ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№1. 2007

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

ЗДРАВМЕДТЕХ

ПРОИЗВОДСТВО ОДНОРАЗОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОДЕЖДЫ И БЕЛЬЯ

Здравмедтех-Москва
129041, Россия, г. Москва,
Орлово-Давыдовский переулок, 2 А, стр.3
Тел./факс: (495) 688-14-65, 688-83-90
(495) 681-54-77, 681-58-46
E-mail: medtech@com2com.ru

Здравмедтех-Екатеринбург
620000, Россия, г. Екатеринбург,
ул. Пушкина, 24.
Тел.: (343) 371-21-35, 371-03-45
(343) 371-66-40, 371-40-77, 371-36-28
E-mail: info@zmt-ekt.ru

Здравмедтех-Поволжье
420073, Россия, г. Казань,
ул. Аделя Кутуя,78 А, а/я №81
Тел.: (843) 273-78-12, 273-28-91,
Тел/факс: (843) 273-78-02, 272-82-61
info.p@zdravmedtech.ru, zmt@list.ru

Здравмедтех-Новосибирск
630009, Россия, г. Новосибирск,
ул. Планетная, 30
Тел./факс: (383) 275-00-32, 275-00-33
(383) 275-00-34, 275-00-35, 275-00-36
E-mail: medtech-N@mail.ru

Здравмедтех-Бел
222720, Белоруссия, г. Дзержинск,
ул.1-я Ленинская, 43
Тел.: (8-10-37517) 255-79-62
Факс: (8-10-37517) 290-82-68
zdravmedtechbel@yandex.ru

Здравмедтех-Чернигов
14034, Украина, г. Чернигов,
пер. Пивничный, 16,
Тел.: (8-10-380462) 61-05-04
Факс: (8-10-380462) 61-05-96
E-mail: lavr@cdmaua.com

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ISO 9001-2001

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Новые механизмы финансирования амбулаторно-поликлинических услуг в РФ
- ☑ Нормативно-правовое обеспечение одноканального финансирования первичной медицинской помощи на региональном уровне
- ☑ Современное состояние организации и оценки деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи
- ☑ Особенности национального управления службой крови
- ☑ Возможные пути оптимизации использования диагностического оборудования
- ☑ Ответы на вопросы, касающиеся целевого использования средств ПНП «Здоровье»
- ☑ Регламент централизованной обработки данных и информационного взаимодействия участников дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 1
2007

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению г.Санкт-Петербурга

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ Росздрава

Редакционная коллегия:
ВИНОГРАДОВ Константин Анатольевич,
д.м.н., заместитель директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития РФ
МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, директор ЦНИИОИЗ Росздрава
МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н, заместитель Главы администрации г.Ставрополя

В номере:

Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения
В.И.Стародубов 4–9

Анализ возможных вариантов организационно-правовых форм медицинских организаций
Е.А.Щербина, О.Ю.Александрова, О.Н.Лебединец 10–19

О необходимости критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи
Д.В.Пивень, П.Е.Дудин, А.С.Купцевич 20–25

Системный подход к организации Службы лекарственной помощи в многопрофильном стационаре
Ф.И.Бадаев, Т.К.Луговкина 26–32

Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан: место и роль в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи
В.О.Флек, Т.В.Рейхтман 33–41

Современные европейские требования к одноразовой медицинской одежде и белью
В.Я.Зиниченко, А.В.Ручкин, С.В.Солонников 42–45

Методические рекомендации по организации оказания платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения, финансируемыми за счет средств бюджета Санкт-Петербурга
Региональный опыт 46–59

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВ, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик МАНЭП, заведующий курсом менеджмента и экономики здравоохранения Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова, начальник кафедры морской медицинской подготовки плавсостава Государственной морской академии им. адм. С.О.Макарова
РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,
д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.И.Баумана
ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,
д.м.н., профессор кафедры управления Владимирского филиала Российской Академии государственной службы при Президенте РФ
ОРЛОВ Олег Игоревич,
д.м.н., генеральный директор фонда «Телемедицина»
ШЕЙМАН Игорь Михайлович,
профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок
ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, советник заместителя министра здравоохранения и социального развития

Ассоциация трансплантационных координаторов как важный фактор развития органного донорства в России
Ю.А.Щербук, В.Е.Жолобов, С.Ф.Багненко, И.А.Пятериченко, Я.Г.Мойсюк, О.Н.Резник, В.А.Федотов 60–64

Ответы на вопросы, касающиеся порядка использования средств, которые поступают в учреждения здравоохранения в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения
Вопросы и ответы 65–72

«О представлении сводных годовых статистических отчетов за 2006 год». Приказ Минздравсоцразвития РФ №833 от 08.12.2006 Методические рекомендации по порядку заполнения и представления отчета по форме №62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» за 2006 год
Полезная ссылка 73

Постановление Пленума Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 22 июня 2006 года №21 «О некоторых вопросах практики рассмотрения арбитражными судами споров с участием государственных и муниципальных учреждений, связанных с применением статьи 120 Гражданского кодекса РФ»
Интересный документ 74–77

Рецензия на учебник Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева И.А. «Управление персоналом организации»
Читальный зал 78–79

Органайзер 80

«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, посетив страницу электронного форума «Менеджер здравоохранения» в Интернете по адресу:
www.idmz.ru
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, офис 234
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92, 639-92-45

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

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
Л.А.Михалевич
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать»
Годовая – 20102
Полугодовая – 82614

Отпечатано в
ООО «ТРИМЕД-Групп»
Заказ № 010107

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» ПОКАЗАЛА, ЧТО СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕ УТРАТИЛА СВОЕЙ УПРАВЛЯЕМОСТИ

Выступление заместителя Министра здравоохранения и социального развития В.И.Стародубова на 2-м (внеочередном) съезде Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья, Москва, 6 декабря, 2006 год

В Москве в начале декабря прошел 2-й (внеочередной) съезд Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья. С докладом «Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» выступил **заместитель Министра здравоохранения и социального развития В.И.Стародубов.**

Он отметил, что проблемы здравоохранения сегодняшнего дня накапливались годами и являются следствием не только собственно организации здравоохранения, но и не в меньшей степени особенностей социально-экономического развития страны. Отражением этих проблем являются основные характеристики демографических процессов (табл.1). Лишь на исходе 2006 года впервые за последние пять лет наметилась положительная динамика в показателях смертности по основным классам болезней (рис.1).

За период с 2001 по 2005 гг. объем расходов на здравоохранение вырос в 2,5 раза и достиг в 2005 году

Таблица 1

Основные медико-демографические показатели
(на 1000 населения)

Показатели	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	За 10 месяцев	
					2005 г.	2006 г.
Рождаемость	9,8	10,2	10,4	10,2	10,2	10,4
Смертность	16,3	16,4	16,0	16,1	16,1	15,4
Младенческая смертность	13,3	12,5	11,6	11,0	10,9	10,4
Естественный прирост	-6,5	-6,2	-5,6	-5,9	-5,9	-5,0

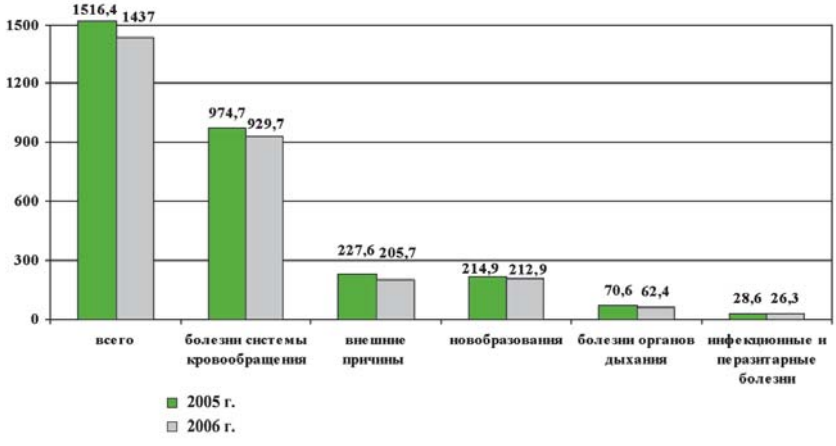


Рис.1. Показатели смертности по основным классам болезней за девять месяцев 2005 и 2006 гг.
(на 100 тыс. населения)

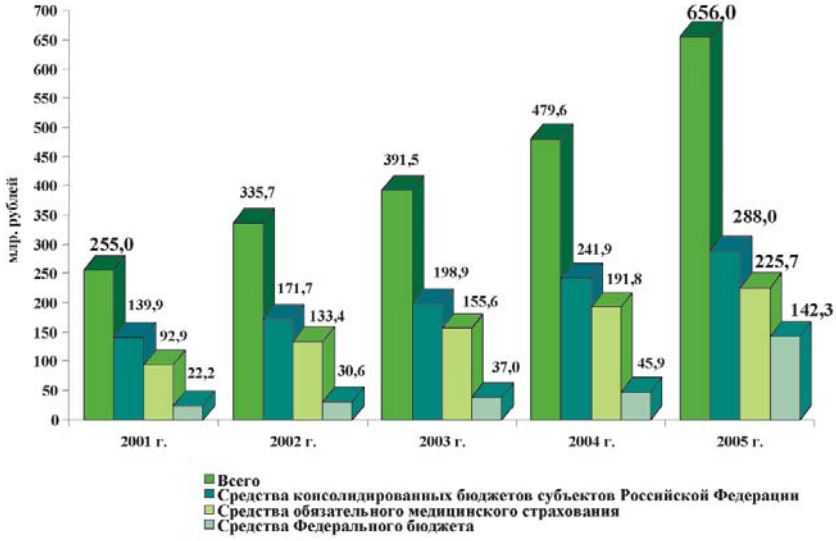


Рис.2. Финансирование системы здравоохранения в 2001–2005 годы

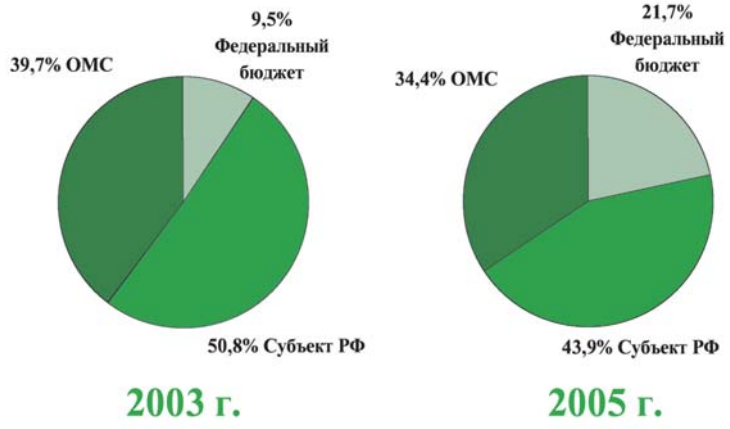


Рис.3. Структура финансирования системы здравоохранения Российской Федерации

656 млрд. рублей (рис.2), что составило 3% от ВВП. Рост доли государственных затрат на здравоохранение в ВВП будет иметь следующую динамику: в 2005 г. – 3%, в 2006 г. – 3,3%, в 2008 г. – до 4%. С учетом объема личных средств граждан (порядка 350 млрд. рублей) доля совокупных затрат на здравоохранение уже сегодня составляет порядка 5,5–5,6% от ВВП. Изменилась и структура финансирования системы здравоохранения: выросла с 9,5% в 2003 году до 21,7% в 2005 году доля федерального бюджета (рис.3).

