5	45	61	134
Самарская обл.	80	64	69	203	3	44	58	177
Саратовская обл.	113	79	90	167	5	57	65	167
Ульяновская обл.	72	61	56	201	3	56	78	180



Таблица 2, продолжение

Психиатрические	Наркологические	Фтизиатрические	Дермато- венерологические	ВРАЧЕБНЫЙ ПРОФИЛЬ	Сестринского ухода	Всего	ДС больниц	ДС АПУ	Стационар на дому	ДС — всего	Итого
482	76	250	41	3015	171	3187	187	345	54	586	3772
607	114	212	73	3318	170	3488	187	348	54	589	4077
439	56	342	42	2989	161	3150	183	350	53	586	3736
632	93	227	40	3200	172	3372	188	348	54	590	3962
556	81	281	40	3094	169	3263	187	349	54	589	3852
415	66	286	45	2961	174	3135	189	348	54	591	3726
317	59	247	36	2778	170	2948	184	339	53	576	3524
321	40	277	38	2975	157	3132	182	350	52	585	3716
260	16	161	37	2793	149	2942	179	352	52	582	3524
88	0	233	67	2621	141	2762	175	353	51	579	3341
342	58	280	44	3002	164	3166	185	349	53	587	3753
531	80	341	46	3319	164	3483	185	349	53	587	4070
316	39	304	38	2853	166	3019	185	349	53	588	3607
190	10	465	21	3355	134	3489	173	354	50	576	4066
443	71	298	39	3021	171	3192	187	348	54	590	3781
370	66	153	40	2780	177	2957	193	357	55	605	3562
316	48	100	48	2815	175	2990	194	363	56	613	3603
408	78	120	43	2792	171	2963	188	348	54	590	3553
384	71	173	35	2808	176	2984	189	348	54	591	3575
292	42	97	35	2562	174	2736	191	354	55	600	3336
427	55	199	44	2875	174	3049	192	357	55	604	3653
399	62	97	42	2967	188	3155	207	384	59	650	3805
416	73	188	45	2934	178	3112	196	365	56	617	3729
456	92	165	33	2796	175	2971	189	348	54	591	3562
460	127	205	42	2845	178	3023	190	347	55	592	3615
334	36	187	37	2741	175	2916	192	358	55	606	3522
445	69	152	47	2701	177	2878	190	347	55	592	3470
317	56	139	34	2717	181	2898	196	361	56	613	3511
375	66	213	38	2813	175	2988	189	348	54	591	3579
312	63	142	35	2722	182	2904	196	360	56	613	3517





Профиль коек	Онкологические	Для беременных и рожениц	Патология беременности	Гинекологические	Для производства абортов	Отоларингологические	Офтальмологические	Неврологические
Уральский ФО	92	97	122	144	7	48	59	151
Курганская обл.	93	89	86	120	7	38	69	205
Свердловская обл.	104	103	135	142	8	55	61	151
Тюменская обл.	57	95	67	165	5	42	55	168
Ханты-Мансийский АО	50	103	66	158	6	45	54	124
Ямало-Ненецкий АО	38	77	75	180	5	44	64	170
Челябинская обл.	109	93	167	132	7	49	56	120
Сибирский ФО	79	93	89	158	6	46	61	150
Республика Алтай	47	134	127	169	8	53	67	141
Республика Бурятия	62	135	89	138	7	46	62	164
Республика Тыва	32	203	135	146	9	61	37	145
Республика Хакасия	59	95	103	163	6	54	57	177
Алтайский край	66	57	113	217	3	35	58	140
Забайкальский край	85	121	103	144	7	36	68	115
Красноярский край	72	87	59	148	6	51	73	133
Иркутская обл.	74	98	58	170	6	47	54	140
Кемеровская обл.	88	93	89	139	7	55	59	135
Новосибирская обл.	104	90	105	149	8	45	57	180
Омская обл.	76	76	97	136	3	43	63	173
Томская обл.	103	105	88	165	8	47	71	177
Дальневосточный ФО	65	92	98	151	7	41	54	136
Республика Саха (Якутия)	36	91	63	138	6	41	59	228
Камчатский край	74	80	95	167	8	44	58	179
Приморский край	54	83	121	161	5	40	51	150
Хабаровский край	82	101	79	146	9	48	56	84
Амурская обл.	83	98	61	164	9	37	59	133
Магаданская обл.	62	77	157	159	9	42	62	100
Сахалинская обл.	72	87	148	103	8	34	42	60
Еврейская авт. область	95	138	162	166	12	31	27	85
Чукотский АО	34	84	53	129	6	55	69	137



Таблица 2, окончание

Психиатрические	Наркологические	Фтизиатрические	Дермато- венерологические	ВРАЧЕБНЫЙ ПРОФИЛЬ	Сестринского ухода	Всего	ДС больниц	ДС АПУ	Стационар на дому	ДС — всего	Итого
432	62	242	43	2965	172	3137	189	351	54	594	3731
485	67	332	44	3059	172	3231	188	348	54	590	3821
352	48	306	45	2960	173	3134	188	348	54	590	3724
443	64	195	47	2918	170	3088	190	358	55	602	3690
361	61	190	39	2859	164	3023	185	349	53	587	3610
378	52	174	53	2774	166	2940	190	362	55	606	3546
506	74	184	38	2991	172	3163	188	348	54	590	3753
419	58	277	37	2935	171	3106	189	352	54	595	3700
446	82	262	46	3044	155	3199	181	351	52	584	3783
312	36	337	36	2859	163	3022	184	350	53	587	3608
374	89	822	69	3830	144	3974	177	352	51	580	4554
394	71	285	49	2975	165	3140	183	344	53	580	3720
432	51	213	28	2860	182	3042	199	367	57	623	3665
475	87	257	34	2968	162	3130	184	350	53	586	3717
420	46	253	37	2848	170	3019	187	348	54	589	3608
342	58	354	37	2925	167	3091	186	349	53	588	3680
497	55	266	36	3009	172	3181	188	348	54	590	3771
416	66	264	41	2946	174	3120	189	348	54	591	3711
357	46	276	44	2870	176	3047	192	357	55	605	3651
553	86	172	27	2992	173	3165	188	348	54	590	3755
458	89	307	43	3030	170	3200	187	350	54	591	3791
314	60	162	41	2703	159	2861	185	357	53	595	3456
457	116	197	39	2912	171	3083	187	348	54	590	3673
484	82	336	47	3130	173	3303	188	348	54	590	3894
437	82	269	46	2926	173	3099	188	348	54	590	3689
434	82	471	38	3156	168	3324	186	349	54	589	3913
777	222	159	34	3375	170	3545	187	348	54	589	4135
603	135	333	39	3132	171	3303	188	348	54	590	3893
503	83	573	47	3507	168	3674	186	349	54	588	4263
492	139	162	43	2845	164	3009	188	359	54	601	3610





Выводы

1. Выраженные тенденции к росту уровня заболеваемости, показателей госпитализации и посещений врачей поставили вопрос об углублении реструктуризации отрасли на основе переноса объемов помощи с ресурсозатратных видов помощи на менее затратные.

2. Следует обратить внимание на повышение доступности и качественного уровня первичной медицинской помощи.

3. Выявленные диспропорции в структуре врачебных специальностей ППГ потребовали целевого уточнения нормативных объемов по отдельным профилям.

4. Накопившиеся проблемы в системе нормативных показателей ППГ потребовали существенного уточнения действующей ныне

нормативной базы и даже пересмотра действующих нормативов.

5. Дифференцированные и откорректированные по основным факторам обновленные нормативы можно использовать для разработки сбалансированных территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и на этой базе рациональных многоуровневых региональных моделей сети учреждений здравоохранения.

6. Разработка дифференцированных нормативов госпитализации населения позволяет отойти от ресурсозатратной экстенсивно ориентированной практики использования в качестве нормативов планирования и оплаты койко-дней и пациенто-дней.

Литература

1. *Алексеев Н.А.* Анализ эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений//Здравоохранение Российской Федерации. — 2004. — №5.
2. *Вишняков Н.И., Букин В.Е., Емельянов О.В., Прокофьева А.А.* Сравнительный анализ показателей использования коечного фонда больниц интенсивного лечения и стационаров восстановительного лечения и медико-социального профиля//Проблемы управления здравоохранением. — 2006. — № 1. — С. 49–57.
3. *Гайдаров Г.М., Кицул И.С., Алексеевская Т.И., Кулеш Д.В.* Оптимизация планирования стационарной медицинской помощи населению муниципального образования в современных социально-экономических условиях//Менеджер здравоохранения. — 2004. — № 4.
4. *Дементьев А.И.* Научное обоснование эффективности использования коечного фонда центральных районных больниц. Автореферат дисс. канд. мед. наук, 2002.
5. *Кучеренко В.З., Татарников М.А., Шамшурина Н.Г.* Основные направления реформирования здравоохранения на современном этапе. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова//Экономика здравоохранения. — 2005. — № 8.
6. *Кучеренко В.З.* Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс//Проблемы управления здравоохранением. — 2005. — № 4.
7. «Методика определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах здравоохранения», одобренная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 октября 1999 года № 1683-р.



8. Методические рекомендации «Медико-организационные основы реструктуризации стационарной и внебольничной помощи на основе прогрессивных моделей развития на уровне региона» (Минздрав России, 1999).
9. «Методика определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры», одобренная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 октября 1999 года № 1683-р.
10. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения РФ на 2004–2010 гг.//Менеджер здравоохранения. — 2004. — № 7. — С. 72–79.
11. Шипова В.М. Основы нормирования труда в здравоохранении. Учебное пособие. — М.: Издательство ГРАНТЪ, 1998. — 320 с.
12. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. — М.: Медицина, 2007. — 261 с.
13. Леонов С.А., Матвеев Э.Н. Проблемы нормативной базы Программы государственных гарантий на современном этапе развития здравоохранения//Здравоохранение Российской Федерации. — 2009. — № 3. — С. 14–16.
14. Флек В.О. Финансирование здравоохранения: проблемы и перспективы. — М.: 2005. — 156 с.
15. Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда ОМС о формировании и реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2009 году. № 10407 — ТГ от 31 декабря 2008 года.
16. Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М., Леонов С.А., Матвеев Э.Н., Бантьева М.Н. Совершенствование нормативной базы Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи как условие успешного решения проблем здравоохранения//Менеджер здравоохранения. — 2010. — № 1. — С. 9–19.
17. Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М., Леонов С.А., Матвеев Э.Н., Бантьева М.Н. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2010. — № 4. — С. 23–29.

UDC 614.2

Starodubov V.I., Flek V.O., Son I.M., Leonov S.A., Titova I.A., Matveev A.N., Mirskov U.A. Differentiated standards of health care volumes of Russian Federation subjects (FSM Central scientific-research institute)

Annotation: In the article there is presented a method of calculating correction of differentiated standards of inpatient and outpatient health care, there are being analyzed factors, affecting normative volumes of health care. For each subject of Russian Federation there are estimated volumes of inpatient and outpatient health care via program of state guarantees (per 1000 persons of corresponding population). Calculated coefficients for each of the regions that permit to optimize the network of health care organizations in regions.

Keywords: *program of State guarantees for providing citizens of Russian Federation with free of charge health care, differentiated standards, volumes of outpatient medical care per separate physician's specialties, volume of inpatient health care per separate profile beds, volume of health care in day care, multilevel regional model of health care institutions network, general and primary morbidity of population of Russian Federation.*



Е.П. Жаворонков,

д.м.н., профессор кафедры экономики и управления в здравоохранении Новосибирского государственного медицинского университета, г. Новосибирск

С.А. Столяров,

к.м.н., доцент кафедры экономики и менеджмента Алтайского государственного медицинского университета

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОДДЕРЖКА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕСУРСНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

УДК 614.2

Жаворонков Е.П., Столяров С.А. Государственная поддержка медицинских организаций в ресурсном обеспечении (Новосибирский государственный медицинский университет)

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы применения логистики и маркетинга в управлении медицинской организацией. Показано, что отсутствие взаимодействия этих составляющих может привести к сбоям в поставках медицинской техники и медикаментов.

Ключевые слова: медицинская организация, медицинская техника, лекарственные препараты, маркетинг, логистика

Экономический кризис дал толчок развитию новых процессов в здравоохранении и формированию условий для перехода к инновационной модели развития. Для этого требуется в том числе и новая стратегия управления госзаказом медицинских учреждений. Данная ситуация обусловила необходимость использования логистического менеджмента в управлении заказами материально-технических ресурсов муниципальных и государственных медицинских учреждений. Но эффективность государственного управления без активного использования логистики достаточно проблематична.

Следует отметить и перспективы логистики в здравоохранении, связанные с развитием информационного обеспечения, когда решающим компонентом экономической деятельности предприятий и учреждения становятся информационные потоки — основные объекты управления.

Современная логистика является развивающейся научной дисциплиной, охватывающей все большие сферы хозяйственной дея-

тельности предприятий. Меняется и понятийный аппарат логистики. В последнее время логистику трактуют как экономическую дисциплину и область практической деятельности по организации рационального процесса продвижения товаров от производителей к потребителям, функционирования сферы обращения товаров и услуг, а также управления товарными запасами и создания инфраструктуры товародвижения [1].

Решающая роль в повышении эффективности государственных закупок для здравоохранения принадлежит логистике, так как стандартная совокупность логистических действий лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), которое является покупателем ресурсов, состоит в определении собственных нужд в товарах и услугах, конкурентном выборе продавца (поставщика) и в организации и выполнении информационных и контролирующих действий. Перед бюджетным ЛПУ как государственным покупателем в процессе его рыночных действий стоит задача экономии бюджетных средств и эффективного их использования. К ним можно отнести:

© Е.П. Жаворонков, С.А. Столяров, 2011 г.



- соблюдение сроков закупок товаров и услуг;
- стоимостную характеристику в рамках бюджетного финансирования;
- качество продукции (товаров и услуг).

Таким образом, требуется оптимальное сочетание сроков, качества ресурсов, стоимости доставки.

Логистика впервые не разделяет единый хозяйственный цикл предприятия на сферы производства и обращения. Такой подход показывает, что материально-техническое снабжение и сбыт — это не сопутствующие производству, а равные ему сферы деятельности, определяющие его эффективность. Логистическая концепция управления рассматривает затраты производства как результат движения, а не использования ресурсов. Однако процессы производства и распределения материальных благ необходимо изучать в единстве движения и использования ограниченных ресурсов. Их можно объединить как «потребление». Отсюда основная проблема экономики может быть сформулирована как повышение эффективности потребления (движения и использования) применяемых ограниченных ресурсов. При этом требуется максимальная горизонтальная интеграция структуры предприятия посредством построения ее в виде логистической цепи «закупка—производство—сбыт», через которую проходят материальные и другие потоки предприятия.

По сути, такая область применения логистики, как здравоохранение, настолько специфична и нова, что менеджеры муниципальных учреждений (особенно бюджетных) испытывают большие трудности во взаимодействии с рынком. Поэтому государство пытается оказать помощь ЛПУ, создавая государственные автономные учреждения (ГАУ) как активных участников логистической цепи.

Использование логистической концепции в здравоохранении по государственному заказу необходимых ресурсов позволяет с помощью ГАУ повысить эффективность материально-технического обеспечения ЛПУ.

Кроме того, через ГАУ государство оказывает регулирующие воздействия на рыночные процессы производства и потребления ресурсов медицинскими учреждениями. Наделенное правами пользования госимуществом ГАУ защищено от рыночного произвола участников логистической цепи (поставщиков, транспортников и др.). В то же время эта защита через ГАУ распространяется и на ЛПУ.

Для выполнения работ и оказания услуг лечебным учреждениям системы здравоохранения созданы и создаются государственные автономные учреждения (закон № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях», 2006 г.). Государственные автономные учреждения призваны обеспечивать поставки медикаментов, продуктов питания, оборудования и других ресурсов для бюджетных ЛПУ в условиях рынка.

Создание ГАУ — это попытка государства содействовать лечебным учреждениям минимизировать затраты, связанные с движением ресурсов от поставщиков. Таким образом, ГАУ является своеобразным подрядчиком ЛПУ в реализации ресурсных потоков. Основной проблемой ГАУ является проблема минимизации затрат в рамках бюджетного финансирования ЛПУ. Эффективное использование финансовых ресурсов, их экономия по сравнению с бюджетной величиной финансирования являются ответом на вызовы рынка и сопровождаются разработкой логистических проектов координации всех участников логистических систем.

Все услуги, работы по транспортировке, хранению, страхованию и сопровождение потоков ресурсов выполняются логистическими операторами в виде ГАУ. При этом совершенствование информационных технологий в логистических системах приобретает в настоящее время особую актуальность, так как позволяет снизить риски и повысить надежность цепей поставок. Это принципиальная особенность рынка логистических услуг последних лет проявляется в стремлении региональных органов власти к переходу





от стихийного рынка к цивилизованному с использованием ГАУ, обслуживающих ЛПУ.

Кроме того, развивающаяся логистика в системе здравоохранения усилила интерес к вопросам размещения объектов логистической инфраструктуры и расширения поставок. Особенный интерес вызывают склады и логистические центры. Распределительная логистика обращает внимание на использование методов по определению места расположения складов или логистического центра. Функциональная, инфраструктурная и системная составляющие логистики определяют собой специализацию продвижения ресурсных потоков и обеспечивают взаимодействие участников логистических систем.

В региональном логистическом центре созданные ГАУ для системы здравоохранения могут и должны взять на себя часть логистических функций, становясь при этом системным интегратором ресурсных потоков ЛПУ.

Регионы приступают к активному поиску возможностей создания специальных организаций и строительства логистических центров на своей территории, формируя таким образом кластерную систему для обслуживания предприятий и учреждений системы здравоохранения.

Для создания и формирования логистической системы и ее составляющих в виде ГАУ необходим «проект организации обслуживания ЛПУ», в котором отражены принятые решения организаторов транспортно-логистических процессов, логистических провайдеров и экспедиторских компаний. На базе проектов организации обслуживания разрабатываются технологические решения в виде технологических карт и карт трудовых процессов. Эта и другая проектная документация является основной для организации взаимоотношений ЛПУ с таким важным посредником, как ГАУ, задействованным в логистической системе. При этом ГАУ обеспечивает открытость и доступность основных документов: устава, свидетельства о государственной регистрации, решения учредителей

о создании ГАУ и назначения его руководителя, плана хозяйственно-финансовой деятельности и др.

Создание ГАУ в здравоохранении объясняется еще и тем, что попытки сохранить старые подходы к планированию государственных заказов, базирующиеся на бездефицитном финансировании, не увенчались успехом. Это заставляет государственных заказчиков, таких как ЛПУ, с помощью ГАУ искать новые подходы совершенствования закупочной практики. В первую очередь приходится учитывать экономическую свободу поставщиков, которые раньше были закреплены за определенными заказчиками. Однако современные поставщики, являясь поставщиками предприятий и организаций здравоохранения и учитывая исключительную социальную их значимость, пытаются избежать реальной конкуренции, в том числе за счет «особых» отношений с государственным заказчиком. Это позволяет им иметь возможность навязывать государственному заказчику удобные для себя договоры и выгодные условия, используя иногда множество несостоятельных посредников [2].

Сложившаяся ситуация в здравоохранении характеризуется игнорированием государственными заказчиками научно обоснованных методов управления в условиях рыночной экономики. В то же время опыт зарубежных стран в использовании логистических методов дает огромный выигрыш, позволяет находить наиболее удачные варианты распределения ресурсов. Известно, что затраты на выполнение логистических функций, особенно транспортные расходы, достигают размеров, сопоставимых с себестоимостью производства продукции, а во многих случаях и значительно превышающих ее. Поэтому для выбора наиболее экономичного варианта распределения товаров (ресурсов) между потребителями (ЛПУ) необходимо пользоваться методами оптимального линейного программирования, сетевого планирования, поточной организации процессов и



других экономико-математических методов, активная разработка которых происходила в середине прошлого века. Выбранные варианты распределения ресурсов и размещения государственного заказа предлагается рассматривать на конкурсной основе для включения в действие основной движущей силы рыночного механизма конкуренции. Однако сам по себе конкурс будет результативным, если его рассматривать лишь как звено во взаимосвязанной цепи логистических мероприятий заказчика (потребителя). Наиболее важным мероприятием является проведение предварительного маркетингового и логистического исследования рынка.

По результатам исследования можно организовать конкурс, чтобы он приносил не убытки, а давал положительный эффект. Таким образом, характер отношений ГАУ и ЛПУ с поставщиками в системе здравоохранения является социально ориентированным, поскольку товары и услуги относятся к общественным благам коллективного пользования. Целью деятельности ЛПУ и ГАУ является удовлетворение не спроса, а нужд и потребностей широких социальных групп населения. В связи с этим на логистику накладываются бюджетные ограничения, то есть она лимитирована в средствах и ресурсных возможностях, работает на невысоком уровне цен с учетом чаще всего не рыночных, а социальных эффектов.

Для практической реализации функций логистики в организационной структуре управления ЛПУ должны быть созданы группы или отделы логистики. Специалисты этих функциональных подразделений должны обратить внимание на заключаемые контракты с поставщиками о поставках материально-технических ресурсов, выделив особо принципы определения величины транзакционных издержек. В задачи логистического структурного подразделения ЛПУ включается и задача взаимодействия с ГАУ при принятии управленческих решений, связанных со сбором и систематизацией данных о поставщиках и о

потребностях ЛПУ в ресурсах. До ГАУ доводится информация о планируемых заказах и предложения по их рациональному размещению. ЛПУ и ГАУ согласуют целесообразность проведения конкурса, участвуют в выборе его оптимальной формы, дают оценку транзакционных издержек конкурса и ожидаемого эффекта его проведения. Также выявляются источники экономии бюджетных средств. Таким образом, подразделение логистики ЛПУ становится тем звеном, которое придает государственному заказчику рыночную гибкость при принятии решений эффективно-го использования ресурсов.

Возникает необходимость управления поставщиками и поставками в государственном логистическом процессе, как утверждает автор работы [4, Д. Гурцкой], достаточно очевидно. В этом плане работа ГАУ призвана обеспечивать выполнение информационных и контролирующих действий движения материально-технических ресурсов от поставщиков ЛПУ. Однако в плане обслуживания ЛПУ действие ГАУ скорее можно характеризовать как аутсорсинг по доставке ресурсов от поставщика потребителю. Комплекс мероприятий по доставке ресурсов в адрес ЛПУ, то есть формирование ресурсного потока, должен содержать следующие элементы:

- составление программы снабжения ЛПУ на основе его потребности в пределах выделенных ассигнований из бюджетных и внебюджетных источников;
- поиск потенциальных поставщиков и приглашение их к участию в торгах;
- подготовка договорных условий доставки будущих контрактов.

Расходы ЛПУ на доставку товаров и услуг складываются из двух частей:

- отпускная цена поставщика;
- логистические расходы на доставку ресурсов от поставщика потребителю.

Основная задача ГАУ, обслуживающего ЛПУ, заключается в управлении логистическими расходами с соблюдением законов о государственных закупках.





Процесс доставки ресурсов для нормальной работы ЛПУ должен быть согласован с процессом стандартизации медицинского обслуживания пациентов. В медицине стандарт складывается из клинико-технологической и экономической частей. Клинико-технологическая часть относится непосредственно к медицине, а экономическая часть связана с эффективностью используемых ресурсов и качеством оказываемых услуг. Стандартами определяется ресурсная база ЛПУ, материально-техническое снабжение и кадры, технология лечения и диагностики, стандарт качества [4]. Взаимодействие стандартизации и ресурсного обеспечения в бюджетном ЛПУ характеризуется постоянным воздействием друг на друга и их непрерывным взаимным изменением. Сущность этого взаимодействия заключается в интеграции и в инновационном характере отношений власти и бизнеса. ЛПУ — бюджетное учреждение, как представитель государства с помощью ГАУ вступает во взаимоотношения с представителем бизнеса поставщиком ресурсов. Для бюджетного ЛПУ и ГАУ как представителей государства целями являются здоровье населения и эффективное использование ресурсов. У поставщика цели связаны с повышением конкурентоспособности, развитием инновационной составляющей в управлении производством товаров и распределении их в системе здравоохранения, а также с привлечением инвестиций для реализации инновационных проектов.

