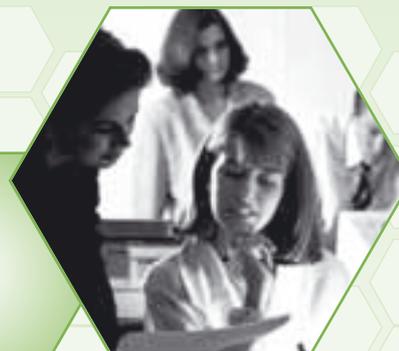


ISSN 1811-0185

# Менеджер здравоохранения

№7. 2011



# Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



## Читайте в новом номере журнала «Врач и информационные технологии» (2011 – № 3)



- **Медицинские информационные системы: состояние, уровень использования и тенденции**

Уникальный обзор медицинских информационных систем и динамики их развития за 2005–2010 г. Приводятся усредненные данные о выполненных инсталляциях, распределении разработок по технологиям и системам управления базами данных, по видам лечебно-профилактических учреждений и формам собственности. В работе также выполнена общая оценка состояния рынка КМИС, дается прогноз его развития и отмечаются основные тенденции, сформировавшиеся за годы наблюдения.

- **Единая концепция построения персональных электронных медицинских карт, территориальных систем и специализированных регистров**

Предложена единая концепция построения персональных электронных медицинских карт (электронных историй болезни) и территориальных систем всех уровней на основе модульной технологии. Предлагаемая архитектура предполагает сочетание ведения первичных баз данных в медицинских учреждениях с размещением и обработкой

их в ЦОД разных уровней, в том числе используя технологию облачного хранения. Рассмотрена возможность формирования на той же основе территориальных и федеральных специализированных регистров заболеваний и социальных групп, включающая повторный ввод данных.

- **Анализ надежности медицинских информационных систем: специфика и основные направления развития**

Несмотря на существенное повышение надежности современных систем, случаются их отказы и сбои, которые критичны в лечебно-диагностическом процессе. Один из возможных подходов для уменьшения опасности сбоев заключается в расширении понятия медицинской информационной системы до понятия социо-технической системы. Это позволит при оценке надежности рассматривать не только технические составляющие системы, но такие факторы, как организационный и человеческий.

- **Построение ИТ-инфраструктуры здравоохранения на основе парадигмы облачных вычислений**

Рассматривается концепция облачных вычислений *ОВ* в применении к решению задач информатизации здравоохранения РФ. Предложены сценарии применения в здравоохранении информационных сервисов *ОВ* различного уровня (*IaaS*, *PaaS*, *SaaS*). Формулируются вопросы, которые необходимо рассмотреть при внедрении систем *ОВ* в здравоохранении.

- **О возможности снижения затрат на защиту персональных данных в медицинских организациях**

Рассмотрены основные способы и методы снижения расходов на защиту персональных данных в медицинских организациях. Даны определения основных понятий и терминов. Приведены ссылки на основные нормативные и методические документы и стандарты.

- **Проектное обучение в подготовке кадров для разработки медицинских информационных систем: взгляд студента**

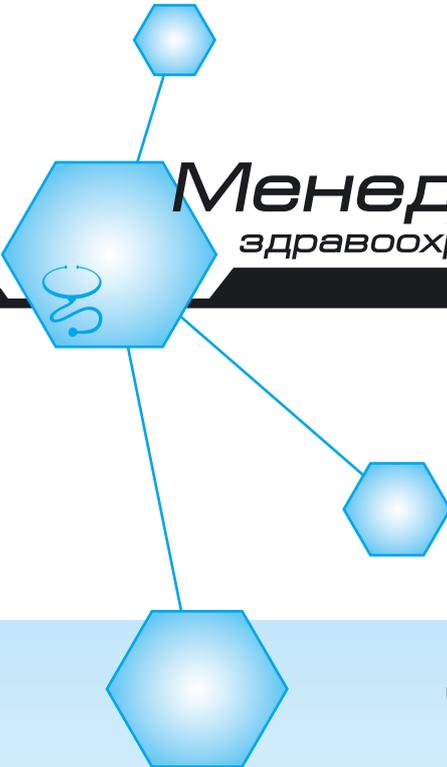
Предложен уникальный кейс для выполнения студенческого проекта, приближенного к реально реализуемому в ИТ-индустрии, использование которого может быть эффективным в процессе подготовки кадров для разработки медицинских информационных систем.

- **Развитие системы электронного здравоохранения в Словакии**

Представлено состояние системы национального электронного здравоохранения в Словакии, для успешного развития которой было необходимо реализовать различные административные и законодательные мероприятия, связанные с подготовкой нормативно-правовой базы.

- **Обзор актуальных нормативных документов за май-июнь 2011 г.**

[www.idmz.ru](http://www.idmz.ru), [idmz@mednet.ru](mailto:idmz@mednet.ru). Тел.: (495) 618-07-92



# Менеджер здравоохранения

## ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Платные медицинские услуги в свете нового законодательства**
- ✓ **Индивидуальные платные роды: продолжение дискуссии**
- ✓ **Современные аспекты совершенствования систем оплаты больничной помощи в Российской Федерации и за рубежом**
- ✓ **Проблемы функционирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальную систему финансирования**
- ✓ **Экономические аспекты оказания хирургической помощи на поликлиническом этапе**
- ✓ **Анализ продуктивности информационного обмена в системе здравоохранения**

# Менеджер здравоохранения

**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

№ 7  
2011

## В номере:

### МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Принципы стратегического управления системой профилактики социально опасных заболеваний в Московской области**

*В.Ю. Семенов, А.Н. Гуров, С.М. Сибатян*

6-13

**Недетские проблемы детского здравоохранения**

*И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева*

14-21

### ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

**Классификация медицинской помощи – существующие проблемы, новые законодательные подходы**

*О.А. Александрова, О.Н. Лебединец,  
А.Р. Кременков, Т.В. Рамнёнок*

22-36

**Новые задачи в области нормирования труда в условиях изменения правового положения медицинских учреждений**

*И.С. Кицул, Д.В. Пивень, М.С. Сасина*

37-41

### ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

**Обработка персональных данных в здравоохранении: новые требования и проблемы**

*А.П. Столбов*

42-49

### ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

**Принцип клинико-статистических групп как основа экономики здравоохранения Германии**

*Д.В. Осипов, И.Ю. Гриценко, М.Т. Югай*

50-56

**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

## МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

### Оценка эффективности маркетинговой деятельности коммерческой медицинской организации

*А.И. Костин*

**57-63**

## С МЕСТА СОБЫТИЙ

### Синдром выгорания врачей лучше всего лечится с помощью повышения зарплаты

*Материалы заседания Экспертного  
совета Комитета по социальной политике  
и здравоохранению на тему:  
«Условия и безопасность работы  
медицинского персонала»*

**64-69**

## КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

### Введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда в рамках региональных программ модернизации здравоохранения

*Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров*

**70-77**

## ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

**78-82**

## ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

**83-96**

## «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

### Адрес редакции:

127254, г. Москва,  
ул. Добролюбова, д. 11  
idmz@mednet.ru  
(495) 618-07-92

### 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»

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№ 7  
2011

## Contents:

### MANAGEMENT IN HEALTH CARE

**Principals of strategic management of socially dangerous diseases prevention system in Moscow region**

*V.U. Semenov, A.N. Gurov, S.M. Smbatyan*

6-13

**Not childish problems of child health care**

*I.A. Geht, G.B. Artemieva*

14-21

### HEALTH CARE AND LAW

**Classification of medical care – existing problems, new legislative approaches**

*O.A. Aleksandrova, O.N. Lebedinex,  
A.R. Kremenkov, T.V. Ramneynok*

21-36

**New problems in the field of setting labor quotes in conditions of changing medical institution's legal positions**

*I.S. Kixul, D.V. Piven, M.S. Sasina*

37-41

### INFORMATIONAL MANAGEMENT

**Processing personal data in health care: new requirements and problems**

*A.P. Stolbov*

41-49

### FOREIGN EXPERIENCE

**Principal of clinical-statistic groups as a basis of Germany health care economics**

*D.V. Osipov, I.U. Grixenko, M.T. Yugai*

50-56

Все публикации журнала  
будут индексироваться  
в международной  
библиометрической  
системе Scopus

Ваши статьи достойны  
цитирования в международном  
профессиональном  
сообществе...

#### MARKETING IN HEALTH CARE

##### Evaluation of marketing activity effectiveness of a medical institution

*A.A. Kostin*

57-63

#### FROM THE EVENT SCENE

##### Syndrom of physician's burnout is «cured» best by increasing the salaries

*Materials of the Expert Council of Federation Council  
on Social and Health Care Policy on the subject:  
«Conditions and security of medical staff activity»*

64-69

#### CONSULTS «MANAGER OF HEALTH CARE»

##### Introduction of result-oriented activity of labor payment system in frames of regional programs of health care modernization

*Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov*

70-77

#### QUESTIONS AND ANSWERS

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

78-82

#### REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENT

83-96



### **В.Ю. Семенов,**

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

### **А.Н. Гуров,**

д.м.н., профессор, заместитель директора МОНИКИ по научно-организационной работе, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФУВ МОНИКИ, [gurov1@monikiweb.ru](mailto:gurov1@monikiweb.ru)

### **С.М. Смбалян,**

д.м.н., старший научный сотрудник научно-организационного отдела, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФУВ МОНИКИ

## ПРИНЦИПЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

### *УДК 614*

*Семенов В.Ю., Гуров А.Н., Смбалян С.М. Принципы стратегического управления системой профилактики социально опасных заболеваний в Московской области (ФУВ МОНИКИ, г. Москва)*

**Аннотация.** В статье излагаются принципы стратегического управления системой профилактики социально опасных заболеваний (СОЗ), применяемые в здравоохранении Московской области. На основе анализа информации из модулей ССВУ-матриц выявляются угрозы и слабые стороны в системе стратегического управления здравоохранением региона для усиления профилактической работы по исключению роста СОЗ. Подобная работа в любом субъекте Российской Федерации на основе стратегического управления с применением SWOT-анализа позволит обеспечить успешное решение важнейших государственных задач, определяющих не только экономическую стабильность, но и национальную безопасность страны.

**Ключевые слова:** стратегическое управление, профилактика, социально опасные заболевания.

С учетом истории развития идей профилактики можно видеть, что на современном этапе все более необходимы системные представления о различных объектах, включенных в сложную систему социальных взаимосвязей и взаимовлияний в процессе профилактики. Социальные объекты, как и социальная реальность, всегда многомерны. Учитывая, что объектом профилактики является человек с его сложной социально-биологической спецификой, фактор многомерности значительно усиливается.

Радикальные социально-экономические изменения в стране привели к появлению новых факторов и групп риска, которые требуют современных подходов к их предупреждению. Необходимость новых подходов подтверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года № 715, утвердившим перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих [1].

Согласно вышеуказанному Постановлению к социально значимым заболеваниям относятся туберкулез, заболевания, передающиеся преимущественно половым путем (ЗППП), гепатит В, гепатит С, болезнь, вызванная



вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Из названных заболеваний 5 (туберкулез, ВИЧ, вирусные гепатиты В и С и ЗППП) являются и социально значимыми, и опасными для окружающих, поэтому эти патологии выделяются в отдельную группу: группу социально опасных заболеваний (СОЗ). СОЗ — группа болезней инфекционной этиологии, которые возникают после определенного инкубационного периода и проявляются токсическим действием, особенно при наличии неблагоприятных условий жизни и состояния здоровья человека. Они характеризуются трудностью излечения, стойкими жизненными ограничениями и неблагоприятным прогнозом для жизни и в связи с массовостью случаев представляют социальную, экономическую и психологическую опасность для общества.

Профилактика социально опасных заболеваний сложна и трудно предсказуема, поскольку включает такие слагаемые, как общество, система здравоохранения, сам человек и условия их взаимоотношений.

Обоснование необходимости стратегического планирования мер профилактики социально опасных заболеваний определяется прежде всего широким распространением этих заболеваний во всем мире, необходимостью принятия превентивных мер их возникновения и дальнейшего накопления в обществе с целью оздоровления населения.

Стратегическое планирование — это процесс определения стратегии и принятия решений по распределению ресурсов в рамках этой стратегии, включая финансовые и кадровые ресурсы. Стратегическое планирование — одна из функций управления, которая обеспечивает основу для всех управленческих решений.

Под стратегическим управлением системой профилактики понимается реализация целевых программ развития на основе прин-

ципов практического управления реформами здравоохранения и медицинскими организациями по достижению конкретных медико-демографических показателей в соответствии с поставленными целями.

Важнейшим принципом стратегического управления является изучение окружающей внешней и внутренней среды, обуславливающим процесс. В качестве одного из наиболее распространенных методов анализа стратегического окружения используется анализ сильных (S) и слабых (C) сторон системы, ее возможностей (O) и угроз (T) (сокращенно ССВУ анализ). В английской транскрипции SWOT-анализ составлен из первых букв английских слов Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности), Threats (угрозы, опасности), который широко используется в качестве формализованной процедуры структурирования знаний о текущей ситуации.

Общеизвестно, что ключевое влияние на определение стратегии действий оказывают существующие взгляды на общественную (социальную) значимость различных видов патологии. Причем это имеет не только теоретическое значение, но и непосредственный выход в практику. Выделение группы таких состояний влечет приоритетную концентрацию усилий и ресурсов на борьбу с ними. В этой связи ряд проблем требуют научного анализа и пересмотра традиционных подходов к их решению.

С целью профилактики и борьбы с социально опасными заболеваниями нами была составлена по методике ССВУ-анализа матрица возможностей и ограничений, что позволило систематизировать социально-экономическую ситуацию в Московской области (МО) и сформулировать предложения для включения в долгосрочную целевую программу МО «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2009–2011 гг.».

Цель Программы — снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения





при социально значимых заболеваниях; увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных, страдающих этими заболеваниями. Для достижения этой цели успешно решаются следующие задачи:

- обеспечение эпидемиологического благополучия населения путем снижения уровня заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики;

- совершенствование методов раннего выявления, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях;

- внедрение современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями социального характера;

- снижение частоты осложнений от заболеваний социального характера;

- оснащение лечебно-профилактических учреждений современным медицинским оборудованием;

- обеспечение больных современными лекарственными препаратами и диагностическими средствами;

- повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи;

- совершенствование систем профессиональной переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров.

Программа содержит разделы по каждой из подпрограмм.

Целью подпрограммы *«Неотложные меры борьбы с туберкулезом»* являются снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения, стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу.

Для достижения указанной цели предусматривается решение следующих задач:

- проведение широких просветительных мероприятий среди населения по пропаганде здорового образа жизни и профилактике туберкулеза;

- обеспечение лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения Московской области средствами диагностики, специфического лечения и дезинфекции;

- оснащение лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения Московской области современным медицинским, лабораторным и дезинфекционным оборудованием.

Целью подпрограммы *«О мерах по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»* является достижение перехода от стабилизации эпидемического процесса ВИЧ-инфекции к устойчивому снижению заболеваемости и риска перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции.

Для достижения этой цели предусматривается решение следующих задач:

- организация и проведение профилактических санитарно-просветительных мероприятий среди населения;

- обеспечение функционирования регистра ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в ГУЗ «Московский областной центр по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»;

- приобретение лекарственных препаратов для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции/СПИДа, оппортунистических, СПИД-ассоциированных и сопутствующих заболеваний лечебно-профилактическими учреждениями Московской области;

- приобретение диагностических средств и лабораторного оборудования для диагностики СПИДа, в том числе для проведения скрининга и обследования доноров.

Целью подпрограммы *«О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем»* является снижение заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем.

Для достижения этой цели предусматривается решение следующих задач:

- организация и проведение широких просветительских мероприятий среди населения и медперсонала о мерах профилактики заболеваний, передаваемых половым путем;

- обеспечение лечебно-профилактических учреждений современными препаратами для лечения сифилиса;



— оснащение дерматовенерологических учреждений современным медицинским оборудованием.

Целью подпрограммы «Вирусные гепатиты» является снижение уровня заболеваемости вирусными гепатитами и предупреждение их осложнений на основе комплексного решения проблем диагностики, профилактики, лечения больных вирусными гепатитами.

Для достижения этой цели предусматривается решение следующих задач:

- улучшение диагностики вирусных гепатитов;
- улучшение качества лечения вирусных гепатитов;
- профилактика осложнений хронических вирусных гепатитов;
- уменьшение заболеваемости вирусными гепатитами за счет уменьшения числа инфицированных лиц.

Важным этапом стратегического управления является достижение запланированных целевых показателей. Ожидаемые социально-экономические результаты от реализации Программы:

- снижение первичной заболеваемости туберкулезом до 48,0 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение смертности от туберкулеза до 15,8 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение числа вновь зарегистрированных в течение года случаев ВИЧ-инфекции до 1670 случаев;
- снижение риска перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции до 4,0%;
- снижение заболеваемости сифилисом до 51,1 случая на 100 тыс. населения;
- снижение заболеваемости детей сифилисом до 2,6 случаев на 100 тыс. детского населения;
- снижение заболеваемости детей гонореей до 0,9 случаев на 100 тыс. детского населения;
- снижение заболеваемости острым вирусным гепатитом В до 3,0 случаев на 100 тыс. населения;

- снижение заболеваемости острым вирусным гепатитом С до 7,2 случаев на 100 тыс. населения;

- сохранение охвата профилактическими прививками детей на уровне 95%;

- снижение заболеваемости дифтерией до 0,16 случаев на 100 тыс. населения и др.

В Программе отмечается, что социальный эффект от реализации мероприятий Программы будет выражен улучшением качества и увеличением продолжительности жизни, сохранением трудового потенциала, формированием здорового образа жизни, снижением социальной и психологической напряженности в обществе вследствие угрозы распространения заболеваний социального характера.

Среди социально опасных заболеваний особое внимание привлекает заболеваемость населения ВИЧ-инфекцией. Данная ситуация характерна практически для всех регионов Российской Федерации.

С начала 2010 г. в МО зарегистрирован 2561 новый случай ВИЧ-инфекции, за 2009 г. было зарегистрировано 2806 новых случаев ВИЧ-инфекции. Первично выявленная заболеваемость составила 37,9 случаев на 100 000 населения (в 2009 году — 42,1, РФ — 35,7 случаев). Таким образом, снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2010 г. в сравнении с предыдущим годом составило 10% [2].

Регистрируется снижение заболеваемости ВИЧ-инфекции в индикаторной группе — группе беременных женщин (группа со 100%-ным скринингом на ВИЧ-инфекцию): 0,64% в 2009 г., 0,63% в 2010 г. Кроме того, значение данного показателя менее 1,0 свидетельствует о том, что эпидемия ВИЧ-инфекции в Московской области находится в концентрированной стадии.

Среди муниципальных образований Московской области наибольшая заболеваемость ВИЧ-инфекцией регистрируется: в г. Орехово-Зуево, Химкинском, Ногинском, Мытищинском и Пушкинском муниципальных районах.





Таблица 1

## Динамика заболеваемости отдельными социально опасными болезнями в Московской области за 2006–2010 гг. в сравнении с целевыми показателями

Заболевания	Годы					Целевые показатели	
	2006	2007	2008	2009	2010		
	Московская область						
ВИЧ-инфекция	33,6	45,4	38,9	41,8	37,9	25,3	
Острые вирусные гепатиты	Гепатит В	9	7,8	6	4,53	3,51	3,0
	Гепатит С	7,7	7,1	5,48	4,43	3,65	7,2
ИППП	Сифилис	62,8	67,4	54,6	43,8	34,4	51,1
	Гонорея	44,4	38,1	30,6	23,9	19,6	–
	Хламидиоз	136,1	140,4	134,4	102,3	80,0	–
Туберкулез	52,6	59	56,5	54,2	50,5	48,0	

В 2010 г. отмечается снижение заболеваемости населения острыми вирусными гепатитами В и С по сравнению с 2009 годом, соответственно с 4,53 случаев до 3,51 и с 4,43 случаев до 3,65 на 100 тыс. населения (РФ — 2,7, 2,2, соответственно, в 2009 г.). Данная тенденция наблюдается в течение 10 последних лет. В 1999 году заболеваемость острыми гепатитами В и С составляла, соответственно, 54,4 и 33,2 случаев на 100 тыс. населения. Снижение заболеваемости острыми вирусными гепатитами В и С связано с проведением ряда мероприятий, направленных на профилактику этих заболеваний (информированность населения, своевременная диагностика, вакцинация против гепатита В, лечение больных хроническими формами вирусных гепатитов). Вакцинация против гепатита В позволила снизить носительство гепатита В с 54,70 в 2009 г. до 46,02 случаев на 100 тыс. населения в 2010 г.

В 2010 г. продолжилось снижение заболеваемости сифилисом, начавшееся в 1997 г. Оно составило 22,6% по сравнению с 2009 г. В 2010 г. был зарегистрирован 2321 случай сифилиса против 2943 в 2009 г. Интенсивный показатель заболеваемости составил 34,4 на 100 тысяч населения против 43,8 в 2009 г. (РФ — 53,3). Снижение

заболеваемости наблюдалось во всех муниципальных округах и в 52 муниципальных районах и городах.

В 2010 г. продолжалось снижение заболеваемости гонореей: оно составило 18,9 % по сравнению с предыдущим годом. В 2010 г. выявлено 1324 случая против 1603 в 2009 г. Снижение заболеваемости отмечено в 11 округах в 39 муниципальных образованиях, в 3-х — без динамики, в 22-х отмечен рост заболеваемости.

Интенсивный показатель заболеваемости гонореей составил 19,6 на 100 тысяч населения против 24,2 в 2009 г. (РФ — 48,1). Уровень заболеваемости в муниципальных районах и городах находится в диапазоне от 1,8 на 100 тысяч населения в г. Климовске, 4,9 в Солнечногорском районе до 51,0 в г. Орехово-Зуево.

Первичная заболеваемость туберкулезом в Московской области за последние 10 лет снизилась на 15,3 % и в 2010 году составила 41,6 случаев на 100 тыс. населения.. Вместе с тем за эти годы отмечается снижение показателя распространенности туберкулеза до 130,9 на 100 тыс. населения в 2010 г. (за 10 лет на 39,3 %). За анализируемый период смертность от туберкулеза снизилась и составила 8,12 в 2010 г. на 100 тыс. населения.



Таблица 2

**ССВУ-матрица влияния факторов социально-экономического развития Московской области до 2020 г. на процессы профилактики социально значимых (социально опасных) заболеваний**

	<i>Положительное влияние</i>	<i>Отрицательное влияние</i>
Внутренняя среда	<p><b>S. (Сильные стороны)</b></p> <p>Реализация долгосрочной целевой программы МО «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2009–2011 гг.»</p> <p>Стабильно устойчивое положение системы здравоохранения Московской области, устойчивые связи с федеральной и муниципальной системой здравоохранения</p> <p>Мощные научные центры, обеспечивающие развитие кадрового потенциала регионального здравоохранения</p> <p>Высокий ресурсный уровень системы охраны и восстановления здоровья по всем направлениям</p> <p>Наличие перспективных зон оптимизации в системе охраны и профилактике социально значимых заболеваний</p>	<p><b>W. (Слабые стороны)</b></p> <p>Высокая инвестиционная привлекательность</p> <p>Наличие инновационного потенциала развития</p> <p>Наличие возможностей для развития туристского бизнеса</p> <p>Привлекательность для мигрантов</p> <p>Наличие свободных рынков для организации и ведения бизнеса (финансовый рынок (включая рынок потребительских кредитов), фондовый рынок, логистика)</p> <p>Наличие возможностей для реализации государственно-частного партнерства.</p>
Внешняя среда	<p><b>O. (Возможности)</b></p> <p>Выгодное географическое положение</p> <p>Высокоразвитое промышленное производство и система центров санитарно-эпидемиологического надзора</p> <p>Высокая инвестиционная активность</p> <p>Наличие квалифицированной рабочей силы</p> <p>Развитый научно-производственный комплекс и инфраструктура здравоохранения</p> <p>Большой культурно-исторический потенциал</p>	<p><b>T. (Угрозы, опасности)</b></p> <p>Близость к ключевым железнодорожному и автомобильному транспортным узлам, соединяющим магистральные направления Запад-Восток и Север-Юг, а также наличие на территории Московской области крупных международных аэропортов</p> <p>Высокий уровень демографической нагрузки на трудоспособное население</p> <p>Высокий уровень трудовой маятниковой миграции населения</p> <p>Несоответствие темпов развития структуры производства и поддерживающей инфраструктуры</p> <p>Отсутствие сырьевых источников</p> <p>Высокая степень дифференциации муниципальных образований Московской области по уровню экономического и социального развития</p>

В целом анализ показывает, что в Московской области происходят существенные изменения в распространенности социально опасных заболеваний, наблюдается стойкое снижение заболеваемости и смертности от этих болезней, замедляется

рост распространенности ВИЧ-инфекции. Эти достижения обусловлены в том числе и применением элементов ССВУ-анализа в процессе стратегического управления профилактикой в системе здравоохранения области (табл. 1).





Общесистемные для Московской области компоненты ССВУ-анализа сформулированы в «Стратегии социально-экономического развития Московской области до 2020 года». В табл. 2 систематизированы характеристики, влияющие на процессы профилактики социально значимых, в том числе и социально опасных заболеваний.

При формировании ССВУ-матрицы для обоснования направлений оптимизации работ в системе здравоохранения, перечисленных в Стратегии, позиции переходят в разряд возможностей и угроз внешней среды и составляют в большинстве своем неуправляемые для отрасли здравоохранения факторы. К общим факторам угроз добавляется и мировой финансово-экономический кризис (2008 г.), который затронул Российскую Федерацию в целом и в том числе Московскую область.

Факторы внутренней среды — самой системы здравоохранения Московской области являются в основном управляемыми и определяются ее сильными сторонами и преимуществами и слабыми сторонами и недостатками.

Комплексный анализ информации из модулей SWOT-матрицы выявил потребность в усилении работы системы здравоохранения по конкретным направлениям профилактики социально значимых, том числе и социально опасных заболеваний.

При проведении этой работы опирались на стратегическое планирование, которое рассматривает как концептуально-методологические, так и организационно-процедурные аспекты развития профилактики. При этом реализуются функции подсистем общего и функционального управления и планирования, а также решаются следующие стратегические задачи:

- ознакомление с проблемой путем сопоставления существующего состояния с желаемым — функция инициативы;
- выработка требований к действиям — инструмент управления;

- определение критериев оценки информации и выбора альтернатив — принятие решений;

- обеспечение по возможности бесконфликтного сосуществования — инструмент координирования;

- создание предпосылок для последующего контроля — инструмент контроля.

Важнейшей среди всех названных функций является функция управления. В современной науке еще мало употребляется понятие управление здоровьем. Это объяснимо, так как потребность в здоровье формируется всей историей развития личности. Она формируется через экономическую, образовательную, культурно-воспитательную, гуманистическую, информационную и другие функции общества. Управлять этими процессами общество еще только учится, поскольку они затрагивают глубинные процессы, связанные с поведением человека, условиями его жизнедеятельности, ролью системы здравоохранения и других общественных систем в формировании здорового поведения человека. Управление этими процессами нередко выходит за рамки системы здравоохранения и связано с совокупностью влияния всех факторов на становление личности человека в обществе, отношение к собственному здоровью, его умение противостоять асоциальному влиянию.

Таким образом, в результате применения принципов стратегического управления системой профилактики в Московской области улучшилась эпидемиологическая ситуация, связанная с социально опасными заболеваниями.

Проводимая подобная работа в любом субъекте Российской Федерации с применением принципов стратегического управления позволит обеспечить успешное решение важнейших государственных задач, определяющих не только экономическую стабильность, но и в значительной степени национальную безопасность страны.



## Литература

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»//Собрание законодательства РФ. — 06.12.2004. — № 49. — ст. 4916.
2. Итоги работы системы здравоохранения Московской области в 2010 году и задачи на 2011 год/Под ред. проф. В.Ю. Семенова. — М.: 2011. — 150 с.
3. Стратегическое управление/Руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ /[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0019/70183/RC58\\_rdoc09.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/70183/RC58_rdoc09.pdf).
4. Онищенко Г.Г. Глобальная профилактика ВИЧ/СПИДа в свете решений «Большой Восьмерки»//Вестник российской академии медицинских наук. — 2008. — Т. 4. — С. 39–43.
5. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. <http://www.zdravo2020.ru/concept>.

### UDC 614

*Semenov V.U. B, Gurov A.H., Smbatyan S.M. Principals of strategic management of socially dangerous diseases (SDD) prevention system in Moscow region (Doctor's Enhancement Department MONIKA, Moscow)*

**Abstract.** The article presents principles of strategic management of socially dangerous diseases (SDD) prevention system applied in Public Health Care Institutions of Moscow Region. Information from SWOT-matrices modules allows revealing threats and weak points in the strategic management system of regional Public Health Care Institutions to prevent SDD elevation. Such management in any subject of Russian Federation using SWOT analysis provides successful solving the most important State tasks underlying not only economic stability but also State security of Russian Federation.

**Keywords:** *strategic management, prevention, socially dangerous diseases.*

## Здравоохранение в цифрах



### ВРАЧИ И МЕДПРЕДСТАВИТЕЛИ В ЧИСЛЕ САМЫХ ВОСТРЕБОВАННЫХ ПРОФЕССИЙ



Врачи и медицинские представители вошли в список 20 самых востребованных профессий на российском рынке труда в 2011 г., заняв 8-е место. На специалистов этого профиля поступило 1,8% запросов. Стоит учесть, что в сфере медицины многие работодатели придерживаются традиционных способов поиска кадров, предпочитая подбирать персонал по рекомендациям, а не через СМИ и Интернет. Поэтому реальный спрос на врачей может быть гораздо выше.

Что же касается самой востребованной на фармрынке профессии — медицинского представителя, то в ТОП-20 эта специальность занимает 14-ю позицию (1% спроса).

На последней строке оказались экономисты, спрос на которых составил 0,5% от совокупности вакансий, опубликованных в апреле 2011 года.

*Источник: Pharmvestnik.ru*



### **И.А. Гехт,**

д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой медицинского страхования Самарского государственного медицинского университета, [geht@samtfoms.ru](mailto:geht@samtfoms.ru)

### **Г.Б. Артемьева,**

к.м.н., исполнительный директор Рязанского областного фонда обязательного медицинского страхования, [agb@rofoms.ryazan.ru](mailto:agb@rofoms.ryazan.ru)

## НЕДЕТСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.258

Гехт И.А., Артемьева Г.Б. *Недетские проблемы детского здравоохранения* (Самарский государственный медицинский университет, г. Самара)

**Аннотация:** Модернизация детского здравоохранения предполагает тщательное изучение современных демографических тенденций и является комплексным процессом, затрагивающим все стороны реформирования российского здравоохранения.