В.И.Стародубов прокомментировал делегатам съезда судьбу четырех законопроектов («Об обязательном медицинском страховании», «О государственных гарантиях медицинской помощи», «Об автономных учреждениях», «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях»), подготовленных в 2004 году и широко обсужденных с профессиональным сообществом. Процесс их согласования с Минэкономразвития России и Минфином России оказался достаточно сложным и более продолжительным, чем это предполагалось. Поэтому в 2006 году было принято решение осуществлять преобразования в здравоохранении в рамках существующего законодательства в соответствии с приоритетами, намеченными экспертами: развитие первичной медицинской помощи, развитие профилактической составляющей медицинской помощи, обеспечение населения высокотехнологичной помощью. Именно эти направления и начали реализовываться в рамках национального проекта «Здоровье».

С момента озвученной Президентом РФ программы преобразований в сфере здравоохранения до начала реализации проекта прошло лишь три месяца, и это, по мнению В.И.Стародубова, является подтверждением того, что система здравоохранения не

утратила своей управляемости. Вместе с тем заместитель Министра подчеркнул, что действия, предусмотренные нацпроектом, противоречат 131 и 95 ФЗ, так как средства федерального бюджета направляются на муниципальный уровень здравоохранения.

Характеризуя основные итоги реализации проекта В.И.Стародубов остановился на ряде ключевых моментов. Объем финансовых затрат на реализацию ПНП «Здоровье» вырос в 2006 году с предполагаемых 60 до 96,8 млрд. рублей. Численность медицинских работников, получающих дополнительные денежные средства, составила 546 тыс. человек – это более четверти всего профессионального сообщества (27,9%). При этом увеличение заработной платы в первичном звене являлось не самоцелью, а средством повышения престижности этой категории медработников. Коэффициент совместительства участковых врачей-терапевтов и врачей-педиатров сократился до 1,2. Введен полицевой учет врачебных кадров первичного звена здравоохранения; на 10% сократилось число лиц пенсионного возраста. Выявлены врачи, работающие в нескольких местах на полный рабочий день, а также специалисты, диплом которых дает основание усомниться в его подлинности. Установлен поименный перечень лечебных учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь; приведены в соответствие с нормативами численности обслуживания населения врачебные участки. С 2008 года будут введены критерии качества работы врачей первичного звена.

Рис.4. Дополнительная диспансеризация

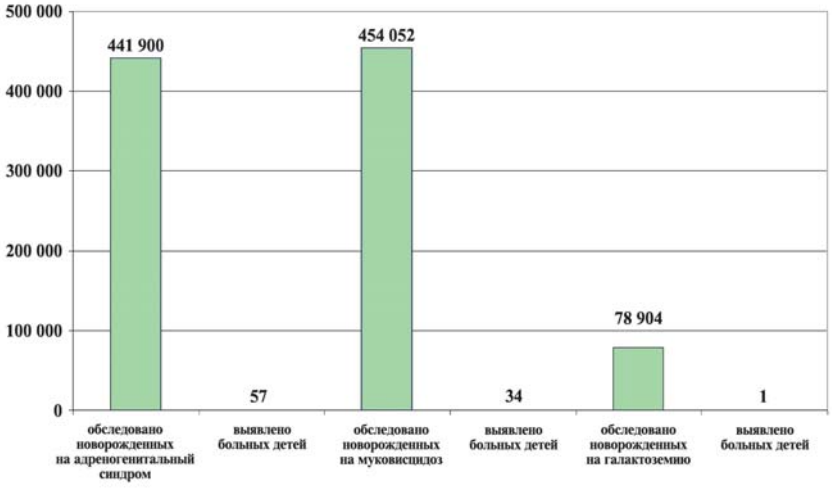


Рис.5. Количество обследованных новорожденных детей

Отвечая на вопрос собравшихся о перспективах выделения дополнительных средств из федерального бюджета на повышение зарплаты врачей-специалистов первичного звена, В.И.Стародубов подчеркнул, что повышение зарплаты врачей-терапевтов, врачей-педиатров, врачей общей

Рис.6. Финансовое обеспечение приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2008–2009 годы

(семейной) практики – это декларация приоритетов федерального уровня, субъектовый и муниципальный уровени здравоохранения должны определить свои приоритеты и в качестве таковых может быть повышение зарплаты врачей-специалистов первичного звена.

В 2006 году осуществлялись поставки медицинского оборудования в учреждения здравоохранения для приведения их оснащенности в соответствие с табелем (стандартом) оснащения. В субъекты РФ поступило 22 000 единиц оборудования, к концу 2007 года эта часть проекта будет завершена.

Подведены первые итоги дополнительной диспансеризации (рис.4). На наличие ВИЧ-инфекции обследовано более 19 млн. человек, 8502 больного ВИЧ-инфекцией получают терапию. Проводятся скрининговые обследования новорожденных детей (рис.5), которые будут продолжены и расширены в 2008–2009 годах.

Существенно увеличивается объем оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП): с 8,4 млрд. руб. в 2006 году до 17,5 млрд. руб. в 2007 году. Стоимость одного пролеченного больного возрастет с 53 тыс. руб. в 2005 году до 123 тыс. руб. в 2009 году. Наиболее востребованными профилями ВМП на 2007 год признаны сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия и нейрохирургия.

«Повышение зарплаты врачей-терапевтов, врачей-педиатров, врачей общей (семейной) практики – это декларация приоритетов федерального уровня, субъектовый и муниципальный уровени здравоохранения должны определить свои приоритеты и в качестве таковых может быть повышение зарплаты врачей-специалистов первичного звена».

Единственным нереализованным мероприятием ПНП «Здоровье» является строительство федеральных центров. До сих пор остается несогласованной документация по модульному принципу их проектирования.

В 2007 году запланирован объем финансирования ПНП «Здоровье» из федерального бюджета в размере 107,8 млрд. руб. Определено финансовое обеспечение проекта и на 2008–2009 гг. (рис.6). В.И.Стародубов признал справедливой критику Мнздравсоцразвития России за увлечение вопросами увеличения рождаемости и недостаточное внимание вопросам снижения смертности. Поэтому расширение ПНП «Здоровье» будет происходить по следующим приоритетным направлениям: совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (табл.2), при острых отравлениях (табл.3), оснащение стационарных учреждений родовспоможения диагностическим и

Таблица 2

Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

Основные мероприятия	2008 год		2009 год		Всего	
	Количество (шт.)	Объем финансирования (млрд. руб.)	Количество (шт.)	Объем финансирования (млрд. руб.)	Количество (шт.)	Объем финансирования (млрд. руб.)
Закупка реанимобилей	300	1,6	300	1,6	600	3,2
Закупка медицинского оборудования	2365	4,2	2702	4,3	5067	8,5

Таблица 3

Совершенствование организации медицинской помощи при острых отравлениях

Основные мероприятия	2008 год		2009 год		Всего	
	Количество единиц	Объем финансирования (млрд. руб.)	Количество единиц	Объем финансирования (млрд. руб.)	Количество единиц	Объем финансирования (млрд. руб.)
Оснащение токсикологических и реанимационных отделений медицинским оборудованием	1500	1,2	1750	1,4	3250	2,6

Таблица 4

Оснащение стационарных учреждений родовспоможения диагностическим и лечебным оборудованием

Основные мероприятия	2008 год		2009 год		Всего	
	Количество единиц медицинского оборудования	Объем финансирования (млрд. руб.)	Количество единиц медицинского оборудования	Объем финансирования (млрд. руб.)	Количество единиц медицинского оборудования	Объем финансирования (млрд. руб.)
Закупка медицинской техники	2436	3,0	2434	3,0	4870	6,0

Таблица 5

Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями

Основные мероприятия	2008 год		2009 год		Всего	
	Количество единиц	Объем финансирования (млрд. руб.)	Количество единиц	Объем финансирования (млрд. руб.)	Количество единиц	Объем финансирования (млрд. руб.)
Закупка ангиографов стационарных	25	1,1	75	3,3	100	4,4
Переподготовка кадров для работы в центрах малоинвазивной хирургии	200 врачей 400 м/с	0,1	200 врачей 400 м/с	0,1	400 врачей 800 м/с	0,2
Расходные материалы		0,7		0,7		1,4

лечебным оборудованием (табл.4), совершенствование организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями (табл.5), развитие новых высоких медицинских технологий в ФСМУ, строительство перинатальных центров. Общая сумма расходов ПНП «Здоровье» в 2008–2009 годах составит 254 млрд. руб.

В 2007 году в 17 субъектах РФ запланировано проведение « пилотного» проекта. Его цели: продолжение создания персонифицированного учета медицинской помощи населению Российской Федерации, включая в этот процесс стационарное звено; перевод учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь, на финансирование медицинской помощи по конечному результату с учетом критериев качества и повышение уровня оплаты труда; внедрение стандартов оказания и унифицированных методов финансирования медицинской помощи; создание преимущественно одноканальной системы финансирования здравоохранения; приведение существующей материально-технической базы медицинских учреждений в соответствие с табелем оснащения; выведение части объемов стационарной медицинской помощи и медицинских кадров в амбулаторно-поликлинические учреждения; внедрение элементов частичного фондодержания на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи. Для формирования модели отбора субъектов РФ для участия в пилотном эксперименте были использованы параметры, в основу которых положены макроэкономические показатели (ВРП на душу населения); финансовые показатели (отношение величины платежей за одного неработающего гражданина к величине средств ЕСН на одного работающего, доля средств ОМС в финансировании ТПГГ и другие); организационные показатели (средняя длительность пребывания на койке, число больничных коек на 10 000 населения в субъекте РФ).

В основу квалификационного отбора субъектов РФ для участия в пилотном эксперименте были положены готовность субъектов Российской Федерации к софинансированию расходов и проведению «пилотных» проектов; наличие системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи; наличие стандартов медицинской помощи; наличие действенного механизма регулирования норматива финансовых затрат по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан; соответствие нормативной правовой базы по обязательному медицинскому страхованию в субъекте Российской Федерации федеральному законодательству.

«Мы должны четко понимать, какую систему страхования мы строим: социального страхования или социального обеспечения. Пока все признаки говорят о том, что это – система социального обеспечения».

По мнению В.И.Стародубова, введение одноканальной системы финансирования позволит иметь согласованный объем медицинской помощи и поставить оплату труда в зависимость от качества оказываемой медицинской помощи, а также подсчитать необходимый объем средств для обеспечения Программы государственных гарантий.

«Опыт зарубежных стран показал», – отметил заместитель Министра, – «что рано или поздно от индивидуальной системы страхования они переходят к консолидированной системе страхования. Поэтому нам нужно знать объем средств и иметь финансовые нормативы, которые должны идти на медицинское страхование. По нашим расчетам, норматив на работающее население не может быть менее 6,1%. За неработающее население платит субъект РФ, за работающего – работодатель, за самозанятое население и работающих в структурах с упрощенной системой налогообложения (таких 15–16 млн. человек) платят сами граждане. Мы должны четко понимать, какую систему страхования мы строим: социального страхования или социального обеспечения. Пока все признаки говорят о том, что это – система социального обеспечения».