Участники этой системы задействованы в логистической цепи, принципы и методы функционирования которой с соблюдением компромиссов имеют возможность увеличить доходы, обеспечивать рациональное использование ресурсов и их экономию.

Обращаясь к методам логистики, необходимо учитывать маркетинговую составляющую любой операции по разработке, производству, продаже и продвижению экономического продукта.

Маркетинг отслеживает и определяет возникший спрос, то есть отвечает на вопросы:

какой товар нужен, где, когда, в каком количестве и какого качества. Логистика обеспечивает физическое продвижение востребованной товарной массы к потребителю. Логистическая интеграция позволяет осуществить поставку требуемого товара в нужное место в нужное время с минимальными затратами.

Маркетинг ставит задачу системного подхода к организации товародвижения, при эффективной организации товародвижения каждый из этапов этого процесса должен планироваться как неотъемлемая часть хорошо уравновешенной и логически построенной общей системы. При этом методы технико-технологической интеграции всех участников процесса товародвижения являются основным предметом изучения логистики.

Маркетинг нацелен на исследование рынка, рекламу, психологическое воздействие на покупателя и т.д. Логистика же в первую очередь нацелена на создание технико-технологически сопряженных систем проведения материалов по товаропроводящим цепям, а также систем контроля над их прохождением [3].

Наиболее характерные объекты и методы совместного маркетингового и логистического исследования представлены в *таблице 1*.

Маркетинг в здравоохранении определяет возникший спрос, а логистика обеспечивает продвижение ресурсных потоков медицинских организаций. Таким образом, взаимодействие маркетинга и логистики обеспечивает единый процесс для достижения успеха. При этом определяются особенности хранения и транспортировки товара, которыми будут уже не стандарты, принятые производителем, а свойства самого товара, для которого могут потребоваться специальные транспортные средства, тара и технология хранения.

Часто подобные детали для организаций здравоохранения «проявляются», когда уже принято решение о закупке продукта. Необходимо организовать согласованные действия





Таблица 1

Сравнение объекта и предмета исследований в областях маркетинга и логистики

Сравниваемые характеристики маркетинга и логистики	Маркетинг	Логистика
Объект исследования	Рынки и конъюнктура конкретных товаров и услуг	Материальные потоки, циркулирующие на этих рынках
Предмет исследования	Оптимизация рыночного поведения по реализации товаров или услуг	Оптимизация процессов управления материальными потоками
Методы исследования	Методы исследования конъюнктуры, спроса и предложения по конкретным товарам и услугам	Системный подход к созданию материалопроводящих цепей, а также общеизвестные методы, которые применяются при планировании и управлении производственными и экономическими системами
Итоговые результаты	Рекомендации по производственно-сбытовой стратегии и тактике компании: что производить, в каком объеме, на какие рынки и в какие сроки. Какие могут быть выгоды	Проекты систем, отвечающие целям логистики: нужный товар, в необходимом количестве, необходимого качества, в нужном месте, в нужное время и с минимальными затратами

участников в цепочке «поставщик — транспортная организация — посредник — медицинская организация», чтобы исключить «неприятные сюрпризы» в обеспечении.

Непредвиденные и неучтенные расходы становятся неприятным сюрпризом для медицинских организаций, поэтому нужно обращать особое внимание на ряд следующих «мелочей».

1. Температура хранения и транспортировки. Предположим, что некий медицинский товар должен храниться при определенной температуре, например, от +5 до +15°C, а для остальной продукции достаточно диапазона от 0 до +30°C. В данном случае хранение этого продукта на «обычных» складах ответственного хранения невозможно из-за верхнего ограничения температурного диапазона, а перевозка и хранение его при низких температурах (например, 0°C), даже в течение короткого периода времени, может привести к потере товарного вида и даже к порче товара.

Таким образом, снижение максимальной допустимой температуры хранения даже на

5–7°C повлечет за собой изменение способа дистрибуции данного вида товара. На собственных складах медицинских организаций для него нужно будет выделять особые зоны с определенным температурным режимом. В случае использования складов общего пользования, скорее всего, придется обращаться к специализированным терминалам.

Все это относится в полной мере к «холодовой цепи», применяемой при доставке вакцинпрепаратов, крови и ее препаратов, для доставки которых требуется составление отдельных маршрутов, а также специальный транспорт, который может иметь неполную загрузку из-за сравнительно небольшого объема поставок либо из-за нескольких мест загрузки. Вследствие этого, транспортная составляющая при доставке товаров в адрес организаций системы здравоохранения значительно увеличивается.

2. Потребительская упаковка изделий медицинского назначения — это тоже важная точка соприкосновения логистики и маркетин-



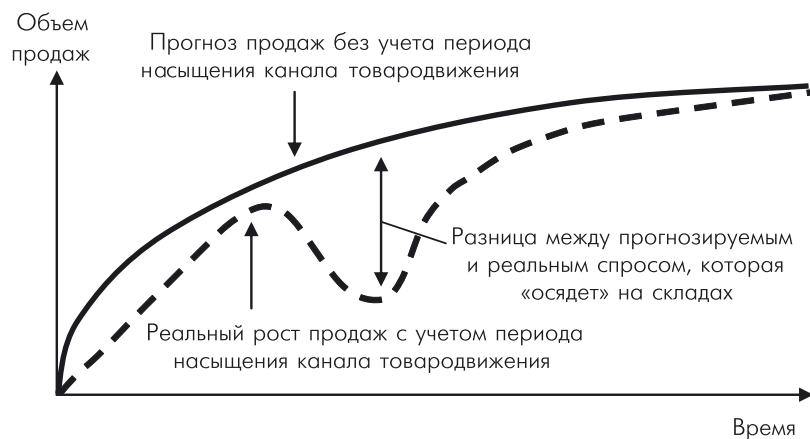


Рис. 1. Разрыв прогнозируемого и реального спроса

га. Помимо клиенто ориентированной упаковки, которая удобна клиенту, красива, служит дополнительной рекламой продукту и пр., существует и логистическая упаковка, обеспечивающая сохранность продукта, удобство хранения на поддонах, удобство в отборе, укладке. Кроме того, упаковка должна быть кратной коробам, которые в свою очередь должны быть кратными стандартным поддонам. При создании упаковки для нового продукта желательно учесть все эти параметры, что возможно только при совместном участии в ее разработке и маркетологов, и логистов. Нужно не забывать и о характеристиках упаковки, отличающихся от стандартов, принятых в компании. Например, если упаковка имеет ограничение на высоту штабеля, транспортное средство (вагон или автомобиль) будет иметь неполную загрузку по высоте, а значит, доставка такого товара обойдется дороже, чем в среднем.

Характерный пример: упаковка, в которой объединены несколько баночек или пакетиков с продуктом и какая-нибудь игрушка-подарок в рамках специальной акции, например, при продаже витаминов, парафармацевтических препаратов и изделий медицинской техники. Это красиво, удобно, товар расположен в ряд, хорошо выглядит на полке. Но когда дело доходит до формирования поддона, то выясняется, что упаковка не помещается в стандартный короб и нужно делать специальный лоток или даже спе-

циальную машину, которая будет упаковывать такого рода товар. Такие моменты становятся неприятной неожиданностью, которую нужно и можно было предотвратить.

3. Управление жизненным циклом товара. При планировании производителем вывода нового продукта на рынок ожидается рост продаж, так как товар новый, потребитель ждет его, значит, продажи будут постоянно расти. Реально же первоначальный рост — это всего лишь стадия наполнения каналов сбыта. То есть производство выпускает большие объемы продукта, движущегося по цепи поставок и наполняющего промежуточные склады. Есть продажи товара дистрибьюторам, есть его поступление в магазины, но при этом конечный потребитель еще не успел среагировать на новое предложение, поэтому фактическое потребление на данном этапе очень замедляется.

В связи с этим товар простаивает на полках, и в какой-то период следом за подъемом продаж наблюдается заметный спад (рис. 1). Если это не будет учтено, склады неминуемо будут переполнены. Поэтому правильное определение стадий и объемов продаж и является основной задачей сотрудничества отделов логистики и маркетинга всех участников цепи поставок.

4. Обновление ассортиментного ряда, то есть замена одного товара другим с улучшенными потребительскими качествами, вызывающее со стороны медицинских орга-



низаций и пациентов повышенный интерес и влекущее за собой дополнительные заказы и продажи нового товара.

Основная опасность здесь заключается в резком переходе потребителей на новый продукт, и, как следствие, не востребованность, «зависание» старого на складах и полках магазинов. Поэтому необходима проработка: последовательности замены товара, определения регионов замены, времени ввода нового продукта, приоритетных каналов замены, создания необходимых запасов. При осуществлении подобных действий комплексное взаимодействие маркетинга и логистики всеми участниками цепи поставок поможет избежать грубых ошибок, ведущих к финансовым потерям.

5. Прогнозирование спроса также должно учитывать логистические проблемы не только в оперативном планировании, но и при рыночном прогнозировании, так как поиск правильных решений является основой для развития всей системы дистрибуции и определения каналов сбыта.

6. Определение регионов сбыта. При определении целевых рынков для некоторых видов медицинских товаров необходимо установить регионы сбыта и способы продвижения товара к конечному потребителю. Без учета логистических возможностей это сделать нельзя. Например, такой продукт, как минеральная вода, не имеет смысла везти слишком далеко. Во-первых, чем дальше конечный пункт назначения, тем больше целебных свойств она теряет, а во-вторых, почти во всех регионах есть свои источники минеральных вод, поэтому стоимость доставки, хранения и дистрибуции может снизить конкурентоспособность товара.

7. Маркетинговые акции, не подкрепленные соответствующими логистическими и производственными ресурсами, — это выброшенные на ветер средства участников логистической системы. Любая акция предполагает увеличение заказов, всплеск продаж, и в процессе подготовки проекта отдел маркетинга их прогнозирует, оправдывая тем самым

затраты на саму акцию. Но если дополнительного количества продукта не произведено, необходимого запаса на складе нет, то вся цепочка ломается. Интерес к продукту возрастает, потребитель хочет получить продукт, делает заказ, но его нет в достаточном количестве, возникает дефицит, что приводит к провалу маркетинговой активности на рынке.

8. Прогнозирование продаж для производителя (поставщика) должно определять возможность накопления запаса продукта, корректировку поступления определенного вида сырья, материалов и установление времени начала акций по продвижению готового продукта, вывод данного продукта на новый рынок или канал продаж. Необходимо учитывать, что накопление продукта и его доставка требуют определенного времени. Так, от момента возникновения желания закупить сырье до момента его прихода на склад проходит от двух до трех месяцев. Иметь большие склады с сырьем невыгодно: это замороженные деньги, да и сырье имеет свой срок хранения. Поэтому желательно иметь так называемый скользящий план — план на следующий месяц плюс точный прогноз еще на два, что позволяет логистике управлять ситуацией. Понимая, что должно произойти через три месяца, можно успеть подвезти сырье и материалы, накопить запасы готовой продукции, подготовить производство, внести коррективы.

Проведение ежеквартального анализа продаж в рамках методик ABC- и XYZ-анализов, позволяет отслеживать уровень спроса. В методике ABC учитывается уровень продаж, оборачиваемость данного продукта, по XYZ определяется, насколько спонтанен спрос. Если анализ показывает, что товары группы А попадают в категорию Y или тем более Z, это означает, что с этим товаром существуют какие-то проблемы. Спрос на них неустойчивый, хотя товар очень продаваемый. Такая ситуация приводит к существенному росту запасов. Зная об этом, можно сфокусировать внимание коммерческой службы и маркетингового отдела поставщика на проблемном ассортименте для





изменения ситуации с его продвижением и, как следствие, снизить издержки.

По целям и решаемым задачам логистика и маркетинг, в сущности, представляют собой части единого процесса — процесса удовлетворения потребностей потребителей. С принципиальных позиций для поставщика сбыт становится свершившимся фактом только тогда, когда потребитель (заказчик) получил необходимый ему товар. До этого момента реализация представляет собой незаконченный процесс. Маркетинг и логистика неотделимы друг от друга, так как в совокупности они обуславливают политику и характер производственной, снабженческой и сбытовой деятельности субъектов рыночных отношений [8].

Естественно, действия поставщиков в этом процессе обеспечения ресурсами медицинских организаций являются определяющими. Поставщики формируют поток товаров для предприятий здравоохранения, руководствуясь законом РФ «Об основах регулирования

торговой деятельности». Закон определяет развитие сетевого ритейла и направлен на формирование прозрачных условий взаимодействия поставщиков, торговых сетей и посредников для исключения «откатов» [7]. Это заставляет задуматься о совокупных затратах и маржинальной составляющей бизнеса, задействованного в системе, которая составляет 80% и более.

Теперь Правительство имеет право устанавливать предельно допустимые рыночные цены на отдельные виды социально значимых товаров первой необходимости, к которым относится большинство медицинских товаров, лекарств, оборудования.

В заключение следует заметить, что медицинским организациям необходимо в целях повышения эффективности своей деятельности сформировать службы маркетинга и логистики, занимающиеся осуществлением маркетинговых коммуникаций и практической разработкой каналов товародвижения.



Литература

1. Аникин Б.А. Практикум по логистике/Уч. пособие. — М.: ИНФРА-М, 2007.
2. Бойко И. Организационно-экономические условия использования методологии логистического менеджмента как стратегия управления государственным заказом//РИСК. — 2010. — № 3. — С. 23–27.
3. Гаджинский А.М. Взаимосвязь логистики и маркетинга//http://www.elitarium.ru/2007/12/18/vzaimosvjaz_logistiki_marketinga.html.
4. Гурцкой Д. Особенности организации логистического процесса государственных закупок для целей народного образования//РИСК. — 2010. — №3. — С. 35–37.
5. Ермакова С. Разработка системы управления медицинской организацией на основе бизнес-процессов//РИСК. — 2010. — № 3. — С. 41–44.
6. Костоглодов Д.Д., Харисова Л.М. Распределительная логистика. — М., 1997. — 128 с.
7. Макеева О. Логистический подход к развитию сетевого ритейла в России//РИСК. — 2010. — № 3. — С. 64–67.
8. Перник Д. Логистика и маркетинг: проблемы взаимодействия//http://www.iteam.ru/publications/logistics/section_72/article_2774.

UDC 614.2

Zhavoronkov E.P., Stolyarov S.A. *State Support of Medical institutions in resource provision (Novosibirsk State Medical University)*

Annotation: There are considered questions of using logistics and marketing in managing medical organizations in this article. It is shown that absence of co-operation of these components may flow to failures in supplies of medical equipment and medicines.

Keywords: medical organization, medical equipment, medical devices, marketing, logistics.



Ю.С. Харитонов,

профессор, ООО «ИСТМЕД», г. Москва, us@istmed.ru

ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ СИСТЕМЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

УДК 614.2

Харитонов Ю.С. Принципиальные основы системы оценивания потребительских свойств медицинских организаций (ООО «ИСТМЕД», Москва)

Аннотация: В статье обсуждаются принципиальные особенности метода оценки потребительских свойств медицинских организаций и возможности его практического применения

Показано, что на основе системного подхода может быть выстроена серьезная, хорошо интерпретируемая система получения сравнительных оценок и формирования рейтингов медицинских организаций, фундаментом которой служит гарантированно объективная и достоверная информация.

Ключевые слова: рейтинг, медицинская организация, объективная оценка, потенциальные возможности

О рейтингах медицинских организаций сейчас много пишут и говорят. И не только в России. Однако найти внятные ответы на вопросы: «Зачем, кому и какие рейтинги нужны?» и «Как эффективно использовать полученные результаты?», не удастся.

Практически все оценки деятельности ЛПУ, используемые при формировании рейтингов, держатся на понятиях «статистика» и «удовлетворенность».

Оценки деятельности ЛПУ, основанные на статистических показателях (в том числе на показателях результативности), зачастую страдают недостаточностью и недостоверностью используемых данных и, как следствие, некорректностью результатов.

Объективно судить о качестве и других аспектах медицинской помощи по результатам опросов населения об удовлетворенности весьма сложно. Действительно, как корректно сопоставить мнения жителей крупных городов и удаленных населенных пунктов об их удовлетворенности медицинской помощью? С другой стороны, результаты опросов самым серьезным образом зависят от формы и содержания задаваемых вопросов, а потому могут нести серьезную долю лукавства и субъективности.

Естественно, что полученные оценки и рейтинги не удовлетворяют ни серьезных аналитиков, ни потребителей медицинских услуг.

Исключить или в значительной степени нивелировать очевидные недостатки действующих методов получения рейтингов можно, если использовать принципы системного подхода к проблеме.

В работе [1] описан метод оценки потребительских свойств медицинских организаций, основанный на системном подходе и позволяющий формировать рейтинги ЛПУ на основе объективных данных о неотъемлемых свойствах и возможностях медицинской организации.



В настоящей работе обсуждаются некоторые принципиальные положения, определяющие особенности метода и его практическую направленность.

1. Системный подход — ключ к решению проблемы

Понятно, что формирование рейтингов есть результат принятия соответствующих *решений* по итогам *сравнительного анализа* тех или иных показателей деятельности ЛПУ.

Суть системного подхода достаточно проста: фундаментом обоснованного принятия *решений* должна служить полная, объективная и достоверная *информация о неотъемлемых потребительских свойствах* изучаемого объекта.

Эти свойства определяют потенциальные возможности ЛПУ в отношении решения тех или иных целевых задач.

На такой заведомо объективный и достоверный «фундамент» могут надстраиваться любые другие оценки: статистические, социологические и т.п., являющиеся, по существу, производными от «потенциальных возможностей» и с той или иной степенью достоверности позволяющие судить об эффективности использования «потенциала».

Применение системного подхода определяет принципиальные особенности описанного в [1] метода оценки потребительских свойств медицинских организаций, дает возможность корректного оценивания и сравнения характеристик их деятельности, открывает пути практического использования полученных результатов.

2. Унифицированный носитель информации — фундамент обоснованного принятия решений

Совокупность данных о неотъемлемых свойствах и возможностях медицинской организации на период оценивания должна включать исчерпывающий перечень показателей, присущих ЛПУ: от полного перечня оказываемых простых и комплексных медицинских

услуг до способов и условий работы, сервисов, прейскурантов и т.д.

Таких показателей могут быть десятки тысяч и ни один из них не должен быть неучтен, если его присутствие может повлиять на результат оценки.

На сегодняшний день нам известны единственные документы, одобренные Минздравсоцразвития РФ и содержащие исчерпывающий состав показателей и свойств медицинских организаций (в том числе санаторно-курортных) — «Паспорт лечебно-профилактического учреждения (организации)»[®] [2] и «Паспорт санаторно-курортного учреждения (организации)»[®] [3].

По структуре и объему содержащейся информации эти документы во много раз превосходят документы, принятые Минздравсоцразвития РФ для формирования внутриведомственных информационных баз данных.

Документов [2, 3] *полностью достаточно* для разработки методов получения оценок, формирования экспертных данных, методик решения различных прикладных задач, создания систем обработки информации и пр.

Поэтому при создании методов оценки потребительских свойств и формирования рейтингов медицинских организаций документы [2, 3] приняты в качестве унифицированных носителей информации.

Естественно, что практическое применение разработанных методов и формирования рейтингов требуют наличия информации в формате [2, 3] о каждом конкретном ЛПУ вне зависимости от его формы собственности и ведомственной принадлежности.

Заметим, что объем собираемой информации не должен вызывать опасений, связанных с трудоемкостью процесса ее получения, от конкретных медицинских организаций.

Авторы метода имеют многолетний успешный опыт формирования базы данных санаторно-курортных организаций с использованием [3]. Технология и методики сбора информации в формате [2] отработаны на примерах клиник РГМУ им. Сеченова, Ассо-





циации частных стоматологических клиник и др. Созданы специализированные технологические средства и методики, позволяющие значительно сократить затраты времени и сил на сбор информации.

Сбор информации — это большая и очень серьезная работа, но важность и результаты такой работы выходят далеко за рамки построения рейтингов.

Унифицированная полноценная информация о комплексе медицинских организаций в формате [2, 3], помимо решения задач формирования рейтингов, позволяет в том числе:

- создать и поддерживать в актуальном состоянии единый реестр медицинских организаций всех форм собственности, содержащий полную, объективную и достоверную информацию о комплексе медицинских организаций;
- обеспечить безболезненный переход на заявительный характер медицинской деятельности;
- обеспечить объективный контроль состояния и возможностей комплекса медицинских организаций;
- создать единую информационную базу данных медицинских организаций [4] в качестве основы для принятия экспертных и управленческих решений;
- обеспечить доступность медицинской помощи и возможность выбора медицинской организации на основе информационной достаточности и прозрачности,
- создать он-лайн-системы экспертного консультирования по выбору медицинской организации с учетом полной совокупности индивидуальных проблем здоровья, критериев и требований;
- обеспечить необходимые условия для планирования развития медицинского (в том числе санаторно-курортного) комплекса;
- значительно расширить круг аналитических возможностей;
- повысить эффективность принятия управленческих решений и многое другое.

Еще раз подчеркнем, что *огромный спектр целевых задач*, которые могут быть решены

на основе полной, объективной и достоверной информации [2, 3], *предопределен применением системного подхода* к проблеме.

3. Интерпретация количественных оценок — что означают числа

Медицинская организация является объектом, большинство показателей которого имеют нечисловую природу, а показатели, измеряемые количественно, могут иметь разную физическую природу.

В том и другом случае к таким показателям не могут применяться арифметические операции, а для получения оценок потенциальных свойств ЛПУ должны применяться методы совместной обработки числовых данных и данных нечисловой природы.

И тут чрезвычайно важно понимать, что означают полученные количественные оценки и как их можно использовать при решении практических задач.

Важнейшим аспектом интерпретации количественных оценок, получаемых при использовании метода [1], является то, что получаемые оценки предназначены для сравнения возможностей медицинских организаций.

То есть полученные оценки служат для сравнения различных медицинских организаций по их способности оказывать те или иные услуги и получения выводов вида «одно ЛПУ потенциально способно оказывать данные услуги лучше/хуже другого».

Количественные выводы типа «одно ЛПУ способно лечить данные заболевания в 2 раза лучше другого» в данном случае непригодны.

Когда оцениваются многофункциональные, комплексные возможности медицинской организации, то полученное числовое значение определяет некое (не абсолютное) соотношение возможностей данного ЛПУ с условно «идеальным», то есть имеющим полный набор всевозможных свойств для выполнения той или иной комплексной функции.

Так, интегральная оценка 0,3 не обязательно означает низкий потенциальный уровень ЛПУ вообще, а может означать способ-





ность ЛПУ к выполнению ограниченного числа функций, например, только диагностических. Причем может оказаться, что при оценивании только «диагностических возможностей» данное ЛПУ будет иметь очень высокий количественный показатель.

4. Корректное сравнение объективных возможностей медицинских организаций — серьезный фактор для выбора ЛПУ в конкретных потребительских целях

Медицинская организация является сложным объектом, возможности которого в различных направлениях деятельности могут значительно различаться.

Например, клиника может иметь замечательные ресурсы и возможности для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, но недостаточно оснащена кадрами, оборудованием, методиками для лечения сердечно-сосудистых заболеваний и пр.

Описанный в [1] метод позволяет получать оценки и сравнивать объективные возможности различных медицинских организаций как по любому интересующему потребителя отдельному направлению деятельности, так и по их совокупности.

При этом выводы «лучше/хуже» будут корректными исключительно в сопоставимых условиях сравнения.

При таком сравнении могут быть учтены условия комфортности размещения, соблюдение определенных нормативных требований, сервисы, ценовые характеристики и пр.