**Ключевые слова:** модернизация, рождаемость, здоровье новорожденных.

В своем Послании Федеральному Собранию РФ от 30 ноября 2010 года Президент России Д.А. Медведев большое внимание уделил заботе государства о подрастающем поколении. В частности, он заявил: «Считаю, что нам жизненно необходима эффективная государственная политика в области детства. Политика современная, политика, которая отвечает интересам национального развития». Этот важный документ содержит ряд ответственных поручений, среди которых выделение не менее четверти средств, предназначенных на модернизацию здравоохранения, для совершенствования медицинской помощи детям.

К сожалению, появившиеся выступления в прессе касаются в основном только этого вопроса. Опубликованы даже отчеты с мест о том, что 25% средств регионального здравоохранения предполагается направить на развитие и укрепление сети детских лечебных учреждений и подразделений. Увы, это самая простая постановка вопроса. На самом деле в Послании проблема ставится гораздо серьезнее и масштабнее: речь идет о будущем страны, и забота об охране детского здоровья выступает как один из компонентов большой и сложной государственной программы, рассчитанной на многие годы.

Очень важен демографический аспект проблемы. Общеизвестно, что за последние 5 лет показатели рождаемости значительно увеличились как в целом по РФ, так и в подавляющем большинстве регионов страны. Трудно не согласиться с Президентом, отметившим, что в этом проявилась роль материнского капитала и национального проекта «Здоровье». И все же, анализируя показатели воспроизводства, нельзя не принимать во внимание влияние «демографических волн». В период деторождения вступило поколение, родившееся во второй половине 80-х годов, когда была зафиксирована высокая рождаемость, обусловленная

© И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, 2011 г.



тем, что это были дети, родившихся в 60-е годы, а те в свою очередь являлись детьми послевоенного «бэби-бума». В 80-е годы дала о себе знать и противоалкогольная кампания, также повлиявшая на увеличение рождаемости. Имеет значение и наблюдавшаяся после 2000 года так называемая «отсроченная рождаемость», когда решили завести детей семьи, которые не решались на этот шаг в кризисные 90-е. Теперь наступают другие времена, спад рождаемости 90-х несомненно скажется на показателях следующего десятилетия, и весьма проблематично, что существующие меры социальной поддержки семей смогут сыграть решающую роль для достижения показателей, зафиксированных в утвержденной Концепции демографического развития страны до 2025 года.

Одновременно с повышением рождаемости снижалась смертность, что позволило сократить ежегодные потери численности населения, но, наряду с несомненными успехами в деле уменьшения числа умерших, в том числе в трудоспособном возрасте, большую роль сыграл демографический фактор, связанный с Великой Отечественной войной, когда была «выбита» значительная часть поколения, вступившего в «период умирания» в 2000 годы. В настоящее время 80-летнего возраста достигло поколение, родившееся в 30-е годы, намного меньше затронутое войной, и можно ожидать некоторого подъема общего коэффициента смертности.

Изменения уровня рождаемости сопровождаются изменением и других показателей, ее характеризующих, объясняющих не только показатели рождаемости, но и особенности состояния здоровья детского и не только детского населения.

На фоне отмечающегося, как и во всем мире, увеличения возраста рожениц, остается достаточно большим число родов в группе подростков. И хотя их удельный вес не превышает 1,5%, число родивших в возрасте до 18 лет составило за 10 лет в Рязанской области 2,5 тысячи, в Самарской — 6,2 тыся-

чи. Среди всех женщин, родивших вне брака, они составляют 7–8%. У большинства девушек ранняя беременность нежеланна, поэтому неудивительно, что многие стараются ее прервать или узаконить рождение ребенка, скоропалительно создав семьи, часто недолговечные.

Следует учесть и состояние здоровья юных матерей: у 17% из них отмечается гинекологическая патология, да и общий уровень распространенности болезней среди подростков достаточно высок: 2557 на 1000 при распространенности наркологических расстройств 25,3 на 1000. Нередко беременность наступает у девушек, вступивших в половую связь под воздействием наркотиков, психотропных препаратов или алкоголя, что также может повлиять на развитие плода и состояние здоровья ребенка. Если доля рожениц-подростков, как уже указывалось, невелика, то среди прервавших беременность в медицинских организациях она составляет 8%. И соотношение родов и аборт в возрастной группе 15–19 лет не может не вызывать тревогу — 1 : 0,75. Аборты в раннем возрасте создают серьезную угрозу материнству в будущем, но, кроме этого, после абортов нередко отмечается развитие психических заболеваний, сосудистой патологии, повышенный риск онкологических болезней.

К сожалению, аборты играют пагубную роль не только при ранней беременности. Несмотря на некоторое снижение числа абортов в последние годы, по их распространенности мы значительно опережаем развитые страны. Аборты остаются основным регулятором рождаемости. В отсрочке по различным причинам первых, а также и последующих родов ведущую роль продолжают играть аборты. Аборты не только сдерживают рождаемость, но и ухудшают состояние здоровья женщин и потомства. Поэтому весьма актуальным было бы включение гормональной контрацепции в сферу обязательного медицинского страхования, как это сделано, например, во Франции.





Обращает на себя внимание и то, что общее увеличение рождаемости сопровождается ростом рассматриваемых показателей в возрастных группах женщин после 30 лет. Так, коэффициент рождаемости за последние 20 лет повысился в группе 30–34 года на 40%, 35–39 лет — на 65%, 40–44 года — на 33%. Почти на 2 года увеличился средний возраст рожавших. Эта тенденция увеличивает группу риска по состоянию здоровья новорожденных.

В эту же группу риска следует отнести значительную долю новорожденных, рожденных вне брака. И хотя в последнее время удельный вес внебрачной рождаемости несколько снизился, тем не менее, он составляет 22–24%, а среди родивших в возрасте до 18 лет достигает 60%, в последней группе значительна доля матерей, отказавшихся от детей. Известно, что в развитых странах мира удельный вес детей, рожденных вне брака, в 2 раза выше, чем в России, но существуют отличия, на которые следует обратить внимание: развитая система весьма солидных пособий, полная обеспеченность детскими дошкольными учреждениями, создание института «государственных нянь», более высокий удельный вес желанных детей, рожденных при планируемой беременности, и т.д. И, пожалуй, главное: состояние здоровья детей, рожденных вне брака, практически не отличается от состояния здоровья детей в полных семьях.

Что же касается состояния здоровья наших новорожденных, то этот вопрос не может не вызывать тревогу. В родильных домах и подразделениях по официальной статистике регистрируется 600 заболеваний на 1000 новорожденных, при этом патология выявляется у каждого третьего ребенка.

В группе детей первого года жизни зарегистрированная заболеваемость составляет 2900 на 1000, в возрастной группе 0–14 лет — 2993 на 1000, среди подростков — 2557 на 1000.

Более четкое представление о состоянии здоровья детей дают показатели распреде-

ления детей и подростков по группам здоровья. У новорожденных к 1-й группе («здоровые») относятся 5%, ко 2-й («с функциональной патологией и группа риска») 88,6%, к 3-й группе («больные») — 6,4%. В группе детей от 0 до 14 лет к 1-й группе относятся 19,9%, ко 2-й — 62,7%, к 3-й — 17,4%. Среди подростков 1-ю группу составляет 18,4%, 2-ю — 58%, 3-ю — 23,6%. В группе детей первого года жизни доля здоровых составляет лишь 19,2%.

Несомненно, на состояние здоровья детей и в первую очередь новорожденных влияет состояние здоровья беременных и матерей. На 1000 женщин, закончивших беременность, приходится 795 заболеваний, возникших именно в период беременности, не считая простудных. Число заболеваний, осложнивших роды, составило 596 на 1000 родов. По данным женских консультаций, у 80% женщин, закончивших беременность, наблюдались осложнения беременности. Распространенность экстрагенитальных заболеваний в указанной группе составляет 76 на 100.

По данным счетов-реестров, выставленных для оплаты страховым медицинским организациям, 80% всех родов отнесены к разряду патологических. В 22% случаев применяется кесарево сечение.

Таким образом, высокий уровень заболеваемости беременных женщин, новорожденных и детей раннего возраста, осложнения беременности и родов свидетельствуют о том, что повышение рождаемости ведет к обязательному увеличению нагрузки на лечебно-профилактические учреждения, обусловленному не только ростом числа беременных женщин и родов, но и состоянием здоровья женщин и детей. Необходимо предусмотреть соответствующий дополнительный коечный фонд, увеличение нагрузки на врачей и средний медицинский персонал поликлиники и скорой медицинской помощи. Это потребует и повышения числа медицинских кадров, и качества их подготовки. На все эти мероприятия требуются дополнительные ресурсы.



Значительно должны увеличиться и расходы фонда социального страхования на выплату больничных листов по уходу за заболевшими детьми. Вряд ли здесь уместна экономия. В этом вопросе позицию государства следует признать уязвимой. Речь идет о принятом с 2011 года порядке оплаты больничных листов. Ужесточение формулы расчета среднего заработка, из которого начисляется пособие, резко уменьшит размеры пособий у заболевших молодых людей, имеющих небольшой стаж работы (особенно у тех, кто только начинает трудовую деятельность), а также у молодых матерей, получающих пособие в связи с болезнью ребенка.

Опасность заключается в том, что любые материальные потери не улучшают состояние здоровья и не позволяют получать полноценное лечение. Невыгодность в получении больничного листа приведет к уменьшению обращаемости молодых людей за медицинской помощью, росту доли больных, занимающихся самолечением. Все это рано или поздно выразится в накоплении хронической патологии у населения, которая будет выявляться при диспансеризации и по поводу которой будет увеличиваться потребность в специализированной медицинской помощи с ростом дорогостоящей госпитализации по экстренным показаниям. Экономическая мотивация подтолкнет трудоспособное население при любой возможности ходить на работу, ездить в общественном транспорте, распространяя инфекцию, да и детей с насморком будут отправлять в детские дошкольные и школьные учреждения, если их не с кем оставить. О беременных мы не упоминаем, так как Президент дал поручение исправить сложившееся положение, при котором многим будущим мамам грозило недополучение пособия по беременности и родам. И все это на фоне большого удельного веса внебрачной рождаемости и матерей-одиночек.

От повышения рождаемости государство получит значительно отсроченную экономи-

ческую выгоду при условии, что повзрослевшие дети будут здоровыми и восполняют уменьшающиеся в последние годы трудовые ресурсы.

Наивно было бы предполагать, что поколение, появившееся на свет в последние годы с негативными показателями здоровья, будет здоровее, чем их родители. Значит, со всей остротой встают вопросы, связанные с повышением уровня здоровья взрослого населения, ибо и дальше от больных родителей не стоит ждать появления здорового потомства. Некоторые демографические показатели заставляют задуматься о том, всегда ли правильно мы расставляем акценты при планировании программ модернизации здравоохранения и организации медицинской помощи.

Понятно, когда основное внимание уделяется снижению смертности от болезней органов кровообращения, в структуре причин смертности этот класс занимает первое место (более 50%). В то же время средний возраст умерших от болезней сердца и сосудов составляет 74 года (если бы все умирали только от болезней системы кровообращения, то продолжительность жизни составила бы 74 года). Но средний возраст умерших на 8 лет меньше в силу того, что от онкологических заболеваний умирают в среднем в возрасте 65 лет, от болезней органов дыхания — 59 лет, от болезней органов пищеварения — 58 лет, от инфекционных болезней и травм — чуть больше 40 и т.д.. Значит, необходимо обратить внимание не только на развитие кардиологической службы.

Следует учесть и то, что уровни госпитализации при различных заболеваниях не адекватны их значимости, если принимать во внимание причины смертности. В Дании, например, структура и ранговые места при госпитализации точно соответствуют структуре и ранговым местам по причинам смертности. В России же у трудоспособного населения среди причин смертности на первом месте стоят заболевания системы кровообращения, а в структуре госпитализаций этот





класс болезней занимает 3–4 места. Программа модернизации должна это учесть при реструктуризации больничных учреждений и реорганизации стационарной помощи.

Когда мы говорим о показателях смертности, то нельзя не остановиться на ее абсолютной предотвратимости. Ежегодно страна теряет около 20 тысяч своих граждан убитыми, столько же погибают от случайных отравлений, в 1.5 раза больше — от самоубийств, на дорогах погибают 25–30 тысяч человек. А ведь это в основном молодой трудоспособный контингент. Даже прибывающие в страну внешние мигранты не могут компенсировать потери населения, вызванные травмами и отравлениями.

Внешняя и внутренняя миграция также влияет на показатели рождаемости и состояние здоровья потомства. Въезжающие в страну мигранты используются, как правило, на работах, не требующих высокой квалификации, имеют соответствующий уровень образования и культуры. Часто они ввозят в страну инфекционные и неинфекционные болезни. Не являются исключением и прибывшие в страну дети. Призыв руководителей Роспотребнадзора высылать из страны мигрантов, больных туберкулезом, весьма спорен, поскольку это может привести к уменьшению обращаемости мигрантов за медицинской помощью и еще большему распространению инфекции, в том числе и среди детей. К тому же сама процедура высылки инфекционного больного очень проблематична. Целесообразней отнести мигрантов к группе риска с проведением им углубленных медицинских осмотров.

Когда мы подчеркиваем роль состояния здоровья взрослого населения в состоянии здоровья детей и организации им медицинской помощи, то имеем в виду и здоровье и социальное положение пожилых и старых людей. Ведь еще 20–25 лет назад от них очень зависела поддержка молодых семей и их детей. Бабушки и дедушки, получая достойную пенсию, работали на приусадеб-

ных участках и дачах, оказывали большую материальную помощь детям и внукам, неработающие пенсионеры ухаживали за заболевшими внуками, оставались дома со здоровыми, давая возможность молодым родителям работать. Сейчас ситуация изменилась: состояние здоровья и материальное положение большинства пенсионеров таково, что часто им самим требуется помощь. Поэтому вопросы повышения пенсий, улучшения доступности медицинской помощи, стабилизации цен на продукты и лекарства в конечном итоге имеют значение и для оптимизации ухода за детьми и улучшения у них состояния здоровья. При необеспеченности детскими дошкольными учреждениями роль бабушек и дедушек трудно переоценить.

Программа модернизации регионального здравоохранения содержит важный раздел, посвященный повышению доступности амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе оказываемой врачами-специалистами. Речь должна идти не о том, чтобы просто увеличить доходы врачей поликлиники, которые были обойдены вниманием при реализации национального проекта «Здоровье». Показатели здоровья населения говорят о том, что, несомненно, потребность во врачах-специалистах возрастает как среди детей, так и взрослого населения (в связи с хронизацией заболеваний и постарением населения).

В большинстве регионов страны отмечается сходная тенденция: увеличение заболеваемости у подростков по сравнению с детской заболеваемостью. Причина в том, что, во-первых, объективно состояние здоровье у подростков ухудшается; во-вторых, в подростковом возрасте организована более совершенная система диспансеризации с участием врачей-специалистов. Все это приводит к тому, что показатели заболеваемости хроническими болезнями эндокринной, мочеполовой систем, глаз, системы кровообращения у подростков (без учета первичной заболеваемости) в 2–2,3 раза выше, чем у детей. Необходимо активно выявлять болезни



в детском возрасте, а также пересмотреть систему регистрации заболеваний.

При этом следует учитывать болезни не только за один год, а изучать накопленную заболеваемость (за 3–5 лет), принимая во внимание не только обращения за медицинской помощью и медицинские осмотры в ЛПУ по месту прикрепления, но и регистрировать заболеваемость при обращениях в частные и ведомственные лечебные учреждения, учитывать основные и сопутствующие диагнозы, выставленные в стационарах, на консультативном приеме, при вызовах скорой медицинской помощи, при посещении салонов «Оптика» с подбором очков и т.д.

Необходима специальная программа совершенствования учета и анализа заболеваемости всего населения страны, чтобы использовать эти данные для расчета потребности детского и взрослого населения в больничных койках по профилям, во врачебных кадрах различных специальностей. В настоящее время существующие нормативы, носящие рекомендательный характер, безнадежно устарели.

Оказание детям специализированной амбулаторной медицинской помощи только специалистами по детству весьма проблематично. Целесообразно использовать специалистов-универсалов, работающих и во взрослых поликлиниках, которые могут проконсультировать и оказать помощь не только взрослым, но и детям. В связи с этим весьма актуальным выглядит вопрос о целесообразности существования самостоятельных детских поликлиник, в том случае, если они маломощны. Эти вопросы особенно остро встают при переходе на подушевой метод финансирования поликлиник с элементами фондодержания. Детские поликлиники, несмотря на то, что для детей применяются более высокие коэффициенты ресурсопотребления, оказываются в группе риска, так как среди детей намного выше, чем у взрослых, уровень госпитализации, которая оплачивается из средств поликлиник, да и потребность в кон-

сультациях, диагностических исследованиях, осуществляемых в других ЛПУ, также высока. Опыт работы в Самарской области по внедрению оптимальных методов оплаты медицинских услуг показал экономическую эффективность объединения детских и взрослых поликлиник, так как тогда реализуется важный принцип страхования — финансовая солидарность разных возрастных групп населения. При этом увеличивается доступность специализированной медицинской помощи, сложных диагностических исследований, современных амбулаторных лечебных технологий. Централизация и укрупнение диагностических подразделений позволяют не только более рационально разместить оборудование, поступающее в том числе по программе модернизации, но улучшают качество диагностики, что позволяет сократить кратность одних и тех же исследований в различных учреждениях, например, при направлении пациента в стационар, где его без необходимого обследования не принимают, но исследования, проведенным в поликлинике, не верят и повторяют весь цикл снова. Существует и еще одна причина для объединения. Самостоятельная детская поликлиника, передав повзрослевших детей во взрослую сеть, практически их теряет, не интересуется состоянием здоровья хронических больных, их дальнейшей судьбой. Конечно, и при объединении медицинских организаций это может наблюдаться, но все же дефектура в работе детской поликлиники, обнаруженная у взрослых, связанная с выявлением заболеваний и их лечением, в пределах одного учреждения передается педиатрам, изучается, учитывается для совершенствования организации медицинской помощи детям.

Возвращаясь к внедрению эффективных методов оплаты медицинских услуг в системе ОМС, следует с осторожностью отнестись к фондодержанию. Во многих случаях поликлиника не должна нести финансовую ответственность за госпитализацию (по поводу беременности, родов, травматизма, инфекционных





болезней, болезней крови и т.д.). Да и экономический эффект от уменьшения уровня госпитализации при более активной работе поликлиник скорее затрагивает интересы медицинских работников амбулаторного звена, нежели пациентов, вынужденных на свои деньги покупать дорогостоящие лекарства, так как, в отличие от других стран, лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении не входит в нашей стране в ОМС.

В то же время многие поликлиники, особенно в сельской местности, испытывают дефицит в специалистах, число которых в последнее время уменьшается. Следует принимать во внимание и то, что общая обеспеченность врачами на селе в 2,5 раза хуже, чем в городе, а если считать только врачей-специалистов, то различие увеличивается в несколько раз. Увеличение оплаты труда врачам-специалистам и среднему медицинскому персоналу на 1,5–3 тысячи рублей в месяц по программе модернизации имеет положительное значение, но не улучшит коренным образом доступность специализированной помощи при отсутствии специалистов. Речь должна идти о пересмотре методики подготовки врачей-специалистов. Уход от простой системы их подготовки, существовавшей многие годы и оправдавшей себя в условиях дефицита врачебных кадров, приведет к еще большему уменьшению врачей-специалистов, неадекватному росту совместительства, которое и сегодня превышает все допустимые пределы, создавая иллюзию роста средней заработной платы у врачей. Все врачи, работающие сегодня, прошли специализацию или в медицинских институтах в течение 4–5 месяцев, или в более позднее время в интернатуре.

В свое время активно готовились в течение нескольких месяцев врачи для сельской местности с целью овладения ими смежных специальностей, когда стало ясно, что потребность в специалистах растет, а их не хватает. В такой развитой области, как Самарская, в сельской местности (27 райо-

нов) работают только 4 врача-уролога при выраженном постарении населения и росте потребности у мужчин в урологической помощи по месту жительства. А ведь специализация врачей-хирургов по урологии могла бы в определенной степени решить эту проблему. Так же, как и по эндокринологии, кардиологии, неврологии и т.д.

Повышение доступности специализированной медицинской помощи только через некоторое повышение оплаты труда врачей-специалистов не может решить существующей проблемы.

Существует еще один резерв для совершенствования специализированной помощи детям, да и взрослым тоже: более эффективное использование для амбулаторной консультативной и лечебной помощи возможностей крупных больниц. Не секрет, что наиболее квалифицированные кадры врачей-специалистов сконцентрированы именно в лечебных учреждениях клинического уровня, и более активное использование их, в том числе с созданием достаточно мощных дневных стационаров и гостиничных отделений, когда для обследования необходимо круглосуточное пребывание пациентов, может значительно улучшить доступность специализированной помощи.

На наш взгляд, уделяя повышенное внимание профилактике заболеваемости детей, необходимо делать акцент не только на профилактические осмотры, прививки и санитарно-просветительную работу, но и на радикализацию лечебных мероприятий при обращениях детей (да и взрослых) за медицинской помощью. Заболевших необходимо лечить, своевременно применяя современные эффективные технологии, что может явиться важнейшей формой профилактики хронизации патологии, возникновения обострений и осложнений. Медицинские осмотры, не сопровождающиеся эффективными лечебными мероприятиями, не приведут к улучшению здоровья населения. Только умелое сочетание профилактических и лечебных



мероприятий может выступить как залог успеха. Полезно вспомнить, как о результатах первой всеобщей диспансеризации писал Н.А. Семашко в 1925 году: «Важно отметить два существенных недостатка практики массовой диспансеризации: массовые осмотры всего населения ухудшили амбулаторно-поликлиническое обслуживание населения, увеличили посещаемость и создали перегрузку врачей на приеме; синтеза профилактической и лечебной медицины не

получилось, так как была допущена «величайшая ошибка»: организаторы массовой диспансеризации «забыли» о лечебной стороне проблемы планового оздоровления населения с помощью диспансерного метода». Мы должны признать, что эта оценка актуальна и сегодня.

Таким образом, модернизация детского здравоохранения представляет собой комплексную проблему, затрагивающую все стороны реформирования здравоохранения страны.



## Литература

1. Белостоцкий А.В. Деятельность ФГУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Росздрава» (г. Пенза) и проблемы его ресурсного обеспечения // Проблемы соц. гиг. и истории медицины. — 2010. — № 5. — С. 45–48.
2. Демографический ежегодник Самарской области. — Самара, 2010. — 340 с.
3. Основные показатели здравоохранения Самарской области 2003–2007 гг. — Самара, 2008. — 215 с.
4. Серенко А.Ф., Ермаков В.В., Петраков Б.Д. Основы организации поликлинической помощи населению. — М., 1976. — 16 с.

UDC 614.258

Geht I.A., Artemieva G.B. *Not childish problems of children's health care (Samara State Medical University, Samara)*

**Annotation:** Modernization of child health care suggests precise investigation of modern demography tendencies and is a complex process, reflecting all sides of Russian health care reforming.

**Keywords:** modernization, birth rate, health of newborns.

## Здравоохранение-2011

### ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА ОТКРЫЛА «ГОРЯЧУЮ ЛИНИЮ» ДЛЯ СБОРА ЖАЛОБ НА ПОЛИКЛИНИКИ



Целью «горячей линии» является сбор информации о доступности и качестве медицинской помощи в городских и районных поликлиниках, а также в фельдшерско-акушерских пунктах в сельской местности. Полученные данные будут проанализированы экспертами ОП, на их основе будет подготовлен доклад о состоянии поликлиник и ФАПов для правительства РФ.

Эксперты ОП намерены проанализировать такие показатели работы учреждений как доступность информации о приеме специалистов для посетителей, возможность своевременно попасть на прием или диагностическую процедуру, время ожидания в очередях, факты вымогательства денег, качество диагностики и лечения, приспособленность помещений для больных и инвалидов, культура общения с пациентами.

**О.Ю. Александрова,**

д.м.н., профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении  
ГОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова, г. Москва, aou18@mail.ru

**О.Н. Лебединец,**

к.ю.н., доцент кафедры гражданского права и процесса ГОУ ВПО Московский университет  
МВД России, г. Москва, o.lebedinec@mail.ru

**А.Р. Кременков,**

аспирант кафедры основ законодательства в здравоохранении ГОУ ВПО Первый МГМУ  
им И.М. Сеченова, г. Москва

**Т.В. Рамнёнок,**

соискатель кафедры основ законодательства в здравоохранении ГОУ ВПО Первый МГМУ  
им И.М. Сеченова, г. Москва

## КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ, НОВЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ

УДК 614.251

*Александрова О.Ю., Лебединец О.Н., Кременков А.Р., Рамнёнок Т.В. Классификация медицинской помощи – существующие проблемы, новые законодательные подходы (ГОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова, г. Москва; ГОУ ВПО Московский университет МВД России, г. Москва)*

**Аннотация.** В статье речь идет о классификации медицинской помощи в действующем законодательстве в сравнении с классификацией, которую предлагает новое законодательство. Впервые в законодательство предлагается ввести понятие «медицинская помощь», формы и условия оказания медицинской помощи. Вводятся новые понятия первичной специализированной медико-санитарной медицинской помощи, неотложной, экстренной медицинской помощи. Предложенные новеллы правового регулирования являются спорными и требуют обсуждения в профессиональном сообществе.

**Ключевые слова:** медицинская помощь; вид, формы, условия оказания медицинской помощи; первичная медико-санитарная медицинская помощь, специализированная медицинская помощь; скорая, неотложная, экстренная медицинская помощь.

Государственная Дума Российской Федерации рассмотрела в первом чтении представленный Правительством РФ проект Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В данном законопроекте представлен ряд новелл правового регулирования сферы охраны здоровья граждан в Российской Федерации, в том числе законодательно закрепляется понятие «медицинская помощь», виды, формы и условия ее оказания.

Определение медицинской помощи, данное в законопроекте, требует самого серьезного обсуждения.

В соответствии со статьей 2 законопроекта (статья 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе») «медицинская помощь — медицинская услуга или комплекс медицинских услуг».

Однако отождествлять медицинскую помощь с медицинской услугой в корне не верно. Медицинская помощь предоставляется (на основании Конституции РФ) бесплатно, являясь инструментом социальной политики

© О.Ю. Александрова, О.Н. Лебединец, А.Р. Кременков, Т.В. Рамнёнок, 2011 г.



государства (социальное обеспечение граждан), существует вне договорного поля.

Услуга же — объект гражданского правоотношения (ст. 128 ГК РФ «Объекты гражданских правоотношений»), потому подчиняется гражданско-правовому регулированию, как правило, оказывается на возмездной основе (хотя возможно заключение договора безвозмездного оказания услуг). К тому же услуга всегда облечена в договорную форму. Понуждение к заключению договора по общему правилу не допускается и возможно только по взаимосогласованию сторон путем их свободного волеизъявления (заключение договора).

Помощь же возможна и без выражения воли и соответственно волеизъявления пациента (например, в случае невозможности выражения воли лицом, если оно находится в бессознательном состоянии, при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, и в иных предусмотренных законодательством случаях).

В целом нам представляется необоснованным и не учитывающим всей сложности вопроса отнесение отношений по поводу оказания медицинской помощи исключительно к предмету гражданского права. Медицинская деятельность (в том числе в части предоставления медицинской помощи и оказания медицинских услуг) регулируется не только частными отраслями права, но и публично-правовыми.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о недопустимости предложенного законопроектом легального определения «медицинская помощь» и соответственно «пациент». Подобные правовые подходы, предложенные в законопроекте, повлекут негативные правовые последствия, в том числе правоприменительные.

В соответствии со статьей 28 законопроекта «медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания».

К видам медицинской помощи относятся:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь (статья 28. «Медицинская помощь» законопроекта).

Не вызывает сомнения, что *первичная медико-санитарная помощь* — это основной вид медицинской помощи, оказываемой гражданам в местах первых контактов граждан с системой здравоохранения.

В действующих Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 закреплено понятие первичной медико-санитарной помощи: «Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства (статья 37.1 «Медицинская помощь» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, далее — Основ).

Таким образом, в определении, данном законодателем в статье 37.1 действующих Основ, первичная медико-санитарная помощь включает:

- 1) лечение наиболее распространенных болезней;
- 2) травм, отравлений и других неотложных состояний;
- 3) медицинскую профилактику важнейших заболеваний;
- 4) санитарно-гигиеническое просвещение населения;





5) проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Неотложная медицинская помощь входит в понятие первичной медико-санитарной помощи.

Характеристиками ПМСП в действующих Основах являются: вид медицинской помощи, основа системы оказания медицинской помощи, доступность, бесплатность.

В формулировке нового законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

«Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний и их медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения» (статья 29. «Первичная медико-санитарная помощь» законопроекта).

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи в целях приближения к месту жительства или работы граждан осуществляется по территориально-участковому принципу, означающему формирование групп обслуживаемого контингента по признаку проживания на определенной территории или работы в определенных организациях, с учетом права на выбор врача и медицинской организации.

Таким образом, в определении законопроекта первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) включает:

- 1) мероприятия по профилактике, диагностике, лечению и медицинской реабилитации заболеваний и состояний;
- 2) мероприятия по наблюдению за течением беременности;
- 3) мероприятия по формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Характеристиками ПМСП в новых Основах являются: вид медицинской помощи;

основа системы оказания медицинской помощи, приближенность к месту жительства или работы граждан (осуществляется по территориально-участковому принципу с учетом права на выбор врача и медицинской организации).

Принципиальным является то, что в новом определении ПМСП исключена такая характеристика, как «бесплатность», и ПМСП не включает лечение травм, отравлений и других неотложных состояний.

ПМСП состоит в соответствии с законопроектом (статья 29. «Первичная медико-санитарная помощь» законопроекта) из:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи;
- первичной врачебной медико-санитарной помощи;
- первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Введение в закон понятия «первичная специализированная медико-санитарная помощь» является новеллой не только отраслевого законодательства, но и всей теории организации здравоохранения.

По сути, законодатель предлагает смешение понятий «ПМСП» и «специализированная медицинская помощь». Это серьезная новелла регулирования медицинской помощи, которая есть риск, на практике приведет к неоднозначности толкования, связанной с юридической неоднозначностью правовой нормы.

В соответствии с действующими Основами «специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий» (статья 37.1. «Медицинская помощь» Основ).

«Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений» (статья 40. «Специализированная медицинская помощь» Основ).

В соответствии с новым законопроектом «специализированная, в том числе высоко-





технологичная, медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя лечение заболеваний, требующих специальных методов диагностики и лечения, использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию» (статья 30. «Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь» законопроекта).

Ни в определении специализированной медицинской помощи, данном в действующих Основах, ни в новом законопроекте нет четких критериев именно специализированной медицинской помощи и нет четкого разграничения с первичной медико-санитарной помощью, поскольку нет понятия «специальных методов диагностики и лечения» и «сложных медицинских технологий». При оказании как первичной медико-санитарной помощи, так и специализированной используется достаточно и специальных методов диагностики и лечения, и сложных медицинских технологий.

Не является однозначным разграничением и то, что специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами.

В соответствии с действующими Основами «специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений» (статья 40. «Специализированная медицинская помощь» Основ).

В новом законопроекте специализированная медицинская помощь «оказывается врачами-специалистами» (статья 30. «Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь» законопроекта).