Подготовила Н.Куракова

Е.А.ЩЕРБИНА,
соискатель кафедры основ законодательства в здравоохранении ММА им. И.М.Сеченова
О.Ю.АЛЕКСАНДРОВА,
д.м.н., профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении ММА им. И.М.Сеченова
О.Н.ЛЕБЕДИНЕЦ,
к.юр.н, доцент кафедры гражданского права и процесса Московского университета МВД

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ВАРИАНТОВ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

О необходимости изменения правового статуса и экономического положения бюджетных учреждений в сфере здравоохранения говорят как руководители лечебно-профилактических учреждений, так и специалисты экономического профиля, при этом в обоснование своих выводов представителями указанных групп приводятся разные доводы.

Рассмотрим кратко основные аргументы в пользу проведения подобных реформ в сфере здравоохранения.

С позиции руководителей бюджетных учреждений основная цель проводимых реформ – это расширение прав медицинских организаций по распоряжению имеющимся имуществом, распределению и расходованию средств, получаемых из бюджета, системы обязательного медицинского страхования, от оказания платных медицинских услуг.

С точки зрения эффективного расходования бюджетных средств, основными недостатками существующего положения являются:

- сметный порядок финансирования учреждений, не способствующий внедрению новых экономических механизмов и более эффективному использованию имеющихся ресурсов;
- необходимость выделения бюджетных ассигнований на содержание «квазигосударственных» учреждений, которые вполне приспособлены к существованию в рыночных условиях, лишает государство возможности повысить (хотя бы до уровня покрытия необходимых затрат) объемы финансирования тех учреждений, которые по роду или условиям своей деятельности не способны существовать вне рамок государственного сектора [3];
- проблема субсидиарной ответственности государства по обязательствам учреждений, возникшим в результате осуществления ими деятельности, приносящей доход (оказание платных медицинских услуг);

Анализ проведен в рамках проекта Европейского содружества «Поддержка развития системы учреждений первичной медико-санитарной помощи на государственном и муниципальном уровнях в РФ»

© Е.А.Щербина, О.Ю.Александрова, О.Н.Лебединец, 2007 г.

- проблемы, связанные с деятельностью, приносящей доход бюджетным учреждениям, которая, с одной стороны, не способствует формированию равных конкурентных условий на рынке платных медицинских услуг, с другой, приводит к снижению доступности и качества бесплатных услуг для населения.

Нет сомнений, что направление расширения спектра организационно-правовых форм деятельности организаций здравоохранения, заявленное в качестве одного из мероприятий по модернизации здравоохранения, является перспективным. Но нельзя и отрицать, что решение вопросов, связанных в том числе с реализацией конституционных прав граждан на охрану здоровья, требует тщательной проработки с учетом возможных негативных последствий.

Среди предложений касательно изменения правового статуса и положения учреждений здравоохранения можно выделить два основных направления:

- первое направление – это использование в здравоохранении предусмотренных действующим законодательством организационно-правовых форм юридических лиц (автономная некоммерческая организация, унитарные предприятия, хозяйственные общества и др.);
- второе направление – это введение в гражданский оборот новых организационно-правовых форм.

Рассмотрим основные предложения в рамках первого направления.

Высказывались предложения о возможности использования в качестве основного поставщика медицинских услуг в рамках государственной и муниципальной систем здравоохранения государственных (муниципальных) унитарных предприятий.

Деятельность унитарных предприятий регламентируется Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 14.11.2002 №161-ФЗ «О государственных и муниципальных унитарных предприятиях».

Организационно-правовая форма унитарного предприятия имеет свою специфику. С одной стороны, унитарное предприятие, являясь коммерческой организацией, нацелено на извлечение прибыли. С другой стороны, имущество, которым владеет это предприятие, принадлежит ему на ограниченном вещном праве (хозяйственного ведения). Право хозяйственного ведения введено в гражданское законодательство (наряду с правом оперативного управления) для возможности собственника использовать унитарные (казенные) предприятия для решения особых государственных и муниципальных задач. Унитарное предприятие обладает специальной (целевой, уставной) правоспособностью, характерной чертой некоммерческих организаций (унитарное предприятие может иметь гражданские права, соответствующие предмету и целям его деятельности, предусмотренные в уставе этого предприятия, и нести связанные с этой деятельностью обязанности). Это позволяет удержать унитарное предприятие в определенных рамках – в качестве цели деятельности унитарного предприятия может быть установлено, например, удовлетворение потребностей населения в определенных видах медицинской деятельности.

При рассмотрении формы унитарного предприятия выделяют следующие преимущества по отношению к форме бюджетного учреждения:

- унитарное предприятие более самостоятельно в своей деятельности, чем учреждение: унитарное предприятие не финансируется по смете, учредитель может оплачивать его услуги в соответствии с заключенными договорами, что не только обеспечивает возможность более оперативного маневра ресурсами, но и (в отсутствие устанавливаемого сметой ограничения на фонд оплаты труда) создает у коллектива унитарного предприятия коммерческие стимулы [10];
- медицинские унитарные предприятия «склонны к поиску новых технологий, используют современные управленческие методы, стараются более эффективно использовать основные средства, предъявляют более высокие требования к уровню квалификации персонала и конечным результатам лечения, что в конечном счете ведет к более высоким и качественным показателям эффективности оказания медицинской помощи» [4];

◆ «предоставляя медицинские услуги за плату, используя различные формы коммерческой деятельности, допускаемые Уставом, медицинское предприятие имеет шанс выжить в условиях острейшей нехватки финансовых средств» [4].

С другой стороны, в установленных границах унитарное предприятие ведет себя как коммерческая организация: стремление к извлечению прибыли, может входить в конфликт с целями деятельности. Например, медицинское унитарное предприятие может отказаться от нерентабельных видов услуг, от соблюдения части обязательств перед прикрепленным населением. Оно может быть заинтересовано в «тиражировании» нескольких отработанных медицинских технологий, искусственно сужая набор оказываемых медицинских услуг, в расширении непрофильной деятельности, «перекачке» доходов в фонд оплаты труда. Для противодействия этому потребуются дополнительные затраты по организации контроля за работой унитарного предприятия, которые будут выше, чем за работой некоммерческой организации [10]. Указанные особенности деятельности унитарного предприятия создают трудности использования данной организационно-правовой формы для реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Создание в порядке эксперимента акционерных обществ, медицинских кооперативов, обществ с ограниченной ответственностью на фоне низкой платежеспособности населения не дало значительного финансового результата и не привело к созданию условий для улучшения здоровья населения [9]. Анализ российского опыта показывает, что практика медицинских организаций, ориентирующихся лишь на сугубо рыночные отношение (в условиях сокращения бюджетного финансирования), способна деформировать организационно-экономические основы здравоохранения. Механизмы рыночного типа зачастую не обеспечивают необходимый уровень социальной защиты граждан [4]. Спецификой медицинских услуг является также невозможность четкого определения требований государства, исчерпывающим образом выраженных в количественных показателях или в форме ясных, не допускающих двоякого толкования, описаний качественных характеристик услуг [3]. Соответственно при государственном финансировании оказания социальных услуг целесообразнее использование в здравоохранении организационно-правовых форм некоммерческих организаций либо же использование вариантов сочетания некоммерческих с коммерческими.

За рубежом одним из направлений приватизации в социальной сфере является участие в ней некоммерческих организаций. Услуги таких организаций зачастую в большей степени отвечают интересам клиентов, чем услуги коммерческих фирм. «Некоммерческая приватизация» представляет собой один из реальных вариантов предоставления многих сложных видов социальных, в том числе медицинских услуг. Именно в этой области ориентация исключительно на принципы коммерции не способна гарантировать широкое удовлетворение спроса на такие услуги [7].

Статус некоммерческой организации ослабляет экономическую мотивацию поставщика к извлечению прибыли и отклонению от ожиданий государства и ограничивает возможности такого отклонения [3].

Из существующих организационно-правовых форм некоммерческих организаций наиболее предпочтительной представляется так называемая автономная некоммерческая организация (АНО), то есть «не имеющая членства некоммерческая организация, учрежденная гражданами и (или) юридическими лицами на основе добровольных имущественных взносов в целях предоставления услуг в области образования, здравоохранения, культуры, науки, права, физической культуры и спорта и иных услуг» (ст.10 Закона от 12.01.1996 №7-ФЗ «О некоммерческих организациях»). Учредителями АНО могут быть любые физические и юридические лица. Имущество, переданное автономной некоммерческой организации ее учредителями, является собственностью автономной некоммерческой организации. Учредители не отвечают по обязательствам созданной ими автономной некоммерческой организации, а она не отвеча-

ет по обязательствам своих учредителей. АНО может осуществлять предпринимательскую деятельность, соответствующую целям, для достижения которых она создана.

Некоторый проблемой по реализации этого варианта реорганизации является то, что Закон «О некоммерческих организациях» прямо не указывает на возможность учреждения автономных некоммерческих организаций государством и муниципальными образованиями. Но главным препятствием, безусловно, является возможность передачи в частную собственность государственного или муниципального имущества и таким образом утрата для государства и муниципального образования этого имущества.

Передача в собственность АНО недвижимого и дорогостоящего движимого имущества представляется невозможной, так как де-факто это означало бы скрытую приватизацию, что де-юро невозможно, поскольку Федеральным законом от 21.12.2001 №178-ФЗ «О приватизации государственного и муниципального имущества» установлен закрытый перечень способов приватизации государственного и муниципального имущества (ст.13). К тому же в данном случае возникает риск обращения взыскания кредиторов на указанное имущество по обязательствам АНО. Недвижимое и дорогостоящее движимое имущество, ранее закрепленное в оперативном управлении бюджетного учреждения, должно оставаться в собственности государства или муниципального образования и передаваться АНО на основании договора аренды по льготным ставкам или безвозмездного пользования.

При использовании АНО в качестве организационно-правовой формы медицинских организаций также встает вопрос о механизме реализации прав граждан на получение ***бесплатной*** медицинской помощи, так как предоставлять медицинскую помощь в автономных некоммерческих организациях на таких условиях – право, а не обязанность АНО. Автономия такой организации проявляется в том, что она действует самостоятельно, на основе договоров, руководствуясь своими экономическими интересами. С точки зрения коммерческих, то есть предпринимательских, интересов медицинской организации и ее трудового коллектива, приобретение статуса АНО – способ получить экономическую свободу, которая в свою очередь предполагает ответственность как за прибыль, так и за убытки своей организации. Получая самостоятельность и автономию, организация здравоохранения становится более адекватной рыночным условиям хозяйствования. С точки зрения социальных интересов пациентов, возможно снижение доступности медицинской помощи, если не будет предусмотрен механизм защиты прав пациентов на получение бесплатных или частично платных медицинских услуг [9].

Представляют интерес предложенные некоторыми авторами варианты сочетания нескольких организационно-правовых форм на одном территориальном объекте.

Так, А.С.Акопян в качестве переходного этапа к созданию частной системы здравоохранения предлагает хозрасчетному сектору передать право владения и пользования средствами производства в пределах 10–15% коечного фонда по формуле «государственная собственность в частном управлении» без изменения вида деятельности и придания им статуса государственных унитарных предприятий [2].

А.В.Лозовским и А.В.Тихомировым было предложено создание медико-технологического комплекса как способ совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения [6].