Принципиально важно, что проводимое сравнение различных ЛПУ по тем или иным видам деятельности *корректно* еще и потому, что проводится на основе унифицированного комплекса показателей с применением единого подхода, методик и технологии получения оценок.

Достаточно очевидно, что результат сравнения (ранжированная последовательность или рейтинги) очень интересен и полезен физическим лицам (пациентам), выбирающим для себя место лечения.

Но особое значение объективные оценки потенциальных возможностей имеют для государственных или иных структур, выбирающих медицинские организации для размещения крупных целевых заказов на лечение.

Действительно, предложенный в [1] метод дает возможность сформировать показатели, которые, с одной стороны, определяют степень потенциальной пригодности того или иного ЛПУ для выполнения конкретных целевых программ, а с другой стороны, позволяют отсеять заведомо непригодные (в смысле поставленной целевой задачи) организации.

Можно сказать, что в принятом здесь понимании «отсев непригодных» ЛПУ играет роль определенного процесса сертификации относительно заданных требований целевой задачи.

Подобные оценки и решения имеют весьма широкую область применения.

Например, могут они быть положены в основу многоуровневой системы качества деятельности медицинских организаций по определенным направлениям медицинской помощи или определенных категорий граждан.

5. Безусловно, оценки потенциальных возможностей ЛПУ в тех или иных направлениях его деятельности не могут и не должны в полной мере заменить оценки профессионального и социального статуса медицинской организации

Оценки, связанные с различными статистическими аспектами, результативностью деятельности ЛПУ, равно, как и мнение потребительского сообщества, должны самым серьезным образом влиять на итоговые оценки деятельности и рейтинги ЛПУ.

Значительное количество неудовлетворительных результатов лечения, неиспользование имеющегося оборудования, неудовлетворенность пациентов качеством помощи, отношением персонала и пр. должны привести к весьма низкой оценке деятельности данного ЛПУ, каким бы значительным потенциалом не обладала данная медицинская организация.



Не вызывает сомнений, что объединение результатов оценок потенциальных возможностей с другими оценками деятельности должно проводиться в сопоставимых условиях и с корректным учетом достоверности статистических и социальных оценок.

Можно ожидать, что оценка объективных потребительских свойств должна в значительной степени повлиять на подходы к статистическим оценкам и формированию состава и направления социологических опросов.

6. Одним из самых серьезных моментов, предшествующих практическому внедрению обсуждаемого метода, является формирование комплекса экспертных оценок [1], положенных в основу учета «значимости» показателей объекта для решения тех или иных целевых задач

Это очень большая и трудоемкая задача, требующая привлечения значительного числа

специалистов из различных областей. Однако, начиная эту работу, важно понимать, что в полном объеме ее надо выполнить один раз, а затем только незначительно уточнять и дополнять по мере появления новых технологий, методик, аппаратуры и т.п.

В заключение скажем, что применение предложенного подхода к оценке потребительских свойств и качества деятельности медицинских организаций открывает принципиально новые возможности как для потребительского сообщества, так и для организаторов здравоохранения и органов исполнительной власти.

Работа по подготовке к внедрению предстоит весьма большая, но в результате этой работы будет выстроена серьезная, хорошо интерпретируемая система оценок качества и формирования рейтингов медицинских организаций, фундаментом которой служит гарантированно объективная и достоверная информация.



Литература

1. Жеребцов А.В., Луженков А.Ю., Неделин Д.Н., Харитонов Ю.С. Об оценке потребительских свойств медицинских организаций//Менеджер здравоохранения. — 2011. — № 3. — С. 54–58.
2. Харитонов Ю.С. Паспорт лечебно-профилактического учреждения (организации)//Авторское свидетельство № 317 от 16 мая 2007 г.
3. Харитонов Ю.С. Паспорт санаторно-курортной организации, реабилитационного учреждения, оздоровительного комплекса//Авторское свидетельство А24 от 18 июня 2001 г.
4. Харитонов Ю.С., Шайдуллина Т.У. и др. Система сертификации санаторно-курортных услуг//Патент на полезную модель № 58 755, выдан Роспатентом РФ 27 ноября 2006 г.

UDC 614.2

Haritonov U.S. Principal features of evaluation method of medical institutions consumer's peculiarities (JSC «ISTMED», Moscow)

Annotation: There are discussed principal features of evaluation method of medical institutions consumer's peculiarities and opportunities of its practical application. It is shown that on the basis of systematic approach there may be constructed a serious, well-interpreted system of comparing evaluations and medical institutions ratings formation reception, the foundation of which is a guaranteed objective and significant information.

Keywords: rating, medical institution, objective evaluation, potential opportunities.



К.Н. Арабчиков

**ФОРМИРОВАНИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ
ПРЕДПРИЯТИЙ ЧАСТНОЙ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:**

Дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 : Москва, 2011, 176 с.



Актуальность темы исследования. В России на протяжении многих лет продолжает функционировать теневой сектор оказания медицинских услуг населению на базе государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений. Подобная практика искажает рыночное предложение медицинских услуг, нивелирует стимулы к повышению качества медицинских услуг и ставит частные предприятия здравоохранения в невыгодное положение на рынке, даже при условии предложения более качественных медицинских услуг. На этом фоне решение задачи повышения собственной конкурентоспособности и сохранения высокого качества медицинской помощи, формирующего высокий потенциальный спрос на медицинские услуги, становится главным конкурентным преимуществом предприятий частной системы здравоохранения.

Сегодня можно говорить и о международной конкуренции в сфере российского здравоохранения, требующей полного пересмотра системы формирования собственной конкурентоспособности для большинства частных и государственных предприятий здравоохранения. Во всех странах с рыночной экономикой уже на протяжении многих лет и государственные, и частные предприятия здравоохранения работают в условиях жесткой отраслевой конкуренции, управляя своими конкурентными преимуществами, эффективно используя дефицитные (в том числе финансово-экономические) ресурсы. В условиях рыночной экономики для любого участника рынка здравоохранения крайне актуальной является задача формирования его конкурентоспособности. Вместе с тем существует объективная необходимость теоретико-методологического обоснования конкурентоспособности в сфере здравоохранения на уровне конкретного субъекта предпринимательской деятельности.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных общетеоретическим вопросам конкурентоспособности предприятий, в настоящее время не существует целостной теории конкурентоспособности хозяйствующих субъектов в сфере здравоохранения. Отсутствует также общепринятое определение самой категории конкурентоспособности предприятия здравоохранения. Вопросы оценки и повышения конкурентоспособности на уровне хозяйствующего субъекта на рынке медицинских услуг практически не изучены. Не установлена зависимость между конкурентоспособностью предприятия здравоохранения и конкурентоспособностью медицинских услуг. Более детальной разработки требуют особенности конкуренции на рынке медицинских услуг.

Целью диссертационного исследования является разработка теоретических и методических подходов к формированию конкурентоспособности предприятий частной системы здравоохранения как субъектов предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг.



Объектом исследования являются предприятия частной системы здравоохранения, осуществляющие свою деятельность на конкурентном отраслевом рынке как самостоятельные субъекты хозяйствования, созданные для предоставления медицинских услуг населению с целью удовлетворения потребностей в охране здоровья граждан и получения прибыли.

Предметом исследования являются экономические аспекты формирования конкурентоспособности предприятий частной системы здравоохранения на рынке медицинских услуг.

Научная новизна исследования:

- 1)** раскрыты особенности конкурентной среды на рынке медицинских услуг, оказывающие влияние на процесс формирования конкурентоспособности предприятий частной системы здравоохранения, который в свою очередь базируется на управлении факторами и мониторинге уровня конкурентоспособности;
- 2)** обоснована необходимость и произведено методологическое разделение категорий «медицинская услуга» (как комплексного продукта финансово-хозяйственной и лечебно-профилактической деятельности предприятий здравоохранения, имеющего свою рыночную цену) и «медицинская помощь» (как лечебно-профилактические мероприятия, направленные на сохранение и восстановление здоровья пациента, проводимые медицинскими работниками), определен вклад каждой из этих категорий в формирование конкурентной среды на рынке медицинских услуг;
- 3)** выявлены факторы и проведена группировка показателей конкурентоспособности частных предприятий здравоохранения и на этой основе установлено наличие взаимосвязи между стратегической конкурентоспособностью частного предприятия здравоохранения и его рыночной ценой. Данная взаимосвязь проявляется в том, что главной задачей при обеспечении стратегической конкурентоспособности частных предприятий здравоохранения является их инвестиционная привлекательность, определяемая потенциальным инвестором на рынке медицинских услуг посредством сравнительного анализа динамики рыночной цены частного предприятия здравоохранения;
- 4)** разработана двухэтапная комплексная методика оценки конкурентоспособности частных предприятий здравоохранения на основе анализа их внутренней (основанной на оценке их финансово-экономического состояния, скорректированного на индекс лояльности, характеризующего восприятие пациентами качества оказываемых частными предприятиями здравоохранения услуг) и внешней (основанной на оценке динамики их рыночной цены) конкурентоспособности;
- 5)** предложен комплекс финансово-экономических инструментов, воздействующих на уровень конкурентоспособности частного предприятия здравоохранения в долгосрочной перспективе.

Практическая значимость исследования.

Предложенный комплекс финансово-экономических инструментов, воздействующих на уровень конкурентоспособности частного предприятия здравоохранения в долгосрочной перспективе, может использоваться федеральными, региональными и муниципальными органами управления здравоохранением при разработке предложений по совершенствованию законодательной базы, обеспечивающей создание единого конкурентного пространства для предприятий здравоохранения всех форм собственности.





О.К. Коробкова

УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

Дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 : Хабаровск, 2003, 186 с.



Актуальность темы исследования обусловлена тем, что на современном этапе реформирования системы здравоохранения особую значимость приобретает оптимизация управления медицинскими услугами учреждений здравоохранения на основе рейтинговой оценки их деятельности, которая является важнейшей составляющей стратегического развития отрасли. Государство, осуществляя неполное финансирование, оставило за собой право контроля за хозяйственной деятельностью медицинских учреждений и рациональным расходованием бюджетных средств, это соответственно обуславливает создание новой системы управления медицинскими учреждениями. Для оценки результатов деятельности медицинских учреждений применяется значительное количество показателей, которые характеризуют количество и качество услуг, оказываемых данными учреждениями. Рейтинговая оценка медицинских услуг учреждений здравоохранения позволяет осуществлять мониторинг деятельности учреждений здравоохранения в шаговой последовательности: район, область, край, округ, федерация. Кроме этого, рейтинговая оценка медицинских услуг учреждений здравоохранения является универсальным индикатором репутации учреждения и позволяет скорректировать бюджетное финансирование.

Целью диссертационного исследования является системный анализ отрасли здравоохранения и совершенствование управления услугами учреждений здравоохранения на основе рейтинговой оценки их деятельности. Задачами исследования в соответствии с поставленной целью являются:

- определение особенностей медицинских услуг, рассмотрение понятия «медицинская услуга» в современных условиях хозяйствования и разработка классификации медицинских услуг;
- исследование основ государственного управления услугами здравоохранения;
- обоснование системы показателей оценки деятельности учреждений по оказанию медицинских услуг в условиях рыночной экономики;
- разработка метода рейтинговой оценки медицинских услуг в системе здравоохранения с учетом охвата всех уровней системной иерархии;
- рассмотрение теоретических и методических основ использования рейтинговой оценки как метода управления услугами учреждений здравоохранения и разработка рекомендаций по ее использованию.

Объект исследования — система управления медицинскими услугами учреждений здравоохранения Российской Федерации.

Предмет исследования — совокупность организационно-экономических отношений, возникающих в процессе оказания медицинских услуг населению учреждениями здравоохранения.



Методы исследования. При выполнении работы использовались методы научного анализа: системный подход, сравнительный анализ, статистические методы обработки информации.

Основные результаты исследования:

- уточнено понятие «медицинская услуга» в современных условиях хозяйствования и разработана классификация медицинских услуг;
- сформирована система показателей лечебной и финансовой деятельности медицинских учреждений, на основании которой устанавливается их рейтинг в пределах Российской Федерации и административно-территориальных образований;
- разработан метод рейтинговой оценки медицинских учреждений, позволяющий использовать его при мониторинге их деятельности в пределах Российской Федерации и административно-территориальных образований для определения приоритетов бюджетного финансирования;
- составлены рекомендации по использованию рейтинговой оценки в системе здравоохранения Российской Федерации, которая может применяться при решении вопросов об инвестициях в приоритетные проекты здравоохранения и повышении эффективности использования средств федерального бюджета для улучшения качества медицинских услуг.

Научная новизна полученных результатов исследования состоит в следующем:

- 1.** Автором предложено классифицирование медицинских услуг в зависимости от их сложности, характера спроса, функционального назначения, места оказания и источников финансирования, которое является основой мониторинга деятельности учреждений здравоохранения при определении их рейтинга.
- 2.** Упорядочена система показателей работы медицинских учреждений для определения их рейтинга, позволяющая оценить лечебную и финансовую деятельность с учетом оценки качества оказываемых медицинских услуг.
- 3.** Разработана методика построения рейтинговых шкал на базе статистических методов, позволяющая проводить мониторинг медицинских услуг учреждений здравоохранения в шаговой последовательности: район, область, край, округ, федерация, что дает возможность количественно оценить деятельность медицинских учреждений на уровне России и административно-территориальных образований и на основе этого осуществлять их бюджетное финансирование.

Практическая значимость исследований: разработаны практические рекомендации для управления услугами учреждений здравоохранения на основе рейтинговой оценки их деятельности в условиях рыночных отношений.

Проведен расчет рейтинга медицинских услуг учреждений здравоохранения на уровне Российской Федерации и административно-территориальных образований (Хабаровского края и Камчатской области), который позволил оценить обеспеченность населения Дальнего Востока медицинскими услугами.



«У сильного всегда бессильный виноват:
Тому в Истории мы тьму примеров слышим».
(И.А. Крылов)



Отклик на публикацию в шестом номере журнала «Менеджер здравоохранения» за 2010 год «К вопросу о правовой защищенности медиков» доктора медицинских наук О.А. Каплунова о судебном решении, вынесенном в адрес врача-кардиолога районной больницы одного из регионов Центральной России, обвиненного в смерти курируемого им пациента, выписанного после операции в кардиологической клинике регионального центра по поводу порока сердца.

А.А. Старченко,

д.м.н., профессор, директор Дирекции защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи ООО «Росгосстрах-Медицина», ответственный секретарь Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе»

Д.А. Зинланд,

к.э.н., заведующий кафедрой страхования ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет», вице-президент ООО «Росгосстрах», генеральный директор ООО «Росгосстрах-Медицина», г. Москва

М.Ю. Фуркалюк,

к.х.н., адвокат, г. Москва

И.В. Рыкова,

юрист, Счетная палата РФ

Е.Ю. Гончарова,

к.м.н., врач-эксперт ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

С.А. Комарец,

к.м.н., врач-эксперт ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва,

И.Н. Курило,

врач-эксперт, юрист, г. Москва

ИСКИ ПАЦИЕНТОВ: КТО НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ?

В отечественном здравоохранении и юриспруденции наметилась опасная тенденция: исключение гражданской ответственности учреждения здравоохранения и переложение уголовной ответственности на медицинского работника.

В соответствии с нормой статьи 1068 ГК РФ: «Юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей». В то время как Трудовой кодекс РФ в статье 241 «Пределы материальной ответственности работника» устанавливает незначительную материальную ответственность работника: «За причиненный ущерб работник несет ограниченную материальную ответственность в пределах своего средне-

© А.А. Старченко, Д.А. Зинланд, М.Ю. Фуркалюк, И.В. Рыкова, Е.Ю. Гончарова, С.А. Комарец, И.Н. Курило, 2011 г.



го месячного заработка». Таким образом, обычный медицинский работник материально защищен от исков пациентов.

Соблазнительной оказывается организация сценария переложения гражданской ответственности и выплаты компенсации морального вреда с учреждения здравоохранения (как юридического лица) на плечи своего сотрудника в процессе уголовного его преследования: «Это не наше уважаемое учреждение причинило вред жизни и здоровью, а бывший наш нерадивый сотрудник — преступник».

С одним из таких примеров хотим познакомить читателя, чтобы призвать медицинскую общественность встать на стражу интересов рядового врача.

Кунцевским районным судом города Москвы в составе председательствующего судьи Киртичук М.Д., с участием государственного обвинителя в лице ст. помощника прокурора ЗАО г. Москвы Моховой А.Е., подсудимой Т., защитника — адвоката, потерпевшей Е., при секретаре Калашниковой Н.С., 27 января 2010 год вынесен в открытом судебном заседании приговор в отношении Т.

Суд установил: Т. виновна в том, что совершила причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Т., работая в должности врача-кардиолога отделения хирургического лечения интерактивной патологии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН (далее НЦССХ), являясь специалистом, в обязанности которого, согласно должностной инструкции врача-кардиолога отделения хирургического лечения интерактивной патологии, утвержденной 18.07.2006 директором НЦССХ, входило знать: вопросы организации терапевтической и кардиологической помощи больным; клинической симптоматики и патогенеза основных заболеваний сердечно-сосудистой системы; методы исследования в кар-

диологии; функциональные методы исследования; электрокардиографию в норме и при патологии, а кроме того, фармакотерапию в кардиологической клинике, включая применение антибиотиков и гормонов; механизм действия основных групп лекарственных веществ; осложнения, вызванные применением лекарств; получение исчерпывающей информации о заболеваниях больного; применение объективных методов исследования, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии; оценку тяжести больного и принятие необходимых мер для выведения больного из этого состояния; определение объема и последовательность реанимационных мероприятий и оказание срочной медицинской помощи, и являясь лечащим врачом, в обязанности которого согласно ст. 58 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, непосредственно входила организация своевременного и квалифицированного обследования и лечения пациента.

22.06.2007 в НЦССХ несовершеннолетней Е.А. была проведена операция по ушиванию дефекта межжелудочковой перегородки, ушиванию овального окна в условиях искусственного кровообращения.

В ходе проведенной операции неустановленным следствием способом произошло попадание инфекционного агента (бактерий) в область восходящего отдела аорты, в результате чего у несовершеннолетней Е.А. не позднее 24.06.2007 развилось осложнение в виде гнойного медиастенита с последующим гнойно-некротическим расплавлением стенки аорты, требовавшее проведения антибиотикотерапии. После проведенной операции несовершеннолетняя Е.А. была переведена в отделение хирургического лечения интерактивной патологии под наблюдение лечащего врача Т.

Т., проявляя преступную небрежность и не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий своих действий, хотя при должной внимательности и преду-





смотрительности была обязана и могла предвидеть их наступление, находясь в здании НЦССХ, ненадлежаще исполняла свои профессиональные обязанности после проведенной 22.06.2007 несовершеннолетней Е.А. операции по ушиванию дефекта межжелудочковой перегородки, ушиванию овального окна в условиях искусственного кровообращения.

Вследствие небрежного отношения к выполнению своих профессиональных обязанностей, Т., которая была обязана провести своевременное и квалифицированное послеоперационное лечение несовершеннолетней Е.А, вовремя не организовала квалифицированное обследование и не выявила у несовершеннолетней Е.А. развитие гнойного медиастенита с последующим гнойно-некротическим расплавлением стенки аорты, на что указывала клиническая картина и результаты лабораторных методов исследования.

Так, врач Т., совершая преступное бездействие и ненадлежаще относясь к своим профессиональным обязанностям, проигнорировала клиническую картину процесса послеоперационного лечения несовершеннолетней Е.А., выразившуюся в том, что в период с 24.06.2007 по 28.06.2007 у несовершеннолетней Е.А. имелись жалобы на боли в послеоперационной ране и постоянную слабость, повышение температуры тела до 37,7°C, нескоррегированную анемию, а также результаты лабораторных исследований и рентгенологического исследования органов грудной клетки от 28.06.2007, указывающие, что тень верхнего средостения несколько расширена вправо. Ненадлежащее исполнение лечащим врачом Т. своих профессиональных обязанностей привело к тому, что в период с 24.06.2007 по 28.06.2007 у несовершеннолетней Е.А. не был поставлен правильный диагноз и не было проведено своевременное и квалифицированное обследование и лечение гнойного медиастенита в условиях стационара, требующее антибиотикотерапии.

Таким образом, 28.06.2007, после 15 часов 00 минут по адресу: г. Москва, Рублевское шоссе, 135, лечащий врач Т., ненадлежаще выполняя свои профессиональные обязанности и не предвидя наступления смерти несовершеннолетней Е.А., хотя при должной внимательности и предусмотрительности была обязана и могла предвидеть указанные последствия, неправильно определила исход послеоперационного лечения несовершеннолетней Е.А. как выздоровление, произвела выписку Е.А. из стационара НЦССХ, что являлось необоснованным и преждевременным, так как у несовершеннолетней Е.А. в послеоперационном периоде имелось тяжелое осложнение в виде гнойного медиастенита с гнойно-некротическим расплавлением стенки аорты, с ее последующим разрывом и тампонадой сердца кровью. Ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей лечащим врачом Т., выразившееся в неустановлении правильного диагноза, непроведении своевременного и квалифицированного обследования и лечения и преждевременной выписки несовершеннолетней Е.А. из стационара НЦССХ, привело к смерти несовершеннолетней Е.А. в период времени с 16 ч. 10 мин до 16 час. 25 мин. в г. Пскове от тампонады полости перикарда вследствие разрыва гнойно-воспалительного участка восходящего отдела аорты в проекции послеоперационной раны.

Таким образом, врач Т. причинила смерть несовершеннолетней Е.А. по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей.

Суд приходит к выводу, что совокупность собранных по уголовному делу доказательств в установленном законом порядке, проверенных и исследованных в судебном заседании, позволяет сделать вывод о виновности Трофимовой Е.Р. в совершении инкриминируемого ей преступления.

Таким образом, суд, оценив в совокупности все доказательства, приходит к убежде-



нию, что исследованных доказательств достаточно для квалификации действий подсудимой. Суд приходит к убеждению, что подсудимая Т. совершила причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Суд квалифицирует действия подсудимой Т. по ст. 109 ч. 2 УК РФ — причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Обстоятельств, смягчающих и отягчающих наказание подсудимой Т., предусмотренных ст. 61 и 63 УК РФ, судом не установлено.

Решая вопрос о назначении наказания подсудимой Т., суд принимает во внимание характер и степень общественной опасности содеянного; влияние назначенного наказания на исправление осужденной; мнение потерпевшей, полагавшей назначить наказание на усмотрение суда; а также данные о личности подсудимой, которая не судима, положительно характеризуется по месту жительства и прошлому месту работы. Т. преступление совершено по неосторожности, однако учитывая конкретные обстоятельства дела, суд полагает назначить наказание в виде лишения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью, с отбыванием наказания в колонии-поселении, не находя оснований для применения ст. 64 и 73 УК РФ.

Обсуждая гражданский иск, заявленный потерпевшей Е., суд полагает удовлетворить его частично. В части исковых требований о возмещении морального вреда, причиненного потерей близкого родственника, в размере 1 миллиона рублей, подлежащих взысканию с осужденной Т.

Суд приговорил: Т. признать виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), и назначить наказание в виде лишения свободы на срок два года с лише-

нием права заниматься врачебной деятельностью на срок два года, с отбыванием наказания в колонии-поселении.

Гражданский иск, заявленный потерпевшей Е., удовлетворить частично. После вступления приговора в законную силу взыскать с осужденной Т. в пользу потерпевшей Е. моральный вред в размере 1 000 000 (один миллион) рублей и судебные издержки в сумме 2844 (две тысячи восемьсот сорок четыре) рубля 60 копеек, в остальной части исковых требований отказать.

КОММЕНТАРИЙ

Полагаем, что данный приговор является неправомерным, незаконным и необоснованным по следующим основаниям.

1. Судом неверно установлен субъект преступления. В компетенцию врача-кардиолога не входят диагностика и лечение кардиохирургических заболеваний.