В соответствии с действующими Основами первичная медико-санитарная помощь может оказываться в том числе врачами-специалистами учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения (статья 38. «Первичная медико-санитарная помощь» Основ).

В соответствии с законопроектом (статья 29. «Первичная медико-санитарная помощь» законопроекта):

«Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, в том числе врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь».

Из текста данной статьи законопроекта следует, что первичная специализированная медико-санитарная помощь может оказываться в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Таким образом, в отраслевом законодательстве оказалась совершенно размыта граница между первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощью, и новый законопроект еще более способствует этому.

Но нужно ли жесткое законодательное разделение первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи?

Идея законодательного жесткого разделения ПМСП и специализированной медицинской помощи возникла вместе с идеей законодательного разделения полномочий в сфере охраны здоровья.

Законодатель федеральными законами, принятыми за последние годы (Федеральный закон от 28.08.2004 № 122-ФЗ, Федеральный закон от 29.12.2006 № 258-ФЗ, Федеральный закон от 18.10.2007 № 230-ФЗ), в угоду разделению полномочий между уровнями власти, законодательно закрепил разделение ПМСП и специализированной медицинской помощи по разделению источников финансирования (финансовых обязательств бюджетов различного уровня).





В соответствии с принятыми законами полномочия по организации оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских организациях, являются полномочиями органов местного самоуправления.

Полномочия по организации оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях являются полномочиями органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Такими образом, именно разница в понятиях «первичная медико-санитарная» и «специализированная» медицинская помощь являлась основанием для финансирования из различных бюджетов — бюджета субъекта РФ или муниципального бюджета, при том, что в понятийном аппарате организации здравоохранения и в отраслевом законодательстве граница между этими понятиями оказалась совершенно размыта.

Нечеткость и юридическая неоднозначность понятий «первичная медико-санитарная» и «специализированная» медицинская помощь при классификации медицинской помощи в законодательстве, базирующейся на разграничении полномочий органов государственной власти и местного самоуправления, приводит к различным трактовкам данных видов медицинской помощи в регионах, а значит, к проблемам как организационного, так и финансового характера.

Ни в полномочия органов государственной власти субъектов РФ, ни в полномочия органов местного самоуправления не включены организация и финансирование специализированной медицинской помощи в муниципальных организациях здравоохранения.

Таким образом, с позиции действующего законодательства специализированной медицинской помощи на муниципальном уровне нет.

На самом деле специализированная медицинская помощь, конечно, есть в муниципальных организациях здравоохранения, но вся она в муниципальных учреждениях здравоохранения по-прежнему остается без законодательного закрепления, а значит, без основания финансирования.

Населению же на муниципальном уровне (то есть самом приближенном к населению уровне здравоохранения) всегда необходим определенный объем и специализированной медицинской помощи, поэтому разделение полномочий по уровням власти и финансирования с исключением из полномочий органов местного самоуправления организации специализированной медицинской помощи не соответствует практике оказания медицинской помощи.

Но нужно ли жесткое законодательное разделение первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи?

На наш взгляд, первичная медико-санитарная помощь (как «первый уровень контакта граждан с системой здравоохранения») может и должна быть оказана медицинскими работниками любых специальностей, в том числе и врачами-специалистами, и в медицинских организациях всех систем здравоохранения. К какому бы врачу не обратился пациент с жалобами на плохое самочувствие, любой врач проведет общее обследование пациента и назначит необходимые общие анализы. Даже если пациент в плановом порядке госпитализирован в специализированное отделение стационара с определенным диагнозом, при возникновении новых жалоб, не связанных с данным заболеванием, ему впервые будут проведены лечебно-диагностические мероприятия по поводу вновь диагностированного заболевания. По сути, в специализированном отделении стационара в данном случае будет оказана ПМСП.



Поэтому невозможно разделение этих двух видов медицинской помощи по делению врачей на врачей-специалистов, оказывающих только специализированную медицинскую помощь, и «врачей-неспециалистов», оказывающих только ПМСП. В практике сформировался дополнительный, не применяемый в официальных нормативно-правовых актах, термин «узкие специалисты», чтобы как-то отличить врачей-специалистов от «врачей-неспециалистов», оказывающих ПМСП.

И сама идея разделения этих двух видов медицинской помощи абсолютно не нужна для медицинских работников. Большой один, медицинские работники оказывают медицинскую помощь конкретному больному и организуют единый процесс оказания медицинской помощи в зависимости от потребности состояния здоровья этого больного.

Сначала оказывается ПМСП. Более высокий уровень медицинской помощи — специализированная медицинская помощь.

Оба уровня медицинской помощи могут оказываться в одной медицинской организации, поэтому в основу разделения медицинской помощи на ПМСП и специализированную не может быть положено:

1) разделение на основе источников финансирования;

2) разделение на основе типа медицинской организации по форме собственности (государственная, муниципальная, частная), в которой данная медицинская помощь оказывается.

Если уж и требуется с какой-то целью разделить ПМСП и специализированную медицинскую помощь, то, на наш взгляд, возможно такое разделение на основе стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи. В стандарте медицинской помощи возможно прописать, какой объем медицинской помощи, оказанной медицинскими работниками (в виде перечня диагностических и лечебных медицинских услуг), относится к первичной медико-санитарной, а какой к специализированной

(также в виде перечня диагностических и лечебных медицинских услуг). В порядках оказания медицинской помощи возможно прописать, какой этап оказания медицинской помощи в медицинской организации относится к первичной медико-санитарной, а какой к специализированной.

В законопроекте «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» изменены полномочия органов государственной власти и местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан.

К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ отнесена организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в государственных учреждениях субъекта РФ.

Таким образом, полномочия по организации оказания всех видов медицинской помощи, а не только специализированной, как в действующем законодательстве, теперь будут относиться к полномочиям субъектов РФ. В условиях новых полномочий разделение медицинской помощи на ПМСП и специализированную теряет экономическую основу, и это, на наш взгляд абсолютно правильно.

**Скорая медицинская помощь** в новом законопроекте определена как самостоятельный вид медицинской помощи.

В действующих Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 скорой медицинской помощи посвящена отдельная статья (статья 39. «Скорая медицинская помощь»), однако скорая медицинская помощь не называется законодателем отдельным видом медицинской помощи.

В соответствии с этой статьей Основ «скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется





безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно» (статья 39. «Скорая медицинская помощь» Основ).

В этих определениях, данных законодателем, уже имеется противоречие.

С одной стороны, «...скорая медицинская помощь...осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности...», с другой, в следующем абзаце статьи 39 Основ звучит: «Скорая медицинская помощь оказывается учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения...».

Видимо, законодатель хотел подчеркнуть, что **основной объем** скорой медицинской помощи оказывается службой скорой медицинской помощи государственных и (или) муниципальных организаций.

На наш взгляд, безусловно, при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), медицинская помощь должна осуществляться безотлагательно медицинскими работниками и медицинскими организациями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы соб-

ственности. Если в организации, в которую обратился человек, нет возможности оказать соответствующую помощь, необходимую для предотвращения угрозы жизни, то сотрудники данной организации должны способствовать переводу данного пациента в медицинскую организацию, в которой данная помощь может быть оказана.

Характеристиками скорой медицинской помощи в определении действующих Основ являются:

- срочность медицинского вмешательства;
- безотлагательность;
- оказывается лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности.

В соответствии с новым законопроектом (статья 31. «Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь» законопроекта):

«Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам безотлагательно при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Таким образом, характеристиками скорой медицинской помощи в соответствии с новым законопроектом по-прежнему остаются: безотлагательность и срочность медицинского вмешательства.

Понятий «неотложная» и «экстренная» медицинская помощь в законодательстве РФ до 2006 года не было.

Если обратиться к истории формирования законодательства, то понятие «экстренная медицинская помощь» впервые появилось в законопроекте «О государственных гарантиях медицинской помощи», представленном на обсуждение профессионального сообщества в 2004 году. В статье 10 законопроекта было определено: «Экстренная медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, угрожающих жизни, безотлагательно медицинскими организациями, в которые обратился гражда-



нин». Данное определение соответствует понятию скорая медицинская помощь по признаку «безотлагательность», однако добавляет еще и дополнительную характеристику — «состояния, угрожающие жизни».

В 2006 году Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» от 29.12.2006 № 258-ФЗ (3) были внесены изменения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и впервые введено новое понятие — «неотложная медицинская помощь».

Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ раздел IV Основ был дополнен статьей 37.1. «Медицинская помощь»:

«Медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в том числе учрежденных физическими лицами, независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности получивших лицензию на медицинскую деятельность. Медицинская помощь оказывается также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на медицинскую деятельность».

**Первичная медико-санитарная помощь** является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других **неотложных состояний**; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

**Скорая медицинская помощь** оказывается гражданам при состояниях, требующих **срочного** медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях).

**Неотложная медицинская помощь** оказывается гражданам медицинским персона-

лом амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальной системы здравоохранения при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, **не требующих срочного** медицинского вмешательства...» (прим. — жирный шрифт автора).

Таким образом, в законодательство впервые было введено понятие неотложной медицинской помощи, причем законодательно закреплено разделение на скорую и неотложную медицинскую помощь.

Из определения скорой медицинской помощи, данного законодателем уже в двух статьях закона (статья 37.1. «Медицинская помощь» и статья 39. «Скорая медицинская помощь» Основ), следует, что скорая медицинская помощь обладает все теми же характеристиками: «срочность медицинского вмешательства» и осуществление «безотлагательно».

Из вышеуказанного определения неотложной медицинской помощи следует, что характеристиками понятия «неотложная медицинская помощь» являются: «не требуется срочного медицинского вмешательства», «оказывается медицинским персоналом амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальной системы здравоохранения».

Понятие «экстренная медицинская помощь» Федеральным законом № 258-ФЗ от 29.12.2006 в Основы не вошло.

Определение неотложной медицинской помощи, введенное в Основы, вызвало бурное обсуждение и несогласие профессионального сообщества и было впоследствии исключено из Основ. Возникали вопросы, связанные как с теоретическими подходами к данному определению, так и с практической реализацией оказания «неотложной» медицинской помощи.

Однако понятие «неотложная медицинская помощь» продолжает употребляться в программах государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ежегодно утверждаемых Правительством РФ.





Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи *на 2008 год* (Утв. Постановлением Правительства РФ от 15 мая 2007 года № 286) (4): «**Неотложная медицинская помощь** оказывается гражданам в амбулаторно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства».

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи *на 2009 год* (Утв. Постановлением Правительства РФ от 28.08.2009 № 705) (5): «За счет бюджетных ассигнований местных бюджетов... предоставляются:

— скорая медицинская помощь, за исключением специализированной (санитарно-авиационной);

— первичная медико-санитарная помощь, в том числе **неотложная медицинская помощь**, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях».

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи *на 2010 год* (Утв. Постановлением Правительства РФ от 2 октября 2009 г. № 811) (6): «В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба **неотложной медицинской помощи**».

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи *на 2011 год* (Утв. Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2010 г. № 782) (7): «В целях повы-

шения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба **неотложной медицинской помощи**».

Характеристиками понятия «неотложная медицинская помощь» в ежегодно принимаемой Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи являются: «не требуется срочного медицинского вмешательства», «служба в муниципальной системе здравоохранения».

В проекте федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вводится новая классификация медицинской помощи по форме оказания (статья 28. «Медицинская помощь» законопроекта):

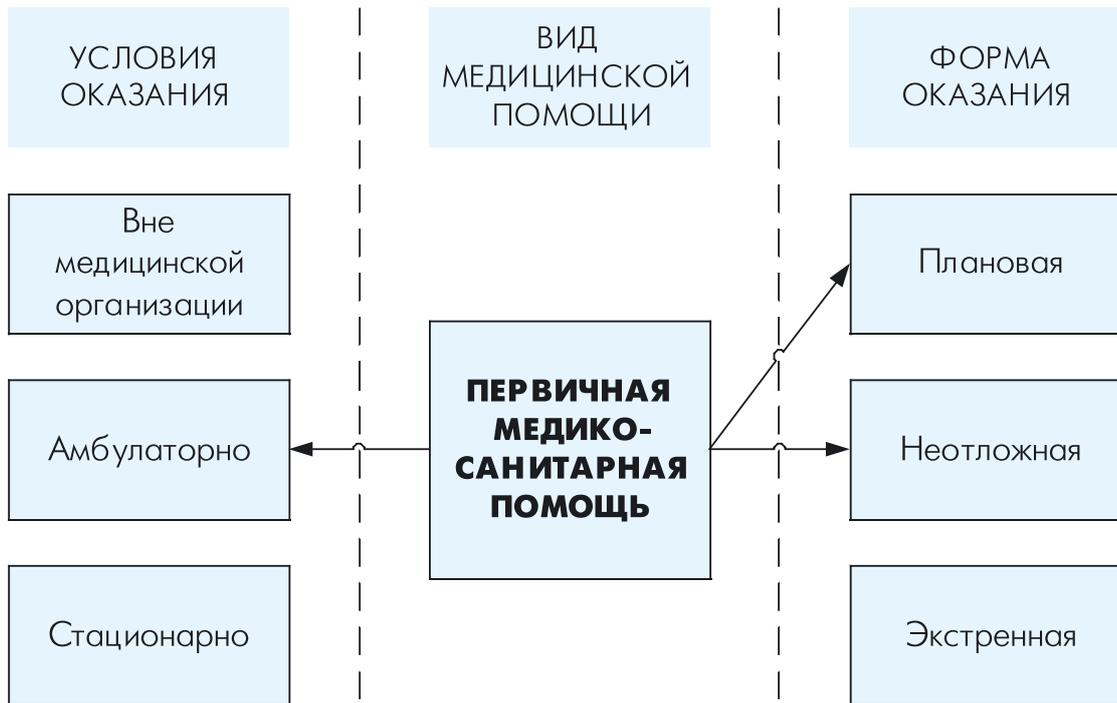
«Формами оказания медицинской помощи являются:

**1)** плановая медицинская помощь — медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

**2)** неотложная медицинская помощь — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;

**3)** экстренная медицинская помощь — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, опасных для жизни пациента».

То есть законодательно вводятся два понятия: неотложная медицинская помощь и экстренная медицинская помощь.



**Схема 1. Формы и условия оказания первичной медико-санитарной помощи в соответствии с законопроектом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**

Новеллой законодательного регулирования является также введение в новый законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» классификации медицинской помощи по условиям оказания. До этого подобная классификация медицинской помощи использовалась в подзаконных нормативно-правовых актах.

В соответствии с законопроектом (статья 28. «Медицинская помощь» законопроекта):

«Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

**1)** вне медицинской организации (в месте вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

**2)** амбулаторно (в том числе на дому при вызове медицинского работника, в дневном стационаре), то есть в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;

**3)** стационарно, то есть в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение».

Каждый вид медицинской помощи (ПМСП, специализированная, скорая) в соответствующих статьях нового законопроекта имеет определенные законом формы и условия оказания.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной форме в амбулаторных условиях (статья 29. «Первичная медико-санитарная помощь» законопроекта) (схема 1).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в стационарных условиях в плановой и экстренной форме (статья 30. «Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь» законопроекта) (схема 2).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь может ока-

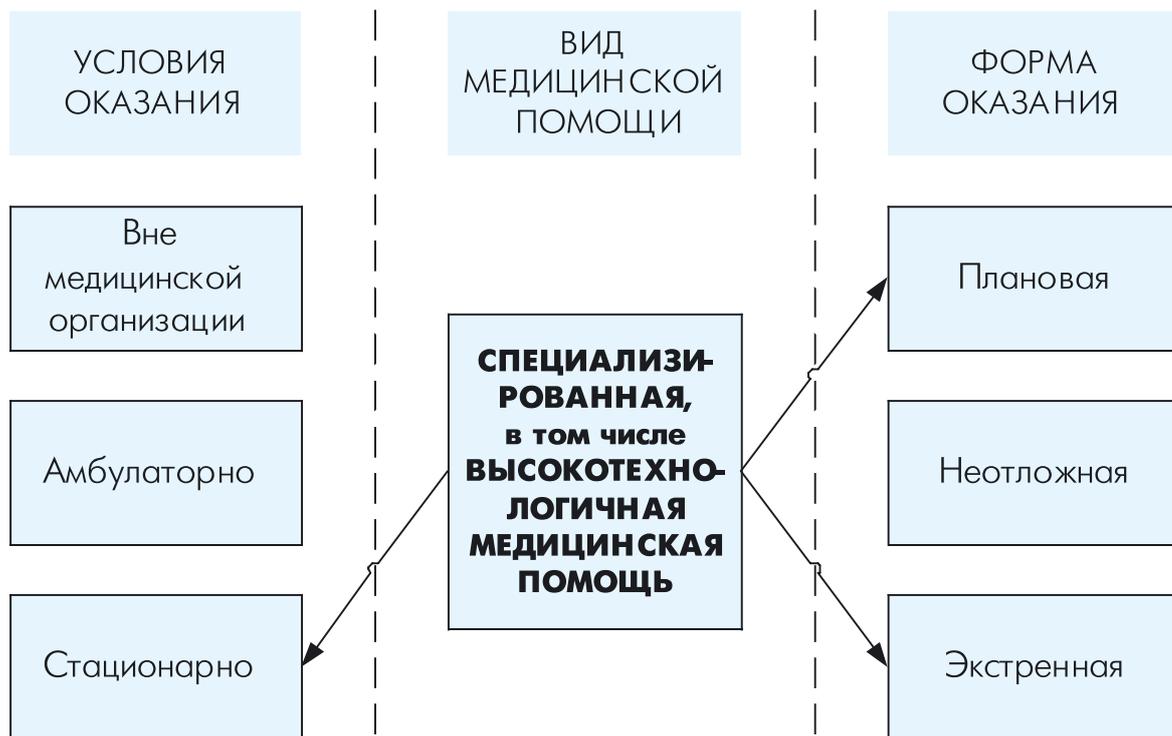


Схема 2. Формы и условия оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи в соответствии с законопроектом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

зываются в экстренной и неотложной форме, в амбулаторных и стационарных условиях, а также вне медицинской организации (статья 31. «Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь» законопроекта) (схема 3).

Схематично все виды, формы и условия оказания медицинской помощи в соответствии с законопроектом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» представлены на схеме 4. Для паллиативной медицинской помощи условия оказания и формы оказания в законопроекте не определены.

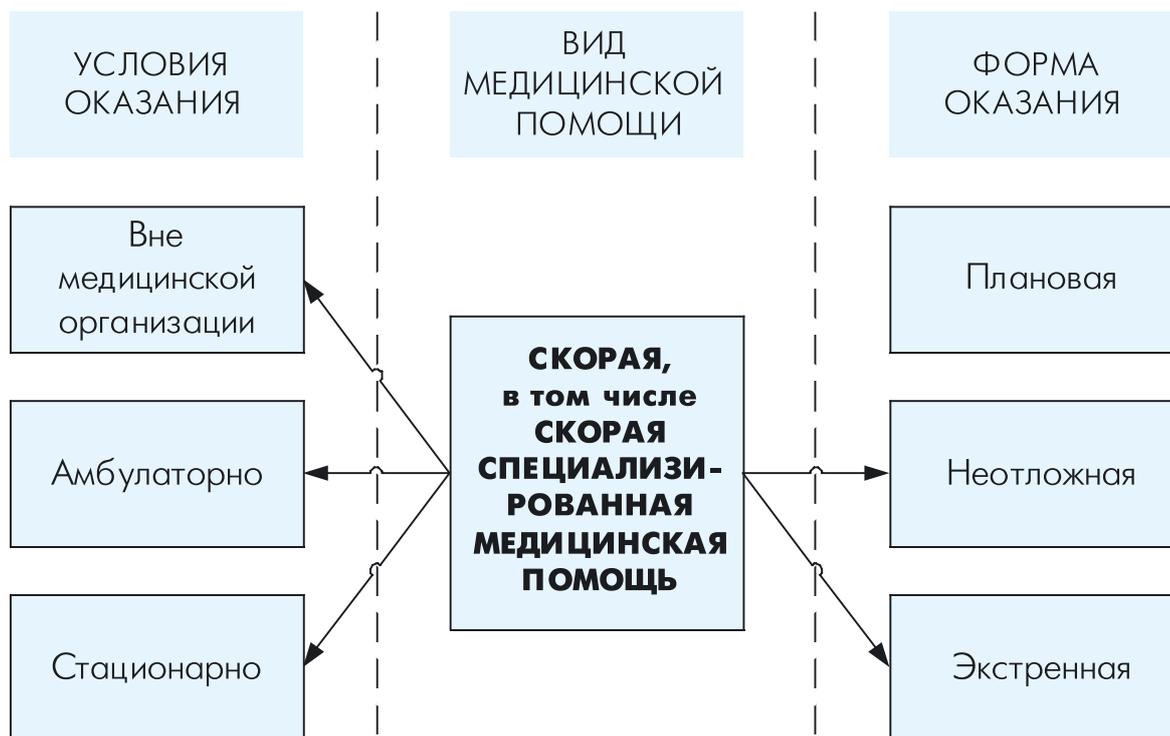
**Выводы.** В соответствии с законопроектом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

**1.** ПМСП может оказываться в плановой и неотложной форме, но не может оказываться в экстренной форме. Оказание ПМСП в неотложной форме («при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических

заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи») — это, видимо, то, что традиционно называлось «вызовы на дом». Но почему неотложно?

ПМСП может оказываться только в амбулаторных условиях. То есть в соответствии с законопроектом ПМСП не может быть оказана в больницах, например, муниципальной системы здравоохранения. Это подтверждает идею, что вся стационарная помощь (в том числе на муниципальном уровне) — это уже специализированная медицинская помощь.

**2.** Специализированная медицинская помощь может оказываться только в условиях стационара. То есть не может быть оказана врачом-специалистом поликлиники, хоть то муниципальная поликлиника или консультативно-диагностический центр уровня субъекта РФ. Это подтверждает идею, что вся специализированная медицинская помощь — только в стационарах, ее нет в поликлиниках.



**Схема 3. Формы и условия оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, в соответствии с законопроектом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**

**3.** Скорая медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме и в условиях поликлиники, стационара, вне медицинской организации. То есть появляется «скорая экстренная» и «скорая неотложная» медицинская помощь.

При том, что, как указывалось выше, в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи к неотложной медицинской помощи относится медицинская помощь «при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства».

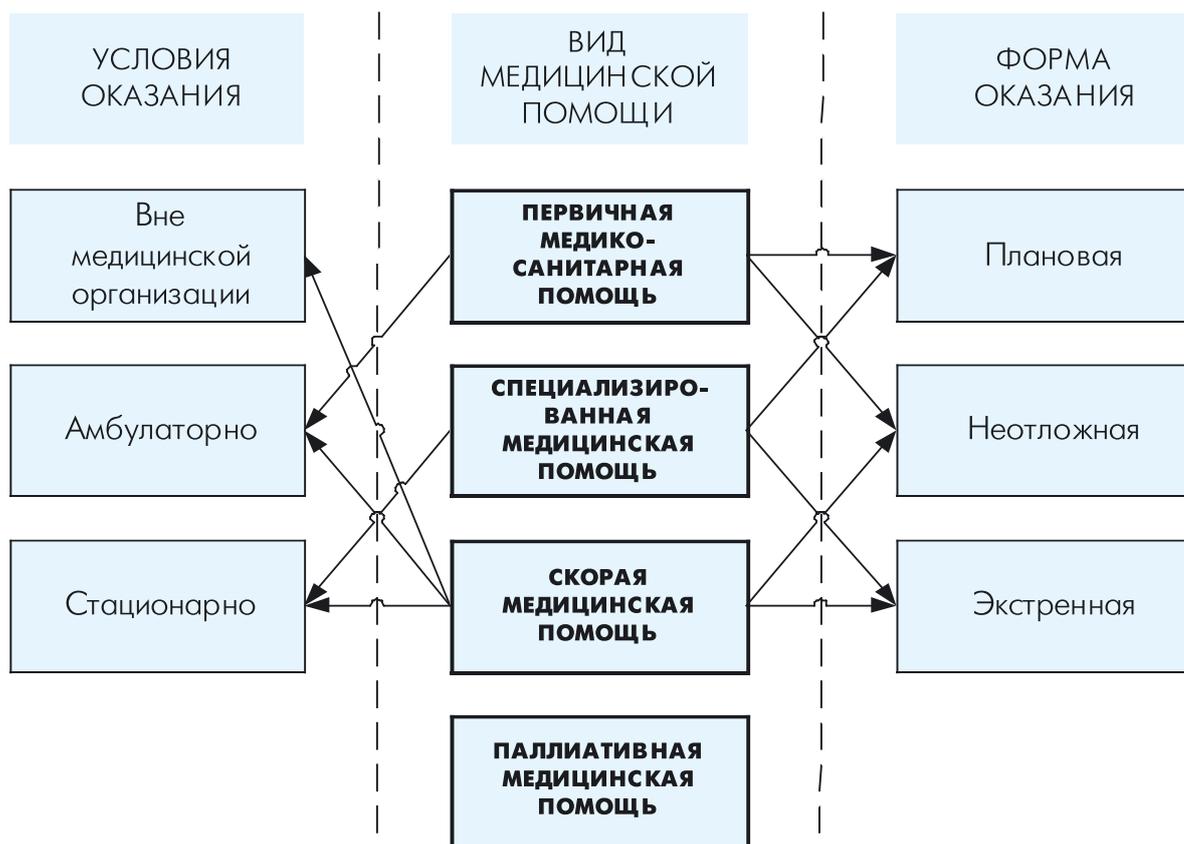
К тому же, несмотря на закрепление полномочий по организации и финансированию как скорой, так и неотложной медицинской помощи за одним уровнем власти (органами местного самоуправления в действующих Основах или органами государственной вла-

сти субъектов РФ в новом законопроекте), данные виды (формы) оказания медицинской помощи оказываются различными медицинскими организациями. ....

А к обязанностям медицинских организаций (всех) в соответствии со статьей 73 законопроекта относится «обеспечивать гражданам оказание неотложной и экстренной медицинской помощи».

В соответствии с изменениями, внесенными Приказом МЗ СР РФ от 02.08.2010 в Порядок оказания скорой медицинской помощи, утв. Приказом МЗ СР РФ от 01.11.2004 № 179 (8), «На *догоспитальном* этапе *скорая* медицинская помощь осуществляется медицинскими работниками станций скорой медицинской помощи, отделений экстренной медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений, отделений скорой медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений...».





**Схема 4. Виды, формы и условия оказания медицинской помощи в соответствии с законопроектом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**

Руководители медицинских организаций всей страны сегодня не понимают, что же это за отделения экстренной медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи в наших поликлиниках?

При том, вновь напомним, что в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи *на 2011 год* (Утв. Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2010 г. № 782): «В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба *неотложной медицинской помощи*».

В соответствии с изменениями, внесенными Приказом МЗ СР РФ от 02.08.2010 в Порядок оказания скорой медицинской помощи, утв. Приказом МЗ СР РФ от 01.11.2004 № 179:

«**38.** В целях оказания скорой медицинской помощи *на госпитальном этапе* может создаваться отделение экстренной медицинской помощи как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения, имеющего коечную мощность не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 больных (пострадавших) для оказания скорой медицинской помощи».

**39.** Отделение экстренной медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения обеспечивает оказание скорой медицинской помощи больным (пострадавшим), доставленным выездными бригадами скорой медицинской помощи, бригадами специали-



зированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, а также самостоятельно обратившимся за оказанием скорой медицинской помощи.

**40.** Отделение экстренной медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения функционирует в режиме круглосуточной работы и осуществляет свою деятельность в соответствии с Положением об организации деятельности отделения экстренной медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения.

Далее в приказе имеются приложения, в которых представлены Положение об организации деятельности отделения *экстренной* медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения (*Приложение 1*), и почему-то Рекомендуемые штатные нормативы стационарного отделения *скорой* медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения (*Приложение 2*), и Стандарт оснащения стационарного отделения *скорой* медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения (*Приложение 3*).

Трудно представить себе большую путаницу в правовом регулировании важнейшего вопроса оказания медицинской помощи населению.

Видимо, требуются особые разъяснения по разнице понятий «неотложное медицинское вмешательство», «срочное медицинское вмешательство», «экстренное медицинское вмешательство», поскольку просто усвоения законодательства для осмысления этого явно недостаточно.

На наш взгляд, все это одно и то же. Неотложная, или экстренная медицинская помощь — это медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни, и должна оказываться безотлагательно медицинскими организациями, в которые обратился гражданин, независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности. Неотложная помощь может оказываться как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и в стационаре. А скорая медицинская

помощь — это наиболее распространенная форма организации ее оказания, когда неотложная (экстренная) медицинская помощь оказывается вне медицинской организации — на улице или на дому.

Экстренная (неотложная) медицинская помощь (как устранение угрозы жизни) может оказываться в рамках ПМСП, а может оказываться при оказании специализированной медицинской помощи (например, при возникновении неотложного состояния в специализированном отделении стационара), должна оказываться врачами любой специальности и должности. Напомним, что в соответствии с Уголовным кодексом РФ причинение вреда здоровью или смерти больному в результате неоказания ему помощи медицинским работником является преступлением (статья 124 УК РФ). И неважно, в какой системе здравоохранения данный медицинский работник работает, в чьи полномочия входит финансирование данной системы здравоохранения и какая должность и специальность у медицинского работника.

Таким образом, выделение скорой медицинской помощи в отдельный вид медицинской помощи, разделение на «скорую экстренную» и «скорую неотложную», оказание скорой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, а не только вне медицинской организации — все эти новеллы правового регулирования способствуют неоднозначности толкования понятий, вносят путаницу и не соответствуют теории и практике организации здравоохранения.

Опыт последних лет с введением понятия «неотложная медицинская помощь» в программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи показывает, что ситуации, когда бригада скорой помощи не приезжает на вызов, а направляет больного, вызвавшего скорую помощь, в поликлинику для оказания так называемой «неотложной медицинской помощи, не требующей срочного медицинского вмешательства», часто заканчиваются





причинением вреда жизни и здоровью человека неоказанием или несвоевременным оказанием медицинской помощи. И соответственно судебными исками против причинителя вреда — медицинских организаций.

Таким образом, разделение в нормативно-правовых актах медицинской помощи на «скорую», «неотложную» и «экстренную» на сегодняшний день не имеет четких юридических критериев, вносит путаницу в организацию медицинской помощи населению и является зоной риска по наступлению юридической

ответственности для медицинских организаций.

Вышеуказанные новеллы правового регулирования в законопроекте не соответствуют теории и практике организации здравоохранения, способствует неоднозначности толкования понятий, приведут к трудностям при организации медицинской помощи населению.

Проект федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» требует серьезного обсуждения и переработки.