Медико-технологический комплекс состоит из двух частей. На базе имущества, необходимого для осуществления медицинских услуг, функционирует учреждение здравоохранения. На основе медико-технического комплекса за изъятием имущества, необходимого для оказания медицинских услуг, создается казенное предприятие, призванное осуществлять содержание поступившего от собственника имущества и оказание сопутствующих немедицинских услуг. В отношении учреждения казенное предприятие выполняет функции агента в части приобретения товаров медицинского и немедицинского назначения; в части пре-

доставления помещений – функции арендодателя; в части обслуживания имущества учреждения (аппаратура, оборудование) – функции исполнителя соответствующих услуг.

В.И.Стародубовым и А.В.Тихомировым было высказано мнение о необходимости принятия Закона «О государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в Российской Федерации», который позволит достигнуть формальной определенности положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения, определить круг и содержание требований к учреждениям здравоохранения со стороны государственных и муниципальных органов в соответствии с имущественным характером деятельности учреждений здравоохранения, предусмотреть последствия его неисполнения как для учреждений здравоохранения, так и для государственных и муниципальных органов и их должностных лиц [8].

А.С.Акопян предлагает следующую схему реорганизации сети учреждений здравоохранения, основной принцип которой – разграничение медицинских организаций по источникам финансирования, основная цель – разделение медицинских организаций по организационно-правовым формам с позиции их права на оказание платных медицинских услуг.

По его мнению, структура поставщиков медицинских услуг должна выглядеть следующим образом:

- 55–65% должны составлять учреждения как основа реализации права граждан на бесплатную медицинскую помощь, финансируемые из бюджета и средств обязательного медицинского страхования;
- 6–8% – государственные (муниципальные) унитарные предприятия на праве оперативного управления – казенные предприятия (преобразованные многопрофильные ведомственные ЛПУ), финансируемые за счет ОМС и ДМС, средств от оказания платных медицинских услуг, от выполнения государственного заказа. Собственность государственная; оснащение, оборудование, капитальный ремонт – за счет средств собственника; остальные расходы – за счет средств предприятия. Или же этот сегмент может быть занят «государственными» автономными коммерческими организациями, акционерными обществами со 100 %-ным государственным участием;
- 10–15% – хозяйственные товарищества и общества, предприниматели без образования юридического лица [1].

Второе направление изменения положения учреждений здравоохранения – принятие законодательных актов, регламентирующих создание и функционирование новых организационно-правовых форм юридических лиц.

С целью изменения статуса учреждений был разработан проект Федерального закона «О специализированных государственных и муниципальных некоммерческих организациях». Согласно проекту закона, специализированная государственная или муниципальная некоммерческая организация наделяется имуществом на праве хозяйственного ведения.

По поручению Правительства РФ данный проект был исследован Исследовательским институтом частного права при Президенте РФ и в сделанном заключении подвергся критике.

В соответствии с действующим законодательством (ст.295 ГК РФ) право хозяйственного ведения принадлежит исключительно коммерческим организациям, основанным на несобственном имуществе (государственным и муниципальным унитарным предприятиям). На праве хозяйственного ведения имущество не может принадлежать никаким иным организациям, ни в каких иных организационно-правовых формах.

Также были разработаны проекты федеральных законов, регламентирующих статус автономных учреждений и государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций.

Согласно Закону «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях», государственной (муниципальной) автономной некоммерческой (Г(М)АНО) организацией признается автономная некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для ока-

зания услуг (выполнения работ) в целях осуществления предусмотренных законодательством РФ функций государства (муниципальных образований) в области науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта.

Имущество Г(М)АНО, в том числе переданное ей учредителем при ее создании, принадлежит Г(М)АНО на праве собственности.

В заключении, подготовленном Московской государственной юридической академией по представленным законам, содержится указание на то, что при создании Г(М)АНО часть государственной собственности переходит в частную собственность учреждаемой организации, что не позволяет именовать такую организацию государственной или муниципальной (при создании государственных или муниципальных организаций имущество передается им на праве оперативного управления или хозяйственного ведения) [11].

Органом управления Г(М)АНО, решающим основные вопросы, является попечительский совет. Полномочия учредителя ограничиваются участием его представителя в попечительском совете, назначении членов попечительского совета, согласовании участия Г(М)АНО в качестве учредителя другого юридического лица.

Виды деятельности включают в себя основную и дополнительную деятельность, при этом осуществление на основании заказа учредителя бесплатного или частично платного оказания услуг (выполнение работ) для потребителя – право Г(М)АНО, а не обязанность. При этом сохраняющийся дефицит бюджетов большинства субъектов РФ и муниципальных образований может привести к тому, что Г(М)АНО здравоохранения откажутся от выполнения задания учредителя, станут заниматься преимущественно возмездным оказанием услуг. Может возникнуть ситуация, когда Г(М)АНО будут заинтересованы в осуществлении иных видов деятельности, приносящих значительно большие доходы, чем медицинская деятельность. Это может привести к перепрофилированию медицинских организаций и обострению проблемы обеспечения населения общедоступной медицинской помощью.

Также Г(М)АНО с согласия собственника может выступать учредителем (участником) других юридических лиц, деятельность которых соответствует целям деятельности Г(М)АНО и способствует качественному предоставлению услуг (формулировке может соответствовать, например, оздоровительная деятельность, которая может подразумевать все, что угодно). Организационно-правовые формы и виды деятельности этих юридических лиц закон не регламентирует, поэтому может иметь место передача государственных средств и имущества в другие структуры, в том числе и коммерческие, частные. Принципиально важным в данном случае является тот факт, что учредительным взносом является фактически государственное (муниципальное) имущество, а величина этого взноса, не регламентированная законами, может привести к существенному сокращению доли имущества, оставшейся в распоряжении Г(М)АНО.

Продвижение законов об автономных учреждениях и государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях столкнулось с определенными проблемами, не в последнюю очередь связанными с необходимостью достаточно серьезной корректировки отраслевого законодательства и изменения (в определенной степени переломного) основополагающих норм в гражданском праве. Очевидно, эти обстоятельства сыграли свою роль в том, что на сегодняшний день в Плане действий Правительства РФ по реализации Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы) поименован только закон об автономных учреждениях [5].

Одновременно с Федеральным законом «Об автономных учреждениях» рассматривается Закон «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об автономных учреждениях», а также в целях уточнения правоспособности государственных и муниципальных учреждений». Принятие последнего Фе-

дерального закона объективно оправдано, поскольку ниже будут рассмотрены положения Закона «Об автономных учреждениях» и Гражданского Кодекса (ГК РФ), противоречащие друг другу. Однако все же неясно, какие цели преследует законодатель, столь кардинально меняя не только Гражданский кодекс и другие федеральные законы, но и общетеоретические и цивилистические положения. Вводится понятие автономного учреждения вместо того, чтобы создать новую организационно-правовую форму юридического лица (некоммерческую организацию) и поименовать ее. Тем более что такая возможность предоставляется п. 3. ст. 30 ГК РФ, в соответствии с которой некоммерческие организации могут создавать не только в тех организационно-правовых формах, которые поименованы в ГК, но и в других формах, предусмотренных законом.

Согласно представленным законам, автономное учреждение – это тип государственного или муниципального учреждения, которое в свою очередь, наряду с частным учреждением, является типом организационно-правовой формы – учреждения.

Давая определение автономного учреждения, законодатель меняет легальное определение учреждения, данное п. 1. ст. 120 ГК РФ. В статье ГК в новой редакции «учреждением признается некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера». Во всех статьях ГК в новой редакции исключается формулировка « и финансируемая им (то есть собственником – примечание авторов) полностью или частично». Это сразу настораживает, поскольку речь идет о государственных и муниципальных учреждениях (в том числе здравоохранения), то есть изначально предполагается возможность не финансировать собственником данные организации.

Согласно Закону «Об автономных учреждениях», «автономным учреждением (АУ) признается некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для оказания услуг, выполнения работ в целях осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти и органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта».

Круг возможных учредителей автономного учреждения значительно уже, чем у учреждения, – автономное учреждение может иметь только одного учредителя, причем только публично-правового.

Имущество автономного учреждения принадлежит ему на праве оперативного управления, то есть данная норма Закона вторит ст. 296 ГК РФ, в соответствии с которой учреждение владеет имуществом на праве оперативного управления. Но если ранее столь минимальное вещное право компенсировалось субсидиарной ответственности собственника, то в условиях отсутствия субсидиарной ответственностью собственника такое положение, на наш взгляд, не оправдано.

Автономное учреждение не вправе ***без согласия учредителя распоряжаться недвижимым и особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним учредителем или приобретенным автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества.*** Между тем п. 1 ст. 298 ГК РФ гласит, что учреждение не вправе отчуждать или иным способом распоряжаться закрепленным за ним имуществом и имуществом, приобретенным за счет средств, выделенных ему по смете (даже с согласия учредителя – прим. авторов). Но в редакции Законов формулировка «...и имуществом, приобретенным за счет средств, выделенных ему по смете...» заменена на «...за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества...».

Таким образом, констатируем факты:

- во-первых, Закон «Об автономных учреждениях» запрещает распоряжение недвижимым и особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним учредителем или приобретенным автономным

учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества без согласия учредителя, презюмируя таким образом, что распоряжение этим имуществом возможно, если согласие учредителя имеется;

- во-вторых, нормы данного Закона несут запрет на распоряжение только недвижимым и особо ценным движимым имуществом, остальным же имуществом АУ вправе распоряжаться самостоятельно. При этом под так называемым «особо ценным движимым имуществом» Закон понимает «имущество, без которого осуществление уставной деятельности АУ будет существенно затруднено»;
- в-третьих, Закон «Об автономных учреждениях» говорит о средствах, специально выделенных учредителем на приобретение имущества, умалчивая о сметном финансировании учрежденного им АУ.

Все вышеперечисленное является новеллой законодательства и требует не только осмысления, но и изменения норм гражданского законодательства, что как раз нашло отражение в Федеральном законе «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об автономных учреждениях», а также в целях уточнения правоспособности государственных и муниципальных учреждений».

В соответствии с Законом АУ осуществляет по заданиям учредителя и по обязательствам перед страховщиком по обязательному социальному страхованию деятельность, связанную с выполнением работ, оказанием потребителю услуг за плату или бесплатно. Финансовое обеспечение выполнения задания осуществляется учредителем за счет субвенций и субсидий из соответствующего бюджета и иных не запрещенных законом источников. В соответствии с Законом АУ вправе ***по своему усмотрению*** выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основной деятельности, за плату и осуществлять иные виды деятельности, поскольку это служит достижению целей создания АУ. Вместе с тем п. 2 ст. 298 ГК РФ закрепляет такое право и у учреждения – осуществлять в соответствии с учредительными документами деятельность, приносящую доход (заметим, что не предпринимательскую деятельность, легальное определение которой дано в п. 1 ст. 2 ГК РФ, а деятельность, приносящую доход). Основное отличие норм Закона состоит в возможности АУ осуществлять данные виды деятельности по своему усмотрению, видимо, не спрашивая согласия учредителя. Однако целевая правоспособность АУ все же остается, о чем неоднократно указывает законодатель – «...для достижения целей, ради которых создано автономное учреждение...».