В приговоре указано: «Т. виновна в том, что совершила причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей». Суд указал, что Т. занимала должность врача-кардиолога отделения хирургического лечения интерактивной патологии, то есть не являлась кардиохирургом, не имела кардиохирургического образования, не занимала должности кардиохирурга. Более того, в приговоре указано, что «согласно должностной инструкции врача-кардиолога отделения хирургического лечения интерактивной патологии, утвержденной 18.07.2006 директором Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, входило знать: вопросы организации терапевтической и кардиологической помощи больным; клинической симптоматики и патогенеза основных заболеваний сердечно-сосудистой системы; методы исследования в кардиологии; функциональные методы исследования, электрокардиографию в норме и при патологии, а кроме того, фар-





макотерапию в кардиологической клинике, включая применение антибиотиков и гормонов; механизм действия основных групп лекарственных веществ; осложнения, вызванные применением лекарств; получение исчерпывающей информации о заболеваниях больного; применение объективных методов исследования, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии; оценку тяжести больного и принятие необходимых мер для выведения больного из этого состояния; определение объема и последовательность реанимационных мероприятий и оказание срочной медицинской помощи».

Таким образом, суд четко и недвусмысленно установил, что Т. должна была знать и применять на практике вопросы исключительно терапевтической и кардиологической, но никак не кардиохирургической помощи.

Тем не менее, в приговоре указано: «Причиной смерти Е.А. явился гнойный медиастинит, осложнившийся гнойно-некротическим расплавлением стенки аорты, ее разрывом и тампонадой сердца кровью, развившейся в послеоперационном периоде проведенного 22.06.2007 оперативного вмешательства: ушивание дефекта межжелудочковой перегородки, ушивание овального окна в условиях искусственного кровообращения и гипотермии».

Таким образом, причиной смерти является кардиохирургическое заболевание — гнойный медиастинит, осложнившийся гнойно-некротическим расплавлением стенки аорты, ее разрывом и тампонадой сердца кровью. Как кардиолог Т. не могла и не была обязана знать кардиохирургическую патологию, которая лечится исключительно кардиохирургическими методами и кардиохирургами. Поэтому Т., не являясь кардиохирургом, не могла и не была обязана определить наличие самого кардиохирургического заболевания, не могла и не обязана была определять показания к его кардиохирургическому лечению.

Более того, на сайте ГУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Баку-

лева РАМН», на странице отделения хирургического лечения интерактивной патологии (<http://www.bakulev.ru/about/structure/ohlip/index.php>) указано: «**Ведение каждого пациента совместно осуществляют кардиолог и кардиохирург, ассистирующий во время операции**».

Из этого следует, что обязанности по выявлению и определению показаний к кардиохирургическому лечению кардиохирургического заболевания должны лежать на кардиохирурге отделения хирургического лечения интерактивной патологии.

В действиях же Т. отсутствуют признаки вины в форме неосторожности: в силу отсутствия общих и специальных знаний и умений в области кардиохирургии Т. не должна была и не могла установить наличие кардиохирургического заболевания — гнойного медиастинита, не могла и не должна была формулировать показания к его кардиохирургическому лечению, не должна была и не могла выполнить кардиохирургическое лечение медиастинита (ревизия и санация раны) независимо от наличия или отсутствия должной внимательности и предусмотрительности. Эти действия возложены на врача в должности кардиохирурга и заведующего отделения хирургического лечения интерактивной патологии.

П. 2 Приказа МЗ СССР от 21.07.1988 № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов (в ред. Приказа Минздрава РФ от 25.12.1997 № 380) «Квалификационная характеристика специалиста врача-кардиолога» не содержит упоминания о долженствовании у врача-кардиолога знаний, умений и манипуляций по вопросу патологии средостения в целом и по поводу гнойного медиастинита, в частности. Тогда как п. 18 «Квалификационная характеристика специалиста врача — сердечно-сосудистого хирурга» содержит обязанность знать и уметь диагностировать и лечить гнойный медиастинит: «Врач-кардиохирург должен знать профилактику, диагностику, клини-



ку и лечение острых состояний у кардиохирургических больных: ...Гнойная хирургия: — гнойные заболевания средостения...».

Следует также отметить, что утверждение в приговоре «Ненадлежащее исполнение лечащим врачом Т. своих профессиональных обязанностей привело к тому, что в период с 24.06.2007 по 28.06.2007 у несовершеннолетней Е.А. не был поставлен правильный диагноз и не было проведено своевременное и квалифицированное обследование и лечение гнойного медиастинита в условиях стационара, требующее антибиотикотерапии» полностью противоречит всем современным обычаям делового оборота и обычно предъявляемым требованиям в кардиохирургии. Гнойный медиастинит — кардиохирургическое заболевание, лечится исключительно хирургическими методами, а не антибиотикотерапией.

Ложным, незаконным и необоснованным является утверждение приговора: «28.06.2007, после 15 часов 00 минут, по адресу: г. Москва, Рублевское шоссе, 135, лечащий врач Т. ненадлежаще выполняя свои профессиональные обязанности и не предвидя наступления смерти несовершеннолетней Е.А., хотя при должной внимательности и предусмотрительности была обязана и могла предвидеть указанные последствия, неправильно определила исход послеоперационного лечения несовершеннолетней Е.А. как выздоровление, произвела выписку Е.А. из стационара Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН».

Согласно решению Верховного Суда СССР, лечащий врач не является должностным лицом (Бюллетень ВС СССР, 1982, № 4, с. 30), поэтому в его обязанности не входит организационно-распорядительная функция по госпитализации или выписке больного из стационара. Эта функция возложена на должностных лиц — заведующего отделением (в данном случае на заведующего отделением хирургического лечения интерактивной патологии) и заместителя главного врача по

медицинской (клинической) части. Именно эти должностные лица, оценивая и проверяя данные медицинской карты стационарного больного (формы № 003/у; истории болезни), подписывают выписной эпикриз и выписку из медицинской карты стационарного больного, выдаваемую на руки пациенту, подписывают локальный нормативный акт по учреждению о выписке пациента, прекращении приготовления пищи и получения на него продовольствия для лечебного питания.

Таким образом, Т., не являясь должностным лицом, не могла осуществить выписку больного из стационара, которая является служебной обязанностью должностного лица — заведующего отделением (в данном случае заведующего отделением хирургического лечения интерактивной патологии) и заместителя главного врача по медицинской (клинической) части. Не является служебной обязанностью Т. в качестве врача-кардиолога определять исход кардиохирургического заболевания (гнойный медиастинит) в силу отсутствия у нее необходимых знаний и умений.

Таким образом, в соответствии с действующими в сфере здравоохранения нормативными актами, обычаями делового оборота и обычно предъявляемыми требованиями в обязанности Т. не входили и не могли входить вопросы оказания кардиохирургической помощи, диагностики и лечение гнойного медиастинита, выписки больного из стационара. Следовательно, в действиях Т. отсутствуют как состав преступления, предусмотренного ч. 2. ст. 109 УК РФ, так и вина в форме неосторожности.

Следовательно, приговор вынесен в отношении невиновного лица.

2. Выводы суда об отсутствии причинно-следственной связи между оперативным вмешательством и заболеванием, приведшим к смерти Е., необоснованны.

В приговоре указано: «Между проведенным Е.А. 22.06.2007 оперативным лечением в





НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН и наступлением смерти Е.А. 30 июня 2007 года прямой причинной связи не имеется, так как оперативное вмешательство проведено по показаниям и технически верно; отсутствовали интраоперационные осложнения; не установлен источник инфекции, выявивший развитие осложнений послеоперационного периода. Лечение, проведенное Е.А. в послеоперационном периоде с наступившим летальным исходом в причинной связи не находится. Данное лечение было недостаточным и не смогло предотвратить развитие у Е.А. гнойного медиастинита с гнойно-некротическим расплавлением стенки аорты, с ее последующим разрывом и тампонадой сердца кровью, приведшей к смерти Е.А. гнойного медиастинита вероятность наступления благоприятного исхода (выздоровления) не исключалось».

Данное утверждение в приговоре полностью противоречит всем современным обычаям делового оборота в области кардиологии и обычно предъявляемым требованиям в кардиохирургии.

Гнойный медиастинит — результат экзогенного инфицирования средостения (пространства грудной клетки) в процессе операции либо эндогенный путь с поверхности кожи больного или из его дыхательных путей.

Гнойный медиастинит как результат экзогенного инфицирования средостения (пространства грудной клетки) в процессе операции должен рассматриваться в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.05.97 № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра» как диагноз раздела «МКБ X» «Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств (Y60–Y69)» с диагнозом «Y62.0. Недостаточная стерильность при выполнении хирургической операции».

В данном случае врач-кардиолог Т. не выполняла операцию, поэтому не может рассматриваться как виновное лицо, причинившее случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств вследствие недостаточной стерильности при выполнении хирургической операции.

Утверждение «Данное лечение было недостаточным и не смогло предотвратить развитие у Е.А. гнойного медиастинита с гнойно-некротическим расплавлением стенки аорты, с ее последующим разрывом и тампонадой сердца кровью, приведшей к смерти Е.А.» не может иметь отношения к врачу-кардиологу Т., так как выше было показано, что медиастинит — кардиохирургическое заболевание, которое распознается и лечится врачом в должности кардиохирурга, который формулирует показания к лечению и назначает таковое лечение. Поэтому отсутствуют элементы вины в форме неосторожности в действиях Т.

Из этого следует, что Т. не могла проявить указанную в приговоре преступную небрежность, так как, не имея знаний и умений в области кардиохирургии, не могла проявить должную предусмотрительность и внимательность в отношении назначения лечения кардиохирургического заболевания — медиастинита, которое должен был назначить специалист кардиохирург.

3. В приговоре судом определенно установлены лица, виновные в причинении смерти Е.А., однако, виновным признано иное лицо.

Констатация в приговоре: «В ходе проведенной операции неустановленным следствием способом произошло попадание инфекционного агента (бактерий) в область восходящего отдела аорты, в результате чего у несовершеннолетней Е.А. не позднее 24.06.2007 развилось осложнение в виде гнойного медиастинита с последующим гнойно-некротическим расплавлением стенки



аорты, требовавшее проведения антибиотикотерапии» полностью изобличает вину врачей, проводивших операцию, которая в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра является «Случайным нанесением вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств (Y60–Y69)» с диагнозом «Y62.0. Недостаточная стерильность при выполнении хирургической операции».

Врач-кардиолог Т., не выполняя операцию, не могла нарушить требования нормативных актов об обязательной стерильности.

4. Суды не приняли во внимание Заключение независимой клинической экспертизы по медицинской документации больной Е.А., 10 лет, проведенной на основании адвокатского запроса в соответствии с п. 4 ч. 3 ст. 6 Федерального закона об адвокатской деятельности и адвокатуре в РФ и ч. 1. пп. 2, 3 ст. 53 и ч. 3. ст. 80 УПК РФ:

— заведующим отделением торакальной хирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова (г. Москва), главным детским хирургом ДЗ г. Москвы, имеющим высшее медицинское образование, специальную подготовку по детской хирургии, высшую квалификационную категорию, ученую степень доктора медицинских наук, профессором, стаж работы по специальности более 30 лет Разумовским А.Ю.;

— заведующим отделением неотложной и гнойной хирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова (г. Москва), имеющим высшее медицинское образование, специальную подготовку по детской хирургии, высшую квалификационную категорию, ученую степень доктора медицинских наук; профессором, стаж работы по специальности более 30 лет Смирновым А.Н.

На основании анализа истории болезни, материалов аутопсии и данных патогистологического исследования причина смерти больной Е.А., 10 лет, от гнойного медиастинита с гнойно-некротическим расплавлением стенки аорты, ее последующим разрывом и

тампонадой сердца кровью представляется сомнительной по следующим фактам:

1. На протяжении всего времени нахождения ребенка в стационаре клиническая картина послеоперационного состояния не соответствовала таковой при развитии острого или подострого гнойного медиастинита: не было интоксикации, фебрильной лихорадки, выраженного болевого синдрома и соответствующих лабораторных показателей.

2. На протяжении шести послеоперационных суток ребенку дважды выполнялись Эхо-КГ и рентгенография органов грудной клетки, на которых отсутствовали такие кардинальные признаки медиастинита, как расширение тени средостения и сердца, наличие жидкости в полости перикарда и плевральных полостях.

3. Послеоперационная рана к моменту выписки и в период нахождения в стационаре заживала по типу первичного натяжения, отмечалась общесоматическая положительная динамика: появление аппетита, двигательная активность ребенка.

4. На аутопсии отсутствовал гной или иного рода экссудат в плевральных полостях, клетчатке средостения и полости перикарда.

5. На аутопсии отсутствовали изменения со стороны внутренних органов: печени, селезенки, почек, характерные для септического процесса, практически всегда сопровождающего медиастинит.

6. Что касается свертка крови в полости перикарда объемом до 50 мл, то его наличие не могло привести к развитию тампонады сердца у ребенка 10 лет.

5. Суды не приняли во внимание Заключение специалиста — советника директора ФГУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» от 26 августа 2010 года.

В период с 10 час. 00 мин. 24 августа 2010 года по 15 час. 00 мин. 26 августа 2010 года на основании письменного запроса, составленного 23 августа 2010 года





адвокатом Московской межтерриториальной коллегии адвокатов М.Б.Русаковой (вх. № 2465 от 24.08.2010), в ФГУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» специалист в области судебной медицины — Ковалев А.В. — советник директора ФГУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по экспертным и организационно-методическим вопросам, судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, доктор медицинских наук по специальностям «лучевая диагностика, лучевая терапия и судебная медицина», имеющий высшее медицинское образование и специальную подготовку по судебной медицине, со стажем работы по специальности с 1986 года, провел судебно-медицинское исследование представленных светочетов экспертных документов по уголовному делу № 1-579/09 по обвинению Т. в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Выводы

На основании проведенных исследований с учетом имеющихся в распоряжении специалиста обстоятельств дела прихожу к следующим суждениям:

1. Ответ на вопросы №№ 1,2,3.

1. Какова причина смерти Е.А.?

2. Имеется ли причинная связь между наступлением смерти Е.А. и проведенным ей лечением, в том числе послеоперационным, в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева?

3. Обоснованы ли с научной точки зрения выводы экспертов ГТЦСМикЭ МО РФ в Заключении эксперта № 106/09 от 10.07.2009, положенные в основу приговора?

4. Больная Е.А., 1996 г.р., была прооперирована 22.06.2007 в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН по поводу врожденного порока сердца (субтрикуспидального дефекта межжелу-

дочковой перегородки, 4 мм, открытого овального окна, 3 мм), где ей была выполнена операция — ушивание дефекта межжелудочковой перегородки и ушивание открытого овального окна в условиях искусственного кровообращения и гипотермии. Согласно имеющимся в представленных экспертных документах выпискам из медицинских документов, послеоперационный период протекал без осложнений, 27.06.2007 с кожной послеоперационной раны были сняты швы, рана зажила первичным натяжением. Больная была выписана 28.06.2007 с заключительным клиническим диагнозом: Основной — врожденный порок сердца: субтрикуспидальный дефект межжелудочковой перегородки, 4 мм. Открытое овальное окно, 3 мм. Состояние после операции ушивания дефекта межжелудочковой перегородки, ушивания открытого овального окна в условиях искусственного кровообращения от 22.06.2007.

Смерть наступила дома, в г. Пскове, 30.06.2007, на 3-й день после выписки из стационара.

Судебно-медицинское исследование трупа Е.А. было произведено 02.07.2007, на 4-й день после наступления ее смерти, судебно-медицинским экспертом Псковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы К. (единолично). Комиссионное судебно-медицинское исследование трупа ребенка в морге не производилось.

Девочка между моментами выписки и наступления смерти контрольному медицинскому врачебному осмотру не подвергалась («записей после 15 июня 2007 года в представленной медицинской карте детской поликлиники г. Пскова на имя Е.А. не имеется»).

Ни в одном из экспертных документов, исполненных в Псковском областном бюро судебно-медицинской экспертизы (Акт судебно-медицинского исследования трупа № 859 от 01.10.2007), Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы (Акт № 233-08 комиссионного судебно-медицинского исследования от 15.08.2008),



Главном государственном центре судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Минобороны России (*Заключение специалиста № 25/09 от 07.04.2009, Заключение эксперта № 106/09 от 10.07.2009*), экспертными комиссиями при формулировке выводов о причине смерти, наличии или отсутствии причинно-следственных связей между наступлением смерти и оказанием медицинской помощи, при экспертной оценке действий (бездействий) врача Т. и установлении их связей с наступлением летального исхода *не были исследованы материалы уголовного дела* (протоколы допроса свидетелей; какие-либо иные, помимо исследованных, медицинские документы, например, карта вызова скорой медицинской помощи и пр.), *отражающие, что с медицинской точки зрения происходило с девочкой с момента ее выписки 28.06.2007 в г. Москве до момента наступления ее смерти 30.06.2007 в г. Пскове:*

— способ, длительность и другие особенности транспортировки ребенка, и оказало ли это влияние на наступление смерти;

— в связи с чем, несмотря на рекомендации лечащего врача в истории болезни в момент выписки о том, что девочка выписывается под наблюдение кардиолога по месту жительства, она никем из врачей по месту жительства не была осмотрена, и оказало ли это влияние на наступление смерти;

— принимала ли девочка в указанный промежуток времени какие-либо медикаментозные препараты — да или нет, и оказало ли это влияние на наступление смерти;

— предъявляла ли она какие-либо жалобы, в том числе на боли в области сердца, повышение температуры тела;

— были ли признаки повышения температуры тела;

— какую физическую нагрузку выполняла девочка (ходила, лежала, бегала и пр.);

— когда девочка почувствовала себя плохо, при каких обстоятельствах и где, через какой промежуток времени и где наступила смерть, каковы были клинические

особенности умирания («моментальная» смерть, перемещалась ли какой-то промежуток времени она самостоятельно, наличие судорог, одышки, синюшности лица и других частей тела и пр.);

— кто и когда констатировал наступление смерти, была ли выполнена эта констатация врачом скорой помощи или каким-либо иным лицом.

Также экспертными комиссиями не были исследованы следующие необходимые для аргументированного ответа на поставленные перед ними вопросы медицинские данные:

— проводились ли после оперативного вмешательства и до момента выписки консилиумы врачей с участием заведующего отделением, других врачей, в должностные инструкции которых их проведение входит, — кем конкретно, когда конкретно;

— осматривалась ли девочка консилиумом врачей перед выпиской, каково заключение консилиума, давал ли он рекомендации о выписке и на какую дату;

— кто конкретно принимал окончательное решение о выписке, кем конкретно был подписан выписной эпикриз и «выписная» справка (*выписной эпикриз подписывается как минимум лечащим врачом и заведующим отделением, о чем делается соответствующая запись и ставятся их подписи в истории болезни — Приказ Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и соответствующее разъяснительное Письмо Минздрава-соцразвития России от 30 ноября 2009 г. № 14-6/242888*).

При проведении судебно-медицинского исследования трупа Е.А. в Псковском областном бюро судебно-медицинской экспертизы были нарушены следующие требования действовавшего на тот момент Приказа Минздрава России от 24 апреля 2003 г. № 161 «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы»:





— «2.2.4.12.3. Метод вскрытия сердца и аорты избирает эксперт... Измеряют толщину стенок желудочков и перегородки (*толщина перегородки не измерена*), периметр аорты над клапанами (*не измерен*), исследуют состояние ее внутренней оболочки на всем протяжении (*не исследовано*). При наличии патологии в сердце и легких производят раздельное взвешивание отделов сердца (*не произведено*)»;

— «2.3.7. Взятие объектов для проведения экспертных микробиологических (вирусологических) исследований. 2.3.7.1. Микробиологическое (вирусологическое) исследование производят при подозрении на смерть от инфекционного заболевания (*в данном конкретном случае — от подозрения на гнойный процесс в средостении — комментарий специалиста РЦСМЭ*)...

...Стафилококковые, стрептококковые инфекции, инфекции синегнойной палочкой — гной, экссудат, кровь, участки пораженных тканей и органов... региональные лимфатические узлы (*не взяты*)».

Данные нарушения установленной приказом Минздрава России методики проведения судебно-медицинского исследования трупа привели к тому, что при последующих экспертных исследованиях медицинская информация, представленная в материалах уголовного дела экспертным комиссиям, была неполноценной и не позволила, в частности, установить конкретный бактериальный возбудитель и источник инфицирования стенки аорты (если таковое в действительности имело место). Это привело, по мнению специалиста РЦСМЭ, к неправильным и необоснованным объективными медицинскими данными выводам экспертной комиссии Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Минобороны России (ГГЦСМиКЭ МО РФ) о причине смерти и наличии причинно-следственных связей между оказанием медицинской помощи и наступлением смерти.

Согласно первому листу Заключения эксперта № 106/09 от 10.07.2009, экспертиза

была выполнена в ГГЦСМиКЭ МО РФ судебно-медицинскими экспертами Л.В. Беляевым (врачом-судебно-медицинским экспертом ГГЦСМиКЭ МО РФ), Т.И. Русаковой (заведующей судебно-гистологическим отделением ГГЦСМиКЭ МО РФ), Д.Л. Краниным (начальником отделения хирургического лечения пороков сердца Главного военного клинического госпиталя им. акад. Н.Н. Бурденко), В.Н. Трояном (начальником рентгенологического центра Главного военного клинического госпиталя им. акад. Н.Н. Бурденко), В.А. Кузьминой (врачом-судебно-медицинским экспертом ГГЦСМиКЭ МО РФ). Ни один из привлеченных экспертов-клиницистов не имеет необходимой квалификации и опыта клинической работы в области детской торакальной хирургии и детской лучевой диагностики (рентгенологии).

При этом специалист РЦСМЭ особо отмечает, что ни один из «Выводов» Заключения эксперта № 106/09, в том числе о причине наступления смерти («гнойный медиастинит, осложнившийся гнойно-некротическим расплавлением стенки аорты, ее разрывом и тампонадой сердца кровью»), причинно-следственных связей между причиной смерти и проведенным Е.А. лечением в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН членами экспертной комиссии ГГЦСМиКЭ МО РФ Т.И. Русаковой и В.Н. Трояном не подписан (!).

В то же время комиссия экспертов ГГЦСМиКЭ МО РФ (Л.В. Беляев, Д.Л. Кранин, В.А. Кузьмина) исключительно на основании описания результатов проведенных экспертом-гистологом Т.И. Русаковой исследований микропрепарата аорты пришла к выводу о наличии у девочки «гнояного медиастинита». Макроскопических признаков «гнояного медиастинита» в представленных материалах дела нет. Также этих признаков и диагноза «гнояный медиастинит» нет в описаниях микропрепарата аорты и судебно-гистологических диагнозах по результатам гистологического исследования, проведенного экспер-



тами-гистологами Т.И. Русаковой и В.В. Васильевым (ГГЦСМиКЭ МО РФ), Т.М. Лариной (Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы), в Бюро судебно-медицинской экспертизы Псковской области (Судебно-гистологическое исследование № 1307 от 20.07.2007).

Из приводимой на с. 5, 6 Заключения эксперта № 106/09 выписки из Акта № 233-08 от 15.08.2008 комиссионного судебно-медицинского исследования следует, что комиссия Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы считает, что у Е.А. имел место не «гнойный медиастинит», а имело место очагово-диффузное гнойное воспаление стенки аорты с некрозом стенки сосуда и кровоизлияние в окружающие мягкие ткани, состоящее из лейкоцитов и эритроцитов. По мнению комиссии Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы (Акт № 233-08 от 15.08.2008, председатель комиссии — начальник БСМЭ, профессор В.В. Жаров), гнойное расплавление фрагмента стенки аорты с последующей тампонадой полости перикарда, вероятнее всего, явилось осложнением оперативного вмешательства на сердце по поводу врожденного порока сердца (аорта пережималась на 14 минут).