## Литература

1. Проект Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.
3. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» от 29.12.2006 № 258-ФЗ.
4. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год (Утв. Постановлением Правительства РФ от 15 мая 2007 года № 286).
5. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год (Утв. Постановлением Правительства РФ от 28.08.2009 № 705).
6. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год (Утв. Постановлением Правительства РФ от 2 октября 2009 г. № 811).
7. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год (Утв. Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2010 г. № 782).
8. Порядок оказания скорой медицинской помощи (утв. Приказом МЗ СР РФ от 01.11.2004 № 179, с изм., внес. Приказом МЗ СР РФ от 02.08.2010).

### UDC 614.251

Alexandrova O.U., Lebedinex O.H., Kremenkov A.R., Ramneyonok T.V. *Classification of medical care — current problems, new legislative approaches* (State First Moscow State Medical University after I.M. Sechenov, Moscow; State Education Department of State Postgraduate Education Moscow University of The Ministry of Internal Affairs, Moscow, Russia)

**Annotation:** This article is dedicated to classification of medical care in existing legislation in comparison with classification, proposed by the new legislation. It is the first time when it is proposed to introduce the term «medical care», forms and conditions of medical care provision into legislation. There are introduced new terms of primary specialized medical care, ambulance, emergency medical care. Proposed novels of legal regulation are controversial and require discussion in professional community.

**Keywords:** medical care; type, forms, conditions of providing medical care; primary health care, specialized health care, ambulance, emergency medical services.

**И.С. Кицул,**

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

**Д.В. Пивень,**

д.м.н., проректор по научной и лечебной работе, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей, piven\_dv@mail.ru

**М.С. Сасина,**

к.м.н., начальник Управления здравоохранения Ангарского муниципального образования

## НОВЫЕ ЗАДАЧИ В ОБЛАСТИ НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

УДК 614.2.088.7

Кицул И.С., Пивень Д.В., Сасина М.С. *Новые задачи в области нормирования труда в условиях изменения правового положения медицинских учреждений (Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Управление здравоохранения Ангарского муниципального образования)*

**Аннотация:** Статья акцентирует внимание руководителей на вопросах нормирования труда в условиях изменения правового положения медицинских учреждений. Данное направление становится одним из стратегических в деятельности администрации медицинского учреждения, так как меняющиеся объемы государственного (муниципального) задания напрямую связаны с формированием штатной структуры и определением оптимальной численности персонала. В статье предложены первоочередные задачи в сфере нормирования труда, которые необходимо рассмотреть на уровне медицинского учреждения с учетом новых правовых и экономических условий.

**Ключевые слова:** нормирование труда в медицинских учреждениях, изменение правового положения, новые экономические и финансовые условия, штатные нормативы, численность персонала, государственное (муниципальное) задание, нормы нагрузки, планирование.

**В** настоящее время в условиях реализации Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» перед руководителями медицинских учреждений появился целый комплекс принципиально новых задач. Кроме изменения правового статуса государственных, муниципальных учреждений с выделением автономных, бюджетных и казенных типов учреждений, значительно меняются и условия осуществления их хозяйственной деятельности.

В этой связи в значительной степени возрастает роль планирования деятельности, оптимального формирования структуры и

штатной численности учреждения, рационального расходования заработанных финансовых средств.

*Первая задача*, которую предстоит решить руководителю, является приведение структуры учреждения в соответствие с новыми условиями деятельности. Здесь необходимо остановиться на двух принципиальных вопросах:

**1.** Какие факторы формируют новые условия деятельности и как их учесть при оптимизации структуры учреждения?

**2.** Что понимать под структурой учреждения?

Ответ на первый вопрос предполагает учет следующих основных факторов:

— возможное изменение объемов оказываемой медицинской помощи в рамках государственного (муниципального) задания;

© И.С. Кицул, Д.В. Пивень, М.С. Сасина, 2011 г.





— необходимость усиления отдельных структурных подразделений и оптимизация деятельности малоэффективных;

— возможное противоречие интересов учредителя и руководства медицинского учреждения по поводу объемов государственного (муниципального) задания и его ресурсного обеспечения;

— более значимая роль приносящей доходы деятельности как источника, определяющего финансовую устойчивость учреждения;

— необходимость использования в работе современных методов планирования деятельности, в том числе финансового, и формирование грамотных управленческих и экономических кадров;

— более гибкое реагирование на быстро меняющиеся условия внешней среды (законодательные изменения, экономическое и политическое окружение).

Понятие «структура учреждения» необходимо рассматривать в двух аспектах.

- Организационная структура — это распределение ответственности, полномочий и взаимоотношений между работниками. Она включает в себя звенья (подразделения, отдельные должностные лица), уровни (ступени в системе управления) и связи. Учитывая динамичность организационной структуры как таковой, в условиях изменения правового положения медицинского учреждения она может также меняться. Данное понятие имеет исключительно управленческий смысл.

- Структура как состав подразделений учреждения.

Необходимость оптимизации ресурсного обеспечения в новых условиях хозяйствования повлечет за собой однозначную необходимость оптимизации структуры учреждения. Последняя может включать в себя появление новых структурных подразделений (медицинских и немедицинских), ликвидацию неэффективно работающих, а также изменение численности персонала по конкретным должностям.

Вторая задача состоит в том, чтобы определить, какие возникнут особенности и

отличия в планировании численности персонала и его нагрузки в зависимости от типа учреждения и объемов поставленных заданий.

Для решения данной задачи необходимо напомнить о том, что в настоящее время руководители медицинских учреждений располагают большим количеством прав в области нормирования труда. К ним можно отнести следующие права:

- самостоятельно разрабатывать и применять индивидуальные нормы нагрузки (обслуживания), нормы времени медицинского персонала в зависимости от конкретных организационно-технических условий деятельности;

- использовать штатные нормативы исключительно как методическое пособие, а все нормативы по труду — в качестве методических рекомендаций;

- утверждать и вносить изменения в штатное расписание в зависимости от объема работы и нагрузки учреждения или подразделения, или группы персонала, или отдельной должности.

Анализ практического опыта в этой части показывает, что руководители редко используют данный перечень прав и по-прежнему ориентируются на нормативные показатели, штатные нормативы, большая часть из которых разработана несколько десятков лет назад. В условиях изменения правового положения медицинских учреждений данными правами необходимо активно пользоваться, и роль нормирования труда как одного из видов организационно-экономической деятельности резко возрастет!

Влияние учредителя и финансирующей стороны на данные процессы будет ограничено, *за исключением казенных учреждений*, где сохраняется сметное финансирование и учредитель обязан контролировать использование бюджетных средств, в том числе и в части формирования штатного расписания и определения оптимальной численности персонала для выполнения возложенных на учреждение функций.

Следует признать, что в настоящий момент финансирующая сторона вмешивается в процесс формирования штатного расписания в



части обоснованности ее численности, но при этом игнорируются существующие права руководителей в самостоятельном определении оптимальной численности и нагрузки персонала, исходя из конкретных организационно-технических условий деятельности. Нередко экономисты фондов обязательного медицинского страхования, органов управления здравоохранением, да и самих медицинских учреждений при этом занимают однозначную позицию сопоставления фактической численности персонала медицинского учреждения с существующими (в большей части морально устаревшими) штатными нормативами, что, по сути, противоречит логике реформ, проводимых в отрасли.

Что же касается *бюджетных и автономных учреждений*, то, очевидно, финансирующую сторону и учредителя численность и нагрузка персонала в данных учреждениях беспокоить не будут. Не будет их интересовать и то, какие внутренние нормы нагрузки (обслуживания) будут применяться в учреждении. Главное — выполнить государственное (муниципальное) задание при соответствующем уровне качества медицинской помощи, не нарушая законодательство о режиме труда и отдыха, а также права сотрудников учреждения. В этой связи бюджетным и автономным учреждениям придется провести большую работу по выстраиванию системы нормирования труда.

*Третья задача* состоит в том, чтобы определить, как учредитель может влиять на процессы планирования деятельности учреждения.

Частично ответ на данный вопрос представлен во второй задаче в аспекте нормирования труда. Последнее является составной частью системы планирования деятельности медицинского учреждения, которая в новых условиях хозяйствования будет опираться в большей части на объемы медицинской помощи в рамках установленного государственного (муниципального) задания.

Исходя из этого, становится понятным, что схема планирования численности персонала будет иметь следующий вид: объем государственного (муниципального) задания, подкреп-

ленный соответствующими финансовыми ресурсами => внутреннее планирование численности персонала и его нагрузки => распределение объемов работы между группами персонала или отдельными должностями => формирование фонда оплаты труда. Важно обратить внимание на следующее: на начальных этапах перехода к новым типам медицинских учреждений, то есть именно сейчас, у учредителя будет отсутствовать опыт адекватного формирования и распределения государственных или муниципальных заданий, и он будет использовать уже сложившиеся подходы.

Отдельным разделом работы в этой части явится планирование объемов приносящей доходы деятельности (платных медицинских и немедицинских услуг) и формирование определенной структуры (соответствующих подразделений или должностей) для ее осуществления. Однако объем платных медицинских услуг учредителем не регламентируется и будет связан исключительно с задачами развития учреждения. Учредитель в случае с бюджетными учреждениями будет определять порядок платы за платные услуги, а их объемы будут являться исключительно внутренней компетенцией руководителя учреждения.

Очевидно, что в новых правовых условиях объемы государственного (муниципального) задания, а также и платных медицинских услуг будут подвержены ежегодным изменениям. И в данном случае руководителю необходимо будет иметь гибкую и динамичную систему планирования деятельности.

*Четвертая задача* — это выбор стратегии нормирования труда персонала медицинского учреждения.

В системе отечественного здравоохранения многие годы реализовывался принцип планирования «сверху вниз». Этим характеризовался советский период развития отрасли. В период нового хозяйственного механизма (80-е годы прошлого века) вопросы нормирования труда были перенесены на местный уровень и нормативные документы по труду были объявлены как рекомендатель-





ные, что сохраняет свою актуальность и по сей день. Изменились на этом фоне и подходы к планированию деятельности в здравоохранении. Несмотря на произошедшие изменения как организационно-экономических основ деятельности отрасли, так и расширение возможностей у руководителей в самостоятельном определении штатов, многие из них по-прежнему ориентируются на устаревшие нормативы и позицию местных органов управления здравоохранением.

В этой связи, а также с учетом предстоящих перемен руководители медицинских учреждений могут выбрать *две стратегии в нормировании труда* персонала:

**1. Нормативно-ориентированная** — стратегия, связанная с использованием имеющихся отраслевых штатных нормативов, а также затрат труда, нагрузки и численности персонала на основе отраслевых нормативных документов по труду. Данная стратегия лишена возможности учитывать реальные условия деятельности медицинского учреждения, тяжесть патологии и состав пациентов, а также ряд других особенностей. Кроме того, данная стратегия не позволяет реализовывать принцип рациональности использования ресурсов и не ориентирована на развитие. Следует признать, что многие руководители медицинских учреждений используют данную стратегию в своей работе в настоящее время. Она во многом устраивает органы управления здравоохранением и фонды медицинского страхования, экономистов медицинских учреждений, так как понятна и не требует проведения каких-либо нормативно-исследовательских работ на территории. Кроме того, руководители мотивированы в использовании данной стратегии необходимостью избегать конфликтов с контролирующими их деятельность органами. Сохранение указанной стратегии в условиях изменения правового статуса медицинских учреждений будет приводить к противоречию между процессом поступления ресурсов и их использованием.

**2. Аналитическая** — стратегия, связанная с анализом реальной ситуации и конкретных организационно-технических условий деятельности медицинского учреждения и разработкой на этой основе внутренних норм нагрузки (обслуживания) медицинского персонала, его численности и оптимальных пропорций по различным его группам. Применение указанной стратегии в полной мере реализует современные права руководителя в области нормирования труда, указанные выше. Учет индивидуальных особенностей деятельности учреждения, характера патологии обслуживаемого населения, его демографических характеристик и ряда других факторов позволит максимально точно определить истинную потребность в кадрах (должностях) персонала для выполнения возложенных на учреждение функций. Данная стратегия позволяет проявлять управленческую и экономическую гибкость руководителя и адекватно реагировать на быстро меняющиеся условия деятельности.

*Пятая задача* связана с обучением персонала организационно-методической и экономической служб вопросам нормирования труда и распределением между ними соответствующих полномочий.

Необходимо признать, что этим вопросам сегодня практически не учат ни в медицинских, ни в экономических ВУЗах. Практически отсутствует и специальная литература на сей счет. Это усложняет задачу подготовки кадров для учреждения. Вместе с тем, как показывает опыт, этому вопросу руководители медицинских учреждений уделяли мало внимания в последние десятилетия, реализуя первую стратегию нормирования труда персонала, указанную в предыдущей задаче.

Необходимость обучения управленческого и экономического персонала вопросам нормирования труда очевидна. После обучения необходимо произвести разграничение их зон ответственности и распределить полномочия в вопросах нормирования труда, закрепив это соответствующим положением. Если вопросами определения нагрузки на персонал и их



Таблица 1

### Основные функции, которые должны выполнять участники системы нормирования труда в медицинском учреждении

Экономическая служба учреждения	Организационно-методическая служба
Использует внутренние нормативы в целях экономического анализа производственных показателей деятельности учреждения	Разрабатывает внутренние нормы по труду (нормы времени, нормы нагрузки), проводит нормативно-исследовательские работы в учреждении
Использует внутренние нормативно-правовые акты по труду в целях составления штатного расписания	Разрабатывает внутренние нормативно-правовые акты по труду (нагрузка и численность персонала)
Проводит экономический анализ использования трудовых ресурсов (занятости персонала)	Проводит статистический анализ деятельности учреждения, в том числе с использованием показателей занятости персонала
Применяет отраслевые штатные нормативы как методическое пособие, а все нормативы по труду — в качестве методических рекомендаций	Разрабатывает и ведет информационную базу по нормативным документам по труду (отраслевым и внутренним)
Использует данные статистического учета в экономическом анализе для эффективного управления учреждением	Проводит статистический учет выполнения нагрузки персонала и выполнения установленных государственных (муниципальных) заданий

численности в учреждении будут заниматься только экономические службы (что, как правило, имеет место быть в настоящее время), то могут возникать противоречия между экономическими интересами учреждения и задачами удовлетворения потребностей в медицинской помощи надлежащего объема и качества. Поэтому разграничение функций является важной составляющей в организации работ по нормированию труда (табл. 1).

Как видно из таблицы, функции участников системы нормирования труда четко разграничены. Их необходимо выделить и включить в должностные инструкции соответствующих должно-

стей. Кроме того, в медицинском учреждении должно быть разработано и утверждено «Положение о нормировании труда», в котором также необходимо отразить указанные функции.

Таким образом, следует еще раз подчеркнуть, что вопросы нормирования труда в условиях формируемых государственных (муниципальных) заданий на оказание определенных объемов медицинской помощи должны быть сегодня в центре внимания каждого руководителя медицинского учреждения. При этом всеми правами по оптимизации нормирования труда и его совершенствования руководитель медицинского учреждения сегодня наделен.

#### UDC 614.2.088.7

*Kixul I.S., Piven D.V., Sasina M.S. New targets in the setting labor quotes field in conditions of changing medical institutions legal position (Irkutsk State Postgraduate Medical Institute, Health Care Management of Angar municipal education)*

**Annotation:** the article is focusing managing director's attention on questions of setting labor quotes in conditions of changing medical institution's legal positions.

This trend becomes one of the strategic ones in medical institution's administration operation activity, as changing volumes of state (municipal) assignments are directly connected to forming the staff structure and defining optimal staff quantity. In the article there are proposed priority targets in the field of setting labor quotes, which must be necessarily investigated at the level of medical institution with consideration of new legal and economic conditions.

**Keywords:** setting labor quotes in medical institutions, changing legal positions, new economic and financial conditions, staff standards, staff quantity, state (municipal) task, norms of load, planning.



**А.П. Столбов,**

д.т.н., заместитель директора Медицинского информационно-аналитического центра РАМН, профессор кафедры организации здравоохранения, медицинской статистики и информатики факультета управления и экономики здравоохранения Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, г. Москва

## ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И ПРОБЛЕМЫ

УДК 614.2

Столбов А.П. *Обработка персональных данных в здравоохранении: новые требования и проблемы* (Медицинский информационно-аналитический центр РАМН; Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова)

**Аннотация:** Рассмотрены новые требования к организации обработки и защиты персональных данных медицинских работников и пациентов в связи с принятием закона об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации. Перечислены некоторые проблемы, обусловленные отсутствием необходимых нормативных и методических документов и официальных разъяснений со стороны регуляторов в области защиты прав субъектов персональных данных и информационной безопасности.

**Ключевые слова:** защита персональных данных, здравоохранение.



Сегодня компьютеры и Интернет все шире используются в здравоохранении. Руководством страны поставлена задача: в течение одного—двух лет подключить к Интернету все государственные и муниципальные медицинские учреждения и обеспечить гражданам возможность получения с помощью ИКТ информации о расписании работы поликлиник, записи на прием к врачу и других государственных услуг. В программах модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы на внедрение современных информационных и коммуникационных технологий (ИКТ) предусмотрено выделение более 20 млрд. рублей. Уже сейчас во многих регионах России реализуются проекты по ведению в поликлиниках и больницах электронных медицинских карт пациентов, предоставлению услуг «электронной регистратуры», созданию территориальных медицинских регистров и информационных систем (ИС) в здравоохранении. Однако эта качественно новая технологическая среда информационного взаимодействия создает также и множество новых проблем, связанных с обеспечением конфиденциальности медицинской информации и сохранением врачебной тайны при использовании ИКТ. Заметим, что здравоохранение — это та область деятельности, где вопросам сохранения врачебной тайны, конфиденциальности персональных данных (ПДн) всегда уделялось особое внимание и которые традиционно решались на основе клятвы врача, часто именуемой клятвой Гиппократова, что нашло свое отражение и в нашем законодательстве. В частности, гарантии конфиденциальности и необходимость письменного согласия пациента на передачу сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах

© А.П. Столбов, 2011 г.



его обследования и лечения, за исключением специально оговоренных случаев (при невозможности пациента выразить свою волю, угрозе жизни и здоровью третьих лиц, для информирования родителей детей или их законных представителей, в интересах суда, органов дознания и следствия, для уведомления правоохранительных органов в случаях, когда вред здоровью причинен в результате противоправных действий, по требованию военно-врачебной комиссии), закреплены в статьях 31 и 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22 июля 1993 года (далее — Основы), что в целом совпадает с нормами, приведенными в части 2 статьи 6 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ, принятого 27 июля 2006 г. (далее — Закон; напомним, что Законом № 359-ФЗ от 29 декабря 2010 г. установлен очередной, новый срок приведения всех информационных систем в соответствие с требованиями закона «О персональных данных» — теперь до 1 июля 2011 года).

Реализация положений закона «О персональных данных» потребовала по-новому взглянуть на проблемы обеспечения конфиденциальности информации и сохранения служебной тайны в процессе профессиональной деятельности медицинских работников. Закон конкретизировал как права граждан — субъектов персональных данных, так и обязанности организаций — операторов, осуществляющих обработку их персональных данных.

Новые требования к автоматизированной обработке и обеспечению конфиденциальности ПДн, помимо обязательного применения специальных программных и технических средств защиты информации, определяют также необходимость внесения соответствующих изменений в организацию рабочих процессов, уточнения должностных инструкций и регламентов взаимодействия между подразделениями медицинского учреждения, а также изменения содержания и требований

к профессиональной подготовке персонала. При создании в учреждении комплексной системы защиты и безопасности информации необходимо подготовить и издать целый ряд организационно-распорядительных документов: приказов, положений, инструкций, журналов, ведомостей и проч., всего около сорока документов, которые ранее не были обязательными и не требовались [1], для чего нужны и специальные знания, и ресурсы, и время. Напомним, что в соответствии с российским законодательством ответственность за организацию защиты конфиденциальной информации от несанкционированного доступа и неукоснительное выполнение требований по обработке персональных данных несет руководитель учреждения (организации).

Во исполнение и для реализации требований закона «О персональных данных» Правительством РФ, Министерством связи и массовых коммуникаций РФ, ФСТЭК, ФСБ и Роскомнадзором (уполномоченным органом по защите прав субъектов персональных данных) был издан целый ряд нормативных и методических документов (см. ВРЕЗКУ 1). Организован официальный Интернет-портал Роскомнадзора по вопросам защиты персональных данных [www.pd.rsoc.ru](http://www.pd.rsoc.ru). Министерство здравоохранения и социального развития РФ также подготовило пакет методических документов, которые в конце декабря 2009 года были опубликованы на его сайте (см. ВРЕЗКУ-2).

Напомним, что учреждение здравоохранения, медицинская организация, фонд ОМС, страховая медицинская организация как операторы персональных данных должны:

1) провести обследование своей ИС, выделить в ее составе (под)системы обработки персональных данных (ИС ПДн), провести их классификацию и оформить соответствующий акт; подчеркнем, что все ИС ПДн, в которых обрабатываются данные о состоянии здоровья, являются специальными системами и относятся к классу К1 (см. При-





каз ФСТЭК, ФСБ и Минкомсвязи России № 55/85/20 от 13.02.2008);

**2)** зарегистрироваться в качестве оператора ПДн — направить уведомление в территориальный орган Роскомнадзора (ст. 22 Закона) (см. Приказ Минкомсвязи России № 18 от 30.01.2010, Приказ Роскомнадзора № 482 от 16.07.2010);

**3)** организовать получение, учет и хранение письменного согласия пациентов (субъектов ПДн) на обработку, в том числе передачу их персональных данных (ст. 6, 9 и 10 Закона); напомним, что необходимость согласия пациента на передачу кому-либо сведений о нем, содержащих врачебную тайну, предусмотрена также ст. 61 Основ (о необходимости получения письменного согласия см. далее);

**4)** организовать информирование пациентов по их запросам о целях, способах и сроках обработки и хранения их ПДн, лицах, имеющих к ним доступ (часть 4 ст. 14 Закона), а также об обработке их ПДн, полученных от третьих лиц (ст. 18 Закона); заметим, что пациент имеет право ознакомиться с его персональными данными (статьи 14, 20) и запретить оператору обрабатывать их в случае обнаружения их недостоверности или неправомерных действий с ними (ст. 21);

**5)** создать и поддерживать систему обеспечения безопасности информации в соответствии с установленным классом ИС ПДн, с использованием специальных средств защиты информации (СЗИ), сертифицированных в установленном порядке;

**6)** провести анализ и оценку соответствия ИС требованиям по защите информации, установленным для ИС ПДн данного класса, с оформлением подтверждающего документа — аттестата (сертификата) соответствия (см. ВРЕЗКУ 2; письмо управления ФСТЭК по Центральному федеральному округу в адрес Ярославского МИАЦ от 24.06.2010 № 957);

**7)** получить лицензию ФСТЭК на техническую защиту информации; это требование установлено (см. ВРЕЗКУ 2; письмо ФСТЭК в

адрес Минздравсоцразвития России от 18.06.2010 № 240/2/2520).

Должно быть организовано обучение персонала и предусмотрено выделение необходимых финансовых и материальных средств на создание, ввод в действие и эксплуатацию системы защиты информации в учреждении.

Сразу же заметим, что получение лицензий ФСТЭК на техническую защиту информации и проведение аттестации на соответствие требованиям безопасности для большинства учреждений здравоохранения является трудноразрешимой проблемой. По разным оценкам, число организаций-операторов, которые должны до 1 июля 2011 года пройти эти процедуры, составляет от 3 до 5 миллионов (число операторов в системе здравоохранения — около 30–50 тысяч). В стране просто нет такого количества организаций-лицензиатов ФСТЭК, которые смогут провести аттестацию, а органы ФСТЭК не смогут выдать столько лицензий за это время, не говоря уже о том, что у нас нет такого количества «сертифицированных» специалистов для всех операторов, без которых нельзя получить лицензию (учебная программа — не менее 72 часов). Объем финансовых затрат, необходимых для выполнения всех требований, — это особая тема (в 2009 году банковским сообществом было заявлено, что для этого потребуется около 6% ВВП).

Что касается перечня основных организационных мероприятий и состава специальных технических и программных средств защиты конфиденциальной информации в учреждениях здравоохранения, то они достаточно хорошо известны и практически ничем не отличаются от тех, которые применяются в организациях в других сферах деятельности. Поэтому представляется целесообразным более подробно рассмотреть некоторые особенности и проблемы, специфические именно для здравоохранения.

Однако начнем с того, что в 2010 году были приняты два федеральных закона, в которых имеются нормы, касающиеся обра-





ботки и защиты персональных данных при использовании ИКТ. Это, во-первых, Закон «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» № 210-ФЗ от 27 июля 2010 г., в котором определены основные принципы использования ИКТ при взаимодействии граждан с органами власти всех уровней, с государственными и муниципальными учреждениями, а также применения универсальной электронной карты гражданина (УЭК), в том числе в здравоохранении и системе ОМС<sup>1</sup>. И во-вторых, это Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г., в котором сказано, что персонифицированный учет в системе ОМС осуществляется в электронном виде, определен состав персональных данных, которые обрабатываются с использованием ИКТ при оказании медицинской помощи по программе ОМС и приведен перечень субъектов информационного обмена: медицинских организаций, страховых компаний, Федерального и территориальных фондов ОМС и органов исполнительной власти субъектов РФ. Медицинским учреждениям, фондам ОМС и страховым медицинским организациям, участвующим в оказании населению бесплатной медицинской помощи по программе ОМС, теперь нет необходимости оформлять специальное письменное согласие гражданина на обработку и передачу его ПДн и уведомлять его об их получении от третьих лиц, поскольку это осуществляется в соответствии с федеральным законом, что предусмотрено пунктом 1 части 2 статьи 6 закона «О персональных данных».

28 февраля 2011 года на сайте Минздравсоцразвития России был опубликован проект закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором

также предусмотрено ведение медицинских документов и персонифицированных баз данных, содержащих сведения о состоянии здоровья, а также обмен этой информацией в электронном виде. Кроме того, в проект закона введены важные, с точки зрения организации обработки ПДн, требования о том, что согласие пациента не требуется: **а)** в медицинских организациях при оказании ему медицинской помощи, **б)** при обработке в медицинских информационных системах (но определения, что такое МИС не дано), **в)** при осуществлении государственного контроля качества медицинских услуг. Таким образом, перечень случаев, когда письменное согласие гражданина (пациента) на обработку его персональных данных не требуется, значительно расширен.

Однако следует отметить, что если в медицинскую карту вносятся персональные данные родственников, то для этого необходимо их письменное согласие (если, конечно, это не данные родителей или законных представителей детей в возрасте до 15 лет, а также лиц признанных недееспособными). В случае смерти пациента письменное согласие на обработку его ПДн дают наследники, если такое согласие не было дано пациентом при его жизни (часть 7 статьи 9 Закона). В обязательном порядке оформляется письменное согласие на трансграничную передачу персонифицированных данных пациента.

Законом об ОМС предусмотрена публикация «профессиональных» персональных данных о медицинских работниках, их образовании и квалификации, в том числе на сайтах в Интернете («общедоступные персональные данные», см. статьи 3 и 7 закона № 152-ФЗ). Это необходимо для реализации права гражданина на выбор медицинской организации и выбор врача, а также, напри-

<sup>1</sup> Распоряжением Правительства РФ от 17.03.2011 № 442-р утвержден перечень документов, обмен которыми с 1 июля 2011 г. при оказании государственных услуг должен осуществляться в электронном виде. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения должны будут по запросу соответствующих органов передавать электронные документы о гражданах, указанные в этом перечне, по защищенным каналам связи, используя средства электронной цифровой подписи.





мер, при записи на прием через «удаленную регистратуру». Пока остается не совсем ясным вопрос о возможности публикации вместе с указанными персональными, точнее, персонифицированными данными о медработниках сведений об ошибках и дефектах, допущенных ими при оказании медицинской помощи. В статье 38 Закона № 326-ФЗ об ОМС сказано, что страховая медицинская организация (СМО) обязана уведомлять застрахованного гражданина о качестве и условиях предоставления ему медицинской помощи, а также о выявленных нарушениях при оказании ему медицинской помощи (по закону территориальные фонды и СМО осуществляют экспертизу качества медпомощи; в соответствии с порядком проведения контроля и экспертизы качества медицинской помощи, утвержденным Приказом Федерального фонда ОМС № 230 от 01.12.2010, в акте экспертизы и реестре дефектов указываются Ф.И.О. лечащего врача). В этой же статье СМО предписано публиковать на официальном сайте в Интернете информацию о качестве медпомощи. В проекте федерального закона «Об основах охраны здоровья...» аналогичные требования о публикации в Интернете сведений о качестве оказываемой медицинской помощи предъявляются и к медицинским организациям. Отметим, что, например, в США персональная статистика врача о выявленных ошибках, летальности (в частности, для кардиохирургов) и прочие «профессиональные» персональные данные публикуются в специальных общедоступных изданиях и в Интернете.

Одной из наиболее перспективных моделей ИТ-обеспечения учреждений здравоохранения являются так называемые «облачные» технологии, когда доступ пользователей к необходимым информационно-вычислительным ресурсам и обработка данных реализуются в виде Интернет-сервисов, в том числе при необходимости по защищенным каналам связи с соблюдением требований по обеспечению конфиденциальности информации [2].

В концепции создания единой информационной системы отрасли (ЕИС) и программах модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы «облачная» модель принята в качестве основной для дальнейшего развития ЕИС. В организационно-правовом аспекте обработка информации в «облаке», в том числе ПДн, осуществляется в режиме аутсорсинга, что допускается законом «О персональных данных» (часть 4 статьи 6 Закона). Однако надо отметить, что в целом нормативно-методические вопросы аутсорсинга обработки ПДн сегодня практически не проработаны, несмотря на общую тенденцию расширения такой формы деятельности и «облачных» технологий в различных областях, в том числе в здравоохранении. Формально, исходя из определения в ст. 3 Закона, аутсорсер — уполномоченная оператором организация, выполняющая автоматизированную обработку данных в его интересах, не является оператором ПДн, поскольку не он (аутсорсер) определяет цели и содержание их обработки. Однако последний, по всей видимости, также должен зарегистрироваться в качестве оператора, указав в уведомлении реквизиты всех операторов-заказчиков, для которых он обрабатывает ПДн. Что касается оператора-заказчика, то явных требований указывать в уведомлении, что обработка персональных данных осуществляется внешней организацией-аутсорсером, также нет. Видимо, в уведомлении при регистрации оператора ко всему прочему надо указать еще и реквизиты организации-аутсорсера. Совсем ничего не указывать об этом при регистрации в качестве оператора персональных данных в Роскомнадзоре, наверное, будет не совсем правильно, поскольку это существенная информация, необходимая для выполнения уполномоченным органом по защите прав субъектов ПДн возложенных на него функций. Кроме того, субъект персональных данных (пациент) также имеет право знать об аутсорсере и о том, кто имеет доступ к его ПДн (ст. 14 Закона). Сегодня не совсем



понятно, достаточно ли указать только наименование должностных лиц (должностей) или необходимы также конкретные Ф.И.О. людей, имеющих доступ к персональным данным. Каких-либо официальных разъяснений по этому поводу, к сожалению, пока нет.