Доходы автономного учреждения поступают в его самостоятельное распоряжение и используются им для достижения целей, ради которых оно создано (то есть, видимо, доходы от ***всех*** видов деятельности). В соответствии же с ГК РФ учреждение может самостоятельно распоряжаться только доходами от деятельности, приносящей доход (п. 2 ст. 298 ГК РФ). Таким образом, заложенные в закон правовые нормы значительно расширяют сферу самостоятельности АУ. Отметим, что ни изменения, вносимые в ГК РФ, ни Закон «Об автономных учреждениях» не указывают на вещное право, то есть доходы, полученные таким образом, хотя и учитываются на отдельном балансе, тем не менее, не становятся собственностью автономного учреждения.

Автономное учреждение несет ответственность всем закрепленным за ним имуществом, за исключением недвижимого и особо ценного движимого имущества, закрепленного за ним учредителем или приобретенного автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества. Собственник имущества не несет никакой ответственности по обязательствам АУ. Поскольку разработчики Закона неоднократно заявляли, что в результате реформы не будет происходить смены организационно-правовой формы учреждения, то есть не будет реорганизации, а будет только смена «типа» учреждения, данная норма Закона абсолютно противоречит п. 2 ст. 120 ГК РФ, в соответствии с которым при недостаточности денеж-

ных средств учреждения субсидиарную (дополнительную) ответственность несет собственник имущества учреждения. Новая редакция ст. 120 ГК РФ, согласно Законам, предусматривает разный объем ответственности для разных типов учреждений. Так, частное или бюджетное учреждение отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами. При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам такого учреждения несет собственник его имущества. Автономное же учреждение отвечает по своим обязательствам всем закрепленным за ним имуществом, за исключением недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за автономным учреждением собственником этого имущества или приобретенных автономным учреждением за счет выделенных таким собственником средств. Собственник имущества автономного учреждения не несет ответственность по обязательствам автономного учреждения.

Пытаясь объединить необъединимое (право собственности учредителя на имущество юридического лица и вместе с тем отсутствие его ответственности по обязательствам учрежденного им юридического лица, целевую правоспособность и практически безграничную возможность (вернее необходимость в целях «выживания») осуществлять деятельность (за плату и др.), законодатель создает новый тип учреждения – автономное учреждение, даже в названии которого имеются противоречия («автономия» от греческого «самозаконие», «учреждение» – «созданное за счет кого-либо» (греч.)

В связи с вышесказанным возникает вопрос о возможности несостоятельности (банкротства) автономных учреждений. Презюмируется, что государственное и муниципальные учреждения не могут быть подвержены процедуре несостоятельности (банкротства), поскольку противное означало бы банкротство самого государства, что невозможно. Статьей 65 ГК РФ несостоятельность (банкротство) предусмотрено для всех юридических лиц, за исключением казенного предприятия, учреждения, политической партии и религиозной организации. АУ является типом учреждения, соответственно не может быть подвержено процедуре несостоятельности (банкротства). Вместе с тем АУ несет самостоятельную ответственность, следовательно, теоретически может быть подвержено несостоятельности (банкротству). Если данное положение четко не будет проработано в законодательстве, в перспективе имеется риск банкротства медицинских автономных учреждений, поскольку деятельность по оказанию медицинской помощи населению на безвозмездной основе вряд ли сможет обеспечить АУ необходимый уровень доходов, чтобы содержать, например, свои здания. Или придется переходить на оказание дорогостоящих платных медицинских услуг.

Таким образом, основными отличительными чертами АУ (от учреждения) являются: отсутствие бюджетно-сметного финансирования, субсидиарной ответственности собственника, самостоятельное распоряжение полученными доходами.

Еще одной отличительной чертой АУ от учреждения является то, что единственно возможным учредительным документом АУ Закон оставляет устав, устраняя таким образом силу общего положения об организациях данного вида, разрешенного п.1 ст.52 ГК РФ. То есть учреждения, которые действовали на основании общего положения, в случае изменения типа учреждения должны будут принять и утвердить устав.

Закон абсолютно меняет систему органов управления АУ, внедряя многоуровневую систему управления, что в принципе характерно для корпорации, нежели для учреждений. На данный момент орган управления учреждением является единоличным, назначаемым. Для медицинского учреждения это главный врач, назначаемый учредителем. Основными органами управления АУ являются наблюдательный совет (высший орган управления), руководитель АУ (исполнительный орган управления), каждый из которых выполняет специально оговоренные Законом функции (ст. 11, 13 Закона). Руководитель АУ (главный врач) будет осуществлять лишь отдельные вопросы текущего руковод-

ства деятельностью АУ. Думается, что наблюдательный совет, в состав которого будут входить не профессионалы-медики, а в большинстве своем представители государственных органов, ОМС и т.д., будет контролировать и сдерживать инициативу руководителя, что значительно увеличит сроки исполнения его распоряжений и предложений, поскольку руководитель будет принимать по отдельным вопросам окончательные решения только после рассмотрения заключений наблюдательного совета АУ.

АУ может быть создано путем его учреждения или путем изменения типа существующего государственного или муниципального учреждения посредством внесения изменений в учредительные документы (последнее является новой процедурой в гражданском праве и, как указывает законодатель, не является реорганизацией). Но для создания АУ в сфере здравоохранения в настоящее время возможен только первый путь, в Законе имеется прямой запрет на изменения типа государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Опыт создания и функционирования АУ в других отраслях может быть использован при решении вопроса об изменении правового статуса учреждений здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акопян А.С.* Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения//Экономика здравоохранения. – 2004. – № 5–6 (84).
2. *Акопян А.С.* Реорганизации стационарной медицинской помощи – направление реформирования здравоохранения. – Дис.... док.мед.наук. – М., 1998.
3. *Баткибетов С., Гребешкова Л., Дежина И, Золотарева А., Китова Г., Костина Е., Кузнецова Т., Рождественская И., Синельников-Мурылев С., Шишкин С.* Повышение эффективности бюджетного финансирования государственных учреждений и управления государственными предприятиями. Т.1. Совершенствование системы управления и финансирования бюджетных учреждений. – М., 2003.
4. *Бирлидис Г.В.* Научное обоснование организационно-правового обеспечения реформирования здравоохранения на территориальном уровне. – Дис.... док.мед.наук. – Краснодар, 2001.
5. *Волкова Н.С.* Модернизация здравоохранения и совершенствование статуса его учреждений// Журнал российского права. – 2006. – № 4.
6. *Лозовский А.В. Тихомиров А.В.* Способы совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения//Главный врач: хозяйство и право. – 2004. – № 2.
7. *Райс Джеймс А.* Смешанная экономика в здравоохранении: проблемы и перспективы. – М.: «Остожье», 1996.
8. *Стародубов В.И., Тихомиров А.В.* Учреждение: pro et contra//Главный врач: хозяйство и право. – 2004. – №1 (пилотный номер).
9. *Шамшурина Н.Г.* Автономная некоммерческая организация и развитие экономических отношений в здравоохранении//Здравоохранение. – 2005. – №3.
10. Экономика здравоохранения: Учебное пособие/Под ред. И.М.Шеймана. –М.: ТЕИС, 2001.
11. Заключение Московской государственной юридической академии (МГЮА) на Законы «Об автономных учреждениях» и «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях».

Д.В.ПИВЕНЬ,
д.м.н., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей
П.Е.ДУДИН,
к.м.н., главный врач Иркутской областной клинической больницы
А.С.КУПЦЕВИЧ,
заместитель начальника Главного управления здравоохранения Иркутской области

О НЕОБХОДИМОСТИ КРИТЕРИЕВ ДОРОГОСТОЯЩЕЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Вопросы организации оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи являются одними из наиболее актуальных для здравоохранения России. И прежде всего это обусловлено тем, что данная помощь имеет весьма ограниченную доступность для большинства населения страны, особенно для жителей отдаленных от центра регионов. Учитывая, что показатели состояния здоровья населения выглядят весьма неутешительно, решение данной проблемы является важнейшей государственной задачей. В этой связи совершенно оправдано включение развития дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи в качестве одного из основных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье». В то же время, отмечая его положительную роль, говорить о том, что в стране сформирована единая государственная политика в области оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, пока рано. До недавнего времени политика в этом вопросе сводилась к выделению регионам соответствующих квот в федеральных медицинских учреждениях. Сейчас ситуация меняется: проводится работа по созданию новых центров высоких технологий, планируется включение в систему федеральных квот крупных региональных клиник, создано Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи. Однако можно смело утверждать, что национальная система оказания дорогостоящей и высокотехнологичной помощи в стране еще только формируется. Основные сложности в этом вопросе связаны с противоречиями между действующим законодательством, формально структурирующим все управление отраслью на федеральный, региональный и муниципальный уровни, и реальными функциями медицинских учреждений здравоохранения. К сожалению, целый ряд вопросов, касающихся полномочий в сфере здравоохранения, оказался еще более запутанным. В полной мере это относится и к проблемам развития дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, которые в основном рассматриваются только применительно к учреждениям федерального подчинения. Едва ли это оправдано в условиях огромной страны, здравоохранение которой характеризуется

© Д.В.Пивень, П.Е.Дудин, А.С.Купцевич, 2007 г.

крайне неравномерным развитием. Нам представляется, что решение столь важной государственной задачи, как обеспечение населения доступной и качественной дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощью, возможно только тогда, когда каждый уровень управления отраслью четко понимает, что он должен для этого делать.

Кроме того, необходимость дальнейших шагов по совершенствованию организации оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи на всех уровнях продиктована следующими причинами:

- дорогостоящая и высокотехнологичная медицинская помощь оказывается не только центральными клиническими базами страны, но и многими региональными, а также крупными муниципальными медицинскими учреждениями;
- на всех уровнях объемы оказания данной помощи, особенно в условиях ухудшающегося состояния здоровья населения, недостаточны;
- не всегда обеспечивается преемственность между различными этапами ее оказания, как вследствие недостаточной квалификации кадров или каких-либо иных недоработок на местах, так и из-за недостаточной методической работы головных медицинских учреждений с территориями;
- отсутствуют критерии отнесения той или иной медицинской помощи к дорогостоящей и высокотехнологичной, что затрудняет ее планирование и ресурсное обеспечение.

Принципиально важным нам представляется определение критериев, позволяющих установить, какая медицинская помощь является дорогостоящей и высокотехнологичной, а какая – нет. До настоящего времени указанные критерии отсутствовали, несмотря на то, что целесообразность их разработки определяется целым рядом факторов:

- федеральные, региональные и муниципальные медицинские учреждения имеют разные возможности в части оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, в связи с этим только ориентация на имеющийся федеральный перечень дорогостоящих и высокотехнологичных видов медицинской помощи далеко не всегда оправдана на уровне региона или муниципалитета;
- целесообразно на всех этапах сформировать единые методологические подходы организаторов здравоохранения к решению проблем организации дорогостоящей и высокотехнологичной помощи;
- необходимо определить потребности населения в ее различных видах и оценить возможности их удовлетворения в муниципальных, региональных и федеральных медицинских учреждениях.

Таким образом, в настоящее время разработка критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи является одним из наиболее важных фрагментов при решении проблем, связанных с организацией ее оказания. Со своей стороны в качестве указанных критериев предлагаем рассмотреть следующие:

- стоимость;
- новизна;
- сложность;
- эффективность;
- доступность.