Специалист РЦСМЭ однозначно считает, что, исходя из приведенных в различных экспертных документах описаний, в микропрепарате визуализируется только некроз (омертвление) стенки аорты с последующим гнойно-некротическим воспалением стенки и окружающей ее клетчатки на ограниченном некрозом участке. То есть фактически имело место воспаление стенки аорты и окружающей ее клетчатки как следствие некроза стенки аорты, а не наоборот. Некроз стенки аорты мог произойти в результате нарушения кровообращения в сосудах, питающих стенку аорты. В представленных материалах дела не имеется каких-либо объективных медицинских данных, которые позволяли бы

однозначно трактовать причину некроза стенки аорты как результат ее 14-минутного пережатия в ходе операции. Причиной некроза не мог быть «гнойный медиастинит», так как отсутствуют его макроскопические (на вскрытии), микроскопические и клинические признаки (физикальные, лабораторные, инструментальные).

Специалист РЦСМЭ особо обращает внимание на то, что, согласно дневниковым записям в истории болезни, в день выписки 28.06.2007 девочка жалоб на здоровье не предъявляла, температура ее тела была нормальной, содержание лейкоцитов в крови было в норме — $10,2 \times 10^9/\text{л}$ (норма для детей в возрасте 6–10 лет составляет $6,0\text{--}11,0 \times 10^9/\text{л}$ — Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам исследования. — Москва, 2007), каких-либо клинических физикальных, лабораторных и инструментальных (эхокардиографических, рентгенологических) признаков поражения стенки аорты и «гнояного медиастинита» не было. Таким образом, исходя из данных истории болезни, каких-либо противопоказаний к выписке девочки 28.06.2007 не было.

Вывод экспертов ГГЦСМиКЭ МО РФ о том, что «гнойный медиастинит развился не позднее 24 июня 2007 года» является несостоятельным и не подтверждается объективными медицинскими данными по следующим основаниям:

- отсутствуют макроскопические и микроскопические признаки «гнояного медиастинита»;

- отсутствуют какие-либо клинические физикальные, лабораторные и инструментальные (эхокардиографические, рентгенологические) признаки поражения стенки аорты и «гнояного медиастинита»;

- жалобы на боль в области послеоперационной раны, слабость, повышение температуры тела до $+37,7^\circ\text{C}$ (при нормальной температуре тела в день выписки), анемия, однократно выявленный 24.06.2007 лейкоцитоз $17,4\text{--}10\%$ (при нормальных показателях





25–28.06.2007 и отсутствии палочкоядерного сдвига в лейкоцитарной формуле) в своей совокупности не являются специфическими признаками «гнойного медиастинита».

Вывод экспертов ГТЦСМиКЭ МО РФ о том, что «во время проведения оперативного вмешательства могло произойти попадание инфекционного агента (бактерий) в область восходящего отдела аорты» является надуманным, несостоятельным и не подтверждается объективными медицинскими данными по следующим основаниям:

— не установлен конкретный возбудитель (бактериологическое исследование трупного материала не производилось, наличие скоплений бактерий в микропрепарате аорты не описано);

— операция произведена технически правильно, то есть с соблюдением требований асептики и антисептики;

— причиной гнойно-некротического воспаления в области стенки аорты и окружающей ее клетчатки явился некроз (омертвление) стенки самой аорты.

Таким образом, по мнению специалиста РЦСМЭ, причиной смерти Е.А. явился некроз стенки аорты, возможно, в результате нарушения кровообращения в сосудах, питающих ее стенку, осложнившийся гнойно-некротическим воспалением ее стенки и окружающей аорту клетчатки (на ограниченном участке некроза стенки), приведший к сквозному разрыву стенки аорты и тампонаде полости перикарда кровью (50 мл). Для установления даты начала некроза стенки аорты и причин его возникновения необходимо проведение повторной комиссионной судебно-медицинской экспертизы с привлечением высококвалифицированных специалистов в области детской торакальной хирургии и детской лучевой диагностики (рентгенологии).

Вывод экспертов ГТЦСМиКЭ МО РФ о том, что «при своевременной диагностике и лечении осложнения проведенного оперативного вмешательства в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Е.А. наступление благоприятного

исхода (выздоровления) не исключалось» является надуманным, не подтверждается объективными медицинскими данными: клинические физикальные, лабораторные и инструментальные признаки некроза стенки аорты за весь период проведенного лечения отсутствовали, а состояние девочки от момента выписки 28.06.2007 до момента наступления ее смерти 30.06.2007 экспертами не было исследовано.

Вопрос № 5 постановления о назначении экспертизы «Правильно и своевременно ли определен лечащим врачом НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Т. исход болезни Е.А. как «выздоровление...» сформулирован некорректно, а ответ на него вышел за пределы компетенции членов экспертной комиссии ГТЦСМиКЭ МО РФ по следующим основаниям:

— нигде в истории болезни не отмечено, что девочка выписана по «выздоровлению», она была выписана для продолжения лечения в амбулаторных условиях по месту жительства с диагнозом: «Состояние после операции ушивания дефекта межжелудочковой перегородки, ушивания открытого овального окна в условиях искусственного кровообращения от 22.06.2007», с соответствующими рекомендациями, под наблюдение кардиолога по месту жительства;

— решение о выписке больного из стационара принимается коллегиально, как минимум лечащим врачом и заведующим отделением, о чем делается соответствующая запись и ставятся их подписи в истории болезни (*Приказ Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и соответствующее разъяснительное Письмо Минздравсоцразвития России от 30 ноября 2009 г. № 14-6/242888*).

В настоящее время осужденной подана надзорная жалоба в Верховный Суд РФ. Ждем откликов читателей.



НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ТРЕБУЕТ ПРЕКРАТИТЬ ИНФОРМАЦИОННУЮ ВОЙНУ ПРОТИВ ВРАЧЕЙ

Национальная медицинская палата призвала к объективности в подаче информации, касающейся действий врачебного сообщества. Об этом говорится в официальном заявлении организации, которое подписал президент палаты, всемирно известный врач Леонид Рошаль.

Признавая, что в медицинском обслуживании есть недостатки, специалисты подчеркивают, что они обусловлены многолетним забвением

отрасли, недостатком финансирования, провалом в кадровой работе, отсутствием признанной во всем мире системы непрерывной последипломной подготовки.

К сожалению, сегодня в нашей стране нет полноценного института, который мог бы выступить в качестве третейского судьи в сложных ситуациях, обеспечить непредвзятость оценок и гарантировать защиту как врачам, так и пациентам. Созданная менее года назад

Национальная медицинская палата предпринимает такую попытку. Здесь выражают надежду, что удастся выработать надежную правовую защиту врача и пациента.

Национальная медицинская палата выступает за объективность подачи информации и призывает журналистское сообщество апеллировать к проверенным фактам и доказательной базе.

*МОСКВА, 18 марта,
АМИ-ТАСС*

ЗАЯВЛЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

В последнее время в СМИ участились сообщения с осуждением действий врачебного сообщества.

Мы признаем, что в медицинском обслуживании есть недостатки. Они обусловлены многолетним забвением отрасли, недостатком финансирования, провалом в кадровой работе, отсутствием признанной во всем мире системы непрерывной последипломной подготовки.

Безусловно, многое зависит и от нас, медиков, и прежде всего от соблюдения врачебной этики. Недопустимо, когда медицинские работники проявляют грубость по отношению к больным, не умеют спокойно объяснить суть проблемы, когда в своей работе допускают проявление коррупции.

Но ведь и то положительное, что делают медики, зачастую в невероятно сложной ситуации, отходит на второй план, а первично прослеживается желание очернить все медицинское сообщество. В СМИ приводятся примеры, безосновательно оскорбляющие врачей. А разгул информационной войны с педиатрами вообще зашкаливает.

И это удивительно. В тяжелейшие 90-е годы, когда все здравоохранение почти рухнуло, и смертность в России увеличилась во много раз, именно педиатры не позволили умирать детям. И сейчас показатели детской смертности постепенно снижаются. В некоторых городах они уже соответствуют европейским нормам. Резко снижены за последние годы детские инфекционные заболевания.





На фоне этого публичная оценка работы педиатров бывает несправедливой, и, к сожалению, никто за это ответственности не несет. Мы приведем несколько недавних примеров.

На одном из центральных телеканалов вышел сюжет о недостатках работы скорой помощи в Новосибирске. К разбору этого случая немедленно подключился Павел Астахов. Он взял расследование под свой контроль и потребовал привлечь к ответственности врачей, несвоевременно оказавших помощь умирающему ребенку.

На самом деле, как выяснилось потом, больного перевозила специализированная бригада из академгородка в Новосибирск. Врач скорой помощи проявила профессионализм высокого уровня. Несмотря на проблемы, ребенок был доставлен в стационар живым. Все необходимое для больного в машине было, включая детские интубационные трубки. При детальном изучении этого случая выяснилось, что у матери не было претензий к врачам скорой помощи. Мама ребенка написала следующее: «врачи сделали все, что смогли сделать в тех нечеловеческих условиях. Спасибо им, они дали нам шанс, дали надежду. Нам повезло, что единственной свободной бригадой скорой были профессионалы — врачи-кардиологи».

На этом фоне неуместно заявление Павла Астахова о необходимости «привлечь к ответственности врачей, несвоевременно оказавших помощь умирающему ребенку». Ведь мать жаловалась на систему в оказании медицинской помощи в Академгородке, на бедность больницы Новосибирска. Эти проблемы не имеют к врачам никакого отношения. Это — показатель неудовлетворительного состояния здравоохранения в целом и отношения к нему государства.

Против Павла Астахова выступила Ассоциация врачей Новосибирской области, которая является учредителем Национальной медицинской палаты. Ее позиция: прежде чем обвинять, надо дождаться выводов расследования. А любые попытки разобраться в случившемся извне не дадут результатов, так

как будут некомпетентны, некорректны и основаны на эмоциях.

Кстати, к травле этих врачей недавно присоединилась известная неправдой Марина Литвинович, которая заявила на одной из радиостанций: «Новосибирск. Академгородок. Не довезли до больницы. Ребенок больной. Ребенок умер».

Еще один пример. По центральному телевидению показали сюжет про Волгоград, когда педиатров обвинили в том, что они проводят эксперименты над детьми, испытывая на них новую вакцину. В передаче унизили одного из лучших отечественных педиатров — профессора Владимира Таточенко, крупнейшего не только в России, но и в мире. При расследовании выяснилось, что в Волгограде все было сделано абсолютно правильно. Это показали результаты прокурорской проверки.

Всю блогосферу совсем недавно взорвало письмо матери ребенка Колосова, который находился в Российской клинической детской больнице (РДКБ). Ребенок родился в Ростове-на-Дону с тяжелейшим заболеванием — муковисцидозом легочной и кишечной формы одновременно. В возрасте двух дней он был оперирован по поводу кишечной непроходимости, затем кроху оперировали повторно, спасли и выносили ребенка. Затем была сделана третья операция. Потом ребенок был бесплатно направлен в РДКБ, куда поступил в состоянии крайнего истощения и с дыхательной недостаточностью.

В РДКБ ребенка спасли от смерти: полностью ликвидирована дыхательная недостаточность на фоне лечения муковисцидоза современными лекарствами. В больнице он пребывал 8 месяцев, на его лечение истрачены миллионы рублей. Результат: у ребенка осталось закрыть кишечный свищ, наложенный еще в Ростове-на-Дону. Небольшой паллиативной операцией закрыть этот свищ не удалось, и было предложено провести радикальную операцию. Но мама ребенка от операции силами отечественных докторов категорически отказалась и стала требовать направить ее с



ребенком в Германию. При отказе весь коллектив РДКБ обвинили в непрофессионализме, грубости и еще во многих грехах.

Письмо дошло до Президента РФ Дмитрия Медведева, который поручил разобраться Павлу Астахову. Магистр права за два часа пребывания в больнице, которая лечит бесплатно около 20 тысяч детей из всех уголков России, быстро во всем «разобрался». Он во всем поддержал содержание подметного письма. Павел Астахов вышел за рамки своих полномочий, порекомендовав Минздравсоцразвития РФ направить ребенка в Германию за счет государства, и предложил прокуратуре разобраться в этом вопросе.

Официальное расследование доказало несостоятельность обвинений коллектива РДКБ.

Решать, кто виноват, должны профессионалы. При оценке и расследовании таких сложных ситуаций должна быть обеспечена объективность, а любой вывод должен основываться на доскональном изучении фактов. Национальная медицинская палата выступает за объективность подачи информации и призывает журналистское сообщество апеллировать к проверенным фактам и доказательной базе. Мы просим более сознательно относиться к публикуемой информации и оценивать последствия, которые могут повлечь за собой распространение ложных сведений.

К сожалению, сегодня в нашей стране нет полноценного института, который мог бы выступить в качестве третейского судьи в таких сложных ситуациях, обеспечить непредвзятость оценок и гарантировать защиту как врачам, так и пациентам. Мы предпринимаем такую попытку. Мы надеемся, что нам удастся выработать надежную правовую защиту врача и пациента, что не удалось до сих пор сделать на уровне государства.

Национальная медицинская палата была создана совсем недавно, в апреле прошлого года. И нашей задачей является улучшение качества медицинского обслуживания за счет саморегулирования профессиональной деятельности.

Национальная медицинская палата — это объединение всего медицинского сообщества как с целью защиты пациентов от некачественного лечения и врачебных ошибок, так и защиты медработников от несправедливых упреков и необоснованных преследований.

Сейчас для нас первостепенным является создание независимой профессиональной экспертизы, которая работает в тесном контакте с организациями, защищающими интересы пациентов. Для нас очень важно обеспечить высокий уровень качества медицинской экспертизы и независимость ее проведения. Только в январе к нам поступило более 10 писем из регионов России, из которых большинство — жалобы на дефекты в оказании медицинской помощи. Эксперты — юристы и медики начали работать.

Национальная медицинская палата готова оказать квалифицированную поддержку со стороны наших экспертов при подготовке материалов в СМИ. Мы призываем к объективности в подаче информации и готовы предоставить обоснованные оценки тех случаев, которые являются повесткой дня Ваших изданий.

В заключение уместно привести цитату из выступления президента РФ Дмитрия Медведева на Координационном совещании руководителей правоохранительных органов 21 февраля 2011 года: «Но ни в коем случае нельзя делать выводы о виновности или невиновности людей до объявления приговора суда, это абсолютно очевидная вещь, а тем более давить на следствие, привлекая средства массовой информации. Это недопустимо. Тот, кто будет в этом замечен, будет уволен независимо от чинов и званий. Следствие должно идти строго в рамках закона и при соблюдении всех надзорных процедур, но идти тихо, спокойно, а результаты следствия должны быть доложены общественности. Тогда это будет справедливо».

Мы уверены, что сказанное относится не только к сфере деятельности правоохранительных органов.





РУКОВОДИТЕЛЬ ЛПУ В ЗЕРКАЛЕ 83-ФЗ: МЕНЕДЖЕР, ЭКОНОМИСТ, ЮРИСТ...

От редакции:

4 февраля 2011 года Комиссия Общественной палаты Российской Федерации по охране здоровья, экологии, развитию физической культуры и спорта провела круглый стол на тему «Деятельность медицинских учреждений в новых организационных правовых формах в связи с принятием Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

Круглый стол открыл **Евгений Ачкасов**, председатель Комиссии Общественной палаты по охране здоровья, экологии, развитию физической культуры и спорта, который предложил профессиональному сообществу поделиться своим видением возможностей и рисков, связанных с правоприменительной практикой этого закона в системе здравоохранения.

Уже в первом выступлении **Николая Дайхес**, члена Общественной палаты, директора ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» прозвучала озабоченность по поводу того, что разделение учреждений на различные типы может привести к неконтролируемому увеличению платных услуг, закрытию местных сельских ЛПУ и т.п. Основные проблемы, по мнению Н. Дайхеса: низкий уровень менеджмента в сфере здравоохранения и

отсутствие наблюдательных советов, таких, как в крупных госпиталях США, благодаря чему медицинскими центрами руководят совещательные органы, а не отдельные личности. «Врачи России пока не могут объединиться в какую-то единую ассоциацию, хотя это — возможный эффективный путь к модернизации здравоохранения. Технологические аппараты должны стоить столько, сколько стоят, без накруток. Базовая зарплата у оперирующего профессора в нашем центре — 18 тыс. руб., она минимальная. А если люди оказывают платные услуги и высокотехнологическую помощь, то зарплаты высокие (до 150 тыс.), но ведь не у всех есть возможность оказывать платные услуги. Потребуется рассчитать, какая должна быть зарплата у врачей в регионах. Хорошим юристам мы не можем предложить привлекательную зарплату для работы в сфере здравоохранения, но их знания необходимы для

корректирования работы ЛПУ и его защиты».

Иосиф Дискин, председатель Комиссии по социальным вопросам и демографической политике Общественной палаты, отметил, что благодаря действиям членов Общественной палаты внесены некоторые поправки в 83-ФЗ, например, касающиеся того, что переходный период будет действовать до 1 июля 2012 года. Он также отметил, что специфика секторов бюджетной сферы не учтена в 83-ФЗ. Появилась большая возможность руководителей ЛПУ зарабатывать средства, однако в ведомствах не заняты подготовкой специалистов-менеджеров, способных повышать эффективность деятельности медицинских организаций. Следует разрабатывать стимулы и механизмы, препятствующие замене бесплатных медицинских услуг платными под давлением реальных экономических стимулов.



Необходимо создание комиссий, которые будут контролировать соблюдение стандартов, соотношение качества и количества платных и бесплатных услуг, так как пациент сам не способен уследить за данными факторами в связи с информационным неравенством.

«Контроль сверху не может за всем проследить, разве только при вопиющих нарушениях. Необходим горизонтальный контроль: только профессиональные корпорации врачей могут стать реальными регуляторами. Необходимы наблюдательные советы из представителей профессиональных медицинских объединений и союза потребителей, которые представляют интересы и снизу, и сбоку. Одновременно следует поднимать профессиональную этику».

Не учитывает 83-ФЗ, по мнению И. Дискина, и финансовое расслоение в структуре населения (а за ближайшую пару лет исчезнет более половины сельских поселений и треть малых городов Российской Федерации). «Если у нас сфера здравоохранения социальная, то оставить население без бесплатной медицинской помощи невозможно, необходимо создать на основе 83-ФЗ механизмы, не позволяющие оставить население вымирающих населенных пунктов совсем без медицинской помощи. Почему главные врачи должны уменьшать

время одного приема и сокращать количество посещений пациентов? Такая экономика — реальный антистимул повышать качество оказания медицинской помощи».

Елена Николаева, председатель Комиссии по социальным вопросам и демографической политике Общественной палаты, считает, что необходимо повышать эффективность социальной сферы и сферы здравоохранения в целом. «От успешности развитости и эффективности системы здравоохранения зависит развитие и политическое, и гражданского общества. Особенность Российской Федерации в том, что большая часть населения тотально бедная. Этим резким скачком мы усугубляем ситуацию демографическую, так как у людей не будет возможности платить за медицинскую помощь, поэтому необходимо на всех уровнях тщательно и аккуратно прорабатывать и обсуждать публично все подзаконные акты, чтобы знать все детали, аспекты. Потому что экономические стимулы будут вытеснять ЛПУ в сторону платных услуг, а количество бесплатных услуг будет сокращено до минимума. Должны быть четко прописаны все правила.

Более половины населения в Кировской области живет в условиях, где дороги не расчищаются, закрываются медпункты в деревнях и

малых населенных, население протестует. Протестные настроения в регионах очень высоки, и нельзя проводить изменения, не учитывая всех социальных угроз, нельзя чисто технократически подходить к этим изменениям.

Медицинское сообщество должно более активно влиять на установление профессиональных этических правил, но и при этом должна существовать реальная ответственность врачей. Необходима профессиональная организация защиты прав пациентов и врачей. Нужно грамотно проводить контроль качества и не доводить защиту пациентов до абсурда. Необходим именно баланс. Суды сейчас не готовы к такому количеству исков. Если поставить себе задачу разорить ЛПУ, то один хорошо составленный акт станет разоряющим для учреждения. Если врачи не смогут содержать грамотных юридических консультантов, они проиграют суды.

По каждому подзаконному акту 83-ФЗ необходимо проводить региональные, муниципальные обсуждения, доводить до общественности, чтобы не вызвать волну протестов. Следует провести переподготовку руководителей ЛПУ, так как они не понимают, как действовать в данной ситуации. Например, в Англии реформа проводилась 6 лет, в Голландии — 14 лет, а мы хотим решить все проблемы за 2 года.





Александр Лебедев, профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования РГМУ, считает, что необходимо понимать истоки принятия 83-ФЗ: в 2003 году Президент В.В.Путин указал на проблему наличия теневой платной медицинской помощи, необходима была реструктуризация ЛПУ через изменение финансирования и структуры.

«По данным ВОЗ, государственное финансирование системы здравоохранения снижается, но при этом продолжается оказание бесплатной медицинской помощи населению, так как инвестиции приходят с рынка. В странах Старого света успешность реформ достигается благодаря тому, что за весь период модернизации центром изменений является человек, пациент, вокруг которого выстраивается вся инфраструктура здравоохранения любого государства. Государство, не осуществляющее эффективную политику здравоохранения, не может считаться социальным, даже если этот принцип продекларирован в основном законе государства. По мнению академика Ясина, через 20–30 лет градообразующая структура России будет основана не на промышленном производстве, а на интеллектуальной экономике — здравоохранении, образовании и культуре. Риски принятия 83-ФЗ следующие: отсутствие

менеджерских компетенций у руководителей ЛПУ, неподготовленность подзаконных нормативно-правовых актов на уровне субъектов Федерации; неподготовленность финансово-нормативной базы (отсутствие нормативов подушевого финансирования медицинской помощи); несовершенство механизмов государственного регулирования затрат на медицинское обслуживание в условиях одноканального финансирования».

Наталья Анишко в своем выступлении отметила, что, с точки зрения юридической сферы, 83-ФЗ дает много возможностей для ЛПУ. «Надо вносить своевременные корректировки. К краху предприятия может привести и неправильный менеджмент на местах, необходима переподготовка специалистов. Кроме того, никто, кроме врачей, не может проследить за качеством оказываемых услуг. Руководитель ЛПУ сейчас должен иметь следующие компетенции: менеджер, экономист, юрист — это сопряженные сферы.

Суды не готовы к такому количеству потенциальных судебных разбирательств. У нас есть очень хорошие законы, но они не работают из-за плохого механизма ответственности, норм права. Клиенты — это люди, которые приходят со своими заболеваниями, необходимо дать свободу в реализации лече-

ния, иначе слишком большой надзор может привести к необходимости обходить законы или во вред здоровью граждан вообще.

Оказание медицинской помощи является предпринимательской деятельностью. Существуют коммерческие организации и некоммерческие. Если сформировать такую законную базу, что она даст возможность руководителям направлять деятельность организации, не повышая цен, получать прибыль из других источников, это будет замечательно, к этому надо стремиться.

Необходимы механизмы ответственности не только специалиста, но и руководителя ЛПУ. Но как можно оценивать деятельность коллег беспристрастно без учета общественности? Нужна публичная обязанность учреждения перед общественностью».

В своем выступлении **Фарит Кадыров**, заместитель директора ФГУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России», отметил, что проблемы деятельности бюджетных учреждений здравоохранения и необходимость принятия Федерального закона № 83-ФЗ часто связывают с ограниченностью прав бюджетных учреждений. Это справедливо лишь отчасти. Фактически проблема заключается в дисбалансе прав и





ответственности бюджетных учреждений. Дисбаланс дополняется «закрытостью» деятельности бюджетных учреждений. Нужно внимательно смотреть, насколько диспропорции будут устранены. Именно этим определяется суть закона.