Безусловно, рассмотренные выше вопросы далеко не исчерпывают всего множества проблем и аспектов, связанных с организацией автоматизированной обработки и защиты персональных данных в здравоохранении. Например, не рассмотрены технологии псевдонимизации персонализированных медицинских данных, которые сейчас начинают приме-

няться за рубежом и позволяют существенно сократить расходы на защиту информации [3, 4], особенности организации управления доступом в медицинских информационных системах [5, 6], вопросы, связанные с подключением к медицинским ИС несертифицированных ФСТЭК компьютеризированных медицинских приборов, куда вводятся персональные данные пациента (например, компьютерный томограф) [7] и многие другие.

Автор будет признателен всем, кто пришлет свои замечания и предложения по рассмотренным вопросам по электронной почте на адрес AP100lbov@mail.ru.



## Литература

1. Столбов А.П. Аннотированный перечень организационно-распорядительных документов по защите персональных данных в медицинском учреждении // Менеджер здравоохранения. — 2010. — № 2. — С. 39–52; Врач и информационные технологии. — 2010. — № 1. — С. 4–20.
2. Гусев А.В. Перспективы «облачных» вычислений и информатизация учреждений здравоохранения // Врач и информационные технологии. — 2011. — № 2. — С. 6–17 (см. также на сайте [www.kmis.ru](http://www.kmis.ru)).
3. ISO/TS 25237:2008 Health informatics. Pseudonymization.
4. Столбов А.П. Особенности автоматизированной обработки персональных данных о состоянии здоровья // Менеджер здравоохранения. — 2008. — № 11. — С. 39–50.
5. ГОСТ Р 52636-2006 Электронная история болезни. Общие положения.
6. ГОСТ Р ИСО/ТС 22600-1,2-2009 Информатизация здоровья. Управление полномочиями и контроль доступа. Часть 1. Общие сведения и управление политикой. Часть 2. Формальные модели.
7. Столбов А.П. Организация защиты информации о пациентах при ее компьютерной обработке в соответствии с требованиями Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ // Врач и информационные технологии. — 2010. — Ч. 1. — № 5. — С. 59–68; Ч. 2. — № 6. — С. 69–73.

### UDC 614.2

*Stolbov A.P. Processing of the personal data in public health services: new requirements and problems (State First Moscow State Medical University after I.M. Sechenov, Moscow; Russia)*

**Abstract:** New requirements to the organisation of processing and protection of the personal given medical staff and patients, due to by an adoption of law about obligatory medical insurance in the Russian Federation are considered. Some problems caused absence necessary standard and methodical documents and official explanations from outside of regulators in the field of protection of the rights of subjects personal data and information safety are listed.

**Keywords:** *personal data protection, public health services.*





## Указы Президента РФ, нормативные и методические документы Правительства РФ, Минкомсвязи России, Роскомнадзора, ФСТЭК и ФСБ России

- Перечень сведений конфиденциального характера (Указы Президента РФ от 06.03.1997 № 188, от 23.09.2005 № 1111).
- О мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации при использовании информационно-телекоммуникационных сетей международного информационного обмена (Указ Президента РФ от 17.03.2008 № 351).
- Положение об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных (утверждено Постановлением Правительства РФ от 17.11.2007 № 781).
- Требования к материальным носителям биометрических персональных данных и технологиям хранения таких данных вне информационных систем персональных данных (утверждены Постановлением Правительства РФ от 06.07.2008 № 512).
- Положение об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации (утверждено Постановлением Правительства РФ от 15.09.2008 № 687).
- О лицензировании деятельности по технической защите информации (утверждено Постановлением Правительства РФ от 15.08.2006 № 504).
- Об утверждении положений о лицензировании отдельных видов деятельности, связанных с шифровальными (криптографическими) средствами (утверждено Постановлением Правительства РФ от 29.12.2007 № 957).
- Порядок проведения классификации информационных систем персональных данных, Приказ ФСТЭК, ФСБ, Мининформсвязи России от 13.02.2008 № 55/86/20 («приказ трех»).
- Методика определения актуальных угроз безопасности персональным данным при их обработке в информационных системах персональных данных (ФСТЭК, 14.02.2008, гриф «ДСП» снят 16.11.2009).
- Базовая модель угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных (ФСТЭК, 15.02.2008, ДСП, «открытая» выписка на сайте [www.fstec.ru](http://www.fstec.ru)).
- Положение о методах и способах защиты информации в информационных системах персональных данных (Приказ ФСТЭК от 05.02.2010 № 58, рег. № 16456 в Минюсте РФ от 19.02.2010).
- Типовые требования по организации и обеспечению функционирования шифровальных (криптографических) средств, предназначенных для защиты информации, не содержащей сведений, составляющих государственную тайну в случае их использования для обеспечения безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных (ФСБ, 21.02.2008).
- Методические рекомендации по обеспечению с помощью криптосредств безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных с использованием средств автоматизации (ФСБ, 21.02.2008).
- Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по исполнению государственной функции «Ведение реестра операторов, осуществляющих обработку персональных данных», Приказ Минкомсвязи России от 30.01.2010 № 18.





- Об утверждении образца формы уведомления об обработке персональных данных, Приказ Роскомнадзора от 16.07.2010 № 482.
- Типовой регламент проведения в пределах полномочий мероприятий по контролю (надзору) за выполнением требований, установленных Правительством Российской Федерации, к обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных (утвержден ФСБ 08.08.2009).
- Административный регламент проведения проверок Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) за соответствием обработки персональных данных требованиям законодательства Российской Федерации в области персональных данных (утвержден Приказом Роскомнадзора от 01.12.2009 № 630).

ВРЕЗКА 2

### Методические документы Минздравсоцразвития России и Федерального фонда ОМС

- Методические рекомендации по организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости (23.12.2009, согласованы с ФСТЭК).
  - Методические рекомендации по составлению частной модели угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных учреждений и организаций здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости (23.12.2009, согласованы с ФСТЭК).
  - Модель угроз типовой медицинской информационной системы типового лечебно-профилактического учреждения (согласована с ФСТЭК, Письмо от 27.11.09 № 240/2/4009).
  - Письмо Минздравсоцразвития России № 328-29 от 05.03.2010.
- Об организации работ по технической защите информации, Письмо Федерального фонда ОМС от 22.04.2008 № 2170/90-и.
- Письмо ФСТЭК в адрес Минздравсоцразвития России, № 240/2/2520 от 18.06.2010.  
*«...В соответствии с п. 1 ст. 49 части первой ГК РФ отдельными видами деятельности, перечень которых определяется законом, юридическое лицо может заниматься только на основании специального разрешения (лицензии). Пунктом 11 части 1 ст. 17 закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» установлено, что деятельность по технической защите конфиденциальной информации является лицензируемым видом деятельности. Порядок получения лицензий определен Постановлением Правительства РФ от 15.08.2006 № 504».*
  - Письмо Управления ФСТЭК по Центральному федеральному округу в адрес Ярославского МИАЦ, № 957 от 24.06.2010.  
*«...Объекты, обрабатывающие государственные и муниципальные информационные ресурсы, подлежат учету и защите, в том числе и аттестации по требованиям безопасности информации [СТР-К, п. 3.19]. Порядок организации работ, требования и рекомендации по технической защите информации определены в нормативно-методическом документе «Специальные требования и рекомендации по технической защите конфиденциальной информации» (СТР-К, утверждены Гостехкомиссией РФ, Приказ № 282 от 30.08.2002)»*



**Д.В. Осипов,**

профессор, компания MNB Experts Ltd., г. Гамбург, Германия,  
info@mnb-con.com

**И.Ю. Гриценко,**

юрист, МВА, независимый консультант, г. Москва

**М.Т. Югай,**

к.м.н., независимый консультант, г. Москва

## ПРИНЦИП КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП КАК ОСНОВА ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЕРМАНИИ

УДК 614.2

Осипов Д.В., Гриценко И.Ю., Югай М.Т. Принцип клиничко-статистических групп как основа экономики здравоохранения Германии (MNB Experts Ltd., г. Гамбург)

**Аннотация:** В статье приводится описание истории развития системы DRG в Германии, ее базовых принципов и результатов внедрения.

**Ключевые слова:** DRG в Германии, оптимизация больничных расходов, эффективность больниц.

**В**недрение достижений научно-технического прогресса в практику здравоохранения, в особенности здравоохранения развитых стран, создало принципиально новые диагностические и лечебные возможности. Одновременно оно же привело к росту расходов на здравоохранение, поскольку в большинстве случаев новые технологии имели более высокую стоимость по сравнению с предыдущими. Рост стоимости медицины и демографическая динамика последних десятилетий стали причиной дефицитных бюджетов здравоохранения во многих странах. Эти условия потребовали появления новых механизмов планирования и распределения финансовых ресурсов в медицине. Одним из таких механизмов является DRG-модель, использование которой рассматривается в данной статье на примере здравоохранения Германии.

Принцип групп сходного диагноза (DRG, от англ. «diagnosis-related groups») или клиничко-статистических групп заключается в объединении всех зарегистрированных случаев заболевания в группы, которые требуют сходного потребления ресурсов (с учетом диагностических, терапевтических и технических факторов) от начала и до конца пребывания пациента в стационаре. Следовательно, такие группы являются однородными с точки зрения стоимости лечения. Каждому пациенту присваивается одна из специфицированных DRG. Это позволяет проводить стационарное лечение пациента по фиксированной ценовой ставке.

### История развития DRG-систем

Система DRG как схема для классификации пациентов была создана более 30 лет назад в США для обеспечения стандартов качества лечения. Все DRG-системы, используемые в настоящее время, основаны на этой базовой модели. Разработанная Робертом Барклаем Феттером и

© Д.В. Осипов, И.Ю. Гриценко, М.Т. Югай, 2011 г.



Джоном Деверо Томпсоном в Йельском университете в 1967 году [1], первоначально она служила для классификации групп пациентов, а также предназначалась в качестве инструмента для управления службами клиник и больниц, измерения их производительности и оценки качества медицинских услуг. Лишь позднее DRG стали применяться для систем оплаты с фиксированной стоимостью лечения посредством добавления оценки тяжести лечения и ссылкой на типичную стоимость.

Используемые на сегодняшний день механизмы DRG были впервые задействованы в 1983 году в качестве перспективной системы определения необходимой финансовой компенсации медицинской помощи в рамках государственной программы Medicare в США. Американская система DRG Финансовой Администрации Здравоохранения (HCFA) применяется в полном объеме только для населения старше 65 лет, которое застраховано по программе Medicare [2, 3]. В Австралии первая версия DRG была принята в 1992 году в штате Виктория (AR-DRG).

В Германии в рамках Закона о реформе здравоохранения 2000 года был пересмотрен закон о финансировании больниц. Здесь среди прочих положений в § 17b Закона о больницах было постановлено, что с 1 января 2003 года для оплаты полного или частичного спектра стационарных больничных услуг по всем медицинским направлениям вводится платежная система, основанная на стоимости пакета оказанных услуг на основе DRG, которая ориентирована на уже проверенную на международном уровне подобную систему. Органы самоуправления немецкого здравоохранения были призваны выбрать одну из существующих на тот момент в мире DRG-систем в качестве основы для немецкой DRG. Выбор пал на систему австралийского штата Виктория, называемую «австралийские усовершенствованные DRG» («Australian Refined Diagnosis-Related Groups», AR-DRG). AR-DRG показала медицинскую дифференциацию групп пациентов, наиболее

подходящую для адаптации к немецким реалиям стационарного лечения.

G-DRG была испытана в течение года и с 1 января 2004 года стала обязательной для всех немецких больниц и клиник, заменив собой ранее существующую систему, основанную на оплате конкретного случая заболевания, специальных тарифов и тарифов по уходу за больными. Функционирование системы контролирует основанный в мае 2001 года Институт Оплаты Труда для Больниц (InEK GmbH), расположенный в городе Siegburg.

Целями введения DRG в Германии являлись:

- оптимизация больничных расходов,
- сокращение количества больниц и больничных коек,
- консолидация больниц,
- внедрение прозрачной системы оплаты за медицинскую помощь,
- обеспечение гарантии равной оплаты по каждому случаю медицинской помощи для исключения возможности недобросовестной конкуренции за счет снижения качества лечения,
- возможность регулярной оценки работы больниц.

В настоящее время в Европе насчитывается 12 стран, использующих DRG-подобные системы: Ирландия, Польша, Испания, Португалия, Германия, Франция, Эстония, Финляндия, Швеция, Австрия, Великобритания, Голландия. Кроме того, 18 января 2008 года в Берне было основано акционерное общество «Швейцарское DRG» (SwissDRG AG). Кантоны и партнеры в области страхования здравоохранения создали эту организацию для того, чтобы в будущем сделать структуру больничных тарифов более стандартизированной и тем самым более понятной и прозрачной для пациентов. Реализация этих постулатов закреплена в пересмотренном законе о страховании здоровья. Наиболее подходящей моделью для адаптации была признана немецкая система DRG [4].





### Базовые принципы G-DRG

Система G-DRG является системой классификации пациентов, которая устанавливает клинически воспроизводимым образом отношение между характером и числом случаев заболевания в больнице и требуемыми ресурсами больницы. DRG описывает случай заболевания пациента и суммирует все требуемые для лечения ресурсы, начиная с поступления больного и кончая его выпиской. Стоимость лечебного процесса вычисляется по формуле:

$$\begin{aligned} & \text{[(стандартизованные затраты, связанные} \\ & \quad \text{с трудовыми ресурсами} \\ & \quad \times \\ & \quad \text{региональный коэффициент)} \\ & \quad + \\ & \quad \text{стандартизованные затраты, связанные} \\ & \quad \text{с организацией лечения]} \\ & \quad \times \\ & \quad \text{коэффициент DRG} \\ & \quad + \\ & \quad \text{дополнительные компенсации} \end{aligned}$$

DRG организуются в систему по группам случаев заболевания, которая:

- объединяет все стационарные случаи заболеваний, основанные на диагнозах и необходимых лечебных процедурах, в DRG-группы по этиологии заболеваний и требуемым потребляемым ресурсам,
- связывает оценку требуемых больничных ресурсов и типа лечения,
- предписывает более высокую оплату за сложные случаи заболевания, требующие потребления дополнительных ресурсов.

Эти группы составляют основу для финансирования, бюджетного планирования и бухгалтерского учета в условиях стационара.

Для обеспечения работы системы были адаптированы как диагностические коды МКБ-10 (англ. ICD-10, диагностические коды Международной Классификации Болезней), так и оперативные и процедурные коды (англ. OPS), а также введены правила и принципы кодирования [5].

На рис. 1 представлен пример G-DRG кодирования. Первая позиция DRG-кода обозначает кодировку MDC (англ. Major Diagnostic Categories) — основных диагностических категорий. Основной диагноз определяется как заключение о состоянии пациента, которое было сделано после проведения первичных диагностических мероприятий и главным образом определяет необходимость госпитализации пациента. Основные диагнозы относятся к 24 группам, соответственно, цифры 01–24 обозначают различные органы и системы организма. Каждой цифре этих систем присписывается буквенное обозначение по DRG-коду. В данном примере система органов 01 обозначается буквой В [5].

Следующие две позиции описывают лечебные процедуры. В данном случае процедура попадает под действие пунктов 60–99, то есть находится в пределах консервативных методов лечения. Всего кодируются 3 группы процедур:

1–39: хирургические операции

40–59: интервенционные процедуры

60–99: консервативное лечение

Эти первые три позиции DRG-кода представляют собой так называемый базисный DRG, к которому добавляется еще одна дополнительная позиция. Четвертая позиция DRG-кода дает информацию о сопутствующих заболеваниях и осложнениях, сокращенно — CCs. Так как сопутствующие заболевания и осложнения делают процесс лечения и ухода за пациентом более сложным и, следовательно, приводят к увеличению стоимости лечения, то необходимо различать степени тяжести одного заболевания и принимать их во внимание при определении размера компенсации.

Четвертая позиция DRG-кода служит для определения потребления ресурсов согласно поставленному диагнозу. Это потребление подразделяется на 8 различных уровней (A–G и Z), из которых «А» описывает самый высокий и «G» — самый низкий уровень ресурсных требований. Z служит для кодиро-



Инсульт с внутрикраниальным кровоотечением

В (MDC01) – нервная система

70 – медицинские процедуры

А – наиболее серьезные осложнения, требующие самого высокого потребления ресурсов

**Рис. 1. Пример расшифровки DRG-код: DRGB70A**

вания в том случае, если градация по потреблению ресурсов не требуется [5].

### Последствия введения системы G-DRG

Система G-DRG была создана для повышения прозрачности в администрациях больниц и сравнения качества лечебных учреждений. С помощью DRG-систем можно оценить функциональную эффективность больниц или их отделений. Они дают возможность для анализа различных больничных услуг, особенно в таких областях, как:

- оценка бюджета,
- планирование,
- анализ производительности труда,
- контроль качества,
- заработная плата,
- сравнение больниц,
- сравнение отделений одной больницы [6].

Кроме того, можно провести анализ оказанных медицинских услуг и определить расходы, доходы и среднюю продолжительность пребывания в больнице для конкретного случая заболевания [7].

Как показали исследования, в результате введения в Германии системы DRG произошло сокращение расходов на стационарное лечение до 40%. В то же время значительно увеличились расходы на амбулаторное лечение [7].

С момента введения DRG в 2003 году время пребывания пациентов в больнице уменьшилось с 8,9 до 8,0 дней к 2009 году

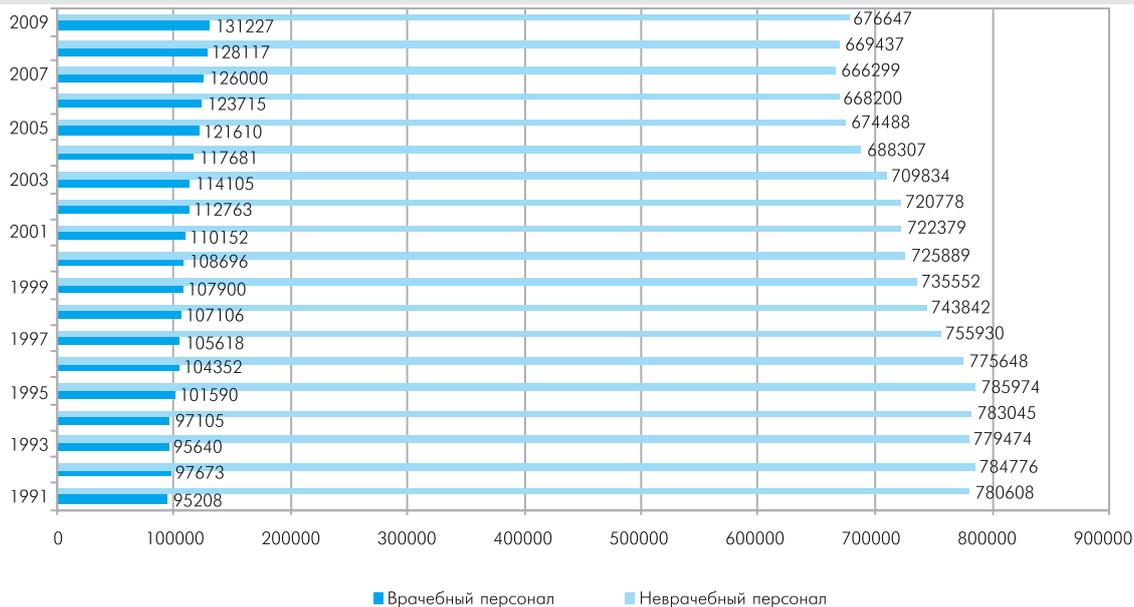
[9]. Основными причинами здесь, с одной стороны, являются совершенствование медицинских технологий и внедрение новых методов лечения, с другой, использование новых форм финансирования больниц и передачи части составляющих лечебного процесса в амбулаторный сектор [8]. Одновременно количество пролеченных пациентов выросло к 2009 году с 17 296 000 до 17 809 000, а число больниц за тот же период уменьшилось с 2197 до 2080 [9]. Тем не менее, за счет эффективности лечения занятость коек не только не увеличилась, но даже снизилась с 77,6 до 77,5% (2003–2009 гг.) [9]. Введение G-DRG привело к сокращению избыточных мощностей в больницах и, следовательно, из-за реструктуризации и оптимизации внутрибольничных процессов — к сокращению вспомогательного персонала больниц. Одновременно на фоне сокращения общего количества персонала, занятого в больничном секторе, возросло количество врачей (рис. 2) [10].

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о росте качества медицинской помощи на фоне введения G-DRG. Страны ЕС, принявшие систему DRG, часто используют критерии улучшения здоровья населения для оценки эффективности лечения. Было принято, что под эффективностью понимается получение желаемого результата от лечения, который в свою очередь достигается путем надлежащего оказания медицинских услуг [11, 12]. При определении исполь-





### Врачебный и неврачебный персонал больниц Германии (среднегодовое значение) за период 1991–2009 гг.



**Рис. 2. За 1991–2009 годы неврачебный персонал больниц Германии сократился, а врачебный персонал увеличился**

зовалась совокупность индикаторов качества, которые делятся на группы:

- качество лечебного процесса;
- качество структуры клиники;
- результативность применяемого лечения.

При вычислении индикатора качества лечебного процесса определяется, был ли предоставлен достаточный уровень медицинских услуг по отношению к потребностям населения. Данный показатель анализирует адекватность предоставленного лечения, принимая во внимание соответствие уровня медицинских услуг, предоставляемых клиникой, уровню развития медицины в стране в целом.

Величина индикатора качества структуры клиники зависит от доступности медицинских услуг, квалификации врачей клиники и наличия современной медицинской аппаратуры. К таким индикаторам также относится качество и безопасность медицинской практики, например, уменьшение уровня смертности пациентов в результате непредвиденных обстоятельств.

Перечисленные показатели исследуются в ретроспективе, что позволяет отметить рост или снижение качества предоставляемых медицинских услуг клиниками [13]. Количество групп индикаторов можно расширять, что дает более точную оценку качества предоставляемых услуг.

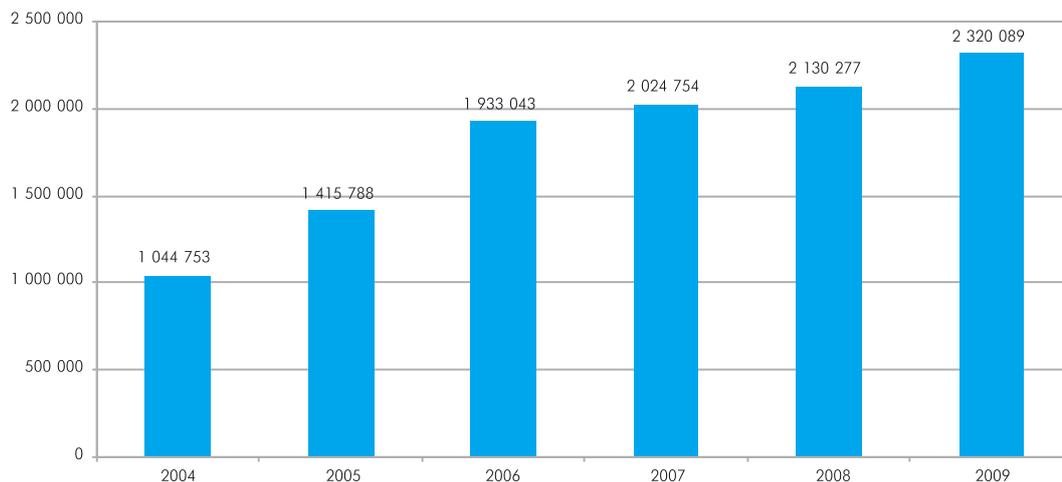
На практике при помощи индикаторов качества медицинских услуг можно ранжировать уровень оплаты клиникам в условиях DRG-систем.

Проведенные наблюдения показали, что с 2003 по 2009 годы количество осложнений в больницах уменьшилось, при этом больничная смертность и количество повторных обращений не увеличились [14].

Экономическая эффективность больниц также возросла (рис. 3) [15] и стационарные лечебные учреждения стали приносить прибыль. Как следствие, число частных больниц и клиник выросло за период 2000–2009 гг. более чем в 4 раза [9, 16]. Ключевую роль



## Прибыль с оборота Rhön-клиники за 2004–2009 гг. (в тысячах евро)



**Рис. 3. Прибыль Rhön-клиники с 2004 по 2009 годы выросла более чем в 2 раза**

в экономической эффективности больницы приобрел госпитальный менеджмент [17].

Растущее число стран, использующих DRG, и эффективность этой платформы явились причинами, по которым Европейский

Союз принял решение о создании общеевропейской системы DRG [18]. Таким образом, двери в «DRG-клуб» откроются еще шире в ближайшие несколько лет. Кто следующий?



### Литература

1. *Thompson J, Fetter R, Mross C.* Case mix and resource use//Inquiry. — 1975. — Dec. — 12(4). — 300. — 12.
2. *Fetter R.* DRGs — Their Design and Development//Health Administration Press. — Ann Arbor. — Michigan. — 1991.
3. *Hsiao W., Sapolsky H., Dunn D., Sanford L.* Lessons of the New Jersey DRG payment system//Weiner. — 1986.
4. <http://www.swissdrg.org/de/>.
5. *Hübner M., von Mittelstaedt G.* Leitfaden DRG — Vergütungssystem für Klinikleistungen//Sanofi-Aventis Deutschland GmbH. — Frankfurt am Main, 2005
6. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007 «Kooperation und Verantwortung — Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung»: Stellungnahme zum «Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung» (Langversion); Juli 2007





7. Böcking W., Ahrens U., Kirch W., Milakovic M. First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries//J. Public Health. — 2005. — 13. — 128–137.
8. Buhr P., Klink S. Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter — Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern ZeS-Arbeitspapier. — 2006. — № 6.
9. Daten von Statistisches Bundesamt Deutschlands: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen.psml>.
10. Daten von Statistisches Bundesamt Deutschlands.
11. Disher U., Peaucelle I. Opportunity of Non-profit Hospital Development in Germany//<http://www.pse.ens.fr/peaucelle/textes/Hopital-HK-07.pdf>.
12. Diagnosis-Related Groups in Europe: Towards Efficiency and Quality: <http://www.eurodrg.eu/>.
13. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions: Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10–11 January 2000.
14. Rotter T., Kinsman L., James E.L., Machotta A., Gothe H., Willis J., Snow P., Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs//Cochrane Database of Systematic Reviews 2010. — Issue 3. — Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.
15. Offizielle Berichte der Rhön-Klinikum AG.
16. «Verwaltung oder Management? Prozessoptimierung überall!» Dr. Jörg Weidenhammer, Volker Bahr, Referat von Dr. Jörg Weidenhammer am 04. Dezember 2002 in Saarbrücken auf dem Medizintechnik Forum Saar der ZPT e.V.: «Prozessoptimierung in den Krankenhäusern — mit den Dienstleistern Hand in Hand».
17. <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/35259/>.
18. <http://www.eurodrg.eu/>.

## UDC 614.2

Ossipov D.V., Gritzenko I.Y., Yugay M.T. *Diagnosics-related groups as an economical basis of healthcare services in Germany* (OlympusEuropaHoldingGmbH, Gamburg, Germany)

**Abstract:** The article describes historical record of DRG development in Germany, its basic principles and results of implementation.

**Keywords:** DRG in Germany, hospital costs optimization, hospital efficiency.



**А.И. Костин,**

руководитель отдела маркетинга ООО «Аполло», г. Санкт-Петербург, leshakostin@gmail.com

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.2

Костин А. Оценка эффективности маркетинговой деятельности коммерческой медицинской организации (ООО «Аполло», г. Санкт-Петербург)

**Аннотация:** Представлена методика, позволяющая оценить эффективность маркетинговой деятельности медицинской организации. Предлагаемая система разработана с учетом особенностей российского рынка платных медицинских услуг и нацелена на качественное улучшение деятельности медицинской организации. Методика построена на использовании системы KPI (Key Performance Indicators) — набора ключевых показателей эффективности, которые отражают существенный аспект деятельности компании.

Предложены группы показателей, которые разработаны с учетом использования расширенного маркетинг-микса (6Р), куда входят такие элементы, как товар, цена, сбыт, коммуникации, персонал и процесс. Важной особенностью предложенной методики является относительная простота ведения подсчетов и доступность данных, что делает возможным ее адаптацию для большинства предприятий отрасли.

**Ключевые слова:** маркетинг, метрика, здравоохранение, рынок медицинских услуг, маркетинг-микс, оценка эффективности, показатели эффективности.

**Р**азвивающиеся в России рыночные отношения за последние двадцать лет коренным образом изменили систему здравоохранения. Одно из проявлений этих изменений — формирование рынка платных медицинских услуг, внедрение в сферу рыночных механизмов.

В условиях рыночных отношений со всеми присущими им особенностями во многом меняются характер и направленность управленческой деятельности, в том числе с позиций формирования стратегии и тактики функционирования организаций. Ее успешность во многом начинает определяться реализацией маркетинговых подходов в управлении.

Несмотря на осознание указанного факта, реально применение концепции маркетинга в практической деятельности медицинских организаций не находит достаточно широкого распространения. Среди множества причин указанного явления немаловажным является и отсутствие общепринятых адаптированных к российским условиям подходов и методик.

В рамках данной статьи будет представлена методика, разработанная с учетом особенностей российского рынка платных медицинских услуг и нацеленная на качественное улучшение деятельности медицинской организации.

Одной из главных предпосылок появления данной методики является тот факт, что для успешного функционирования организации в целом и отдела маркетинга, в частности, чрезвычайно важна оценка эффектив-



ности деятельности компании. Оценка качества предоставляемых услуг позволяет выработать стратегические и тактические решения, совершенствующие деятельность организации на рынке, сравнить положение собственной организации на фоне конкурентов, укрепить конкурентоспособность. Оценке экономической эффективности деятельности компании посвящено множество работ. Однако вопросу оценки эффективности маркетинговой деятельности в России стали уделять внимание относительно недавно. Оценка же эффективности деятельности организации в сфере здравоохранения представляется еще более сложной задачей, так как следует учитывать ряд специфических особенностей функционирования отрасли.

В данной статье будет предложен принцип построения метрики для оценки эффективности маркетинговой деятельности на рынке медицинских услуг премиум-класса. Для этого будет использована система KPI (Key Performance Indicators) — набор ключевых показателей эффективности. Под KPI в данном случае понимаются те или иные показатели эффективности, которые отражают существенный аспект деятельности организации. Необходимо подчеркнуть, что при построении данной метрики крайне важно использование как количественных, так и качественных показателей с целью получить более полную характеристику деятельности организации.

В рамках данной методики мы считаем необходимым отойти от традиционного маркетинг-микса и добавить к четырем существующим Р (товарной, ценовой, сбытовой и коммуникативной политике) два дополнительных Р: персонал и процесс.

Сегодня пациент требует получения квалифицированной комплексной помощи в рамках одного приема или одного медицинского центра. Таким образом, перед организациями встает вопрос наращивания собственных мощностей как в плане материальной базы, так и в плане специалистов, ведущих собственный прием. И работа по

расширению спектра предлагаемых услуг должна вестись менеджментом в тесном сотрудничестве с врачебным коллективом и с пониманием реальных потребностей пациентов.