На первый взгляд может показаться, что стоимость (цена) является основным фактором, определяющим, относится та или иная медицинская услуга или комплекс услуг к дорогостоящей медицинской помощи или нет. Однако с данным критерием далеко не все так просто. Предположим, что в отечественном здравоохранении установлен единый стоимостный порог, например, в 60 тыс. рублей (большинство выделяемых регионам федеральных квот стоят не меньше указанной суммы), при достижении или превышении которого медицинские услуги можно считать дорогостоящими. Как быть в этом случае с услугами, которые стоят дешевле – 50, 40, 20 тыс. руб. и т.д., но, по нашим меркам (регионального и муниципального здравоохранения, а тем более самих пациентов), не являются дешевыми? Проблема достаточно важная, тем более, что на местах постоянно возникают вопро-

сы: «Какую помощь необходимо финансировать из средств ОМС, а какую относить к дорогостоящей и финансировать из бюджета? Иными словами, где тот предел, за которым обычная медицинская помощь становится дорогостоящей и/или высокотехнологичной?»

Ответы, как правило, ищут в федеральном перечне дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, который в свою очередь создан под возможности федеральных медицинских учреждений и, естественно, не учитывает таковые у регионального и муниципального здравоохранения. Например, компьютерной томографии в указанном перечне нет, так как нет необходимости придавать данному исследованию какой-то особый статус в учреждениях федерального подчинения, часто и без того насыщенных еще более сложными и дорогими технологиями. В то же время в региональных и крупных муниципальных клиниках, имеющих подобную технику, затраты на выполняемые исследования тариф по ОМС часто не покрывает, что приводит к оказанию данных услуг на платной основе. То же самое в значительной мере относится и к эндоскопическим операциям, выполняемым в хирургии, травматологии, гинекологии. В травматологии затраты на лечение с использованием аппаратов, фиксирующих костную ткань, стоимость которых составляет 3–5 тыс. руб., нередко не покрываются средствами ОМС и при этом также не относятся на региональном или муниципальном уровне к дорогостоящим видам помощи. В результате расходы на их приобретение часто несут сами пациенты. Следовательно, отсутствие в региональном и муниципальном здравоохранении стоимостных критериев отнесения той или медицинской помощи к дорогостоящей приводит к ее фактическому переводу в разряд платных услуг.

Сторонники развития коммерческой медицины могут возразить, что в условиях ограниченного финансирования отрасли подобная ситуация позволяет, с одной стороны, обеспечивать заинтересованность государственных и муниципальных медицинских организаций в сохранении и развитии ряда медицинских услуг, позволяющих поддерживать современный уровень оказания медицинской помощи. С другой стороны, у пациентов появляется возможность получить данные услуги, пусть даже и на платной основе. Полностью с этим согласны, но в то же время очевидно и то, что медицинские услуги, стоимость которых не покрывается тарифом по ОМС и не включенные в федеральный перечень дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, имеют весьма ограниченную доступность. При этом низкая доступность указанных услуг нарастает по мере удаления от центра страны к периферии, что связано как с менее развитой сетью медицинских организаций, так и с более низкой платежеспособностью населения.

Таким образом, стоимость медицинской услуги является одним из критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи. В то же время ее величина должна быть различной для медицинских организаций федерального, регионального и муниципального уровней. Органы управления здравоохранением субъекта Федерации или муниципального образования должны самостоятельно определять стоимостный порог указанной помощи, исходя из потребностей в ней населения и ресурсных возможностей ее оказания.

Следующей характеристикой, также, по нашему мнению, претендующей на роль критерия дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, является новизна. Как и с предыдущим критерием, здесь также не может быть однозначной трактовки. Во-первых, достаточно сложно определить конкретный временной интервал, в течение которого медицинская технология будет считаться новой. В этой связи возникает вопрос: «Что выбрать за точку отсчета – время разработки той или иной технологии или время ее внедрения в практическое здравоохранение?» Во втором случае сразу возникают другие вопросы: «А что считать временем внедрения – начало использования технологии в ведущих федеральных медицинских учреждениях или в крупных клиниках региона или широкое ее распространение, в том

числе и в муниципальном здравоохранении?» К сожалению, в условиях российской действительности понятие новизны применительно к тем или иным медицинским технологиям растягивается на долгие годы, а порой и на десятилетия. Например, в мировой практике стентирование коронарных артерий достаточно давно применяется в лечении больных с ишемической болезнью сердца. В то же время в региональном здравоохранении России данная технология в большинстве случаев не имеет широкого распространения и по-прежнему имеет статус «новой». Однако при этом основной проблемой, препятствующей активному использованию стентирования, является не косность отечественных специалистов, а недостаточное ресурсное обеспечение отрасли. То есть недостаток финансовых средств определенным образом пролонгирует понятие «новизны» применительно к некоторым медицинским технологиям.

Если речь идет о технологиях, которые должны использоваться на всех этапах оказания медицинской помощи, то указанный критерий будет иметь разные временные интервалы для медицинских организаций федерального, регионального и муниципального уровней. В этой связи очевидно, что такой критерий, как новизна, может иметь только относительное, весьма приближенное значение при определении дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи.

Достаточно часто приходится слышать о том, что дорогостоящая и высокотехнологичная медицинская помощь включает в себя или должна включать наиболее сложные технологии. С учетом этих позиций сформирован и соответствующий федеральный перечень. В то же время количество и структура «сложных» технологий, используемых в региональном и муниципальном здравоохранении, существенно различаются в зависимости от многих факторов: технической оснащенности, состояния кадровых ресурсов, обеспеченности медикаментами, общего уровня социально-экономического развития территории. Например, если из муниципального учреждения здравоохранения уедет специалист, владеющий современными терапевтическими технологиями ведения больных с бронхиальной астмой, то для пациентов указанная помощь может стать и высокотехнологичной, и дорогостоящей прежде всего в силу появившихся ограничений в получении ее доступности. Также необходимо отметить, что каждый специалист, окончивший медицинский ВУЗ, интернатуру или ординатуру и в последующем регулярно повышающий свою квалификацию в системе последипломного образования, является носителем сложных современных медицинских технологий. Ведь именно на это направлена отечественная система медицинского образования.

Таким образом, как и в предыдущих случаях, сложность оказываемой медицинской помощи является относительным критерием для отнесения ее к дорогостоящей и высокотехнологичной. Очевидно, что и степень сложности конкретных медицинских технологий также является разной для медицинских учреждений федерального, регионального и муниципального уровней.

Теперь рассмотрим такой критерий, как эффективность. На первый взгляд у читателя может возникнуть вопрос: «А надо ли рассматривать эффективность в качестве критерия дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, ведь в идеале вся медицинская помощь должна быть эффективной?» Однако в нашей стране дорогостоящая и высокотехнологичная помощь нередко является альтернативой традиционной в части получения лучших результатов, уменьшения вероятности осложнений, сокращения сроков лечения и т.д., то есть более эффективной. Наиболее отчетливо это выражено в хирургической практике. Как уже было отмечено выше, в кардиохирургии все более широко используются малоинвазивные методы лечения, в гастрохирургии, травматологии, гинекологии активно применяются различные способы эндоскопических вмешательств. Нечто подобное происходит и при оказании различных видов терапевтической помощи, где большая эффективность, как правило, обеспечивается использованием комп-

лекса современных диагностических и лечебных технологий.

С учетом изложенного можно с большой долей вероятности утверждать, что к дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи необходимо относить и ту помощь, которая обеспечивает наибольшую медицинскую и экономическую эффективность. Но и в данном случае трудноразрешимой проблемой будет определение конкретных значений степени указанной эффективности, позволяющих четко дифференцировать дорогостоящую и высокотехнологичную медицинскую помощь. Например, если в муниципальном учреждении внедрена такая технология в лечение какого-либо заболевания, то это может стать основанием для отнесения соответствующей помощи к высокотехнологичной или дорогостоящей даже для того, чтобы определить необходимость ее адекватного ресурсного обеспечения. При этом на уровне региональной клиники данная технология может использоваться достаточно давно и относиться к обычным способам лечения или диагностики. Следовательно, эффективность как критерий указанной помощи в федеральных, региональных и муниципальных медицинских учреждениях прежде всего будет зависеть от того, насколько широко там используются современные технологии.

И, наконец, рассмотрим последний предложенный в данной статье критерий дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи – доступность. Отличительной чертой указанного критерия является то, что именно от состояния доступности во многом зависят рассмотренные выше критерии. Совершенно очевидно взаимное влияние доступности и всех перечисленных выше критериев друг на друга. Чем ниже доступность той или иной медицинской технологии, тем более новой она представляется, тем большую стоимость она имеет, тем более выраженной представляется ее эффективность. К сожалению, надо констатировать, что выбранный еще в советском здравоохранении курс на развитие дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи в наиболее крупных клиниках страны явился недостаточно оправданным с точки зрения обеспечения ее максимальной доступности. Подобная практика наилучшим образом отвечала и отвечает требованиям эффективного использования ресурсов в условиях их выраженного дефицита. В то же время в современных условиях, характеризующихся ростом заболеваемости и смертности населения, эта система демонстрирует свою очевидную несостоятельность, проявляющуюся крайне низким удовлетворением имеющихся потребностей в дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи. Очевидно, что как только та или иная медицинская помощь становится малодоступной, она автоматически может быть отнесена к дорогостоящей и высокотехнологичной. Федеральный перечень дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи включает в себя ту медицинскую помощь, которая малодоступна для большинства населения страны, как на федеральном, так и на региональном уровнях. В то же время указанный перечень отнюдь не исчерпывает все медицинские технологии, доступность которых в различных регионах или муниципальных образованиях также ограничена. При этом основным фактором, обусловливающим указанное ограничение, является недостаток ресурсов – финансовых, материально-технических, кадровых.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

Основные критерии, которые можно использовать для отнесения той или иной медицинской помощи на разных этапах ее оказания к дорогостоящей и высокотехнологичной, – стоимость, новизна, сложность, эффективность, доступность.

В современном российском здравоохранении в условиях дефицита ресурсов стоимость, новизна, сложность и эффективность являются относительными критериями, а ограниченная доступность – абсолютным.

С учетом указанных критериев целесообразно, чтобы в региональном и муниципальном здраво-

охранении были разработаны собственные перечни дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, что будет способствовать ее адекватному ресурсному обеспечению. В противном случае значительные объемы медицинской помощи, в которых используются современные технологии, будут предоставляться населению исключительно на платной основе.

Доступность является не только медицинским, но и социальным критерием, характеризующим в том числе и деятельность органов власти всех уровней в сфере здравоохранения.

Авторы данной статьи прекрасно понимают, что в сложившихся правовых условиях появление муниципальных перечней дорогостоящей и высокотехнологичной помощи может быть воспринято как явление, противоречащее ряду положений отечественного законодательства, в соответствии с которыми данная помощь никак не может оказываться на муниципальном уровне. Но ведь и работа по укреплению первичного звена современными и весьма недешевыми технологиями, проводимая сейчас в рамках национального проекта «Здоровье», в условиях существующего разделения полномочий тоже не относится к компетенции федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, но весьма успешно реализуется. Таким образом, с одной стороны, законодателю целесообразно оперативно корректировать правовое поле, обеспечивая при этом возможность последующих гибких управленческих решений на всех этапах медицинской помощи. С другой стороны, на муниципальном уровне вопрос формирования перечней дорогостоящей и высокотехнологичной помощи вполне можно решить, не дожидаясь каких-либо изменений в законодательстве. Например, никто не мешает назвать данный перечень «Перечнем видов медицинской помощи, дополнительно финансируемых из местного бюджета», были бы средства. Кроме того, учитывая значимость рассматриваемой проблемы, надо шире практиковать передачу тех или иных «медицинских» полномочий с муниципального уровня на региональный, а предлагаемые критерии вполне могут этому способствовать.