Основными тезисами выступления **Оксаны Александрович**, профессора Медицинской академии им. И.М. Сеченова, были следующие. 83-ФЗ дает больше свободы региональным ЛПУ, но и проводится жесткий контроль сверху. То, что теперь единственный страховщик ОМС — ФОМС, — это усиление администрирования, страхование неработающих лиц очень важно, сейчас большая часть населения не застрахована. Самое важное — персонификация учета в ОМС (медицинский полис единого образца, единый регистр застрахованных лиц в РФ). Государство не может позволить себе постоянно растущее финансирование государственных ЛПУ: возрастает финансирование, возрастают объемы и цены частных медицинских организаций на оказываемые услуги. Конкурировать госучреждениям с частными практически невозможно было. Теперь, если госзадание будет распределяться на конкурсной основе, то все виды организаций могут участвовать, в конечном счете может в этом быть выгода и для пациента. Необходимо

определиваться, каковы возможности частных клиник, будут ли у них равные права в связи с принятием 83-ФЗ.

Директор Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России **Владимир Зеленский** постарался опровергнуть многие высказанные опасения. В частности, он отметил следующее. «Несмотря на то, что Минфин и Минэкономразвития России являются головными по реализации 83-го закона, все равно на Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации возложены достаточно большие функции, в том числе функции разъяснительные и методические. Мы также открыли у себя на сайте страницу, где обсуждаем и нормативные акты, которые издаются во исполнение 83-го закона, проводим совещания, и, скорее всего, будем координировать все совещания, которые будем проводить с регионами, в том числе с основными методологами закона. Мы уже в нескольких федеральных округах только за этот месяц по здравоохранению, социальной сфере и занятости провели обсуждения с руководителями соответствующих органов власти субъектов. То есть такая разъяснительная работа нами проводится, очевидно, она недостаточна, также существует большая проблема в переда-

че знаний дальше от уровня руководителей органов исполнительной власти субъектов. Например, хорошо, что мы рассказали региональному министру, региональный министр расскажет своим начальникам отделов и дальше по цепочке. Когда эта информация доходит до муниципального учреждения или далее до фельдшерско-акушерского пункта, она обрастает совершенно кошмарными подробностями: что кроют, что мы никогда не получим денег и т.д.

На самом деле, когда писали 83-й закон, создавали подзаконные акты, внутри закона вложено достаточно много защитных механизмов, потому что несоответствие оказываемой медицинской помощи было очень велико. Когда писали закон, по сути, закона об ОМС еще не было, новая редакция закона «Об основах охраны здоровья граждан» должна быть скоро внесена в Государственную Думу, но ее тоже пока еще нет. И при нынешней степени регулирования, если бы запускался 83-й закон сразу, то риск был бы очень велик. Именно поэтому мы были одним из инициаторов переходного периода, что не можем сразу перейти на субсидии, отправить учреждения в «свободное плавание» и т.д. Несмотря на то, что опыт государственных заданий в здравоохранении значительно больше, чем в





образовании: с 2005 года существует постановление Правительства, которое регулирует порядок формирования государственных и муниципальных заданий для целей реализации территориальных программ госгарантий. Хотя бы какое-то понимание регулирования объемов оказываемых услуг есть и было, и достаточно долго существует опыт, далеко не всегда самый плохой, поэтому его также надо использовать.

Кроме того, очень хорошо, что по поводу закона 83-ФЗ нет однозначного мнения. 83-ФЗ, с одной стороны, позволяет достаточно много и руководителям учреждений обеспечивает некую мобильность для публичной власти. С другой стороны, закон содержит ряд минусов, поскольку мы пока не знаем, насколько хорошо будет работать прозрачность декларируемой деятельности учреждений, публикации госзаданий в отсутствие стандартизации медицинской помощи явно выраженной, в условиях не очень конкретной программы государственных гарантий, и рисков тоже много.

Что касается соотношения 83-ФЗ и платных услуг и доступности медицинской помощи. Напрямую закон ничего не разрешает и ничего не запрещает. Этот закон только о том, как юристам, бухгалтерам и финансистам перевести действующие бюджетные учреждения в

новые формы, которые обладают несколькими более широкими правами не с точки зрения взаимоотношения с гражданами, а с точки зрения заключения договоров, нет разграничения по кодам классификации, где-то не будет субсидиарной ответственности.

С точки зрения взаимоотношения бизнеса с бюджетами, например, для бизнеса рисков намного больше, потому что учреждения банкротить нельзя, учреждения не отвечают практически ничем по своим обязательствам и субсидиарной ответственности собственника тоже нет. Недвижимое имущество полностью ограничено в распоряжении, на него не может быть наложено никакое взыскание ни за счет платных услуг, ни купленное за счет бюджета. Движимое имущество ограничено в распоряжении как особо ценное, как написано в законе, особо ценное то, которое необходимо для выполнения госзаданий. При отсутствии явно выраженных критериев, потом в постановлениях Правительства и в актах каждого ведомства любое имущество может быть таким, без которого будет затруднено выполнение государственного задания даже для бумаги — то, что нельзя подшить историю болезни, например.

Очевидно, что такой допуск в законе сделал, с другой стороны, определенный риск со

стороны взаимоотношения с бизнесом с точки зрения осуществления закупок, заключения контрактов и т.д. Но отсутствие возможности банкротства и совершенная ограниченность бюджетных учреждений была осознанной и предусмотрена как раз для того, чтобы руководители учреждений были каким-то образом защищены. Мы столкнулись, например, в части выбора учреждений с тем, что одним из факторов выбора типа учреждения (бюджетное, автономное или казенное) является субъективный фактор — способность руководителя учреждения руководить. И это тоже очень серьезный фактор. В том числе в тех методических документах, которые мы издаем, в части для определения выбора типа это тоже один из критериев. Не просто запись в законе, у нас в законе об ОМС есть норма, что учреждение, работающее в ОМС, не может быть казенным учреждением по определению. Потому что ОМС тоже приносящая доходы деятельность, и там тоже может быть прибыль. Вопрос только в том, как мы считаем тарифы и что в расчеты этих тарифов закладываем. Но точно так же, как в 83 законе, нигде не написано, что надо закрывать ФАПы, медицинские организации в малых населенных пунктах и т.д.

Пару лет назад мы пытались включить фельдшерско-акушерские пункты в ОМС, как раз, чтобы оценить их



объем деятельности, чтобы понять, какой нужен тариф, чтобы они могли работать. Дифференцированные и недифференцированные нормативы должны считаться одинаково и по одинаковым формулам. А то, что внутри формулы, может иметь разное значение для разных учреждений. И на этом этапе тоже ничего плохого нет, потому что 83-й закон, с точки зрения сети учреждения, стартует из разных условий для всех не только субъектов, но и внутри регионов, также и между муниципалитетами. У нас реформа 83-го закона сопряжена с реформой закона «Об обязательном медицинском страховании». Позиция Минздравсоцразвития России была в том, что реформа ОМС не будет возможна без реализации 83-го закона. Невозможно держать бюджетные учреждения подвешенными и работающими только в силу наличия определенных переходных положений в Бюджетном кодексе, которые приостанавливают статьи, связанные с запретом на любую деятельность, кроме бюджетного финансирования. Невозможно было в постоянном подвешенном состоянии держать сеть бюджетных учреждений. Очевидно, что казенные учреждения для ОМС тоже не подходят, потому что единственное, что они делают, получают смету, они больше близки к выполнению функций органов власти.

По поводу существующих несоответствий между законом «Об обязательном медицинском страховании» и 83-м законом. Изначально была договоренность, что деятельность по ОМС и то, что учреждения будут получать в рамках ОМС, из-под порядка о доведении субсидий в 83 законе будет выведено, потому что там не может быть субсидий собственника, это оплата за пролеченный случай. При этом в законе об ОМС система централизована по факту, несмотря на то, что названа региональность передачи системы соответствующих полномочий. Мы понимаем, что остаются части расходов, которые не включаются в тариф ОМС до 2013 года (коммунальные платежи, покупка любого вида оборудования и т.д.). С 2013 года покупка свыше 100 тыс. рублей не входит в тарифы ОМС, поэтому действительно могут быть изъятия, поскольку сейчас массовый переход на субсидии не происходит, это просто техническая вещь. Те деньги, которые получает учреждение, работающее в системе ОМС, сверх пяти статей на содержание, мы должны для себя понять — это иная субсидия для тех, кто перешел на субсидии, или это госзадание на выполнение работ по содержанию имущества, на котором осуществляется оказание медицинской помощи, входящей в ОМС. Вопрос технический, потому

что разницы большой нет, это просто способ оформления именно для субъектов РФ, это бухгалтерия, и мы либо контролируем по статьям, либо по каким-то показателям. Для нас было принципиальным в этой связи разграничение деятельности всех учреждений, которые подпадают под действие 83-го закона в части бюджетных и автономных на услуги и работы. То же самое: если региональные учреждения сильно с этим не связаны, практически все, что они делают, — это услуги, потому что все, что связано с гражданином, и все, что имеет конечного потребителя через человека, — это всегда услуги. Все, что не связано с гражданином (например, когда выполняется экспертиза в целях Минздравсоцразвития, наукой и т.д.), это исключительно работа.

Соотношение платного и бесплатного. Когда проводили слушание по основам законодательства, эту тему обсуждали под новой редакцией закона «Об основах охраны здоровья граждан». В проекте предполагается разграничивать платные и бесплатные услуги. Но тема «Как учреждение получает деньги» совершенно не связана с 83-м законом. Вопрос: какие деньги оно получает, может быть, достаточно, а может, и недостаточно. Но, может быть, они всегда будут недостаточны, сколько бы их не было. И пример: США с 20% ВВП на здравоохранение это подтвер-





ждает. Вопрос только в том, насколько эффективно тратим деньги: либо распределяем очень тонким слоем, либо концентрируем по каким-то приоритетам. Развилка в нашем случае не очень верная, так как есть Конституция, где декларировано право каждого на бесплатную медицинскую помощь. И мы не планируем никоим образом расширять перечень платных услуг и ущемлять права граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Никто никогда не возьмет на себя ответственность разграничить только бесплатные услуги и только платные. Это практически невозможно, за исключением, может быть, эстетической косметологии и т.д. Мы можем регулировать соотношение платное и бесплатное условие предоставления.

Все, что касается госзаданий, учреждений бюджетных, а для здравоохранения это будет в пределах минимального объема средств, выделяемых на здравоохранение в целом, то есть большая часть уйдет через ОМС, где нет напрямую субсидий госзаданий, это может быть треть денег максимум. И то по большей части сосредоточено на уровне бюджета федерального, поскольку там наука, достаточно много строительства и т.д. Все госзадания будут построены по принципу максимальной прозрачности для гражданина, пониманий условий получе-

ния государственной услуги. Никто никогда не примет на себя ответственности лишить гражданина права на получение той или иной услуги в государственных и муниципальных учреждениях, в тех учреждениях, на которые распространяется действие 83-ФЗ.

Единственное слабое место в 83-м законе, которое можем попытаться отрегулировать нормативными актами, но, в отличие от закона «Об ОМС», есть пробелы — это изначальная конкурентность в распределении госзаданий. Этой темы нет в законе совсем. Предстоит огромная работа, чтобы понять, по каким критериям одно учреждение получает больший объем, а другое получает меньший объем. В ОМС этот критерий более-менее понятен: если есть хоть какая-то конкуренция, это регулируется количеством обращений в это учреждение за медицинской помощью, есть процедуры изначальных объемов помощи, перераспределения в зависимости от того, куда, сколько пришло и т.д. В госзадании такой темы нет. Более того, мы узнаем об исполнении госзадания за прошлый год тогда, когда мы довели госзадание на следующий год, а отчеты только начали приходить. Это одна из самых серьезных тем, так как связана с тем, сколько то или иное учреждение будет получать в объеме денежных средств,

понимая, что оно будет относительно свободно в их использовании».

Елена Ульяненко, представитель Смоленской области, высказала видение реализации Федерального закона № 83-ФЗ с точки зрения регионов. По ее мнению, необходимо проводить мониторинг мнений населения по всей РФ. «Население хочет знать и понимать, что они получают от 83-ФЗ. Необходимы фактические результаты 83-ФЗ, а они будут зависеть от работы исполнительной власти. Кроме того, необходимо обеспечить переобучение персонала всех уровней — как руководителей и врачей, так и бухгалтеров.

Руководители ЛПУ должны представлять собой переходное звено между медицинским учреждением и исполнительной властью: тесно общаться как с персоналом, так и с членами исполнительной власти, а назначение их на руководящие должности должно проводиться как для госслужащих — на конкурсной основе.

И целесообразно выделить главных врачей ЛПУ в отдельную структуру департамента, предав им статус госслужащего, что поможет правильно распределить зарплатные надбавки врачам и медсестрам, а не бухгалтерии».

*Подготовил
Фарит Кадыров*



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дата и место проведения: 19–20 мая 2011 г., г. Москва

В соответствии: с планом научно-практических мероприятий Минздравсоцразвития РФ на 2011 г. (Приказ № 100 от 11 февраля 2011 г., п. 12)

Вопросы конференции:

- Реформирование системы обязательного медицинского страхования;
- Совершенствование системы финансирования медицинской помощи населению;
- Экономические аспекты управления здравоохранением на различных уровнях оказания медицинской помощи населению;
- Зарубежный и отечественный опыт оплаты труда в здравоохранении;
- Экономические аспекты функционирования различных типов государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения;
- Вопросы определения затрат на медицинские услуги; ценообразование;
- Экономические аспекты взаимодействия учреждений здравоохранения и социальной защиты;
- Экономические аспекты стандартизации в здравоохранении;
- Предотвратимые потери и их социально-экономическая значимость;
- Экономическая эффективность лечебно-профилактических и организационных мероприятий;
- Межсекторальное партнерство в решении актуальных медико-социальных и экономических проблем здравоохранения, требующих участия профильных учреждений, ведомств, органов власти;
- Вспомогательные элементы в управлении здравоохранением (сертификация, аккредитация, лицензирование);
- Экономические аспекты отечественной медицинской науки;
- Опыт работы по внедрению низкозатратных и высокоэффективных современных технологий в здравоохранении;
- Правовые и экономические аспекты оказания платных медицинских услуг;
- Экономические аспекты кадровой политики в здравоохранении и медицинской науке.

Подробная информация на сайте:

www.mednet.ru

*Оргкомитет: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11,
тел.: (495) 619-76-49, 639-60-40, 618-32-68, 618-16-60,
факс: (495) 619-38-40,
confcnii@mednet.ru*





АВТОНОМНЫЕ И БЮДЖЕТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, РАБОТАЮЩИЕ В СИСТЕМЕ ОМС, МОГУТ ОСТАТЬСЯ И БЕЗ ГОСУДАРСТВЕННОГО (МУНИЦИПАЛЬНОГО) ЗАДАНИЯ, И БЕЗ СУБСИДИЙ НА ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ

**КОНСУЛЬТИРУЕТ
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ**

В прошлом году были приняты важнейшие для сферы здравоохранения федеральные законы Российской Федерации:

— от 08 мая 2010 г. № 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);

— от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон об ОМС).

Они получили неоднозначную оценку медицинской общественности. И дело не только в содержании самих законов (саму необходимость принятия указанных законов мало, кто подвергает сомнению). Немало вопросов вызывает то, как эти законы скоординированы между собой. Действительно, многие положения законов кажутся противоречащими друг другу. Так, Федеральный закон об ОМС предусматривает переход на одноканальное финансирование и полный тариф (то есть передачу в систему ОМС тех бюджетных средств, которые шли на содержание учреждения: коммунальные услуги и т.д.). А Федеральный закон № 83-ФЗ предполагает переход бюджетных учреждений (по аналогии с автономными) от смет к субсидиям, которых, по сути дела, две:

— на финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания;

— на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленного за бюджетным учреждением учредителем или приобретенного бюджетным



учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, расходов на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки.

Возникает закономерный вопрос: «Как эти разнонаправленные векторы соотносятся между собой?»

Необходимо отметить, что и до принятия рассматриваемых законов существовали серьезные проблемы увязки между собой государственных (муниципальных) заданий и системы ОМС. Принятие данных законов просто еще более выпятило существовавшие проблемы. Они заключаются в следующем.

Проблема установления государственных (муниципальных) заданий для муниципальных учреждений в системе ОМС.

Суть проблемы заключается в том, что муниципальные образования не вправе устанавливать для своих учреждений муниципальные задания в части ОМС, поскольку средства ОМС — это средства не муниципальных образований.

В свою очередь субъект Российской Федерации тоже не может устанавливать задание для муниципальных учреждений. Ни государственное, ни муниципальное. Поскольку в соответствии со статьей 158 Бюджетного кодекса Российской Федерации бюджетными полномочиями по формированию и утверждению государственных (муниципальных) заданий обладает главный распорядитель бюджетных средств. А в отношении муниципальных учреждений органы государственной власти субъекта Российской Федерации не могут выступать главными распорядителями бюджетных средств.

После принятия Федерального закона № 83-ФЗ государственные (муниципальные) задания для бюджетных учреждений в новом статусе (так же, как и для автономных) смогут устанавливать только органы, осуществляющие функции и полномочия учредителя соответствующих учреждений. Органы же госу-

дарственной власти субъекта Российской Федерации не могут выступать в качестве органов, осуществляющих функции и полномочия учредителя муниципальных учреждений.

Проблема увязки объемных и финансовых показателей государственных (муниципальных) заданий.

Сложности представляет сам процесс формирования заданий для учреждений здравоохранения в системе ОМС. Если брать укрупненные показатели, например, количество пролеченных больных в стационаре, то возникает проблема расхождения нормативов (носящих усредненный характер) с тарифами в системе ОМС. Если же разрабатывать детализированное задание с установлением объемных показателей по каждому профилю, КСГ, нозологической группе, медико-экономическим стандартам и т.д., то невозможно точно спланировать объем услуг по соответствующему показателю. Соответственно при ОМС задание может быть превышено или недовыполнено в части отдельных составляющих. Но тогда не сойдутся объемные и стоимостные показатели государственного (муниципального) задания.

Другими словами, финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания предполагает бухгалтерскую точность (до копейки) получения определенного объема финансовых средств при выполнении определенных объемных показателей. В системе ОМС с наличием дифференцированных тарифов (по профилям, КСГ, стандартам и т.д.) на многочисленные виды услуг подобной точности достичь нереально.

Проблема оплаты сверхплановых пациентов.

Государственное (муниципальное) задание предполагает, что оплачен должен быть только плановый объем услуг, а в соответствии с Федеральным законом об ОМС учреждение обязано оказать помощь любому обратившемуся (поступившему) пациенту.



Проблема единства подходов к любым медицинским организациям, работающим в системе ОМС.

Суть этой проблемы заключается в том, что государственные (муниципальные) задания не могут быть установлены для частных медицинских организаций, работающих в системе ОМС. Если же они будут установлены только для государственных (муниципальных) учреждений, то система взаимоотношений с ними будет отличаться от системы взаимоотношений с частными медицинскими организациями.

Мы показали только часть проблем, связанных с установлением государственных (муниципальных) заданий в системе ОМС. Но и они наглядно демонстрируют сложности, возникающие на пути внедрения государственных (муниципальных) учреждений в систему ОМС.

В дополнение следует отметить, что при всех имеющихся недостатках способов оплаты оказанных медицинских услуг в системе ОМС (а идеальной системы вообще не существует), она представляет собой более тонкий, более совершенный механизм увязки финансирования с объемом и качеством оказанных услуг, чем предполагает механизм государственного (муниципального) задания. Достаточно упомянуть дифференцированную систему тарифов, контроль со стороны страховых медицинских организаций и т.д., чего традиционные методы формирования государственного (муниципального) задания и контроля за его выполнением не предполагают.

Первоначальные же нормативы затрат для формирования субсидий для выполнения государственного задания бюджетным учреждениям будут индивидуальными: субсидия рассчитывается, исходя из фактически сложившихся расходов учреждения. Это законодательно закреплено для федеральных учреждений — ч. 8 ст. 31 Федерального закона № 83-ФЗ. Для сравнения: в ОМС применяются КСГ, тарифы, рассчитанные по нозоло-

гическим группам; часто применяется детализация тарифов; хоть и медленно, но внедряются медико-экономические стандарты.

Как видим, государственные (муниципальные) задания плохо вписываются в систему ОМС. Возможно ли обойтись без них, возможно ли функционирование государственных и муниципальных учреждений в системе ОМС без государственного (муниципального) задания? Не противоречит ли это действующему законодательству?

Противоречий с законодательством тут нет. Законодательство допускает такую возможность.

Пункт 3 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» устанавливает, что бюджетное учреждение осуществляет в соответствии с государственными (муниципальными) заданиями **и (или) обязательствами перед страховщиком по обязательному социальному страхованию** деятельность, связанную с выполнением работ, оказанием услуг, относящихся к его основным видам деятельности.

Аналогичное положение есть и применительно к автономным учреждениям. Статья 4 Федерального закона от 3 ноября 2006 года № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» предусматривает, что автономное учреждение осуществляет в соответствии с государственным (муниципальным) заданием **и (или) обязательствами перед страховщиком по обязательному социальному страхованию** деятельность, связанную с выполнением работ, оказанием услуг.

Таким образом, автономные и бюджетные учреждения могут осуществлять свою основную деятельность по оказанию бесплатной для населения медицинской помощи либо в соответствии с государственным (муниципальным) заданием, либо в соответствии с обязательствами перед страховщиком по обязательному медицинскому страхованию (как разновидности социального страхования), либо в соответствии и с тем, и другим.



Речь идет именно только об автономных и бюджетных учреждениях, поскольку казенные учреждения не могут работать в системе ОМС. Часть 19 ст. 30 Федерального закона № 83-ФЗ, введенная Федеральным законом Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», устанавливает, что государственные учреждения субъектов Российской Федерации и муниципальные учреждения, участвующие в реализации территориальных программ обязательно-

го медицинского страхования, не могут быть созданы в виде казенных учреждений.

В заключение отметим, что представители и Минздравсоцразвития России, и Минфина России признают, что подобный сценарий (работа в системе ОМС без государственного (муниципального) задания) является наиболее вероятным.

Итак, есть все основания полагать, что для автономных и бюджетных учреждений, работающих в системе ОМС, не будет ни государственного (муниципального) задания, ни соответственно субсидий на его выполнение. С учетом всего вышесказанного это можно оценивать как положительный момент.

Региональные новости



МОСКВУ ПРЕВРАТЯТ В КРУПНЕЙШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НА ПОСТСОВЕТСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ И В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ

Задача столичных властей сделать из Москвы крупнейший медицинский центр постсоветского пространства и Восточной Европы. Об этом сообщил мэр столицы Сергей Собянин на встрече с представителями частных клиник города. «Мы сейчас завершаем формирование большой государственной программы по развитию и модернизации столичного здравоохранения на ближайшие пять лет, и, конечно, мы не можем не учитывать развитие частного сегмента здравоохранения, — сказал С. Собянин. — Наоборот, мы хотим, чтобы оно гармонично вписывалось в столичное здравоохранение и будем оказывать ему содействие». В то же время, мэр Москвы отметил, что «одному бюджету с этими задачами не справиться, поэтому мы готовы оказывать всяческое содействие в развитии частной медицины и частных инвестиций».

Градоначальник отметил, что помимо москвичей в столице получают медицинскую помощь еще 5 млн. человек из регионов России и других стран, но, все же, в полном объеме здесь они ее получить не могут, поэтому надо решать и эту задачу. «По разным оценкам, только в Германии россияне оставляют деньги в области здравоохранения от 2 до 4 млрд. долларов в год. Это те услуги, которые мы не можем предоставить, и люди туда едут, чтобы получить медицинскую помощь, оставляя там колоссальные деньги», — сказал мэр Москвы.

«Конечно, наше московское здравоохранение должно ориентироваться не только для обеспечения москвичей, хотя это для нас, безусловно, приоритет, наша задача, но у московского здравоохранения хватает потенциала, чтобы обеспечивать и граждан из других регионов и сопредельных государств», — продолжил С. Собянин. Он подчеркнул, что в Москве хватит места и для муниципальных, федеральных и частных клиник, и нужно совместно развивать в городе этот рынок.

Источник: ИТАР-ТАСС





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



Нужно ли в названии учреждения указывать слова «автономное», «бюджетное» или «казенное», характеризующие тип учреждения?