В данном аспекте мы предлагаем развить идеи, связанные с использованием дополнительного элемента маркетинг-микса — персонала. Врачи должны быть обучены работе с целевой группой клиентов компании. Они должны быть нацелены на продолжительное взаимодействие с пациентом. Кроме непосредственного решения конкретной медицинской проблемы, доктор должен думать и о том, как минимизировать затраты клиента. Часть недополученной прибыли сегодня с лихвой окупится увеличением лояльности пациента, его повторными обращениями, а также обращениями новых клиентов, пришедших по его рекомендации. Также каждый врач (особенно это относится к терапевтам и врачам общей практики) должен выступать еще и как носитель спроса, как продавец всех услуг клиники в целом. Он обязан активно использовать такой инструмент, как направление пациента к узким специалистам, а не пытаться решить все проблемы самостоятельно для достижения личной краткосрочной выгоды.

Еще одним аспектом, требующим, по нашему мнению, выделения в отдельный элемент маркетинг-микса, является процесс. Процесс необходимо рассматривать с точки зрения обслуживания. Зачастую именно с помощью данного элемента и осуществляется конкуренция за пациентов, которые не способны объективно оценить качество самой медицинской услуги. Необходимо выработать прогрессивные стандарты обслуживания клиентов и осуществлять постоянный контроль их выполнения. Речь идет как о сервисной составляющей (приветливость администраторов, время ожидания врача в регистратуре и т.п.), так и об использовании одобренных протоколов лечения основных заболеваний и информационной доступности данных протоколов для самих пациентов.

Для каждого элемента расширенного маркетинг-микса (6Р) необходимо разрабо-



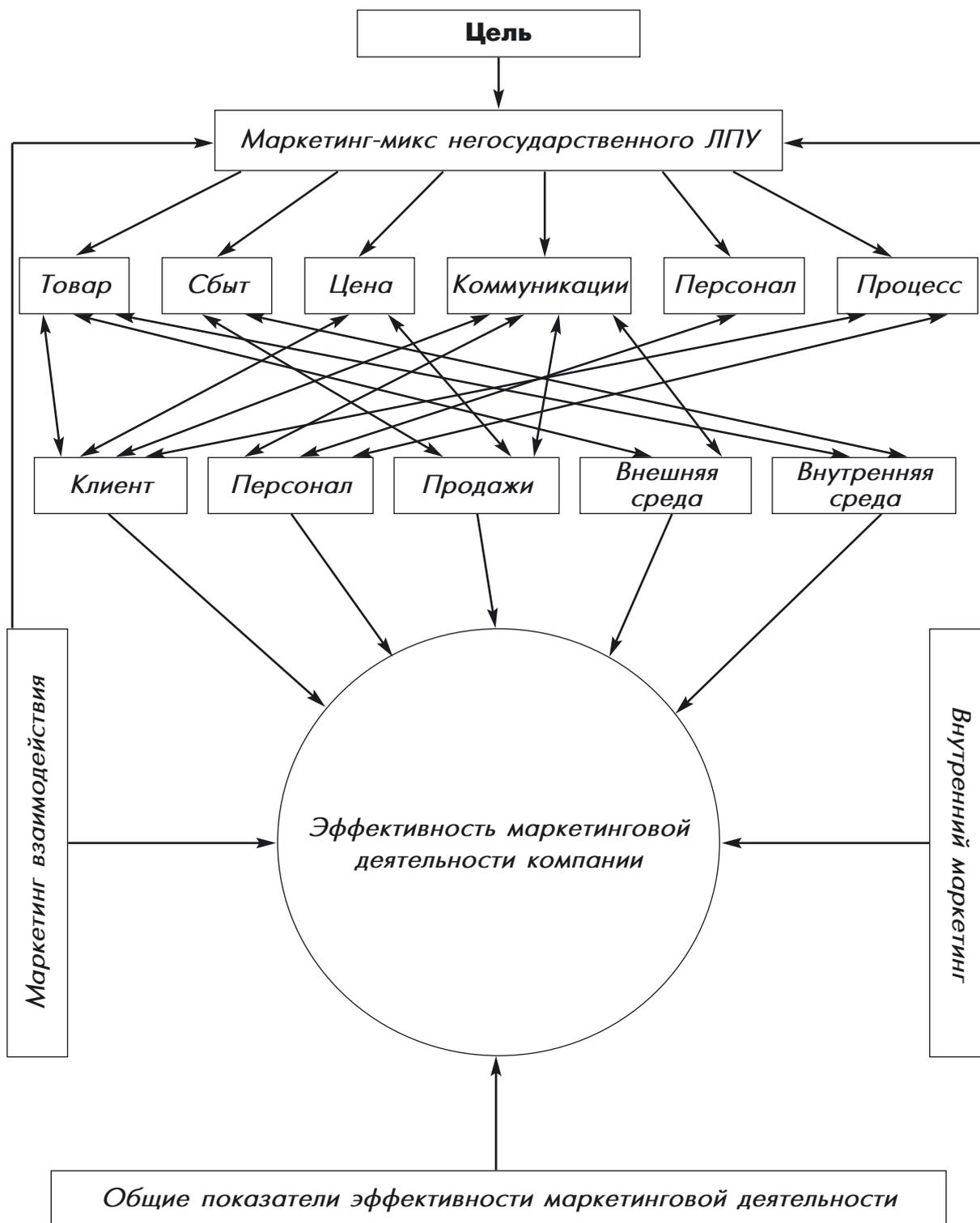


Рис. 1. Основные взаимосвязи направлений оценки эффективности маркетинговой деятельности





тать набор показателей. Данные показатели эффективности мы предлагаем разделить на 6 групп: эффективность отношений с клиентами, эффективность деятельности персонала, эффективность продаж, эффективность взаимодействия с внешней средой, эффективность взаимодействия с внутренней средой, общие показатели эффективности.

Взаимосвязь вышеуказанных групп показателей эффективности и элементов маркетинг-микса может быть отражена следующим образом (рис. 1).

Стоит отметить, что детальная разработка метрики должна вестись с учетом индивидуальных особенностей конкретной медицинской организации, однако общие принципы выбора KPI могут быть едины для большинства участников рынка.

Ниже будет представлен возможный набор показателей для каждого из шести направлений оценки (клиент, персонал, продажи, внешняя среда, внутренняя среда, общая эффективность), сформированный в рамках данной методики, а также описан принцип агрегирования данных для оценки общей эффективности деятельности медицинской организации.

В рамках оценки эффективности отношений с клиентом медицинская организация может использовать следующие показатели:

- показатель динамики общего потока пациентов;
- показатель динамики потока целевой группы пациентов;
- показатель прироста клиентской базы;
- показатель ценности клиента;
- показатель удовлетворенности пациентов;
- показатель увеличения потока клиентов, пришедших по рекомендации;
- показатель адекватности цены для целевой аудитории;
- показатель стоимости привлечения нового клиента.

Для оценки эффективности персонала медицинской организации могут быть использованы следующие критерии:

- показатель текучести персонала;

- показатель повышения квалификации медицинского персонала;

- показатель повышения квалификации административного персонала;

- показатель загруженности врача.

Немаловажной составляющей в деятельности медицинской организации являются продажи. С целью оценки их эффективности представляется возможным оценить следующие показатели:

- показатель перекрестных продаж;
- показатель эффективности ценовой политики;

- показатель эффективности телефонных переговоров;

- показатель изменения доли пациентов, обслуживаемых по программам добровольного медицинского страхования (ДМС);

- показатель динамики потока ДМС пациентов;

- показатель эффективности сбытовой политики по отношению к рынку ДМС;

- показатель динамики оборота по сегменту ДМС пациентов;

- показатель эффективности маркетинговых коммуникаций;

- показатель эффективности затрат на рекламу.

Медицинские организации являются игроками рынка медицинских услуг, поэтому нельзя пренебрегать оценкой эффективности взаимодействия с внешней средой. В рамках данной методики мы предлагаем рассмотреть следующие показатели:

- показатель соответствия динамике отрасли;

- показатель цитируемости в СМИ;

- показатель узнаваемости бренда;

- показатель позитивности упоминаний в СМИ.

Для оценки эффективности взаимодействия с внутренней средой медицинский центр может использовать такие показатели, как:

- показатель соответствия протоколам лечения заболеваний;

- показатель изменения состава услуг;





Таблица 1

**Система мер и весов для элемента клиент**

Показатель	Весы	Меры предельных значений		
		1	0,5	0
Динамика общего потока	0,14	> 5%	от 1 до 5%	< 1%
Динамика целевой группы	0,11	> 5%	от 1 до 5%	< 1%
Прирост клиентской базы	0,13	> 15%	от 10 до 15%	< 10%
Пришедшие по рекомендации	0,1	> 5%	от 1 до 5%	< 1%
Адекватность цены	0,11	больше 60%	от 40 до 60%	меньше 40%
Стоимость привлечения клиента	0,12	< 1000 р.	от 1000 до 2000 р.	> 2000 р.
Ценность клиента	0,13	> 5%	от 1 до 5%	< 1%
Удовлетворенность	0,16	> 60%	от 40 до 60%	< 40%

Таблица 2

**Система мер и весов для элемента персонал**

Показатель	Весы	Меры предельных значений		
		1	0,5	0
Текучесть персонала	0,15	< 5%	от 5 до 10%	> 10%
Повышение квалификации медицинского персонала	0,4	> 2 недель в год	менее 2 недель в год	нет повышения
Повышение квалификации административного персонала	0,2	> 2 недель в год	менее 2 недель в год	нет повышения
Загруженность врача	0,25	от 8 до 12	от 5 до 8, > 12	< 5

Таблица 3

**Система мер и весов для элемента продажи**

Показатель	Весы	Меры предельных значений		
		1	0,5	0
Эффективность ценовой политики	0,12	$\Delta \text{Чек} > \text{И} - \Delta \text{УЦ}$	$\Delta \text{Чек} = \text{И} - \Delta \text{УЦ}$	$\Delta \text{Чек} < \text{И} - \Delta \text{УЦ}$
Перекрестные продажи	0,13	> 40%	от 25 до 40%	< 25%
Телефонные переговоры	0,09	> 10%	от 1 до 10%	< 1%
Доля ДМС пациентов	0,15	> 5%	от 1 до 5%	< 1%
Динамика ДМС пациентов	0,16	> 5%	от 1 до 5%	< 1%
Оборот ДМС пациентов	0,15	$\Delta \text{Р} < \Delta \text{Т}$	$\Delta \text{Р} = \Delta \text{Т}$	$\Delta \text{Р} > \Delta \text{Т}$
Эффективность коммуникаций	0,1	> 5%	от 1 до 5%	< 1%
Эффективность рекламы	0,1	> 500%	от 100 до 500%	< 100%





Таблица 4

**Система мер и весов для элемента внешняя среда**

Показатель	Весы	Меры предельных значений		
		1	0,5	0
Соответствие динамике (полож.)	0,21	> 0,3	от -0,3 до 0,3	< -0,3
Соответствие динамике (отр.)		<-0,3	от -0,3 до 0,3	>0,3
Цитируемость	0,21	> 5%	от 1 до 5%	< 1%
Узнаваемость бренда	0,3	> 10%	от 1 до 10%	< 1%
Позитивность упоминаний	0,28	> 0,9	от 0,8 до 0,9	< 0,8

Таблица 5

**Система мер и весов для элемента внутренняя среда**

Показатель	Весы	Меры предельных значений		
		1	0,5	0
Соответствие протоколам	0,28	от 0,8 до 1,2	от 0,5 до 0,8; от 1,2 до 1,5	< 0,5; > 1,5
Изменение состава услуг	0,28	> 15 новых услуг в год	от 6 до 15 новых услуг в год	< 5 новых услуг в год
Обновление МТБ	0,25	> 10%	от 5 до 10%	< 5%
Загруженность оборудования	0,19	от 90 до 120% нормо-часов	от 60 до 90% нормо-часов, > 120% нормо-часов	< 60% нормо-часов

Таблица 6

**Система мер и весов для показателей общей эффективности**

Показатель	Весы	Меры предельных значений		
		1	0,5	0
Эффективность маркетинга	0,5	> 1,5	от 1 до 1,5	<1
Эффективность продаж	0,5	>2	от 1,2 до 2	<2

Таблица 7

**Система весов для общей агрегации**

Элемент	Весы
Клиент	0,2
Персонал	0,16
Продажи	0,2
Внешняя среда	0,13
Внутренняя среда	0,14
Общая эффективность	0,17



— показатель обновления материально-технической базы;

— показатель загруженности оборудования.

В рамках оценки эффективности маркетинговой деятельности медицинского центра мы считаем необходимым учитывать и общие показатели эффективности, а именно:

— показатель эффективности маркетинговой деятельности в целом;

— показатель эффективности продаж.

Для возможности агрегирования описанных показателей мы приводим систему мер и весов для каждой группы показателей отдельно (см. табл. 1, 2, 3, 4, 5, 6) и для всей системы показателей в целом (см. табл. 7). При агрегации каждый показатель может принимать три значения: 1; 0,5; 0, что соответствует следующим критериям: показатель соответствует норме, частично соответствует норме, не соответствует норме.

Для проведения конечной агрегации мы предлагаем использовать следующую систему весов (см. табл. 7).

Система весов для общей агрегации показывает неравномерность вклада каждого элемента в общую эффективность маркетинговой деятельности и позволяет отразить это в конечном результате.

Следует отметить, что предложенная система показателей требует адаптации для каждой конкретной медицинской организации исходя из особенностей ее бизнес процессов. Также возможным нам видится расширение данной системы за счет большей детализации мер для каждого показателя исходя из меняющейся

ситуации на рынке и текущих задач организации. Однако в целом мы полагаем данную систему жизнеспособной и адекватно отражающей реалии рынка медицинских услуг.

К положительным сторонам предлагаемой системы можно отнести прозрачность и понятность каждого конкретного показателя, а также относительную доступность информации для их расчета. Данная система позволит сопоставлять результаты деятельности медицинской организации с результатами деятельности других участников рынка. Однако из-за специфики рынка услуг в сфере здравоохранения мы полагаем данную систему применимой лишь для оценки деятельности организации на российском рынке.

Важной особенностью предложенной методики является относительная простота ведения подсчетов и доступность данных. Требуется вести учет всех статистических показателей, используемых при расчетах. Однако, по нашему мнению, вся информация может быть собрана внутри организации, необходимо лишь уделить внимание технической стороне вопроса.

Особенного внимания требует установление канала обратной связи с пациентами клиники. Внедрение предлагаемой системы анкетирования должно происходить последовательно, осторожно, с элиминацией любого дискомфорта для пациента. Однако необходимо понимать, что данная мера жизненно необходима для получения своевременных сигналов со стороны клиентов и создания возможности для клиники на эти сигналы реагировать.

#### UDC 614.2

*Kostin A.I. Evaluation of commercial medical organization's marketing activity effectiveness (Ltd «Apollo»)*

**Annotation:** There is presented a method permitting to evaluate marketing activity effectiveness of a commercial medical organization. Proposed system is developed with consideration of peculiarities existing on Russian market of paid medical services and focused on qualitative improvement of medical institution's operation. Methodology is based on usage of KPI (Key Performance Indicators) — set of clue effectiveness indicators, which reflect significant aspect of company's activity.

There are proposed groups of indicators, which are based on the use of widened marketing mix (6P), which includes such elements as product, price, sale, communications, personnel and process. An important feature of proposed method is a relative simplicity of caring the calculation and data availability, what makes possible its adaptation for the majority of sector's enterprises.

**Keywords:** marketing, metrics, healthcare, medical services market, marketing-mix, efficiency assessment, performance indicators.



## СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ ЛУЧШЕ ВСЕГО ЛЕЧИТСЯ С ПОМОЩЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЗАРПЛАТЫ

→ В Совете Федерации 9 июня 2011 г. прошло заседание Экспертного совета Комитета по социальной политике и здравоохранению на тему «Условия и безопасность работы медицинского персонала».

### ПРОБЛЕМА В ЦИФРАХ, ФАКТАХ, ТЕНДЕНЦИЯХ

**В** Российской Федерации проводимый Федеральным центром Госсанэпиднадзора анализ профессиональной заболеваемости медицинских работников и материалы социально-гигиенического мониторинга свидетельствуют, что профессиональная заболеваемость медицинских работников в России имеет стойкую тенденцию к росту, по статистике медицинские работники занимают 5-е место по распространенности профзаболеваемости, опережая даже работников химической промышленности.

### Медицинские работники занимают 5-е место по распространенности профзаболеваемости

В структуре профессиональных заболеваний у медиков первое место стабильно занимают инфекционные заболевания (от 75,0 до 83,8%, в среднем — 80,2%), второе — аллергические заболевания (от 6,5 до 18,8%, в среднем — 12,3%), на третьем

месте находятся интоксикации и заболевания опорно-двигательного аппарата. Уровень смертности медицинских работников в возрасте до 50 лет на 32% выше, чем в среднем по стране, а у хирургов эта цифра доходит до 40%. Забо-

### Уровень смертности медицинских работников в возрасте до 50 лет на 32% выше, чем в среднем по стране, а у хирургов эта цифра доходит до 40%

леваемость работников системы здравоохранения также является одной из наиболее высоких в стране. Ежегодно около 320 тыс. медицинских работников не выходят на

работу из-за болезней.

По данным разных источников, выявляемость профзаболеваний не превышает 10% от их общего числа. Что касается врачей, они, как правило, занимаются самолечением или получают медицинскую помощь по месту

работы, в результате чего статистические данные по их заболеваемости оказываются заведомо ниже истинных.

По роду своей деятельности на врача, а также среднего и младшего медицинского работника действуют комп-

лекс специфических факторов физического, химического, биологического происхождения и высокое нервно-эмоциональное напряжение. Медики находятся в группе повышенного риска заражения гемотрансмиссивными инфекциями, включая вирусы гепатитов В и С, а также вирус иммунодефицита человека. Это может произойти при попадании инфицированной биологической жидкости пациента на слизистые оболочки медработника, а также при случайном уколе или порезе использованным острым медицинским инструментом. Риск заражения ВИЧ при уколе инфицированной иглой составляет



около 0,3%, достигает 10% при вирусе гепатита С и 30% при вирусе гепатита В. Сейчас в мире официально задокументировано профессиональное заражение ВИЧ-инфекцией почти 350 медицинских работников. В отношении вирусных гепатитов В и С счет пострадавших идет на десятки тысяч человек.

В России наиболее часто профессиональному риску заражения ВИЧ подвергаются именно процедурные медицинские сестры, работающие в стационарах и отделениях, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным пациентам, хирурги и операционные медсестры, акушеры-гинекологи, патолого-анатомы. Для медработников опасно заражение инфицированной кровью через ранки, ссадины, порезы, при попадании на слизистые оболочки. Например, во время забора крови из вены, внутривенных инъекций. В медицинской практике проколы перчаток встречаются в 30% операций, ранение рук иглой или другим острым предметом — в 15–20%.

Одним из препятствий для защиты медработников является отечественная нормативная база, регламентирующая обращение с острым инструментарием и медицинскими

отходами. Ее крайне устаревшее требование по дополнительной обработке использованного инструментария дезинфектантами приводит к тому, что до сих пор в России широко используются методы обеззараживания шприцев, подразумевающие множество ручных манипуляций. Они значительно повышают риск получения профессиональной травмы медсестрами, вынужденными заниматься отделением игл и промыванием инструментов вручную.

Несмотря на существенный рост закупок медикаментов и поставок лабораторного оборудования, в большинстве российских ЛПУ до сих пор отсутствует базовое оборудование, рекомендованное для безопасного сбора и транспортировки медицинских отходов, а сбор использованных и потенциально инфицированных шприцев производится в приспособленную бытовую тару.

Безопасные устройства используются так же, как обычные шприцы, катетеры, скальпели и прочее, однако, в отличие от них, конструкция безопасных устройств разработана с учетом снижения риска контакта медработника с иглой или режущей кромкой инструмента. Защитные системы этих устройств наиболее

часто включают механизмы для экранирования, самозатупления или ретракции острых элементов, например, иглы или лезвия, немедленно после использования. Новейшие поколения безопасных медицинских устройств с инженерной защитой от травмы демонстрируют чрезвычайно высокую эффективность, особенно в области инъекционных процедур. Именно тех, на которые по статистике и приходится наибольший процент травм медперсонала. По данным разных исследований, при использовании современных безопасных полых игл частота случайных уколов медработников сокращается на 70–90%. Эти результаты оказались настолько впечатляющими, что в 2000 г. в США впервые в мире был принят специальный федеральный закон, обязывающий медицинские учреждения обеспечивать доступ своим сотрудникам к безопасным медицинским устройствам в случае, если на рынке существуют такие альтернативы традиционным инструментам.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются важнейшей составляющей проблемы создания безопасной больничной среды в силу широкого распространения, негативных последствий для здоровья пациентов, медицинского персонала и экономики государства.

**Проколы перчаток встречаются в 30% операций, ранение рук иглой или другим острым предметом — в 15–20%**





## ЭКСПЕРТНЫЕ МНЕНИЯ

→ **Заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, академик РАМН Сергей Иванович Колесников** обратил внимание участников заседания на то, что до сих пор в Российской Федерации не существует обязательного документирования заболеваемости медработников, так что отличить профессиональное заболевание медицинского работника, например, вирусом гепатита, от заболевания бытового практически невозможно. Вторая проблема — формальность проведения мероприятий по охране труда и недостаточное информирование персонала об опасности использования колющих, режущих и других потенциально опасных инструментов. И третья — недостаточно развитое производство безопасных медицинских устройств, которые используются медицинскими работниками и которые безопасны как для персонала, так и для пациента.

В действующих нормативных актах все обозначенные вопросы урегулированы недостаточно. «В проекте Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проблеме безопасности медицинских работников посвящено 9 строчек. Это общие фразы, за которыми практически ничего нет... Закона о медицинских изделиях также нет».

→ **Татьяна Дмитриевна Лозовская, начальник отдела профилактики производственного травматизма и отраслевых норм охраны труда Минздравсоцразвития России**, отметила что в новом федеральном законодательстве появляется термин «микротравма», запись в журнале о которой дает право в случае наступившего инфицирования оформить документы как производственная травма.

Кроме того, Минздравсоцразвития предусматривает новую интерпретацию типовых норм для спецодежды для защиты врачей. Предполагается новация, касающаяся изготовления одежды для хирургов из тканей, обеспечивающих защиту медперсонала. Чтобы избежать подделок, такие ткани будут иметь защитный знак на просвет, и работодатель должен будет приобретать сертифицированную одежду. В самое ближайшее время планируется создание отраслевых стандартов аттестации рабочего места медработника.

→ **Татьяна Павловна Колпакова, заместитель директора странового офиса ВОЗ в России**, рассказала о международном опыте решения проблем в сфере безопасности здоровья медицинского персонала. Риск передачи гепатита В от инфицированного пациента к медработнику составляет от 3 до 10%, гепатита С — от 0,8 до 3% и вируса иммунодефицита человека — около 0,01%. Поэтому обязательна иммунизация против гепатита В.

Для обеспечения безопасности медицинских работников ВОЗ рекомендует хорошо отработанную систему защитных мер, первая из которых — исключение самой опасности, то есть исключение ненужных инъекционных методик. В случае, если для ввода препарата существует альтернативный, менее травмоопасный способ, предпочтение отдается именно ему. Было особо отмечено, что ВОЗ считает инъекцию безопасной одновременно и для пациента, и для работника, и для окружающей среды.

Второе — инженерный контроль, использование новых моделей инъекционных приспособлений. Третье — административный контроль со стороны руководства медучреждения, обучение медицинского персонала, создание соответствующей отчетности, использование персонального защитного оборудования и одежды из новых материалов. Четвертое — четкий алгоритм посттравматических мер.



## Лишь 2% российских медиков признаны абсолютно здоровыми

Согласно данным специально проведенного исследования, лишь 2% российских медиков признаны абсолютно здоровыми. В структуре заболеваемости медицинских работников на гипертоническую болезнь приходится 21,3%, на заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы — 36,8%, ЛОР-органов — 25,7%. В зоне особого риска находятся работники фтизиатрической службы, поскольку 40% профзаболеваемости приходится на туберкулез.

→ **Игорь Владимирович Молчанов, главный анестезиолог-реаниматолог Минздравсоцразвития России**, отметил, что с 1975 г. не менялась нормативная база в плане организации национальной анестезиологической службы. Отечественное оборудование допускает большие утечки (разрешается до 250 мл в мин), что в случае галогенсодержащих веществ крайне токсично для медперсонала.

Особо эксперт выделил проблему обеспечения безопасности среднего медицинского персонала: «В России одна сестра на три койки. Представьте себе, в какой стрессовой ситуации они работают: вероятность ошибки, вероятность микротравм и т.п. чрезвычайно высока, и синдром «выгорания» персонала в наших условиях — конечно, очень серьезная проблема».

В данный момент на государственной регистрации в Минюсте России находится приказ Минздравсоцразвития России № 315, регламентирующий порядок оказания анестезиолого-реанимационной помощи, который предусматривает, в частности, защиту и пациента, и сотрудника от риска инфицирования. Речь идет об обязательном наличии у медиков соответствующего оборудования — это и закрытые аспирационные системы, и одноразовые дыхательные комплекты и т.п.

→ **Птушкин Вадим Вадимович, руководитель отделения гематологии и онкологии подростков и взрослых ФГУ «НКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии»**, отметил проблему работы с опасными лекарственными препаратами — цитостатиками и анестетиками, две трети которых — это производные боевых отравляющих веществ. «Есть понимание опасности, есть нормативная база, но стоит вопрос о технологическом обеспечении реализации этих документов. Главные проблемы: одежда, отсутствие аппаратуры для безопасного разведения препаратов и утилизация отходов».

**Есть понимание опасности, есть нормативная база, но стоит вопрос о технологическом обеспечении реализации этих документов**

Эксперт привел данные специально проведенного исследования, согласно которым достоверно показано, что медперсонал, работающий с цитостатиками, имеет изменение репродуктивной функции, а пороки развития у детей встречаются в несколько раз чаще, чем в среднем по популяции. У 13 из 20 медсестер в моче обнаружены эти препараты.



→ **Сидоренко Сергей Владимирович, руководитель отдела молекулярной микробиологии НИИ детских инфекций ФМБА**, обратил внимание на новые угрозы госпитальных инфекций, скорость развития которых возрастает по мере развития медицинских технологий. В США ежегодно регистрируется около 100 тыс. госпитальных инфекций, количество смертей от которых составляет 19 тыс. В РФ распространение нозокомиальных инфекций возросло с 9,5% в 1993 г. до 64% в 2006 г. Оснащенность 6000 микробиологических лабораторий в РФ современным оборудованием крайне неудовлетворительна.

**В РФ распространение нозокомиальных инфекций возросло с 9,5% в 1993 г. до 64% в 2006 г.**

→ **Татьяна Ивановна Долгих, заведующая ЦНИИ-лабораторией Омской медицинской академии**, рассказала о разработанных в Омской области методах снижения риска профессиональных заболеваний в среде медперсонала, распространению которых препятствует отсутствие приказа министерства и четких методических рекомендаций, а также отсутствие документов о правильной организации работы медицинских лабораторий. «Нужен хороший полноценный нормативный документ по биологической безопасности в здравоохранении».

**«Нужен хороший полноценный нормативный документ по биологической безопасности в здравоохранении»**

→ **Дмитрий Борисович Сапрыгин, президент Российской ассоциации медицинской лабораторной диагностики**, тот факт, что в РФ существует более 100 тыс. лабораторий, оценил как «тенденции XIX века». «В Европе давно перешли на централизованные лаборатории, что обеспечивает принципиально иной уровень безопасности. В 70% российских лабораторий работают специалисты с немедицинским образованием.

Маленькие лаборатории не могут потянуть выполнение международных стандартов качества, поскольку это дорого и по оборудованию, и по персоналу. А в госпиталях по утрам сонные медсестры все еще собирают кровь стеклянными шприцами. Ситуация безысходна, поскольку нет нормативного документа, создающего зону ответственности медперсонала. Такой документ нужно разработать»...

**В наших госпиталях по утрам сонные медсестры все еще собирают кровь стеклянными шприцами.**

→ **Саркисова Валентина, президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация медсестер России»**, обратила внимание на тот факт, что еще в 1998 г. 64% от всех профзаболеваний, зарегистрированных у медработников разных специальностей, относились именно к медсестрам. Российская процедурная медсестра в среднем получает 1 травму на каждые 90 инъекций.

Ассоциация выступает за обеспечение безопасной больничной среды и таких условий организации лечебно-профилактических учреждений, которые гарантировали бы снижение риска передачи инфекционных заболеваний, в частности, инфекций, передающихся гемоконтактным путем, снижение риска неинфекционных профессиональных заболеваний.



Ассоциацией разработаны технологии выполнения медицинских манипуляций, среди них множество имеющих непосредственное отношение к обеспечению безопасности как пациента, так и медработника, однако безопасные устройства используются редко вследствие их дороговизны. Кроме того, до сих пор не решен вопрос страхования медработников, работающих в условиях повышенного риска.



**Вадим Валентинович Покровский, руководитель Федерального научно-методического центра Минздравсоцразвития России по профилактике и борьбе со СПИДом,** говорил о необходимости соответствующей подготовки персонала и отдельно отметил вопрос внедрения новых технологий: «25 лет назад я ставил вопрос о том, что нам нужно внедрять саморазрушающиеся медицинские инструменты. Мне ответили: «Пока обойдемся». Это «обошлось» нам и в заражении персонала, и в наркоманов, которые используют одноразовые медицинские шприцы сотни раз и, как следствие, заражаются. Поэтому я считаю, что вложение денег в одноразовые инструменты окупится».

По мнению эксперта, по прежнему остро стоят вопросы компенсации рисков, поскольку «мы не можем добиться 100%-ной защиты медперсонала». Остается без внимания и «синдром выгорания врачей, который, как показали последние зарубежные исследования, лучше всего лечится с помощью повышения зарплаты».



**Виталий Владимирович Омеляновский, председатель Экспертного совета по здравоохранению,** подводя итоги заседания, отметил, что все внесенные предложения можно разделить на три группы. Первая — это инфраструктурные предложения, касающиеся, в частности, финансирования обеспечения безопасности медперсонала. Вторая — организационные: регламентация работы, установление порядка, стандартизация и т.п. Третий момент — новые технологии. «Если мы обратимся к опыту зарубежных стран, то увидим, что в мире существуют агентства по оценке медицинских технологий. Именно такие агентства проводят комплексное изучение технологий с точки зрения их целесообразности и внедрения в реальную практику для финансирования со стороны государственного здравоохранения. Поэтому, наверное, когда мы говорим о том, что необходимо проводить научные исследования, мы движемся по пути к тому, что должен быть орган, который компетентен и имеет необходимый штат по проведению такого рода исследований».

Участники заседания решили рекомендовать Комитету Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению разработать и внести в Государственную Думу поправки к проекту федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», касающиеся обеспечения безопасности медработников, а также создать рабочую группу по разработке концепции безопасности условий труда и охраны здоровья медицинских работников. Минздравсоцразвития России было предложено внести свои предложения в эту концепцию и рассмотреть предложения, озвученные участниками заседания, в частности, формирование единой федеральной системы мониторинга групп риска среди специалистов здравоохранения, расширение практики обеспечения медучреждений безопасным оборудованием.