Принимая во внимание, что совсем недавно создано Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи, авторы статьи предлагают его руководству рассматривать данный материал как конкретные предложения по совершенствованию и развитию этого направления.

Ф.И.БАДАЕВ, Т.К.ЛУГОВКИНА,
МУ ГКБ №40 г.Екатеринбург

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Государство, избравшее своим приоритетом сохранение доступности для населения бесплатной медицинской помощи, ставит перед организаторами здравоохранения и прежде всего перед руководителями лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) задачи оптимизации процесса управления качеством клинической практики. Клиническая практика обладает всеми системообразующими признаками:

- сложностью;
- определенной структурой;
- иерархией;
- управлением;
- развитием.

В соответствии с принципом иерархии сложных систем клиническая практика состоит из множества подсистем. Одной из них является подсистема лекарственной помощи. Данная подсистема обладает специфичностью, которая определяется особой ролью лекарственных препаратов в процессе оказания медицинской помощи. Порядок обращения лекарственных препаратов, фармакологический, фармацевтический и клинический контроль безопасности, обоснованности, эффективности и рациональности их применения регламентированы законами РФ и приказами МЗ и СР РФ.

Важным компонентом новой управленческой парадигмы в системе здравоохранения выступает необходимость ***учета*** и рационального расходования ресурсов системы. Одним из основных условий решения такой задачи является внедрение и широкое использование в практическом здравоохранении информационных технологий. Это влечет за собой необходимость преобразований в организационной структуре ЛПУ, так как эффективное управление сложной системой возможно только при условии адекватности ее структурно-функциональной организации целям и задачам системы, характеристикам внешней среды.

В связи с этим в многопрофильном стационаре на базе МУ ГКБ №40 г.Екатеринбурга была создана Служба лекарственной помощи (СЛП). Созданию СЛП предшествовали разработка концепции и подготовка адекватной ресурсной базы.

© Ф.И.Бадаев, Т.К.Луговкина, 2007 г.

Концепция создания СЛП в многопрофильном стационаре

Организация СЛП в многопрофильном ЛПУ является результатом естественного процесса развития клинический практики и перехода ее на новый уровень качества оказания лекарственной помощи, которая строится в соответствии с регламентированными правилами (протоколами). Оказание лекарственной помощи в рамках регламентированных протоколов призвано обеспечить снижение рисков для пациента от возможных нежелательных реакций при излишних назначениях лекарственных препаратов, для врача – снижение рисков ошибок, для ЛПУ – повышение правовой защищенности.

СЛП – это функциональное объединение структурных подразделений ЛПУ, целью которого является координация работы подразделений в рамках системы лекарственных формуляров и протоколов для обеспечения качественной лекарственной помощи пациентам.

СЛП соответствует классу гетерархических систем, то есть иерархия в системе является функциональной. Тип управления системой – адаптивный, гибкий, определяется внешними условиями.

Службу возглавляет руководитель – заведующий отделением клинической фармакологии, который подчиняется главному врачу ЛПУ (п.4 Приказа МЗ РФ от 23.10.2003 №494 «О совершенствовании деятельности врачей-клинических фармакологов»).

Объектами управления являются:

- *процесс обеспечения* ЛПУ лекарственными препаратами;
- *процесс отпуска* лекарственных средств (ЛС) в подразделения ЛПУ (в соответствии с Приказами МЗ РФ от 23.08.2003 №328 с последующими дополнениями, от 14 декабря 2005 г. №785 и др.);
- *процесс распределения* лекарственных препаратов в клинические отделения ЛПУ (в соответствии с формулярами ЛС клинических отделений);
- *процесс оказания* пациентам качественной лекарственной помощи.

Предметы управления являются:

- *качество* лекарственной помощи;
- *структура* лекарственной помощи;
- *затраты* на лекарственную помощь.

Задачи СЛП:

1. *Оптимизация процесса закупа лекарственных препаратов* на основе фармако-экономического анализа (предполагает моделирование структуры затрат на основе информационных технологий) и фармако-эпидемиологических данных (структура пролеченных больных – потребность в лекарственных препаратах).
2. *Совершенствование системы распределения* лекарственных препаратов на основе формуляров профильных отделений (контроль соответствия «требований», поступающих в аптеку из клинических отделений, утвержденным формулярам отделений).
3. *Разработка и внедрение системы персонифицированного учета потребления* ЛС на основе информационных технологий.
4. *Поддержка принятия решений* при выборе лекарственной помощи в сложных клинических ситуациях, консультирование.
5. *Организация* и проведение *лекарственного мониторинга* при назначении препаратов с узким коридором терапевтической безопасности.
6. *Анализ качества лекарственной помощи*: мониторинг структуры потребления, контроль процесса использования ЛС в профильных отделениях на основе электронных баз данных.
7. *Оценка обоснованности и качества* лекарственной помощи в поликлинике по программе дополнительного льготного обеспечения (ДЛО).
8. *Фармакологический контроль безопасности применения ЛС.*
9. *Внутренний фармацевтический контроль.*

Компоненты системы:

1. Цель СЛП – качественная клиническая практика применения ЛС в рамках согласованных и утвержденных формуляров и протоколов.

2. Формы управления системой: правовые (на основе надведомственного права, внутриведомственных инструкций, внутрибольничных приказов и распоряжений), согласованные принципы (клинические рекомендации) и правила (протоколы) качественной клинической практики.

3. Функции – организация деятельности, обеспечение ЛС, учет, контроль, регулирование, диагностика проблем, поддержка принятия решений, оценка качества оказанной лекарственной помощи.

4. Процессы – моделирование структуры закупа ЛП, закуп, распределение ЛС, назначение, применение ЛС, сбор, обработка и анализ информации о практике применения ЛС, качестве лекарственной помощи и затратах.

5. Методы – математическое моделирование, методы исследования операций, административные, фармако-экономический анализ, статистические, системный анализ, клинико-фармакологический аудит, фармацевтический аудит.

6. Технологии – гибкие функционально распределенные технологии адаптивного управления.

7. Мотивы – профессиональные.

8. Стимулы – моральные и материальные.

9. Результаты – клинические.

10. Эффекты – экономические.

Условия построения системы управления качеством лекарственной помощи:

1. *Наличие исходных характеристик качества* лекарственной помощи (клинические, характеристики затрат).

2. *Наличие формализованной цели* (разработка критериев ожидаемого результата – соответствие формулярам и протоколам качественной клинической практики, рациональное расходование ресурсов).

3. *Наличие релевантного варианта* достижения цели (исходя из реальных возможностей).

4. *Наличие прямых каналов связи с объектом* управления (закуп ЛС в рамках запланированной модели, распределение в соответствии с ФЛС, качество клинической практики в соответствии с протоколами).

5. *Наличие сильного управляющего воздействия на старте* проведения изменений – формирование ресурсов, достаточных для достижения поставленной цели (профессиональных, административных, технических, финансовых).

6. *Наличие эффективных каналов обратной связи*, в том числе с использованием информационных технологий (создание условий для учета потребления ЛС и затрат, для мониторинга структуры потребления ЛС, анализа рациональности затрат, качества лекарственной помощи).

Структура СЛП:

А. Аптека.

Б. Информационно-аналитический центр СЛП.

В. Отделение клинической фармакологии, которое включает:

1. Кабинет качественной клинической практики и лекарственного мониторинга.

2. Кабинет внутреннего фармацевтического контроля.

3. Кабинет мониторинга выписки рецептов в поликлинике по ДЛО (рис.1).

Системный подход к организации Службы лекарственной помощи предполагает, с одной стороны:

- функциональную интеграцию деятельности структурных подразделений ЛПУ (аптеки, клинических отделений, отделения клинической фармакологии) по оказанию качественной лекарственной помощи на основе формуляров ЛС, протоколов (рис.2);
- интеграцию информации из клинических отделений о фактических назначениях ЛС, качестве предоставленной лекарственной помощи, результатах, исходах лечения, затратах, а с другой стороны:
- дифференциацию – создание новых функциональных элементов системы: функции контроля распределения, обоснованности назначений, мониторинга безопасности, эффективности, оценки качества ле-

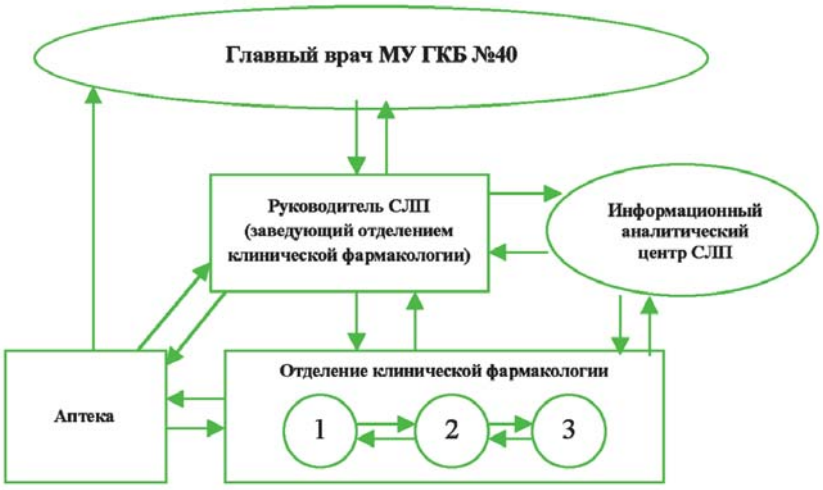


Рис.1. Структура Службы лекарственной помощи МУ ГКБ №40

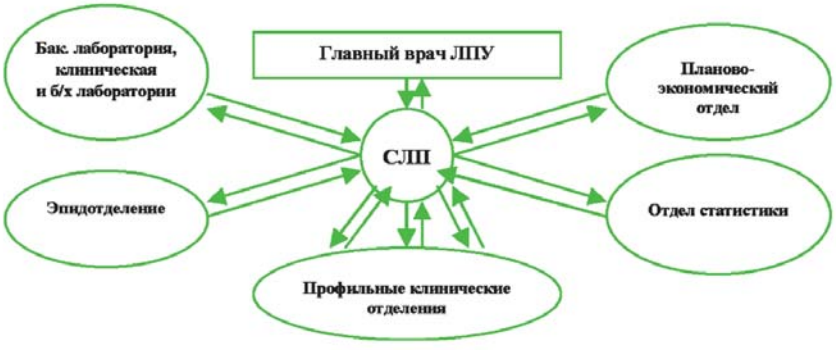


Рис.2. Связи СЛП с другими подразделениями ЛПУ

карственной помощи, учет потребления ЛС и затрат, в том числе – создание Совета по антимикробной политике в стационаре и информационно-аналитического центра СЛП для оптимизации затрат при закупе и распределении ресурсов (рис.3).