Да, нужно. Пункт 1 части 2 статьи 7 Федерального закона Российской Федерации от 3 ноября 2006 года № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» устанавливает, что устав автономного учреждения должен содержать сведения о наименовании автономного учреждения, включающем в себя слова «автономное учреждение» и содержащем указание на характер его деятельности, а также на собственника его имущества.

Аналогичное положение в отношении бюджетных и казенных учреждений содержится в пункте 3 статьи 14 Федерального закона Российской Федерации от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях», которым устанавливается, что устав бюджетного или казенного учреждения должен содержать наименование учреждения с указанием типа соответственно «бюджетное учреждение» или «казенное учреждение», сведений о собственнике его имущества.

А официальное название учреждения устанавливается как раз уставом.



В соответствии с Федеральным законом от 8 мая 2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» с 1 января 2011 г. все учреждения здравоохранения разделяются на казенные, бюджетные и автономные. В связи с вышеупомянутыми изменениями просим разъяснить:

- правомерно ли давать департаментом здравоохранения разрешение на оказание платных медицинских услуг, проводить проверку расчетов платных медицинских услуг, оказываемых государственными бюджетными и автономными учреждениями здравоохранения?
- нужно ли департаменту здравоохранения согласовывать?



На вопрос о специальных разрешениях на оказание платных медицинских услуг мы уже отвечали в прошлом номере журнала: получать новые разрешения или переоформлять их в связи с изменением типа учреждения не нужно — действуют старые разрешения, а автономные учреждения вообще не нуждаются в них по закону.

Что касается проверок расчетов цен на платные медицинские услуги, то следует руководствоваться частью 4 статьи 9.2 Федерального закон «О некоммерческих организациях». Она определяет, что бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях. Порядок определения указанной платы устанавливается соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, если иное не предусмотрено Федеральным законом.

Таким образом, в отношении медицинских услуг, относящихся к основным видам деятельности бюджетного учреждения, устанавливать порядок определения цен и контролировать правильность их расчета вправе только орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя. Это может быть и департамент здравоохранения, но только в случае, если он получил полномочия органа, осуществляющего функции и полномочия учредителя.

В одном из ближайших номеров журнала мы более детально рассмотрим порядок регулирования цен на платные медицинские услуги в новых условиях.



Частник в системе ОМС не хочет обслуживать население по участковому принципу, а хочет взять на себя только какие-то объемы, например, посещения к врачам-специалистам, то есть взять на себя только консультационную помощь без бабушек с ОНЛС (обеспечение необходимыми лекарственными средствами). Есть ли защита или муниципальные учреждения здравоохранения будут везти на себе самую трудную работу, так как им орган власти может приказать, а «сливки» снимать будет частник?

Ситуация в этом вопросе несколько другая. Пункт 10 статьи 36 Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяет, что объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее — Комиссия) между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулатор-





но-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи. То есть Комиссия будет выделять плановые объемы медицинской помощи, подлежащей оплате в системе ОМС только тем ЛПУ, к которым прикрепилась жители (включая обслуживание на дому). Если нет таких жителей, то и объемов по медицинской помощи частники не получат. Поэтому мало войти в систему ОМС (сейчас это могут сделать любые медицинские организации), нужно еще получить плановые объемы медицинской помощи. А это для частных клиник уже сложнее, учитывая, что в состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

Распространяется ли 94-ФЗ на бюджетные учреждения?

Да, распространяется. Но вообще-то бюджетные учреждения могли избежать этого, поскольку Федеральный закон № 94-ФЗ касался получателей бюджетных средств, а бюджетные учреждения в новом статусе больше не будут являться получателями бюджетных средств. Но Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ внес изменения и в сам Федеральный закон № 94-ФЗ. Статья 4 Федерального закона от 21 июля 2005 года № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (в ред. Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ) устанавливает, что государственными заказчиками, муниципальными заказчиками выступают соответственно государственные органы (в том числе органы государственной власти), органы управления государственными внебюджетными фондами, органы местного самоуправления, казенные учреждения и иные получатели средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации или местных бюджетов при размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг за счет бюджетных средств и внебюджетных источников финансирования. *Иными заказчиками выступают бюджетные учреждения при размещении ими заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг независимо от источников финансового обеспечения их исполнения.*

Региональное здравоохранение



«ЕДИНАЯ РОССИЯ» БУДЕТ КОНТРОЛИРОВАТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РЕГИОНАХ

Премьер-министр Владимир Путин призвал руководство «Единой России» наладить эффективный общественный контроль за реализацией региональных программ здравоохранения. Премьер отметил, что действовать нужно в тесном контакте с профсоюзами, объединениями медработников и трудовыми коллективами. В. Путин не исключил и привлечения к этим целям других политических партий.

Источник: РИА «Новости»



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ОТЧИТАТЬСЯ В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 февраля 2011 г. № 15-2/10/2-1642 «О предоставлении информации о деятельности центров здоровья для детей»

Необходимо ежемесячно информировать Минздравсоцразвития России о деятельности центров здоровья для детей. Срок — до 3 числа месяца, следующего за отчетным.

Сведения направляются по факсу, по почте (оригинал) и в электронном виде.

СКОЛЬКО БУДЕТ СТОИТЬ КАПИТАЛЬНЫЙ И ТЕКУЩИЙ РЕМОНТ ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2011–2012 ГГ.?

Приказ Министерства регионального развития РФ от 21 января 2011 г. № 8 «Об утверждении укрупненных нормативов предельной цены капитального и текущего ремонта объектов здравоохранения в 2011–2012 годах»

Утверждены укрупненные нормативы предельной цены капитального и текущего ремонта объектов здравоохранения в расчете на 1 кв. м здания по субъектам Федерации.

Они применяются для обоснования стоимости реализации мероприятий, предусмотренных региональными программами модернизации здравоохранения в 2011–2012 гг.

Например, в Москве капитальный ремонт 1 кв. м в 2011 г. стоит 14 241 руб., в Санкт-Петербурге — 13 261 руб., в Чукотском автономном округе — 28 940 руб.

ОПЛАТА БОЛЬНИЧНЫХ И ИНЫЕ ПОСОБИЯ: НЕТ ПЕРИОДОВ, ИСКЛЮЧАЕМЫХ ИЗ РАСЧЕТА СРЕДНЕГО ЗАРАБОТКА

Решение Верховного Суда РФ от 9 февраля 2011 г. № ГКПИ10-1462 «О признании недействующими пункта 8 и абзаца второго пункта 15 Положения об особенностях порядка исчисления пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, утв. постановлением Правительства РФ 15 июня 2007 г. № 375»

ВС РФ счел незаконными отдельные нормы, регулирующие порядок расчета среднего заработка для исчисления пособий.

Речь идет о пособиях по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, по уходу за ребенком. Эти нормы устанавливают периоды, которые (и суммы оплаты за которые) исключаются из расчетного периода при определении среднего заработка для исчисления пособия. Они закрепляют, что средний дневной заработок определяется так. Сумма, начисленная за расчетный период, делится на число календарных дней, приходящихся на это время. При этом исключаются дни, входящие в названные периоды.

Эти положения оспаривались в той части, в которой они относят к названным периодам время предоставления сотруднику дней отдыха (отгулов) из-за работы сверх нормальной продолжительности при вахтовом методе и в других случаях.





Как пояснил ВС РФ, Трудовой кодекс РФ не рассматривает междувахтовый отдых в качестве отдельного вида времени отдыха.

Междувахтовый отдых фактически представляет собой суммированное время ежедневного и еженедельного отдыха (неиспользованного и накопленного в период вахты). Оно в силу специфики данного вида работы предоставляется после периода вахты.

Законодателем при вахтовой организации работы допускается существование дней отдыха в пределах учетного времени, которые не исключаются из расчетного периода, а также дополнительных дней отдыха в связи с переработкой в пределах графика работы на вахте.

Между тем оспариваемые нормы данные дни отдыха исключают из расчетного периода.

В Закон об обязательном соцстраховании на случай временной нетрудоспособности были внесены изменения. Согласно им с 01.01.2011 средний дневной заработок для исчисления пособий рассчитывается иначе. Сумма начисленного заработка за период делится на 730.

Таким образом, законодательство не предусматривает периодов, исключаемых из расчетного. С учетом этого оспариваемые нормы, устанавливающие их, противоречат закону. Такие положения признаются недействующими с 01.01.2011.

НОВЫЙ ПОРЯДОК РАСЧЕТА КОМПЕНСАЦИИ ЗА ПРИОБРЕТЕННОЕ ИНВАЛИДОМ ТЕХНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ!

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2011 г. № 57н «Об утверждении Порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 3 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 694.

Инвалиды обеспечиваются техническими средствами реабилитации и услугами за счет федерального бюджета. Если это невозможно либо он сам их оплатил, ему полагается компенсация. С 1 февраля 2011 г. ее размер ограничен стоимостью средств (услуг), предоставляемых бесплатно за счет федерального бюджета.

Установлен порядок расчета и выплаты компенсации. Возмещаются расходы лишь за те средства (услуги), которые предусмотрены индивидуальной программой реабилитации. Компенсация выплачивается территориальными органами ФСС РФ или уполномоченными региональными органами власти (в случае передачи им таких полномочий) по месту жительства инвалида. Компенсируется стоимость приобретенного средства (услуги), но не более цены аналогичного изделия (услуги), предоставляемого бесплатно. Она определяется по результатам последнего размещенного уполномоченным органом заказа на поставку указанного средства (оказание услуги). Если он не проводился или не состоялся, используются сведения о последнем аналогичном заказе в другом регионе (в границах одного федерального округа, а при их отсутствии — в пределах страны). Информация о заказе берется с сайта <http://www.zakupki.gov.ru>. В расчет компенсации включаются расходы на оплату банковских или почтовых услуг по перечислению денег.

Если определенным указанным образом размер выплаты больше, чем стоимость приобретенного инвалидом средства (услуги), ему компенсируются фактически понесенные затраты.

Для получения компенсации инвалид подает заявление. К нему прилагаются документы о расходах на приобретение средства (услуги). Также необходимо предъявить удостоверение личности, индивидуальную программу реабилитации и страховое пенсионное свидетельство. Решение о выплате принимается в течение 30 дней. Деньги перечисляются в месячный срок.



МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СЧЕТОВ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ НА ОПЛАТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН: ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ

Приказ Федерального фонда ОМС от 19 января 2011 г. № 13 «Об утверждении Порядка проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы представленных медицинскими организациями счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 22 февраля 2011 г. Регистрационный № 19916.

Закреплено, как ТФОМС проводят медико-экономическую экспертизу представленных медорганизациями счетов на оплату расходов по дополнительной диспансеризации работающих граждан.

ТФОМС проверяет обоснованность проведения дополнительной диспансеризации. Он устанавливает соответствие представленных счетов фактическому объему оказанной медпомощи и ресурсным возможностям организации. Фонды также разрабатывают мероприятия по устранению причин недостоверного учета медпомощи или оказания ее в неполном объеме.

Фонды должны информировать контролирующие органы о выявленных в ходе медико-экономической экспертизы недостатках в деятельности медицинских организаций.

Медорганизации ежемесячно представляют в ТФОМС реестры счетов. Срок — до 10 числа. Экспертиза проводится до 20 числа месяца, следующего за отчетным. По ее результатам принимается решение об оплате проведенной дополнительной диспансеризации.

Установлено, как проводят целевую медико-экономическую экспертизу реестров.

Прежний порядок утратил силу.

ОМС: СВЕДЕНИЯ О КАЖДОМ ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ И ОКАЗАННОЙ ЕМУ МЕДПОМОЩИ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ЕДИНЬИ РЕГИСТР

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 8 февраля 2011 г. Регистрационный № 19742.

С 1 января 2011 г. в системе ОМС введен персонифицированный учет сведений о каждом застрахованном лице. Регламентирован порядок его ведения.

Предусмотрено создание единого регистра застрахованных, состоящего из центрального и региональных сегментов. Определен перечень данных о гражданах, включаемых в регистр.

Региональные сегменты формируются ТФОМС на основе сведений, представляемых страховыми медорганизациями. Это делается не реже 1 раза в день (при наличии изменений в данных). Информация принимается круглосуточно. За нарушение указанных сроков на страховщиков налагается штраф.

Территориальные органы ПФР ежеквартально подают в ТФОМС данные о работающих застрахованных лицах для внесения их в региональный сегмент. Страхователи неработающих граждан представляют информацию о них в регистр ежемесячно. Кроме того, ТФОМС ежемесячно актуализирует регистр на основании сведений о государственной регистрации смерти из ЗАГСов. Данные из регионального сегмента ежедневно поступают в центральный.

В регистр также вносятся сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Определен их перечень. Медорганизации представляют эти данные в ТФОМС. Там их обрабатывают (идентифицируют застрахованное лицо; определяют страховщика, ответ-





ственного за оплату счета; выявляют лиц, получивших медпомощь вне территории страхования) и возвращают обратно. После этого сведения направляются страховщикам. Они проверяют объем, сроки, качество и условия оказания медпомощи. В дальнейшем данные передаются медорганизациям и ТФОМС.

Обмен сведениями осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая Интернет, с использованием ЭЦП.

ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ СУБСИДИЮ ИЗ ФФОМС ДЛЯ ДОПДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН?

Приказ Федерального фонда ОМС от 14 января 2011 г. № 9 «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года № 1228»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 22 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 911.

ФФОМС выделяет субсидии ТФОМС для дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Определено, как ТФОМС представляет заявки на финансирование расходов на указанный вид деятельности. Утверждены правила ведения реестров счетов на их оплату. Также установлено, как составляются сведения для завершения расчетов.

Приведены формы названных документов. Определены сроки их представления.

Свод таких заявок будет рассматривать Комиссия по финансированию отдельных мероприятий. После чего принимается решение о выделении субсидий.

Признан утратившим силу прежний порядок выделения субсидий из бюджета ФФОМС.

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СЧЕТОВ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ НА ОПЛАТУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ: ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ

Приказ Федерального фонда ОМС от 19 января 2011 г. № 12 «Об утверждении Порядка проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы представленных медицинскими организациями счетов на оплату расходов, связанных с проведением диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 867.

Определено, как ТФОМС проводят медико-экономическую экспертизу представленных медорганизациями счетов на оплату расходов на диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и находящихся в трудной жизненной ситуации.

ТФОМС проверяет обоснованность диспансеризации детей, устанавливает соответствие представленных счетов фактическому объему оказанной медпомощи и ресурсным возможностям организации.

Он разрабатывает мероприятия по устранению причин недостоверного учета медпомощи, оказания ее в неполном объеме, фактов необоснованно предъявленных на оплату счетов.

ТФОМС информирует уполномоченные органы о выявленных недостатках в деятельности медорганизаций при проведении диспансеризации детей.

Реестры счетов представляют ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным. ТФОМС проводит медико-экономическую экспертизу. Срок — до 25 числа. По ее результатам принимается решение об оплате диспансеризации.

Указано, как проводится целевая медико-экономическая экспертиза реестров счетов.



ПРОЕКТ ЗАКОНА ОБ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСИ: СОПУТСТВУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИНЯТЫ ВО ВТОРОМ ЧТЕНИИ

Досье на проект федерального закона № 305604-5 «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об электронной подписи» (внесен депутатами ГД О.В. Морозовым, В.А. Васильевым, В.В. Володиным, В.Я. Комиссаровым, П.В. Крашенинниковым, В.М. Резником, В.Н. Плигиным)

В связи с возможностью принятия взамен Закона об ЭЦП Закона об электронной подписи (соответствующий проект прошел второе чтение 25.02.2011) Государственная Дума в тот же день приняла во втором чтении поправки к ГК и АПК РФ, Законам об информации, о кредитных историях, об организации предоставления государственных и муниципальных услуг.

Под электронной подписью понимаются данные в электронной форме, которые присоединены или иным образом связаны с другими сведениями в той же форме (подписываемой информацией) и которые используются для определения подписывающего лица.

В Закон об организации предоставления государственных и муниципальных услуг предлагается ввести 2 новые статьи, касающиеся использования электронной подписи при их оказании.

Предусматривается, что обращение за услугой, а также ее предоставление могут осуществляться с использованием электронных документов, подписанных электронной подписью.

Виды электронных подписей, которые можно применять при обращении, и порядок их использования, предположительно, установит Правительство РФ. Также оно определит, как обращаться с простой электронной подписью при оказании названных услуг, и перечень органов и организаций, имеющих право создавать и выдавать соответствующие ключи. Последние будут предоставляться бесплатно. Услуги с использованием простой электронной подписи должны оказываться без применения специальных программных и аппаратных средств.

Согласно проекту документы для предоставления услуги, на которых стоит простая электронная подпись, признаются равнозначными бумажным, подписанным собственноручно (исключение — случаи, предусмотренные нормативными правовыми актами).

ЭЛЕКТРОННЫЙ РОСЧЕРК ПЕРА: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В НОВОМ ЗАКОНЕ

Досье на проект федерального закона № 305592-5 «Об электронной подписи» (внесен депутатами ГД О.В. Морозовым, В.А. Васильевым, В.В. Володиным, В.Я. Комиссаровым, П.В. Крашенинниковым, В.М. Резником, В.Н. Плигиным)

25.02.2011 Государственной Думой РФ во втором чтении принят проект новой редакции Закона об электронной подписи (далее — ЭП).

Законопроект расширяет сферу использования и допустимые виды ЭП. Напомним, что действующий закон разрешает применять только сертифицированные средства ЭП, а область ее использования ограничена гражданско-правовыми отношениями.

В новой редакции выделяются 2 вида ЭП: простая и усиленная. Последняя может быть квалифицированной либо неквалифицированной.

Простая ЭП подтверждает, что данное электронное сообщение отправлено конкретным лицом. Усиленная неквалифицированная ЭП позволяет не только однозначно идентифицировать отправителя, но и подтвердить, что с момента подписания документа его никто не изменял.

Сообщение с простой или неквалифицированной ЭП может быть приравнено к бумажному документу, подписанному собственноручно, если стороны заранее об этом договорились, а также в специально предусмотренных законом случаях.





Усиленная квалифицированная ЭП дополнительно подтверждается сертификатом, выданным аккредитованным удостоверяющим центром. Сообщение с такой ЭП во всех случаях приравнивается к бумажному документу с собственноручной подписью.

Уполномоченный в сфере ЭП орган определит Правительство РФ. Предполагается, что он будет проводить аккредитацию удостоверяющих центров. Также он выполняет функции главного (корневого) удостоверяющего центра по отношению к аккредитованным удостоверяющим центрам. Это позволит использовать и взаимно признавать различные технологии ЭП.

Законопроект закрепляет требования к удостоверяющему центру. Так, стоимость его чистых активов должна составлять не менее 1 млн. руб. Еще одно условие — наличие в штате квалифицированных сотрудников. Максимальный срок аккредитации — 5 лет.

Предусмотрены механизмы признания иностранных ЭП.

СУБСИДИИ РЕГИОНАМ НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ: ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ НА 2011 Г.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2010 г. № 1252н «Об утверждении формы соглашения о предоставлении в 2011 году субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 16 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 859.

В 2011 г. регионам из федерального бюджета предоставляются субсидии на софинансирование госзадания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи гражданам России. Между Минздравсоцразвития России и высшим органом исполнительной власти субъекта Федерации заключается соглашение о выделении средств. Установлена его форма.

Условия соглашения по сравнению с 2010 г. в целом не изменились. Субсидия распределяется следующим образом. На зарплату медперсоналу направляется не более 20% от финансовых затрат на лечение 1 больного. Остальные 80% идут на медикаменты и расходные материалы (включая имплантаты). В общем объеме средств, выделяемых из регионального бюджета, на оплату труда направляется не более 53%.

В соответствии с соглашением высший исполнительный орган власти субъекта Федерации обеспечивает ведение медорганизациями обособленного учета расходов на оказание высокотехнологичной медпомощи, финансируемой за счет субсидии.

Ежеквартальная отчетность о выполнении госзадания и использовании средств федерального бюджета представляется в Министерство региональными органами в области здравоохранения. Изменился код бюджетной классификации для отражения перечисляемой субсидии.

КАК МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ПРИНИМАЕТ РЕШЕНИЕ ОБ ОДОБРЕНИИ СДЕЛОК С ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬЮ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 декабря 2010 г. № 1124н «Об утверждении Порядка принятия решения об одобрении сделок с участием федерального бюджетного учреждения, подведомственного Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в совершении которых имеется заинтересованность»

Определено, как Минздравсоцразвития России принимает решение об одобрении сделок с заинтересованностью, в которых участвуют его бюджетные учреждения. Для одобрения таких сделок учреждение направляет в Департамент имущественного комплекса обращение,



техико-экономическое обоснование, проект договора, отчет об оценке рыночной стоимости имущества, сведения о кредиторской и дебиторской задолженности.

Департамент рассматривает обращение. Срок — 1 месяц.

О принятом решении информируется учреждение. Срок — 3 рабочих дня. Решение действительно в течение 1 года со дня принятия. Приказ действует с 1 января 2011 г.

БЮДЖЕТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОБЯЗАНЫ СОГЛАСОВАТЬ ОТЧУЖДЕНИЕ ОСОБО ЦЕННОГО ДВИЖИМОГО ИМУЩЕСТВА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 декабря 2010 г. № 1125н «Об утверждении Порядка согласования распоряжения особо ценным движимым имуществом, закрепленным за федеральным бюджетным учреждением, подведомственным Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, либо приобретенным этим учреждением за счет средств, выделенных его учредителем на приобретение такого имущества»

Бюджетное учреждение не вправе распоряжаться особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным за счет выделенных им средств, без согласия последнего. Регламентирован порядок получения такого согласования федеральными бюджетными учреждениями Минздравсоцразвития России. Решение о согласовании (отказе в этом) принимается Министерством на основании обращения учреждения. Приведен перечень прилагаемых к нему документов. В частности, необходимы отчет об оценке рыночной стоимости имущества, сведения о кредиторской и дебиторской задолженности.

В согласовании отказывается, если из-за передачи имущества уставная деятельность учреждения будет существенно затруднена или невозможна. Решение о согласовании действительно в течение года со дня принятия. Приказ вступает в силу с 1 января 2011 г.

ПЕРЕДАЧА УЧРЕЖДЕНИЯМИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ДЕНЕГ НЕКОММЕРЧЕСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ: ПОРЯДОК СОГЛАСОВАНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 декабря 2010 г. № 1126н «Об утверждении Порядка согласования передачи некоммерческим организациям в качестве их учредителя или участника денежных средств (если иное не установлено условиями их предоставления) и иного имущества, за исключением особо ценного движимого имущества, закрепленного за федеральным бюджетным учреждением, подведомственным Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, или приобретенного этим учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества»

Подведомственные Минздравсоцразвития России бюджетные учреждения могут передавать денежные средства и иное имущество (исключение — особо ценное движимое и недвижимое) некоммерческим организациям. При этом первые выступают в качестве учредителя или участника последних. Определено, как Министерство согласовывает данные действия. Для этого учреждение должно представить ряд документов. Это отчет об оценке рыночной стоимости имущества, сведения о задолженности, технико-экономическое обоснование и др.

Установлено, как взаимодействуют структурные подразделения Министерства в процессе согласования. Решение действительно в течение года со дня его принятия.

Приказ вступает в силу с 1 января 2011 г.





ЖЕНЩИНЫ СМОГУТ ВЫБИРАТЬ ПОРЯДОК РАСЧЕТА ПОСОБИЙ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ В 2011 И 2012 ГГ.

Федеральный закон от 25 февраля 2011 г. № 21-ФЗ «О внесении изменений в статью 14 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьи 2 и 3 Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

С 1 января 2011 г. введен новый порядок расчета пособий по беременности и родам и по уходу за детьми до 1,5 лет. Согласно ему до 2 календарных лет, предшествующих году наступления страхового случая, увеличивается расчетный период для определения среднего дневного заработка. Последний устанавливается так. Заработок за 2 года делится на 730 дней. Расчетный период в соответствии с прежним порядком составлял 12 календарных месяцев. Заработок за 1 год делился на количество фактически отработанных дней.