*Наталья Куракова*



От редакции:

Одной из непростых задач, которые приходится решать в рамках региональных программ модернизации здравоохранения, является введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда специалистов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь. Надеемся, данный материал окажется полезным для органов управления здравоохранением и непосредственно для учреждений.

*Шеф-редактор Н.Г. Куракова*



## ВВЕДЕНИЕ ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**КОНСУЛЬТИРУЕТ  
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ**

В соответствии с пунктом 3 части 5 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривается внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Пункт 10 «Правил финансового обеспечения в 2011–2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85, устанавливает следующее.

Средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи предоставляются страховым медицинским организациям (при их отсутствии на территории субъекта Российской Федерации — непосредственно медицинским организациям) при наличии заключен-



ных страховыми медицинскими организациями (при их отсутствии — территориальным фондом) и медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в которых предусматриваются:

**а)** мероприятия, осуществляемые медицинской организацией за счет средств, полученных на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе:

— предоставление стационарной и амбулаторной медицинской помощи с учетом внедрения стандартов ее оказания, включая обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании стационарной и амбулаторной медицинской помощи;

— обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь;

— введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь;

**б)** условия использования средств, полученных на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе:

— направление не менее 70% указанных средств на оплату труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь;

— направление не более 30% указанных средств на обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании амбулаторной медицинской помощи.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 года № 60 «О порядке реализации мероприятий

по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации», принятым в соответствии с частью 8 статьи 50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», установлено следующее:

**1.** В рамках реализуемых в 2011–2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (специалистами с высшим медицинским образованием), проводятся органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по следующим направлениям:

**а)** обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь;

**б)** предоставление амбулаторной медицинской помощи, в том числе врачами-специалистами, в соответствии со стандартами ее оказания, включая обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий;

**в)** введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

**2.** Перечень мероприятий, проводимых по указанному в пункте 1 Постановления направлениям, с указанием медицинских организаций, участвующих в их реализации, индикаторы реализации данных мероприятий включаются в региональную программу модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации.

**3.** Перечень должностей специалистов с высшим и средним медицинским образова-





ем, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, а также методика оценки их деятельности устанавливаются нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации в соответствии с показателями оценки указанной деятельности, устанавливаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**4.** Отчетность о реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи осуществляется в рамках отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, порядок и форма которой устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**5.** Контроль за реализацией мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

**6.** Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации давать разъяснения по вопросам, связанным с применением настоящего Постановления, в том числе совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

В соответствии в вышеуказанном Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 года № 60 Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации издало Приказ от 21 февраля 2011 года № 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи».

Данным приказом органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения рекомендовано определить:

**а)** минимальные значения показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, с учетом численности, плотности и возрастно-полового состава населения, уровня и структуры заболеваемости и смертности, географических и иных особенностей;

**б)** дополнительные показатели оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи.

В Приложении к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 февраля 2011 г. № 145н приведены «Показатели оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи». Они включают в себя следующие положения:

**1.** Для оценки качества работы специалистов с высшим медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи (далее — врач-специалист), используются следующие показатели:

**а)** процент выполнения нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста, исходя из функции врачебной должности;

**б)** процент выявленных на ранней стадии заболеваний по профилю врача-специалиста от общего числа заболеваний, выявленных врачом-специалистом;

**в)** процент выявленных запущенных заболеваний по профилю врача-специалиста от общего числа заболеваний, выявленных врачом-специалистом;

**г)** процент случаев расхождения диагнозов при направлении в стационар и клиниче-



ского диагноза стационара от общего числа направленных в стационар;

**д)** процент осложнений при проведении операций, лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации (для врачей-специалистов хирургического профиля), от общего числа проведенных операций, лечебно-диагностических манипуляций;

**е)** процент случаев несвоевременной госпитализации, приводящей к ухудшению состояния больного или развитию осложнений, по информации, представленной медицинской организацией, оказывающей стационарную медицинскую помощь, от общего числа направленных в стационар;

**ж)** процент случаев направления на плановую госпитализацию больных без предварительного обследования либо обследованных не в полном объеме в соответствии с установленными требованиями к предварительному обследованию от общего числа больных, направленных в стационар;

**з)** отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации;

**и)** процент случаев некачественного оформления медицинской документации от общего количества случаев оформленной медицинской документации на основании актов проведения внутриведомственной или вневедомственной экспертизы.

**2.** Для оценки качества работы специалистов со средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, используются следующие показатели:

**а)** отсутствие случаев нарушения установленных санитарных правил и норм;

**б)** отсутствие осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации;

**в)** отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации.

В связи с вышесказанным отметим следующее. Методика оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, устанавливается нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации в соответствии с показателями оценки указанной деятельности, устанавливаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Соответственно учреждениям здравоохранения необходимо дождаться соответствующих документов, принятых на уровне соответствующего субъекта Российской Федерации. Учитывая, что с момента издания приказа Минздравсоцразвития России прошло уже полгода, при отсутствии указанного нормативного документа целесообразно обратиться по этому поводу в соответствующие органы с официальным запросом.

Одновременно имеет смысл разработать проекты собственных внутриучрежденных (локальных) нормативных актов, посвященных вопросам оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи и оплаты их труда. В случае отсутствия соответствующих нормативных документов субъекта Российской Федерации можно принять внутриучрежденные документы, которые должны быть скорректированы в случае принятия в последующем нормативных документов субъекта Российской Федерации.

На наш взгляд, необходима разработка следующих документов:

**1.** Положения об ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

**2.** Приказа по учреждению, которым утверждаются:



**2.1.** Положение об ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

**2.2.** Перечень мероприятий, проводимых по предоставлению амбулаторной медицинской помощи с учетом внедрения стандартов ее оказания, включая:

**2.2.1.** Обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании амбулаторной медицинской помощи.

**2.2.2.** Обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь.

**2.2.3.** Введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

**2.3.** Показатели, используемые для оценки качества работы специалистов с высшим медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению

доступности амбулаторной медицинской помощи.

**2.4.** Показатели, используемые для оценки качества работы специалистов со средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи.

**3.** Дополнительное соглашение к трудовому договору о повышении доступности амбулаторной медицинской помощи.

Ниже приводятся возможные образцы соответствующих документов.

Дадим небольшой комментарий.

Если изданными в рамках региональных программ модернизации нормативными документами не установлен конкретный порядок оплаты труда, учреждение самостоятельно решает, будет ли выплачиваться надбавка стимулирующего характера в случае, если не достигнуты установленные критерии оценки качества, в уменьшенном объеме или вообще не будет выплачиваться за соответствующих период.

Надбавка стимулирующего характера к заработной плате включается в размер заработной платы, используемой для определения размера отпускных. Поэтому в учреждении должен быть предусмотрен резерв на эти цели.

## ПОЛОЖЕНИЕ

### об ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь

**1.** Настоящее Положение о введении ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь (далее — Положение), разработано в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлениями

Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 года № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» и от 15 февраля 2011 г. № 85 «Об утверждении правил финансового обеспечения в 2011–2012 годах региональных программ



модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 февраля 2011 г. № 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи».

**2.** Положение направлено на создание ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

**3.** К врачам-специалистам, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, на которых распространяется действие настоящего Положения, относятся:

- врач-...
- врач-...

**4.** К специалистам со средним медицинским образованием, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, на которых распространяется действие настоящего Положения, относятся:

- медсестра врача-...
- медсестра врача-...

**5.** Для оценки качества работы специалистов с высшим медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи (далее — врач-специалист), используются следующие показатели:

**а)** процент выполнения нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста, исходя из функции врачебной должности, — не менее 100%;

**б)** процент выявленных на ранней стадии заболеваний по профилю врача-специалиста от общего числа заболеваний, выявленных врачом-специалистом, — не менее ...%;

**в)** процент выявленных запущенных заболеваний по профилю врача-специалиста от общего числа заболеваний, выявленных врачом-специалистом, — не более ...%;

**г)** процент случаев расхождения диагнозов при направлении в стационар и клинического диагноза стационара от общего числа направленных в стационар — не более ...%;

**д)** процент осложнений при проведении операций, лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации (для врачей-специалистов хирургического профиля), от общего числа проведенных операций, лечебно-диагностических манипуляций — не более...%;

**е)** процент случаев несвоевременной госпитализации, приводящей к ухудшению состояния больного или развитию осложнений, по информации, представленной медицинской организацией, оказывающей стационарную медицинскую помощь, от общего числа направленных в стационар — не более ...%;

**ж)** процент случаев направления на плановую госпитализацию больных без предварительного обследования либо обследованных не в полном объеме в соответствии с установленными требованиями к предварительному обследованию от общего числа больных, направленных в стационар, — не более ...%;

**з)** отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации;

**и)** процент случаев некачественного оформления медицинской документации от общего количества случаев оформленной медицинской документации на основании актов проведения внутриведомственной или вневедомственной экспертизы — не более ...%.

**6.** При достижении установленных показателей врачам-специалистам, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, полагается надбавка стимулирующего характера к заработной плате в размере ... рублей в месяц.

**7.** Для оценки качества работы специалистов со средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по





повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, используются следующие показатели:

**а)** отсутствие случаев нарушения установленных санитарных правил и норм;

**б)** отсутствие осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации;

**в)** отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации.

**8.** При достижении установленных показателей специалистам со средним медицинским образованием, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, полагается надбавка стимулирующего характера к заработной плате в размере ... рублей в месяц.

**9.** Для оценки качества работы врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь по обеспечению повышения доступности амбулаторной медицинской помощи создается комиссия в составе ....

**10.** Оплата труда в соответствии с настоящим Положением осуществляется на основании дополнительных соглашений к трудовому договору о повышении доступности амбулаторной медицинской помощи, заключаемых администрацией учреждения с работниками, на которых распространяется действие настоящего Положения (далее — Дополнительное соглашение).

**11.** Дополнительное соглашение заключается с работниками, которые в настоящее время фактически выполняют соответствующие должностные обязанности.

**12.** С медицинскими работниками, принимаемыми на работу, Дополнительное соглашение может быть заключено с любого числа каждого месяца.

При этом следует учитывать, что медицинский работник фактически приступит к выполнению дополнительных трудовых функций с даты, предусмотренной в Дополнительном соглашении.

**13.** Дополнительное соглашение может заключаться как с медицинскими работниками, с которыми трудовые договоры заключены на неопределенный срок, так и с работающими по срочным трудовым договорам (например, в случае принятия работника на должность взамен работника, находящегося в отпуске по беременности и родам, в отпуске по уходу за ребенком и т.д.).

**14.** Если срок окончания действия трудового договора заканчивается ранее 31 декабря 2011 года, то сроком окончания действия Дополнительного соглашения устанавливается дата окончания действия срочного трудового договора.

**15.** Дополнительное соглашение к трудовому договору о повышении доступности амбулаторной медицинской помощи заключается с медицинским работником, занимающим штатную должность в любом объеме (но не более установленного законодательством), в том числе с медицинскими работниками, занятыми на условиях совместительства или занятыми неполное рабочее время.

**16.** С одним и тем же медицинским работником, занимающим несколько штатных должностей, может быть заключено несколько Дополнительных соглашений.

При этом надбавка стимулирующего характера начисляется за фактически отработанное время.

**17.** Для медицинских работников, которым законодательством установлена сокращенная продолжительность рабочего времени при условии сохранения оплаты труда в полном объеме (инвалиды I и II групп, женщины, работающие в сельской местности, и т.д.), надбавки стимулирующего характера в случае отработки установленного законодательством сокращенного рабочего времени должны выплачиваться в полном объеме.

**18.** Финансирование надбавок стимулирующего характера осуществляется за счет и в пределах бюджетных ассигнований, предоставляемых на эти цели в соответствии с \_\_\_\_\_ (наименование нормативного акта).



## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ к трудовому договору о повышении доступности амбулаторной медицинской помощи

**1.** Руководствуясь частью 4 статьи 57 Трудового кодекса Российской Федерации, стороны трудового договора, заключенного \_\_\_\_\_  
(дата)

между \_\_\_\_\_  
(учреждение здравоохранения)

в лице \_\_\_\_\_,  
(наименование должности, Ф.И.О.)

именуемого в дальнейшем «Работодатель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_,  
(наименование должности, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_,  
(наименование структурного подразделения учреждения)

именуемым в дальнейшем «Работник», заключили настоящее дополнительное соглашение к трудовому договору о нижеследующем.

**2.** В соответствии с настоящим дополнительным соглашением Работник обязан в пределах установленной ему нормальной продолжительности рабочего времени принимать меры по обеспечению повышения доступности амбулаторной медицинской помощи.

**3.** При достижении значения показателей, используемых для оценки качества работы Работника в соответствии с приказом по учреждению \_\_\_\_\_ (дата, номер, название и пункт приказа), Работодатель обязуется ежемесячно выплачивать Работнику надбавку стимулирующего характера к заработной плате в размере, установленном Положением (наименование, дата принятия или утверждения Положения).

В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Работником по его вине возложенных на него настоящим дополнительным соглашением должностных обязанностей (выразившихся в том, что не достигнуты установленные показатели качества, имеются нарушения трудовой дисциплины), Работодатель вправе решить вопрос о приостановлении выплаты надбавки стимулирующего характера на определенный срок.

**4.** Срок действия настоящего соглашения:

с «\_\_» \_\_\_\_\_ 2011 г. по 31 декабря 2011 г.

**5.** Действие настоящего дополнительного соглашения прекращается в связи с истечением срока, на который оно заключено, в связи с прекращением трудового договора или по соглашению сторон.

**6.** Адреса сторон и подписи:

Учреждение

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Работник

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Адрес:

\_\_\_\_\_



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



**В правилах ОМС, в п. 92 раздела 6, в уведомлении (Приложение № 7к Методическим указаниям ФОМС) есть пункт 9, в котором отражены «Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования». Частная медицинская организация (ООО) обязана будет оказывать все виды услуг согласно своей лицензии или можно в форме уведомления в п. 9 указать только те виды медицинской помощи, которые могут быть оказаны медицинской организацией в должном объеме согласно стандартам и при необходимом качестве, то есть указать в уведомлении не все виды лицензированных медицинских услуг?**

Безусловно, любая медицинская организация в уведомлении о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (п. 9), должна указывать только те виды медицинской помощи, которые данная медицинская организация предполагает оказывать в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

При этом следует учитывать часть 10 статьи 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в соответствии с которой «объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования между медицинскими организациями, исходя из количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи».

Это означает, что частной медицинской организации трудно рассчитывать на то, что она получит плановые объемы амбулаторной медицинской помощи, если не имеет прикрепленного по участковому принципу населения.



**Негосударственное учреждение здравоохранения обслуживает население по участковому признаку, имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности и обеспечивает выполнение муниципального заказа медицинской помощи по Программе государственных гарантий на 2011 г. в установленных объемах. Имеет ли право данное медицинское учреждение на предоставление субсидий из федерального бюджета на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми и медицинскими сестрами участковыми в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29.12.2009 № 1110?**

В соответствии с п. 1 Правил, утвержденных данным постановлением, субсидии могут быть выделены и частным медицинским организациям, если в соответствующем муниципальном образовании нет ни муниципальных, ни государственных (субъекта РФ) учреждений здравоохранения при условии, что в этой организации размещен муниципальный заказ.

Таким образом, если в муниципальном образовании есть другие учреждения здравоохранения муниципальных образований или учреждения здравоохранения субъекта Российской Федерации, Вам могут отказать в выплате субсидии, даже если имеющееся муниципальное или государственное учреждение из-за территориальной удаленности и т.д. не может обслуживать по участковому принципу то население, которое закреплено за Вами.

Поэтому, если именно такая ситуация сложилась, нужно аргументированно отстаивать свою позицию, обращаясь во все органы, вплоть до Правительства Российской Федерации.



**Наше лечебное учреждение хочет попытаться ввести платные услуги. Комитет по регулированию цен и тарифов на наш запрос утверждает, что у пациентов имеются страховые полиса, на основании которых они имеют право получать медицинскую помощь в любом медицинском учреждении. И в установлении тарифов на данную услугу отказывают. Просим Вас разъяснить, имеет ли право муниципальное лечебное учреждение ввести данные услуги? Какие нормативно-правовые документы разрешают (допускают) введение данной услуги на платной основе?**

Основанием для оказания платных услуг является в первую очередь устав учреждения, где должно быть прописано право учреждения оказывать платные медицинские услуги. По большому счету это достаточное условие для того, чтобы доказать Комитету по регулированию цен и тарифов свое право оказывать платные услуги.

Дополнительным аргументом, подтверждающим право учреждения оказывать платные медицинские услуги, является наличие у учреждения специального разрешения на оказание платных услуг, выдаваемого в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».





Что касается аргументации Комитета, то следует иметь в виду, что не у всех пациентов имеются полисы обязательного медицинского страхования: они отсутствуют у иностранных граждан, у военнослужащих и приравненных к ним лиц и т.д.

Кроме того, лица, имеющие полисы обязательного медицинского страхования, имеют право по своему желанию получать медицинскую помощь за плату.

За плату гражданам, имеющим право на получение медицинской помощи в рамках государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, медицинская помощь может оказываться на условиях анонимности; в подразделениях, специально созданных для оказания платных услуг, и в целом ряде других случаев.

Заметим, что политика государства в настоящее время направлена на стимулирование развития платных услуг (в том числе и медицинских). Так, в Пояснительной записке, которая официально была направлена Правительством Российской Федерации в Государственную Думу одновременно с проектом Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» говорится: «Проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — законопроект) направлен на повышение эффективности предоставления государственных и муниципальных услуг при условии сохранения (либо снижения темпов роста) расходов бюджетов на их предоставление путем создания условий и стимулов для сокращения внутренних издержек учреждений **и привлечения ими внебюджетных источников финансового обеспечения...**»

Поэтому подобное поведение Комитета по регулированию цен и тарифов означает, что он занимается антиправительственной деятельностью. Раньше это называли бы «вредительством».

Добавим, что в проекте Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» есть специальная статья, посвященная платным услугам. В ней, в частности, говорится о том, что граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых при оказании медицинской помощи, а также платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных и транспортных услуг, дополнительно предоставляемых в процессе оказания медицинской помощи), а также о том, что **медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право предоставлять пациентам платные медицинские услуги в случаях**, устанавливаемых данным законом.

Что касается законности платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях, то необходимо отметить, что в настоящее время существует достаточно серьезная «разрешительная» нормативная база, не оставляющая сомнений в том, что оказание платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях не нарушает действующего законодательства:

**1. Статья 41 Конституции:** «1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».





Следует обратить внимание на то, что Конституция гарантирует не безусловную бесплатность медицинской помощи — речь идет о бесплатности лишь за счет и в пределах соответствующего источника финансирования. Это подтверждается и указанным ниже документом.

**2. Определение Конституционного Суда Российской Федерации** «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» от 6 июня 2002 года № 115-0.

Конституционный Суд РФ не нашел оснований для принятия к рассмотрению заявления, включавшего пункт о незаконности оказания на платной основе медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения.

Конституционный Суд Российской Федерации указывает на то, что *«Возмездное оказание медицинских услуг представляет собой реализацию гарантируемой в Российской Федерации свободы экономической деятельности, права каждого на свободное использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной не запрещенной законом экономической деятельности (статья 8, часть 1; статья 34, часть 1, Конституции Российской Федерации) и производится медицинскими учреждениями в рамках соответствующих договоров...»*

В соответствии с Определением: «Включение в соответствии с предписанием пункта 2 статьи 779 ГК Российской Федерации в механизм правового регулирования отношений, возникающих в связи с оказанием платных медицинских услуг, норм гражданского законодательства, основными началами которого являются признание равенства участников регулируемых им отношений, неприкосновенности собственности, свободы договора, необходимости беспрепятственного осуществления гражданских прав, обеспечения восстановления нарушенных прав, их судебной защиты (пункт 1 статьи 1 ГК Российской Федерации), не противоречит статье 41 (часть 1) Конституции Российской Федерации, а, напротив, направлено на их обеспечение и создает, наряду с положениями других федеральных законов, необходимую правовую основу предоставления гражданам платной медицинской помощи...»

**3. Определение Верховного Суда Российской Федерации** от 25 июля 2002 г. № КАС 02-373. Кассационная коллегия Верховного Суда Российской Федерации рассмотрела в открытом судебном заседании от 25 июля 2002 г. гражданское дело по жалобе Фуркалюка М.Ю. на Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 года № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», в части, касающейся государственных и муниципальных медицинских учреждений (пункты 1, 4, 7 Правил), по кассационной жалобе Фуркалюка М.Ю. на решение Верховного Суда РФ от 18 апреля 2002 года, которым в удовлетворении заявленного требования отказано.

Таким образом, Верховный Суд РФ признал правомерным оказание платных услуг бюджетными учреждениями здравоохранения.

**4. Ст. 20 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»:** «Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения *в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.*

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.





*Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации».*

В «Основах законодательства...» не оговаривается, в каких конкретно учреждениях граждане имеют право на дополнительные медицинские услуги. Следовательно, ограничений для бюджетных учреждений «Основами законодательства...» в этом вопросе не установлено.

**5. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».** В этом Постановлении прямо признается возможность и оговариваются условия оказания платных медицинских услуг населению государственными и муниципальными медицинскими учреждениями.

**6. Приказ Минздравмедпрома РФ от 23.03.96 № 109 «О Правилах предоставления платных медицинских услуг населению».** Данный Приказ издан во исполнение вышеуказанного Постановления Правительства РФ № 27<sup>1</sup>.

Наконец, еще один очень важный вопрос: имеет ли полномочия Комитет по регулированию цен и тарифов решать вопрос о том, кто может оказывать платные услуги, а кто — нет. Этими полномочиями обладает орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя. И полномочия эти реализуются путем утверждения устава учреждения. Полномочия по выдаче специального разрешения принадлежат органу управления здравоохранением. Можно не сомневаться, что у данного Комитета нет подобных полномочий. Для этого достаточно посмотреть Положение об этом Комитете.

Ну, а в заключение, возможно, самый серьезный аргумент. Пункт 4 статьи 9.2 Федерального закона Российской Федерации от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» устанавливает: «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... **Порядок определения указанной платы устанавливается соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, если иное не предусмотрено федеральным законом.**»

Мало того, что Комитет по регулированию цен и тарифов пытается ограничить законодательно установленное право бюджетного учреждения оказывать платные услуги, вполне вероятно, что он вообще не имеет права устанавливать цены на платные медицинские услуги бюджетных учреждений здравоохранения. Если в установленном законодательством порядке за Комитетом по регулированию цен и тарифов не закреплены функции и полномочия учредителя в отношении данного учреждения, Комитет не имеет права устанавливать цены на платные медицинские услуги, относящиеся к основным видам деятельности данного учреждения. Более детально подобная ситуация, касающаяся органов, призванных регулировать цены, будет рассмотрена в специальной публикации.

<sup>1</sup> Более детально о правомерности оказания платных услуг государственными (муниципальными) учреждениями см. *Кадыров Ф.Н.* Запретят ли платные услуги в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения? // Менеджер здравоохранения. — 2009. — № 2. — С. 69–75.



# ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

## **ЗАРПЛАТЫ БЮДЖЕТНИКОВ ВЫРАСТУТ**

*Распоряжение Правительства РФ от 31 мая 2011 г. № 957-р «О принятии мер по увеличению обеспечиваемой за счет средств федерального бюджета оплаты труда»*

Установлено, что федеральные органы исполнительной власти, играющие роль учредителей федеральных казенных, бюджетных и автономных учреждений, главные распорядители средств федерального бюджета должны принять меры по увеличению оплаты труда, обеспечиваемой за счет указанных средств. Она вырастет на 6,5% с 1 июня 2011 г.

Повышение предусмотрено для работников названных организаций; госакадемий наук и подведомственных им учреждений. Кроме того, оно касается лиц, на которых распространяется действие Постановления Правительства РФ 2008 г. о введении новых систем оплаты труда. Это сотрудники федеральных госорганов, а также гражданский персонал воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба.

## **КАЖДОМУ ПАЦИЕНТУ, УЧАСТВУЮЩЕМУ В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЛЕКАРСТВ, ПРИСВОЯТ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ КОД**

*Постановление Правительства РФ от 18 мая 2011 г. № 393 «О внесении изменений в Типовые правила обязательного страхования жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях лекарственного препарата» (не вступило в силу)*

Скорректированы правила обязательного страхования жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях лекарственного препарата.

Каждому лицу страхователь должен присвоить индивидуальный идентификационный код. Это делается после получения разрешения Минздравсоцразвития России на выполнение клинических исследований. Приведена структура кода (всего 33 знака). В нем зашифрованы Ф.И.О. и дата рождения пациента; реквизиты разрешения на исследование; порядковый номер осуществляющей его медорганизации.

Код сообщается исследователю для внесения в информационный листок пациента и его медицинскую документацию. Реестры кодов направляются страхователем страховщику на бумажных или электронных носителях. Правила обмена и сверки указанных сведений определяются соглашением между названными лицами.

Уточнен порядок заключения договора страхования. Страхователь подает страховщику письменное заявление. В нем указываются предельная численность привлекаемых к исследованию пациентов; наименования тестируемого препарата и протокола клинического исследования; его цели. Договор считается заключенным со дня его подписания. Он вступает в силу с момента получения страховщиком реестра кодов пациентов при условии, что страховая премия уже уплачена. Реестры являются неотъемлемой частью договора и прилагаются к нему.

В страховом полисе вместо личных данных пациента приводится его код.





## **ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬ НУЛЕВУЮ СТАВКУ ПО НАЛОГУ НА ПРИБЫЛЬ**

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 3 мая 2011 г. № 03-03-06/1/281 «О возможности применения в 2011 г. нулевой ставки по налогу на прибыль организациями, осуществляющими медицинскую деятельность»*

При определенных условиях организации, осуществляющие образовательную и (или) медицинскую деятельность, могут применять нулевую ставку по налогу на прибыль.

Это касается тех видов деятельности, которые входят в устанавливаемый Правительством РФ перечень. Пока что он не утвержден.

Организации, желающие воспользоваться льготой, подают в налоговый орган по месту своего нахождения заявление и копии лицензий на соответствующую деятельность. Это нужно сделать не позднее чем за месяц до начала налогового периода, с которого применяется нулевая ставка.

Положения, предусматривающие эту льготу, применяются с 1 января 2011 г. до 1 января 2020 г.

Чтобы воспользоваться ею с 1 января 2012 г., документы нужно подать не позднее 30 ноября 2011 г. При этом НК РФ не предусматривает, что нулевую ставку можно применять без их представления.

В настоящее время рассматриваются предложения о том, чтобы предоставить возможность применять нулевую ставку в 2011 г.

## **ПРОИЗВОДСТВО, ОБОРОТ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЗДЕЛИЙ: КАК ПРОВОДЯТСЯ ПРОВЕРКИ?**

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 8 апреля 2011 г. № 1813-Пр/11 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению в установленном порядке проверки деятельности организаций, осуществляющих производство, оборот и использование изделий медицинского назначения» (не вступил в силу)*  
*Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 мая 2011 г. Регистрационный № 20 758.*

Росздравнадзор и его территориальные органы уполномочены контролировать соблюдение требований к производству, обороту и использованию изделий медицинского назначения. Регламентирован порядок проведения соответствующих проверок.

В частности, контролируется наличие госрегистрации медицинских изделий и соответствующих лицензий. Проверяется соблюдение госстандартов и технических условий, требований к качеству продукции, законодательства о ее рекламе.

Росздравнадзор анализирует и принимает меры по обращениям организаций, граждан и ИП, осуществляющих производство, оборот или использование изделий медицинского назначения.

Ежегодный план проведения проверок утверждается руководителем Службы (территориального органа) и доводится до сведения заинтересованных лиц. Его проект согласовывается с органами прокуратуры.

Плановая проверка проводится не более 1 раза в 3 года. Она может быть документарная и выездная.

Основанием для внеплановой проверки, в частности, является приказ руководителя Службы, изданный в соответствии с поручениями Президента РФ или Правительства РФ. Пово-



дом также может стать поступление информации о причинении вреда (угрозе) жизни и здоровью граждан.

Срок проверки не может превышать 20 рабочих дней.

Общий срок проведения плановой выездной проверки не может превышать 50 часов для малого предприятия и 15 часов для микропредприятия в год. Возможно продление.

Установлено, как оформляется акт проверки.

Информация по вопросам проверок размещается на официальном сайте Росздравнадзора.

## **ПО КАКОЙ ФОРМЕ ВЫНОСИТСЯ ПРЕДПИСАНИЕ, ЕСЛИ РЕШЕНИЕ О ПРЕДЕЛЬНЫХ НАДБАВКАХ К ЦЕНАМ НА ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫЕ И ВАЖНЕЙШИЕ ЛЕКАРСТВА НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ЗАКОНУ?**

*Приказ Федеральной службы по тарифам от 4 мая 2011 г. № 182-к «Об утверждении формы предписания о приведении в соответствие с законодательством Российской Федерации решений органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации об установлении предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей на лекарственные препараты, включенные в жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов»*

Региональные органы устанавливают предельные оптовые и розничные надбавки к фактическим отпускным ценам производителей на препараты, входящие в число жизненно необходимых и важнейших.

ФСТ России может выдавать предписания привести такие решения в соответствие с законодательством.

Утверждена форма предписания.

## **УСТАНОВЛЕНИЕ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ПРОФТРУДОСПОСОБНОСТИ — ПОД ЧЕТКИМ КОНТРОЛЕМ РОСЗДРАВНАДЗОРА!**

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 6 апреля 2011 г. № 1796-Пр/11 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по контролю за порядком установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 июня 2011 г. Регистрационный № 20 736.*

Регламентирована процедура осуществления Росздравнадзором контроля за порядком установления степени утраты профтрудоcпособности из-за несчастных случаев на производстве и профзаболеваний.

Служба и ее территориальные органы проводят плановые и внеплановые проверки ФГУ медико-социальной экспертизы. Федеральное бюро МСЭ обязано по запросам Службы представлять данные о количестве инвалидов по причине профзаболевания, степени их инвалидности и ряд иных сведений.

Плановая проверка проводится не чаще 1 раза в 3 года. Юрлицо уведомляется о ней не позднее 3 рабочих дней до ее начала.

Внеплановая проверка проводится в случае просрочки исполнения юрлицом предписания об устранении нарушения; по фактам причинения вреда жизни, здоровью граждан либо его





угрозы; на основании поручения Президента РФ или Правительства РФ. Выездная внеплановая проверка должна быть согласована с прокуратурой (кроме неотложных случаев). О проведении внеплановой проверки юрлица уведомляются не менее чем за 24 часа до ее начала (кроме проверок по фактам причинения вреда).

По результатам проверки составляется акт. При выявлении нарушений выдается предписание об их устранении. Информация о них направляется в прокуратуру (при наличии в нарушениях признаков преступлений).