Согласно поправкам, застрахованным лицам разрешат выбирать наиболее выгодный вариант их расчета. Если отпуск по беременности и родам или по уходу за ребенком наступит в период с 1 января 2011 г. по 31 декабря 2012 г., по заявлению застрахованного лица соответствующее пособие назначается, исчисляется и выплачивается в соответствии с прежним порядком.

С 2013 г. изменяется новый порядок расчета пособий по беременности и родам и по уходу за ребенком до 1,5 лет. Сумма начисленного заработка будет делиться не на 730 дней, а на количество дней в 2 календарных годах, предшествующих году наступления страхового случая, за исключением определенных периодов. Это временная нетрудоспособность, отпуск по беременности и родам, по уходу за ребенком, дополнительные оплачиваемые выходные для ухода за ребенком-инвалидом; освобождение от работы с полным или частичным сохранением заработной платы.

Прежний порядок расчета указанных пособий распространяется на правоотношения, возникшие до 1 января 2011 г.

Федеральный Закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением отдельных положений, для которых предусмотрены иные сроки.

О ВНЕДРЕНИИ В СИСТЕМЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА НОВЫХ ПРАВИЛ В СФЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 31 декабря 2010 г. № 615 «О мерах по обеспечению радиационной безопасности населения»

Даны поручения органам, организациям и структурным подразделениям Роспотребнадзора в сфере обеспечения радиационной безопасности населения.

В частности, Управление саннадзора должно в течение 2011 г. провести общероссийское совещание специалистов Службы и 2 семинара на базе межрегиональных радиологических центров по вопросам внедрения СанПиН 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)» и СП 2.6.1.2612-10 «Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ 99/2010)».

Санкт-Петербургский НИИ радиационной гигиены им. проф. П.В. Рамзаева должен в течение 2011 г. подготовить комментарии к указанным документам для специалистов в области обеспечения радиационной безопасности.



Территориальным органам следует проанализировать состояние радиационной безопасности на подконтрольных объектах и территории на соответствие требованиям вновь принятых правил. Необходимо внедрять их на объектах, использующих источники ионизирующего излучения или влияющих на радиационную безопасность населения. Нужно проработать с органами здравоохранения вопросы обеспечения радиационной безопасности при использовании названных источников в медцелях. О принятых мерах и результатах необходимо доложить в Роспотребнадзор до 15 июля 2011 г.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ: УТОЧНЕН ПОРЯДОК ЗАВЕРШЕНИЯ РАСЧЕТОВ ЗА ПРОШЕДШИЙ ГОД МЕЖДУ ФОМС И ТФОМС

Постановление Правительства РФ от 21 февраля 2011 г. № 92 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1234»

ТФОМС из Федерального фонда ОМС выделяются субсидии на диспансеризацию детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Речь идет о находящихся в стационарных учреждениях.

Уточнено, что расчеты с ТФОМС за проведенную в прошедшем году диспансеризацию завершаются Федеральным фондом в I квартале текущего года за счет остатков неиспользованных средств, выделенных на указанные цели в прошлом году. Это делается на основании сведений, представленных ТФОМС.

Размер субсидии на текущий год уменьшается на остаток средств, не использованных ТФОМС в прошлом году.

СУБСИДИИ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

Постановление Правительства РФ от 21 февраля 2011 г. № 93 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1228»

Уточнено, как ФФОМС предоставляет бюджетам ТФОМС субсидии на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Как и прежде, в I квартале текущего года ФФОМС завершает расчеты с ТФОМС по диспансеризации, проведенной в предыдущем году. Установлено, что это происходит за счет остатков средств, выделенных на указанные цели и образовавшихся в бюджетах фондов ОМС в связи с их неполным использованием.

Остальные изменения носят юридико-технический характер. Ими уточнена типовая форма договора о финансовом обеспечении территориальным фондом расходов на проведение диспансеризации.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А: КАК ПРОВОДИТСЯ ПРОФИЛАКТИКА?

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30 декабря 2010 г. № 190 «Об утверждении СП 3.1.2825-10 «Профилактика вирусного гепатита А»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 10 февраля 2011 г. Регистрационный № 19787.

Утверждены санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2825-10 «Профилактика вирусного гепатита А».

Установлены основные требования к комплексу мероприятий, проведение которых предупреждает возникновение и распространение заболеваний вирусным гепатитом А.





Случаи острого гепатита А (ОГА) классифицируют как подозрительные и подтвержденные.

При наличии эпидемического очага с множественными случаями ОГА диагноз выставляется на основании клинико-эпидемиологических данных. Лабораторная диагностика ОГА проводится серологическим и молекулярно-биологическим методами.

Вирус передается водным, пищевым и контактно-бытовым путями.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ОГА проводится уполномоченными органами. Он включает, в частности, мониторинг многолетней и внутригодичной заболеваемости, факторов, влияющих на распространение инфекции, охвата иммунизацией населения.

Основные меры по профилактике ОГА — вакцинопрофилактика, благоустройство населенных пунктов, обеспечение населения доброкачественной водой, безопасными продуктами питания, улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта, гигиеническое воспитание населения и др.

Установлено, как проводятся противоэпидемические мероприятия в очаге ОГА.

РАСШИРЕН ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ГРАЖДАНАМ В 2011 Г. БЕСПЛАТНО

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2010 г. № 1248н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2011 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 677.

Установлен порядок формирования госзадания на предоставление за счет федерального бюджета высокотехнологичной медпомощи гражданам России в 2011 г. Как и в 2010 г., оно составляется Минздравсоцразвития России с учетом потребности населения в названной помощи; мощности федеральных учреждений здравоохранения, ее оказывающих; нормативов финансовых затрат и бюджетных ассигнований в 2011 г. на эти цели.

Определен перечень федеральных медучреждений, участвующих в выполнении госзадания в 2011 г. В него включены 68 учреждений Минздравсоцразвития России, 27 системы ФМБА России и 19 подведомственных РАМН. Утверждено госзадание для них (плановые объемы медпомощи по числу пролеченных больных, нормативы финансовых затрат на 1 пациента). Всего планируется оказать высокотехнологичную медпомощь почти 234 тыс. человек. Это несколько меньше, чем в 2010 г.

Установлен перечень видов высокотехнологичной медпомощи, оказываемой в 2011 г. в рамках госзадания. По сравнению с 2010 г. он значительно расширился. Включены неонатология и детская хирургия в период новорожденности. Приведены модели пациента и виды лечения.

Регламентирован порядок направления в 2011 г. граждан для оказания им высокотехнологичной медпомощи. Получить ее можно не только в федеральных, но и в региональных учреждениях здравоохранения. Субъектам Федерации выделяют субсидии на ее оказание. Как и ранее, решение о направлении на лечение принимает специально созданная в регионе комиссия по отбору пациентов. Перечень представляемых больным документов не изменился. К выписке из медицинской документации дополнительно прилагается заявление пациента о согласии на обработку его персональных данных. Обратиться за направлением может и его доверенное лицо.

Установлен перечень клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке больных для направления на оказание высокотехнологичной медпомощи.



МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА 5 КЛАССОВ ОПАСНОСТИ

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 9 декабря 2010 г. № 163 «Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 17 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 871.

Установлены требования к обращению с отходами, образующимися в процессе медицинской и (или) фармацевтической деятельности, при выполнении лечебно-диагностических и оздоровительных процедур.

Выделяют 5 классов опасности. А — эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым. Б — опасные. В — чрезвычайно эпидемиологически опасные. Г — токсикологически опасные. Д — радиоактивные. Смешивать отходы разных классов в общей емкости нельзя.

Определено, как следует организовать систему сбора, временного хранения и транспортирования отходов. Она в том числе должна включать их обеззараживание (обезвреживание) и последующее захоронение или уничтожение.

К работе с отходами не допускаются лица моложе 18 лет. Персонал проходит предварительные и периодические медосмотры, инструктаж по правилам безопасности.

Закреплено, как размещается, оборудуется и эксплуатируется участок по обращению с отходами классов Б и В. Установлены методы их обеззараживания и (или) обезвреживания.

Необходимо организовать производственный контроль. Он включает визуальную, документальную и лабораторно-инструментальную проверки.

ТФОМС: ТИПОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 января 2011 г. № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 661.

Утверждено Типовое положение о ТФОМС.

В соответствии с ним фонд является НКО, созданной регионом для реализации госполитики в сфере ОМС на соответствующей территории. Он подотчетен высшему исполнительному органу госвласти субъекта Российской Федерации и ФФОМС.

Фонд управляет на территории региона средствами ОМС, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным помощи в рамках соответствующих программ. Также он осуществляет полномочия страховщика.

Для реализации своих полномочий фонд открывает счета, может создавать филиалы и представительства. У него есть бланк и печать со своим полным наименованием, иные печати, штампы и бланки, геральдический знак-эмблема.

Установлены задачи и функции фонда. Урегулированы вопросы управления им, организации его деятельности и контроля за ней. Определены перечни доходов и расходов фонда.

Закреплено, что в составе бюджета фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования его средств устанавливаются законом об указанном бюджете. Запас не должен превышать среднемесячной величины планируемых поступлений на очередной год. Средства фонда не входят в состав иных бюджетов и изъятию не подлежат. Его имущество, приобретенное за счет средств ОМС, является госсобственностью региона. Оно используется фондом на праве оперативного управления.





КАК РАБОТАЕТ ОТДЕЛ ОХРАНЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА С ИНТЕНСИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ?

Приказ Минюста РФ от 10 декабря 2010 г. № 385 «Об утверждении примерного Положения об отделе охраны психиатрической больницы (стационара) специализированного типа с интенсивным наблюдением»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 666.

Утверждено примерное положение об отделе охраны психиатрической больницы (стационара) специализированного типа с интенсивным наблюдением (далее — учреждение).

Его деятельностью руководит территориальный орган ФСИН России.

Учреждение охраняет психиатрический стационар, обеспечивает соблюдение пропускного режима, безопасность медперсонала, лиц, находящихся на принудительном лечении. Оно также сопровождает и охраняет последних при переводе их в другой стационар или иные организации здравоохранения.

Определена структура учреждения. Установлены полномочия сотрудников и начальника.

Так, сотрудники вправе применять физическую силу, спецсредства и (или) оружие. Они могут проверять документы, удостоверяющие личность, досматривать вещи при въезде на охраняемые объекты и выезде из них. Сотрудники изымают запрещенные предметы.

Учреждение взаимодействует с территориальными органами МВД России, ФСИН России, МЧС России.

РАБОТОДАТЕЛЬ КОМПЕНСИРОВАЛ СОТРУДНИКУ СТОИМОСТЬ САНАТОРНОЙ ПУТЕВКИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ РЕГИОНА: КАК БЫТЬ С НДФЛ?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 28 января 2011 г. № 03-04-05/9-39 «Об освобождении от налогообложения НДФЛ сумм полной или частичной компенсации (оплаты) стоимости приобретаемых путевок за счет средств бюджетов субъектов РФ»

Работодатели могут полностью или частично оплачивать сотрудникам и членам их семей путевки в санаторно-курортные и оздоровительные учреждения или компенсировать их стоимость за счет региональных бюджетов. Разъяснено, что данные суммы не облагаются НДФЛ. Место работы значения при этом не имеет.

ОПРЕДЕЛЕНЫ УСЛУГИ (РАБОТЫ), ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПОДВЕДОМСТВЕННЫМИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ФГУ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2010 г. № 1165н «Об утверждении ведомственного перечня государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) федеральными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в качестве основных видов деятельности» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 января 2011 г. Регистрационный № 19 607.

В законодательство внесли изменения, касающиеся государственных и муниципальных учреждений. В связи с этим Правительство РФ установило новый порядок, в соответствии с которым формируется и финансируется госзадание в отношении ФГУ. Для названных целей разрабатываются ведомственные перечни государственных услуг (работ), оказание (выполнение) которых — основная деятельность ФГУ.



Установлен такой перечень в отношении подведомственных Минздравсоцразвития России ФГУ. Он включает кардиологию, ревматологию, педиатрию, терапию, аллергологию, хирургию и т.д. Учреждения выполняют экспертизы документов для получения разрешения на проведение клинического исследования, методов контроля качества лекарственного средства и др.

КАКИЕ ДОХОДЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА АДМИНИСТРИРУЮТ В 2011 Г. УЧРЕЖДЕНИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 января 2011 г. № 41 «Об осуществлении Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации полномочий администратора, главного администратора доходов федерального бюджета, осуществлении полномочий администраторов доходов федерального бюджета и утверждении перечня подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации администраторов доходов федерального бюджета»

Определено, какие доходы бюджета администрирует Минздравсоцразвития России. Это, в частности, доходы от оказания платных услуг получателями средств бюджета и компенсации затрат федерального бюджета, поступления от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении федеральных учреждений, от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев. Также речь идет о поступлениях от денежных взысканий в возмещение ущерба, возврате остатков межбюджетных трансфертов, пошлине за лицензирование и аттестацию.

Утвержден перечень ФГУ Минздравсоцразвития России, имеющих полномочия администраторов доходов федерального бюджета. Среди них — Российский научный центр рентгенорадиологии, Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Новосибирский государственный медицинский университет, Российская детская клиническая больница.

Учреждения начисляют и учитывают платежи в бюджет, пени и штрафы по ним, контролируют правильность их исчисления, полноту и своевременность внесения, взыскивают задолженность по ним и принимают решения об их возврате в случае излишней уплаты или взыскания.

Утратил силу приказ, ранее устанавливавший перечень администрируемых Минздравсоцразвития России доходов и учреждений, выполнявших эти функции.

КОГДА УЧИТЫВАЮТСЯ РАСХОДЫ ПО ПОДГОТОВКЕ ПОМЕЩЕНИЯ К ЭКСПЛУАТАЦИИ, ЕСЛИ ЗАКЛЮЧЕН ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДОГОВОР?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 25 января 2011 г. № 03-03-06/1/23 «Об учете в целях налогообложения прибыли расходов, связанных с работами по подготовке к использованию помещения, приобретение которого предусмотрено предварительным договором»

Налогоплательщиком заключен предварительный договор на приобретение нежилого помещения, с целью последующего его использования в предпринимательской деятельности.

Предварительный договор не является основанием для передачи в собственность налогоплательщика помещения. В связи с этим, расходы, связанные с подготовкой такого помещения к эксплуатации, могут быть учтены при заключении основного договора и приобретении указанного имущества. Названные расходы включают в первоначальную стоимость амортизируемого имущества. Она определяется на дату его ввода в эксплуатацию.

Расходы, учитываемые для целей налогообложения прибыли, должны быть обоснованы и документально подтверждены.





ИСПОЛНЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА В 2011 Г.: РАЗМЕР ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЯ СЭКОНОМЛЕННЫХ СРЕДСТВ ОГРАНИЧЕН

*Приказ Минфина РФ от 24 января 2011 г. № 4н «О внесении изменений в отдельные приказы Министерства финансов Российской Федерации» (не вступил в силу)
Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 января 2011 г. Регистрационный № 19 626.*

Скорректирован порядок составления и ведения сводной бюджетной росписи федерального бюджета и росписей главных распорядителей средств федерального бюджета (главных администраторов источников финансирования его дефицита).

Установлено, что он распространяется на подведомственные названным главным распорядителям казенные учреждения. Также он применяется федеральными бюджетными учреждениями, которым не выделяются субсидии из бюджета.

Сэкономленные в 2011 г. ассигнования перераспределяются по предложению главных распорядителей средств федерального бюджета в размере не более 50%. Остальное направляется на дополнительное финансирование мер по модернизации экономики (при внесении изменений в федеральный бюджет на 2011–2013 гг.). Установлены особенности оформления справок (ф. 0501055) в указанном случае.

При необходимости исполнения судебных актов о взыскании средств федерального бюджета разрешается вносить изменения в сводную роспись и лимиты бюджетных обязательств без ограничения какими-либо сроками.

НОВЫМ ФОРМАМ СТАТНАБЛЮДЕНИЯ ЗА ИНФЕКЦИОННЫМИ И ПАРАЗИТАРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ — НОВЫЕ ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ!

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 25 января 2011 г. № 16 «Об утверждении инструкций к формам статистического наблюдения № 1, № 2, № 5, № 6»

В 2011 г. применяются новые формы для организации Роспотребнадзором федерального статнаблюдения за профилактическими прививками и за ситуацией по инфекционным и паразитарным болезням. С отчета за январь 2011 г. вводятся обновленные месячные формы № 1, 2 и 5, с отчета за 2011 г. — годовые № 2 и 5, с отчета по состоянию на 31 декабря 2011 г. — годовая № 6.

В связи с этим утверждены новые инструкции по заполнению перечисленных форм.

Прежние инструкции считаются утратившими силу.

С 1 СЕНТЯБРЯ 2011 Г. БУДЕТ НЕЛЬЗЯ ПРОВОДИТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ БЕЗ АККРЕДИТАЦИИ

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2011 г.

Для проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медприменения необходимо иметь аккредитацию Минздравсоцразвития России. Без нее медорганизация может осуществлять исследования только до 1 сентября 2011 г.

Правила аккредитации утверждены постановлением Правительства РФ от 03.09.2010 № 683. В нем приведен комплект документов, представляемых в Министерство для получения свидетельства об аккредитации. Заявление о его выдаче составляется по форме, установленной приказом Минздравсоцразвития России от 03.12.2010 № 1073н.



КАК ДОЛЖНОСТНЫЕ ЛИЦА ФОНДОВ ОМС РАССМАТРИВАЮТ ДЕЛА О НАРУШЕНИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОМС

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 декабря 2010 г. № 1174н «Об утверждении Порядка рассмотрения дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложения штрафов должностными лицами Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 27 января 2011 г. Регистрационный № 19 597.

Закреплено, как рассматриваются дела о нарушении законодательства об ОМС и налагаются штрафы должностными лицами ФФОМС и ТФОМС.

Перечень должностных лиц, уполномоченных составлять акты, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы, утверждает ФФОМС.

Речь идет о делах о нарушении страхователями для неработающих граждан срока подачи заявления о регистрации (снятии с учета) в территориальные фонды, об отказе в направлении или о непредставлении необходимых документов, расчета по страховым взносам, а также о неуплате последних (о неполном их внесении). Дело рассматривается в присутствии страхователя. Устанавливаются основания для привлечения последнего к ответственности и наложения штрафа. По результатам рассмотрения готовится проект решения о привлечении страхователя к ответственности и наложении штрафа или об отказе. Срок — 5 дней.

Наложенные штрафы со страхователей взыскиваются в судебном порядке.

КАК ГОТОВИТСЯ ЕЖЕГОДНЫЙ ДОКЛАД ФМБА РОССИИ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ?

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 11 января 2011 г. № 1 «О подготовке ФМБА России доклада «Об осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий, подлежащих обслуживанию ФМБА России, а также в сфере донорства крови и ее компонентов на территории Российской Федерации об эффективности такого контроля (надзора)»

Органы государственного и муниципального контроля должны ежегодно представлять в уполномоченный Правительством РФ орган доклады об осуществлении такого контроля и надзора.

В связи с этим утверждена структура такого доклада ФМБА России. В нем отражают сведения о контроле в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения некоторых территорий, обслуживаемых Агентством, а также в области донорства крови и ее компонентов. Определен порядок подготовки и обобщения сведений, необходимых для доклада. Доклад готовится ежегодно. Центры гигиены и эпидемиологии направляют необходимую информацию в территориальные органы ФМБА России. Срок — до 1 февраля.

Территориальные органы ФМБА России представляют необходимые сведения в Управление надзора и контроля в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и организации службы крови. Срок — до 10 февраля года, следующего за отчетным.

Ответственно за обобщение информации и подготовку доклада Управление надзора и контроля в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Доклад подписывается руководителем ФМБА России. Он представляется в Минэкономразвития России до 15 марта. Сведения, содержащиеся в докладе, размещаются в Интернете.





О ПРИМЕНЕНИИ В СИСТЕМЕ ФМБА РОССИИ НОВЫХ СТАТ- ФОРМ, КАСАЮЩИХСЯ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАЗАРИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ПРИВИВОК

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 2 февраля 2011 г. № 31 «О введении новых форм федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения инфекционными и паразитарными болезнями и профилактическими прививками и о внесении изменений в приказ ФМБА России от 24 декабря 2010 г. № 979»

Росстат приказом от 31 декабря 2010 г. утвердил новые формы федерального статнаблюдения за инфекционными и паразитарными болезнями населения и профилактическими прививками. Установлены сроки ввода их в действие в территориальных органах и учреждениях здравоохранения ФМБА России. Месячная форма № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» вводится с отчета за январь 2011 г. Месячные и годовые формы № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» и № 5 «Сведения о профилактических прививках» применяются соответственно начиная с отчета за январь 2011 г. и за 2011 г. Годовая форма № 6 «Сведения о контингентах детей и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» вводится с отчета состоянию на 31 декабря 2011 г.

Установлены сроки представления отчетности по новым формам.

КАК ОКАЗЫВАЕТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ, СТРА- ДАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 декабря 2010 г. № 1183н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля» Зарегистрирован в Минюсте РФ 1 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 645.

Установлено, как в медицинских организациях должны оказывать помощь лицам, страдающим заболеваниями терапевтического профиля. Речь идет о первичной медико-санитарной, специализированной, скорой помощи. Помощь больному осуществляется по месту выезда, в транспортном средстве при эвакуации, амбулаторно (в том числе на дому) и стационарно.

При внезапных острых, хронических заболеваниях, не опасных для жизни, оказывается неотложная помощь, а при состояниях, не угрожающих жизни пациента, — плановая.

Так, первичная медико-санитарная помощь осуществляется преимущественно по месту жительства или работы граждан (амбулатория, поликлиника, кабинет врача общей практики и др.). Она включает профилактику, выявление, диагностику, лечение, реабилитацию, а также формирование здорового образа жизни.

Определен порядок деятельности кабинета врача-терапевта и терапевтического отделения.

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



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



АНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИД «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Издательский дом «Менеджер здравоохранения» приглашает Вас принять участие в новом аналитическом исследовании «Информатизация учреждений здравоохранения Российской Федерации: состояние и тенденции». Данное аналитическое исследование проводится ежегодно по заказу Издательского дома «МЗ» с 2005 г. Результаты исследования не только публикуются на страницах журналов издательства, но и в последующем цитируются в различных обзорах и перепечатываются ведущими периодическими изданиями.

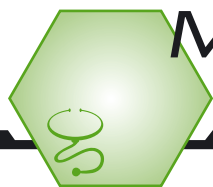
Проводимая нами работа интересна широкой массе специалистов в области организации здравоохранения и информационных технологий. В связи с этим мы заинтересованы в представлении полной, достоверной и актуализированной информации. Для этого нами составлена специальная анкета, высылаемая разработчикам и органам управления здравоохранением регионов, которую мы просим заполнить и отправить заполненный вариант по адресу info@kmis.ru.

Мы гарантируем сохранность конфиденциальности полученных анкетных данных. Никакая из анкет не будет передана третьим лицам. В аналитических материалах, которые будут публиковаться по результатам анализа полученных от Вас данных, возможно упоминание определенных показателей. Если Вы не хотите открытой публикации каких-то параметров, то, пожалуйста, выделите эти параметры красным цветом — и эти данные никогда не будут опубликованы в открытом виде, а будут только учтены при расчете средних показателей.



Мы твердо уверены, что Ваше участие в нашем исследовании позволит Вам заявить о своей работе объективно и в массовом виде. Мы надеемся, что время, затраченное на заполнение анкеты, не будет потрачено зря — и Ваш опыт, и Ваши результаты войдут в аналитику, как пример современного развития информатизации здравоохранения в России.

За более подробной информацией обращайтесь
в редакцию журнала «Менеджер здравоохранения»: idmz@mednet.ru



Менеджер
здравоохранения