Лица, в отношении которых проводятся проверки, обязаны вести журнал их учета.

### **КАК РОСЗДРАВНАДЗОР СОГЛАСУЕТ СОВЕРШЕНИЕ БЮДЖЕТНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ КРУПНЫХ СДЕЛОК?**

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 28 марта 2011 г. № 1497-Пр/11 «Об утверждении Порядка предварительного согласования совершения федеральным бюджетным учреждением, подведомственным Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, крупных сделок»*

Определен порядок предварительного согласования совершения крупных сделок учреждениями Росздравнадзора.

Крупной признается сделка, если ее цена или стоимость отчуждаемого (передаваемого) имущества — более 10% балансовой стоимости активов бюджетного учреждения.

Для согласования сделки учреждение представляет в Службу обращение руководителя, копии форм бюджетной отчетности, проект договора, сведения о кредиторской и дебиторской задолженности.

Определены основания для отказа в согласовании сделки.

Росздравнадзор принимает решение в течение 15 календарных дней. Оно оформляется письмом. О принятом решении уведомляют учреждение.

Решение действительно в течение 1 года со дня его принятия.

### **РАЗРАБОТАНЫ МЕРЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЛИХОРАДКОЙ ЗАПАДНОГО НИЛА**

*Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 14 апреля 2011 г. № 31 «О совершенствовании эпидемиологического надзора и профилактики лихорадки Западного Нила»*

*Зарегистрировано в Минюсте РФ 18 мая 2011 г. Регистрационный № 20 788.*

Разработан ряд мер, направленных на совершенствование эпидемиологического надзора и профилактику лихорадки Западного Нила (ЛЗН) в нашей стране.

За период 1997–2010 гг. в России заболевания населения ЛЗН регистрировались в Астраханской, Волгоградской, Ростовской, Ульяновской, Воронежской, Челябинской областях, Краснодарском крае и Калмыкии. Общее число пострадавших в 2010 г. — 527 человек.

Регионам рекомендовано выделить необходимые финансовые средства на проведение ларвицидных обработок водоемов, зачистки растительности мест выплода комаров, дезинсекции и дератизации помещений.

Органам управления здравоохранением субъектов Федерации рекомендовано организовать в лечебно-профилактических учреждениях диагностические исследования больных на наличие антител к возбудителю инфекции. Также следует контролировать обеспечение лечебно-профилактических учреждений необходимыми лекарствами.



Должны быть проведены семинары для специалистов по вопросам клиники, диагностики, профилактики и лечения ЛЗН.

Региональным управлениям Роспотребнадзора необходимо вести мониторинг природных очагов ЛЗН. Кроме того, им следует организовать мониторинг лихорадящих больных с неизвестным диагнозом, с явлениями менингита на наличие антител к вирусу ЛЗН. Результаты направляют в референс-центр по ЛЗН.

НИИ Роспотребнадзора, занимающимся вопросами профилактики природно-очаговых болезней вирусной этиологии, следует разработать диагностические средства на ЛЗН.

### **РАСШИРЕН ПЕРЕЧЕНЬ РАСТЕНИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ НАВРЕДИТЬ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ЕСЛИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БАД**

*Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11 апреля 2011 г. № 30 «Об утверждении СанПиН 2.3.2.2868-11 «Дополнение № 23 к СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов» Зарегистрировано в Минюсте РФ 13 мая 2011 г. Регистрационный № 20 739.*

Скорректирован перечень биологически активных веществ, компонентов пищи и продуктов, являющихся их источниками. Речь идет о тех, которые могут навредить здоровью человека при использовании для изготовления БАД.

Расширен перечень растений, содержащих сильнодействующие, наркотические или ядовитые вещества. В него дополнительно вошли 17 растений. Среди них — аир болотный (злаковый), ежовник членистый, колоцинт, петрушка курчавая, бассия холодная.

Изменения вводятся в действие с 1 июня 2011 г.

### **НА РЕАЛИЗАЦИЮ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА ВЫДЕЛЯТ ОКОЛО 2,15 МЛРД. РУБ.**

*Соглашение Правительства Сахалинской области с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональной программы модернизации здравоохранения Сахалинской области на 2011–2012 годы (Москва, 29 апреля 2011 г.)*

В 2011–2012 гг. в целях повышения качества и доступности медицинской помощи осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Федерации. Установлены условия выполнения и финансового обеспечения названной программы в Сахалинской области. Определены соответствующие права и обязательства Правительства Сахалинской области, Минздравсоцразвития России и ФФОМС. Так, Министерство обеспечивает организационное и методическое руководство, дает необходимые разъяснения по вопросам реализации программы, осуществляет контроль. Фонд предоставляет средства бюджету Сахалинского ТФОМС в виде субсидии в размере 2,15 млрд. руб.

Средства предоставляются при наличии утвержденной программы модернизации с обоснованием стоимости мероприятий, ассигнований в региональном бюджете на финансовое обеспечение программы, а также на здравоохранение. Установлены требования о перечислении иных межбюджетных трансфертов и ряд других условий субсидирования.

Правительство Сахалинской области обеспечивает финансирование мероприятий программы за счет региональных средств и ТФОМС в размере около 5 млрд. руб. На него воз-





ложено выполнение мероприятий в установленные сроки и достижение целевых показателей и индикаторов программы.

Приведены графики перечисления субсидии и иных межбюджетных трансфертов, расходования средств программы в регионе.

Соглашение вступает в силу с даты его подписания и действует до 31 декабря 2012 г.

### **МОЖНО ЛИ СОХРАНИТЬ ТИП ДЕЙСТВУЮЩИХ АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ДЛЯ КОТОРЫХ БУДУТ СОЗДАНЫ ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПРОДОЛЖЕНИЯ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?**

*Письмо Минфина РФ от 24 мая 2011 г. № 02-03-09/2136*

17 мая 2011 г. Госдума в первом чтении приняла законопроект, предусматривающий возможность создавать в форме автономных учреждений СМИ и многофункциональные центры предоставления государственных и муниципальных услуг.

Кроме того, в соответствии с проектом можно будет изменить тип автономных учреждений (на бюджетное или казенное), созданных вне сфер, предусмотренных законодательно. При этом срока их реорганизации и ликвидации будет продлен до 1 января 2012 г.

В связи с этим, по мнению Минфина России, можно осуществлять до 1 января 2012 г. реорганизацию, ликвидацию и изменение типа учреждений, созданных вне сфер, предусмотренных законодательно, а также сохранить тип действующих автономных учреждений, для которых проектом создаются правовые основания для продолжения их деятельности.

### **РЕЗЕРВ СРЕДСТВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦСТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ: НАПРАВЛЕНИЯ ИНВЕСТИРОВАНИЯ В 2011 Г.**

*Постановление Правительства РФ от 18 мая 2011 г. № 390 «Об утверждении Правил формирования, размещения и расходования резерва средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в 2011 году»*

Установлено, как формируется, размещается и расходуется резерв средств на обязательное соцстрахование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний в 2011 г.

Страховой резерв формируется за счет остатка средств страхового резерва на начало года, превышения доходов бюджета Фонда над его расходами по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, капитализированных платежей, поступающих при ликвидации юрлиц-страхователей, доходов от размещения средств страхового резерва.

Средства страхового резерва могут размещаться на банковские депозиты (в 2008 г. и плановом периоде 2009–2010 гг. можно было также инвестировать в государственные ценные бумаги). Должны соблюдаться следующие условия. Валюта — российские рубли. Срок действия депозита — до 1 года, процентная ставка фиксируется на весь срок. Процентный доход выплачивается ежемесячно. По требованию Фонда средства могут быть возвращены досрочно.

Сумма средств, размещаемых в 1 кредитной организации, не должна превышать 25% совокупного общего размера.

Кредитные организации должны удовлетворять следующим требованиям. Наличие генеральной лицензии ЦБР на осуществление банковских операций. Размер собственных средств — не менее 5 млрд. руб. Наличие рейтинга долгосрочной кредитоспособности не ниже уровня «BB» (FitchRatings или Standard&Poor's) либо не ниже уровня «Ba3» (Moody'sInvestorsService).



Средства размещаются на банковские депозиты путем отбора заявок кредитных организаций. Установлено, как происходит отбор.

Средства страхового резерва используются, если в текущем году расходы по обязательному соцстрахованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний превышают соответствующие доходы.

Фонд ежеквартально представляет в Правительство РФ, Минздравсоцразвития России и Минфин России сведения о направлениях, объемах и финансовых результатах размещения и расходования средств страхового резерва.

### **КАК ПРИНИМАЕТСЯ РЕШЕНИЕ ОБ ОДОБРЕНИИ СДЕЛОК С УЧАСТИЕМ ЗАИНТЕРЕСОВАННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ РОСЗДРАВНАДЗОРА?**

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 28 марта 2011 г. № 1494-Пр/11 «Об утверждении Порядка принятия решения об одобрении сделок с участием федерального бюджетного учреждения, подведомственного Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, в совершении которых имеется заинтересованность»*

Утвержден порядок принятия решения об одобрении сделок с участием федерального бюджетного учреждения, подведомственного Росздравнадзору, в совершении которых имеется заинтересованность.

Решение об одобрении сделки либо об отказе в нем принимает Служба в течение 15 календарных дней с момента поступления пакета документов. В него входят обращение руководителя учреждения; заверенные копии форм бюджетной отчетности; проект соответствующего договора; сведения о кредиторской и дебиторской задолженности. Решение об одобрении действительно в течение года со дня принятия.

### **КАКИЕ ДОЛЖНОСТНЫЕ ЛИЦА РОСПОТРЕБНАДЗОРА МОГУТ СОСТАВЛЯТЬ ПРОТОКОЛЫ ОБ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ?**

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 9 февраля 2011 г. № 40 «Об утверждении перечня должностных лиц Роспотребнадзора и его территориальных органов, уполномоченных составлять протоколы об административных правонарушениях»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 4 мая 2011 г. Регистрационный № 20 647.*

Утвержден новый перечень должностных лиц Роспотребнадзора, уполномоченных составлять протоколы об административных правонарушениях.

Как и ранее, в него вошли руководитель Службы, начальники управлений и отделов в них, их заместители, советники, консультанты, в том числе ведущие, специалисты-эксперты, в том числе ведущие и главные.

Кроме того, могут составлять протоколы руководители, начальники отделов и их заместители, специалисты-эксперты, в том числе ведущие и главные, региональных управлений Службы.

В новый перечень не вошли консультанты Управлений Роспотребнадзора по ж/д транспорту и его территориальных отделов.

Кроме того, не вправе составлять протоколы начальники и их заместители, советники, консультанты, главные и ведущие специалисты, специалисты 1 и 2 категорий территориальных отделов территориальных управлений Службы.

Прежний перечень утратил силу.





## **ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФФОМС КАССОВЫЕ РАЗРЫВЫ РАССЧИТЫВАЮТСЯ ПО-НОВОМУ**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 апреля 2011 г. № 264н «О внесении изменений в Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1229н»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 5 мая 2011 г. Регистрационный № 20 669.*

Внесены изменения в порядок использования средств нормированного страхового запаса ФФОМС в части расчета кассовых разрывов.

Они определяют недостаток денежных средств на счете по учету средств ОМС по отношению к ежемесячным планируемым кассовым выплатам в рамках текущего финансового года. Ранее кассовый разрыв рассчитывался исходя из финансовой отчетности об исполнении бюджета Фонда за предшествующий финансовый год и утвержденного кассового плана исполнения бюджета на текущий.

## **СИСТЕМУ ДИСТАНЦИОННОГО ОБЩЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ БУДУТ РАЗВИВАТЬ С УЧЕТОМ, ЧТО ЕЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛЮДИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

*Распоряжение Правительства РФ от 28 апреля 2011 г. № 747-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 28 апреля 2011 г. № 747-р»*

Из федерального бюджета предоставляются средства на реализацию проектов, одобренных Комиссией при Президенте РФ по модернизации и технологическому развитию экономики России. На эти цели в 2011 г. выделяют 8,2973 млрд. руб., а на 2012 г. зарезервировано 9,7437 млрд. руб. Уточнено распределение указанных средств.

Так, планируется развить электронные образовательные Интернет-ресурсы нового поколения. Также речь идет о культурно-познавательных сервисах, системах дистанционного общего и профессионального обучения (e-learning).

Определено, что последние должны предназначаться и для людей с ограниченными возможностями.

## **КАКОВЫ ИТОГИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ И ОРВИ В ЭПИДСЕЗОН 2010–2011 ГГ.?**

*Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 3 мая 2011 г. № 01/5190-1-32 «Об итогах эпидемического подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ в сезон 2010–2011 гг.»*

Подведены итоги эпидемического подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ в эпидсезон 2010–2011 гг. в мире и в России.

Так, в начале текущего года в Европе увеличилось число заболевших, особенно на севере и западе континента.

Начиная с февраля 2011 г., заражение гриппоподобными заболеваниями и число случаев тяжелой острой респираторной инфекции начали снижаться.

98% изученных вирусов, выявленных в указанный период, соответствовали тем, которые включены в применявшиеся вакцины против гриппа. Поэтому штаммовый состав последних на 2011–2012 гг. не изменен.

Это A/California/07/2009 (H1N1), A/Perth/16/2009 (H3N2) и B/Brisbane/60/2008.



В конце января — начале февраля был зарегистрирован пик заболеваемости гриппом и ОРВИ в России. Самый высокий средний уровень заболеваемости за время эпидемического подъема зарегистрирован в Северо-Западном федеральном округе (1221,3 на 10 тыс. населения). Преимущественно циркулировал вирус А(Н1N1)-2009. С сентября по декабрь прошлого года было привито свыше 11,246 млн. детей и 16,866 млн. взрослых.

Разработан комплекс мер по подготовке к эпидсезону 2011–2012 гг.

В частности, следует представить в Роспотребнадзор предложения по корректировке значений эпидемических порогов заболеваемости гриппом и ОРВИ по региону и его центральному городу. Срок — до 15 июня 2011 г.

Нужно проводить разъяснительную работу с населением о мерах личной и общественной профилактики, необходимости своевременного обращения за медпомощью и вреде самолечения.

### **КАК РОСЗДРАВНАДЗОР СОГЛАСОВЫВАЕТ РАСПОРЯЖЕНИЕ ОСОБО ЦЕННЫМ ДВИЖИМЫМ ИМУЩЕСТВОМ?**

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 28 марта 2011 г. № 1495-Пр/11 «О Порядке согласования распоряжения особо ценным движимым имуществом, закрепленным за федеральным бюджетным учреждением; подведомственным Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, или приобретенным указанным федеральным бюджетным учреждением за счет средств федерального бюджета, выделенных Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на приобретение такого имущества»*

Бюджетное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным за счет выделенных им средств.

Определен порядок получения такого согласования бюджетными учреждениями Росздравнадзора.

Для согласования представляются следующие документы. Это обращение руководителя, перечень особо ценного движимого имущества, копии бюджетной отчетности, отчет об оценке его рыночной стоимости, проект договора (контракта).

Определены случаи, когда в согласовании может быть отказано. Например, в результате такой операции будет затруднено осуществление учреждением уставной деятельности.

Решение принимается Росздравнадзором в течение 15 календарных дней. Соответствующее письмо направляют учреждению.

Решение действительно в течение 1 года со дня его принятия.

### **КАКИЕ МЕРЫ ПРИЗВАНЫ НЕ ДОПУСТИТЬ ЗАВОЗ В РОССИЮ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ХОЛЕРЫ?**

*Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 апреля 2011 г. № 32 «О противоэпидемических мерах и профилактике холеры в Российской Федерации»*

*Зарегистрировано в Минюсте РФ 26 апреля 2011 г. Регистрационный № 20 579.*

В настоящее время в мире складывается неблагоприятная ситуация по холере.

Ежегодно в мире регистрируются 3–5 млн. случаев холеры, из которых 100–120 тыс. заканчиваются летальными исходами. Более половины из них приходится на Африканский континент.





На Гаити наблюдается эпидемия холеры. Оттуда она распространилась в Доминиканскую Республику. Отмечен завоз инфекции в Венесуэлу, США и Канаду.

Чтобы не допустить завоз в Россию, возникновение и распространение холеры, разработан ряд противоэпидемических мер.

Так, регионам рекомендовано контролировать санитарно-техническое состояние лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), планирующих к приему больных с подозрением на холеру.

Лаборатории ЛПУ должны быть оснащены современным оборудованием, обеспечивающим этиологическую расшифровку острых кишечных инфекций.

Следует организовать специальную подготовку по холере медперсонала ЛПУ, лабораторий, станций скорой медпомощи.

Управления Роспотребнадзора в регионах должны обеспечить эпидемиологический надзор за холерой на всех этапах выявления больных.

Необходимо провести разъяснительную работу с населением и экипажами транспортных средств, совершающих рейсы в неблагополучные по холере страны.

Целесообразно проработать вопросы благоустройства пляжей, регулярной очистки рекреационных зон.

Продолжается мониторинг за лицами, прибывающими из неблагополучных по холере регионов, в пунктах пропуска через границу.

Ростовский научно-исследовательский противочумный институт выполняет мониторинг ситуации по холере в мире. Он переводит и направляет в Роспотребнадзор информационные международные методические документы по указанной проблематике.

Российскому научно-исследовательскому институту «Микроб» следует разработать иммунопрепарат для профилактики и лечения холеры. Кроме того, должны быть ускорены сроки реконструкции технологической линии по производству противохолерной вакцины.

### **КАКИЕ МЕРЫ ПРЕДПРИНИМАЮТСЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЛИХОРАДКОЙ ЗАПАДНОГО НИЛА?**

*Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18 апреля 2011 г. № 385 «О совершенствовании эпидемиологического надзора и профилактике лихорадки Западного Нила в Российской Федерации»*

Разработан ряд мер, направленных на совершенствование эпидемиологического надзора и профилактику лихорадки Западного Нила (ЛЗН) в нашей стране.

Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт, Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор», Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии должны представить в Роспотребнадзор проект санитарно-эпидемиологических правил по профилактике ЛЗН. Срок — 1 сентября 2011 г.

Кроме того, они должны направить предложения по разработке диагностических наборов, средств специфической и экстренной профилактики лихорадки. Срок — 1 июня 2011 г. До этой даты нужно также представить программу проведения семинаров по диагностике, клинике, профилактике и лечению данного заболевания.

Органам управления здравоохранением субъектов Федерации рекомендовано контролировать обеспечение лечебно-профилактических учреждений необходимыми лекарствами. Целесообразно организовать диагностику больных на наличие антител к возбудителю инфекции.

Должны быть проведены семинары для специалистов по вопросам клиники, диагностики, профилактики и лечения ЛЗН.



Региональным управлениям Роспотребнадзора необходимо организовать мониторинг лихорадящих больных с неизвестным диагнозом, с явлениями менингита на наличие антител к вирусу ЛЗН в теплый период года. Результаты направляются в референс-центр по ЛЗН.

Также должно быть обеспечено сотрудничество с ВОЗ по вопросам оказания практической и методической помощи зарубежным странам по арбовирусным инфекциям, в частности по ЛЗН.

Кроме того, необходимо подготовить предложения по созданию региональной референс-лаборатории по ЛЗН для стран СНГ.

## **ЛУЧШИЕ ВРАЧИ РОССИИ. КАК ИХ ВЫБРАТЬ?**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 марта 2011 г. № 245н «О проведении Всероссийского конкурса врачей»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 апреля 2011 г. Регистрационный № 20 594.*

Утвержден новый порядок проведения Всероссийского конкурса врачей.

Определены 40 номинаций. К участию, как и ранее, допускаются кандидаты, работающие по специальности не менее 10 лет, из них 5 лет — в организации, которая их выдвинула. Они выбираются коллективами организаций исходя из профессиональных, творческих и нравственных качеств.

На ряд номинаций претендентов могут выдвигать пациенты (их группы), профессиональные ассоциации врачей, администрации медицинских организаций и учреждений образования и науки. Возможно также самовыдвижение. В этих случаях требуется представить в Центральную конкурсную комиссию дополнительные документы, подтверждающие, например, проведение уникальной хирургической операции, оказание помощи пострадавшим при войнах, терактах.

Конкурс для муниципальных и частных учреждений здравоохранения по-прежнему состоит из 4 этапов, для федеральных, находящихся в ведении Минздравсоцразвития России и РАМН, — из 2, для остальных — из 3. Определены особенности проведения отдельных этапов.

Первый этап проходит в медицинских организациях, где кандидатуры утверждаются путем голосования. Следующие этапы проводят комиссии муниципальных, региональных и федеральных органов управления здравоохранением. После этого материалы на номинантов направляются в Центральную конкурсную комиссию. Установлен их перечень. Документы надо подать не позднее 15 мая текущего года.

Победителем в номинации становится участник, получивший большинство голосов членов Комиссии. Установлены размеры денежного поощрения призеров.

## **УТОЧНЕНО, КАК МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ ФМБА РОССИИ ПРОВОДЯТ В 2011 Г. ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 апреля 2011 г. № 271н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 марта 2010 г. № 203н «О Порядке проведения федеральными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства, дополнительной диспансеризации работающих граждан»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 апреля 2011 г. Регистрационный № 20 614.*

Скорректирован порядок проведения учреждениями здравоохранения ФМБА России дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Дополнительная диспансеризация названных лиц финансируется исходя из норматива затрат на 1 гражданина в 2011 г. — 1418 руб.





Уточнено, в каких случаях отдельные исследования могут не проводиться. Так, маммография женщинам после 40 лет не осуществляется, если это невозможно по медицинским показаниям.

Не подлежат дополнительной диспансеризации граждане, в отношении которых она проводилась в 2008–2010 гг.

Дополнительной диспансеризации в 2011 г. подлежат, в частности, граждане, занятые на работах с вредными (опасными) условиями труда.

### **УТОЧНЕНЫ РАЗМЕРЫ ПОШЛИН ЗА ВЫДАЧУ ЛИЦЕНЗИИ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2010 г. № 1167н «О внесении изменений в Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по исполнению государственной функции по лицензированию деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, деятельности в области использования источников ионизирующего излучения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 октября 2007 года № 655» (не вступил в силу)*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 22 апреля 2011 г. Регистрационный № 20 555.*

Скорректирован порядок лицензирования Роспотребнадзором деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, а также в области применения источников ионизирующего излучения.

Уточнены размеры госпошлины. Так, за предоставление лицензии взимается 2600 руб. (ранее — 1000 руб.), за переоформление документа, подтверждающего ее наличие, — 200 руб. (ранее — 100 руб.), за выдачу дубликата такого документа — 200 руб.

Напомним, что ранее за рассмотрение заявления о предоставлении лицензии взималась пошлина в размере 300 руб. Теперь этого не предусматривается.

Чтобы получить лицензию, соискатель представляет документ, подтверждающий уплату пошлины за ее предоставление (ранее — подтверждение внесения пошлины за рассмотрение заявления о выдаче лицензии).

Уточнено, что заявление о продлении срока действия лицензии может быть подано как в письменной форме, так и в виде электронного документа.

### **ОБРАЗОВАНИЕ И МЕДИЦИНА: О ПРИМЕНЕНИИ НУЛЕВОЙ СТАВКИ ПО НАЛОГУ НА ПРИБЫЛЬ НУЖНО СООБЩИТЬ ЗАРАНЕЕ**

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 1 апреля 2011 г. № 03-03-06/1/197 «О применении нулевой ставки по налогу на прибыль организациями, осуществляющими образовательную и (или) медицинскую деятельность»*

С 1 января 2011 г. до 1 января 2020 г. действует норма НК РФ, позволяющая организациям, занимающимся образовательной и (или) медицинской деятельностью, при определенных условиях применять нулевую ставку налога на прибыль.

При этом, не позднее чем за 1 месяц до начала налогового периода, в котором планируется применять нулевую ставку, организация должна подать в налоговый орган по месту своего нахождения заявление и копии соответствующих лицензий. Так, для применения с 2012 г. нулевой ставки в налоговый орган нужно обратиться не позднее 30 ноября 2011 г.



## **ОПРЕДЕЛЕНА ФОРМА ЗАЯВКИ НА ПОСТАВКУ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ЗАКУПЛЕННЫХ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК**

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 марта 2011 г. № 234н «О формах заявок на поставку медицинских иммунобиологических препаратов, закупленных в рамках национального календаря профилактических прививок, и отчетов об использовании медицинских иммунобиологических препаратов, закупленных в рамках национального календаря профилактических прививок»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 19 апреля 2011 г. Регистрационный № 20 526.*

Утверждена форма заявки на поставку медицинских иммунобиологических препаратов в рамках национального календаря профилактических прививок.

Ее представляют федеральные учреждения, оказывающие медпомощь, подведомственные Минздравсоцразвития России, ФМБА России и региональные органы власти в области здравоохранения. Срок предоставления — 15 дней со дня вступления в силу Постановления Правительства РФ об использовании бюджетных ассигнований на закупку медицинских иммунобиологических препаратов в рамках национального календаря профилактических прививок.

Федеральным учреждениям Минздравсоцразвития России, оказывающим медпомощь, ФМБА России и региональным органам власти в области здравоохранения рекомендовано отчитаться об использовании в 2010 г. указанных препаратов. Срок — до 20 мая 2011 г. Отчет представляют в электронном виде и на бумажном носителе. Приведена его форма.

## **ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ СОЦИАЛЬНЫЙ ВЫЧЕТ В РАЗМЕРЕ СТОИМОСТИ МЕДИКАМЕНТОВ, НАЗНАЧЕННЫХ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ?**

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 25 марта 2011 г. № 03-04-06/7-55 «О предоставлении социального налогового вычета по НДФЛ в размере стоимости медикаментов на лечение»*

Плательщик может получить социальный вычет, в частности, в размере стоимости медикаментов, назначенных им лечащим врачом, приобретаемых им за счет собственных средств.

При этом Правительством РФ утвержден перечень лекарств, размер стоимости которых учитывается при определении суммы социального налогового вычета. Вычет сумм оплаты стоимости лечения предоставляется, в частности, при наличии документов, подтверждающих фактические расходы на приобретение медикаментов. При этом рецепт должен быть выписан на бланке учетной формы № 107-1/у. Таким образом, если у налогоплательщика имеется рецепт на лекарство, выписанный лечащим врачом по форме № 107-1/у, а также платежные документы, то он имеет право на социальный вычет.

## **УТРАЧИВАЮТ СИЛУ ПРЕЖНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЛИХОРАДКИ КУ**

*Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 апреля 2011 г. № 36 «Об отмене СП 3.1.095-96 «Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных. 12. Коксиеллез (Лихорадка Ку)»*

Главным государственным санитарным врачом РФ были утверждены новые санитарно-эпидемиологические правила по профилактике коксиеллеза (лихорадка Ку).

С момента введения их в действие утрачивают силу прежние санитарно-эпидемиологические требования, посвященные профилактике данного заболевания и борьбе с ним.





## КОНКУРС ПО РАЗМЕЩЕНИЮ ГОСЗАДАНИЯ НА ПОДГОТОВКУ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ПРОФОБРАЗОВАНИЕМ: ПОЛНОМОЧИЯ КОМИССИИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 марта 2011 г. № 252 «О конкурсной комиссии по проведению конкурса по размещению государственного задания на подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием среди аккредитованных образовательных учреждений высшего профессионального образования, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на 2011 год»*

Среди подведомственных Минздравсоцразвития России вузов проводится конкурс по размещению госзадания на подготовку специалистов с высшим профобразованием на 2011 г.

В Министерстве сформирована специальная комиссия. Определены ее основные функции. Она, в частности, рассматривает заявки, оценивает их и сопоставляет, готовит предложения Минздравсоцразвития России о размещении госзадания, рассматривает обращения участников.

В состав комиссии не могут входить физлица, лично заинтересованные в результатах конкурса. Решения комиссии принимаются открытым голосованием.

Комиссия может привлекать для оценки и сопоставления заявок специалистов (экспертов).

## ДОПОЛНЕНА НОМЕНКЛАТУРА ГЛАВНЫХ ВНЕШТАТНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ В ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГАХ

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 марта 2011 г. № 212 «О внесении изменения в Номенклатуру главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в федеральных округах, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 мая 2002 г. № 151 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в федеральных округах»*

Скорректирована номенклатура главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития России в федеральных округах.

В нее включен главный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.

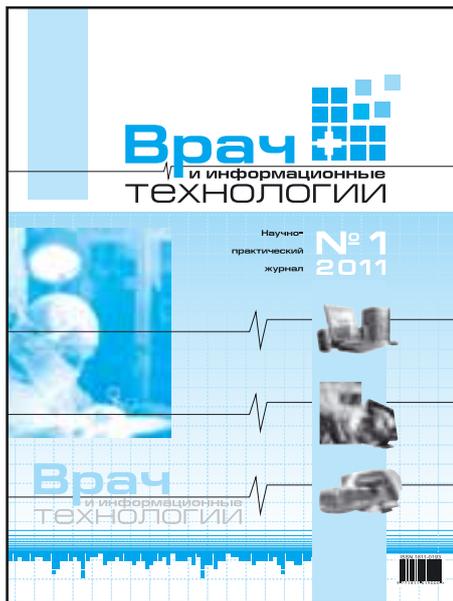
ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»  
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный  
междугородный звонок),  
8 495 647 6238 (для Москвы)  
Интернет: [www.garant.ru](http://www.garant.ru)



Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант» и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: [www.idmz.ru](http://www.idmz.ru)



## Продолжается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2011 год



**Периодичность — 6 выпусков в год  
В почтовом отделении:**

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:  
Подписной индекс: **82615** на полугодие  
**20103** на год

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **350 руб.**
- на полугодие — **1050 руб.**
- **1890 руб. — годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 315 руб.)

НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки.

**Адрес редакции:** 127254, Москва,  
ул. Добролюбова, 11. Т./ф. (495) 618-07-92.

E-mail: [idmz@mednet.ru](mailto:idmz@mednet.ru), [idmz@yandex.ru](mailto:idmz@yandex.ru), <http://www.idmz.ru>

### Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

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

*В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Врач и информационные технологии" на 2011 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.*

### Подписка на электронную версию журнала:

*Вы можете подписаться на электронную версию журнала в формате PDF (точная копия бумажного журнала). Стоимость годовой подписки — 1000 рублей.*

*Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить по электронной почте или скачать с сайта.*

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

ООО «Урал-Пресс XXI»	<a href="http://www.ural-press.ru/">http://www.ural-press.ru/</a> , Т./ф. (495) 789-86-36,721-25-89
ООО «Интер-Почта»	<a href="http://www.interpochta.ru/">http://www.interpochta.ru/</a> , Т./ф. (495) 500-00-60
ООО «Артос-ГАЛ»	Т./ф. (495) 795-23-00. 788-39-88, E-mail: <a href="mailto:snezhana--86@mail.ru">snezhana--86@mail.ru</a>
ООО «ПрессГид»	Т./ф. (812) 703-47-09, E-mail: <a href="mailto:podpiska@pressmart.cbх.ru">podpiska@pressmart.cbх.ru</a>

### Уважаемые читатели!

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



# Менеджер здравоохранения