Инструменты управления качеством лекарственной помощи:

- *формуляры* лекарственных средств;
- *протоколы* лекарственной помощи (определенные правила, обеспечивающие эффективность и безопасность ЛП, а также рационализацию затрат);
- *регламентированные инструкции* для максимального сокращения числа ошибочных действий;
- *критерии компетенции* каждого исполнителя в процессе оказания ЛП;
- *мотивации к анализу* и поиску способов повышения качества и оптимизации затрат на лекарственную помощь у медицинского персонала;
- *правовое определение* взаимодействий всех участников лечебно-диагностического процесса (врача, медицинских сестер, пациентов, включая информированное согласие пациента или его родственников на применение того или иного лекарственного препарата в связи с риском развития нежелательных и непредвиденных реакций, особенно при назначении «неформулярных» препаратов);
- *информационные базы данных о лучших образцах клинической практики* для постоянного совершенствования протоколов лекарственной помощи при различных клинических ситуациях и повышения профессионального уровня исполнителей;
- *базы данных о реальной клинической практике* для целей анализа и поиска оптимальных алгоритмов, обеспечивающих высокое качество клинической практики применения лекарственных препаратов в клинических отделениях.

Технологии управления качеством лекарственной помощи

Технологии клинического управления – достаточно новый феномен, появление которого обусловлено потребностью оперативного регулирования затрат, объемов и качества лекарственной помощи в условиях внедрения новых форм связей и взаимодействий различных элементов организованной клинической практики. Это – определенные алгоритмы деятельности, обеспечивающие соблюдение регламентированных формуляров и протоколов качественной клинической практики.

Виды технологий, используемых в процессе управления качеством лекарственной помощи:

- технологии анализа проблем (системный анализ, анализ управленческой ситуации, факторный анализ и другие исследовательские технологии);
- технологии принятия решений (алгоритмы, правила, процедуры поддержки принятия решений);
- технологии управления (обучающие, организационные, внедренческие, инновационные, информационные);
- технологии контроля и регулирования (экономические, клинические, административные);
- прогностические технологии (эвристическое моделирование клинических состояний и лекарственной помощи, математическое моделирование затрат на лекарственные препараты, прогнозирование и планирование потребностей клинической практики).

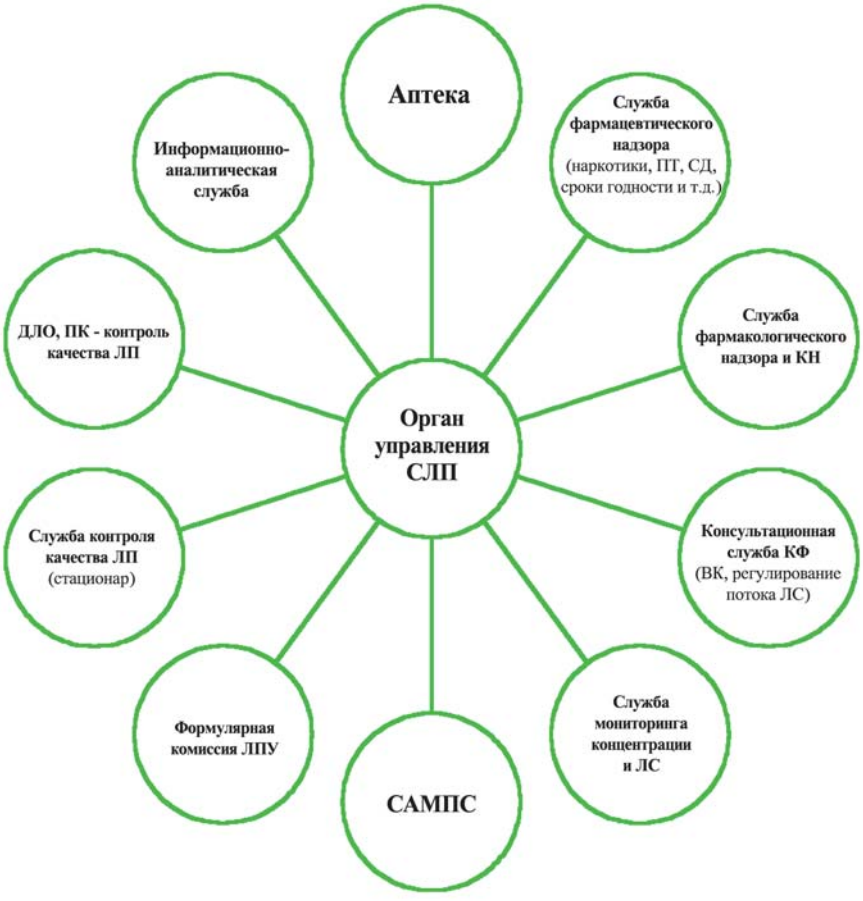


Рис.3. Внутренние связи СЛП

Процесс технологизации управления качеством клинической практики основывается на структурно-функциональном подходе. В соответствии с данным подходом клиническая практика в рамках МУ ГКБ №40 была рассмотрена как многокомпонентная структура, каждый из компонентов которой обладает конкретным набором элементов с соответствующими им функциями (рис.4). Первый шаг, который был сделан на пути к созданию СЛП в МУ ГКБ №40, – это подготовка медицинского персонала к изменениям: знакомство с методологией формулярной системы, разработка системы регламентированных формуляров ЛС для

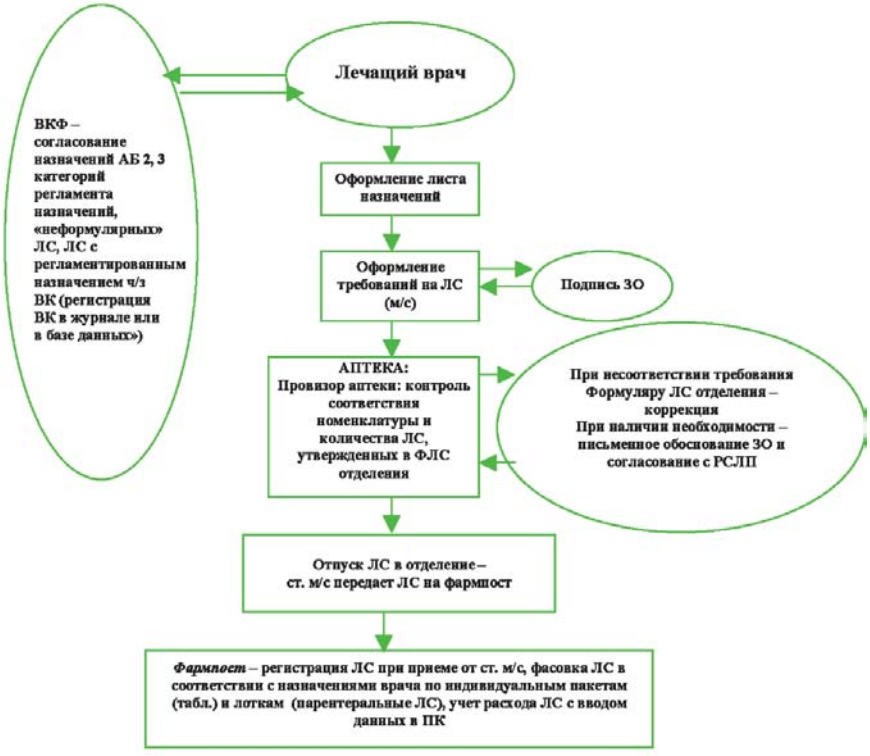


Рис. 4. Схема движения документов на получение ЛС из аптеки ЛПУ

профильных клинических подразделений. Опыт показал, что ***система формуляров*** (как инструмент управления качеством клинической практики и затратами на ЛС в ЛПУ) начинает эффективно работать только при наличии единой для всех подразделений базы данных и электронного справочника формуляров ЛС клинических отделений. Был определен порядок подготовки и утверждения плана годовой заявки ЛПУ для закупа ЛС, квартальных заявок, порядок распределения препаратов по отделениям и движения документов на получение ЛС отделениями.

В связи с тем, что в ряду лекарственных препаратов антибиотики (АБ) занимают особое место (как по их роли, так и по затратам), в МУ ГКБ №40 была сформирована подсистема формуляров АБ и организована микросистема для управления структурой назначений АБ и качеством антибиотикотерапии. Для управления такой микросистемой в 2005 г. был создан Совет по антимикробной политике в стационаре и внедрена система регламентированных правил применения АБ. Все АБ были ранжированы по регламенту назначений (1, 2, 3), разработаны правила поддержки принятия решений при выборе АБ в конкретных клинических ситуациях (при инфекции кожи и мягких тканей, менингите, пневмонии, инфекции мочевыводящих путей, инфекции у новорожденных и т.д.). Изданы протоколы качественной клинической практики (в 2005 и 2006 гг.). Внедрена система мониторинга за назначениями АБ и изменениями свойств госпитальной микробной флоры в реанимационных отделениях (4 отделения РАО) и в родильном доме. Отработаны технологии сбора и обработки информации. Результаты этих усилий – снижение числа ошибок при выборе АБ, снижение нагрузки АБ в РАО, рациональное расходование средств (сокращение затрат на ЛС в РАО нейрохирургии) и персонифицированный учет АБ с жестким регламентом назначений (гликопептиды, карбапенемы и т.д.).

Важным стратегическим направлением совершенствования СЛП являются ***внедрение и развитие технологий персонифицированного учета медикаментов***. Это требует создания внутрибольничной электронной сети, разработки программных продуктов и стандартизирован-

ных электронных баз данных ЛС. Существующие сегодня информационные технологии позволяют решить такие задачи. Конструктивное использование их организационными структурами – это ключ к эффективному функционированию системы здравоохранения для пользы пациента. Важно, чтобы концепция развития системы отечественного здравоохранения, которая является зеркалом социальной политики государства, предусматривала адекватные ее сложности, структурно-функциональные преобразования и ресурсное обеспечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Быков А.В., Загорский А.П.* Формуляр как основа рационального фармацевтического менеджмента// Русская фармацевтическая газета. – 1996. – № 9. – 10 с.
2. *Власов В.В.* Медицина в условиях дефицита ресурсов. – М.: Триумф, 2000. – 448 с.
3. *Вялков А.И.* Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи/Материалы III научно-практической конференции «Проблемы стандартизации в здравоохранении». Москва, 22–24 марта 2001 г.//Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №2. – С.3–10.
4. *Вялков А.И., Гройсман В.А.* Информационные технологии в управлении лечебно-профилактическими учреждениями в условиях ОМС//Вестник ОМС. – 2001. – №1. – С.4–9.
5. *Гасников В.К.* Совершенствование управления здравоохранением региона на основе развития методологических подходов и информационных технологий: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 48 с.
6. *Глущенко В.В., Глущенко И.И.* Исследование систем управления: социологические, экономические, прогнозные, плановые, экспериментальные исследования. – ООО НПЦ «Крылья», 2001. – 416 с.
7. *Новик И.Б., Абдуллаев А.Ш.* Введение в информационный мир. – М.: Наука. – 1991. – 228 с.
8. *Пригожин И., Стенгерс И.* Порядок из хаоса: новый диалог человека с природой: Пер. с англ./Общ. ред. В.И.Аршинова, Ю.Л.Климонтовича, Ю.В.Сачкова. – М.: Прогресс, 1986. – 432 с.
9. *Стародубов В.И., Луговкина Т.К.* Клиническое управление в реализации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению//Вестник ОМС. – 2001. – №4. – С.16–23.
10. *Bullas S.* Evidence based management//Current perspectives in health Informatics/Eds. by W.B.Abbott, J.Bryant, S.Bullas. – BCS HIC, 2000. – P.83–91.
11. *Davis E.* Attitudes to electronic prescribing//Current perspectives in healthcare computing 2000. – Manchester: BJHC, 2000. – P.211–219.
12. *Donabedian A.* Criteria, norms and standards of quality: what do you mean?//Amer. J. Publ. Hith. – 1981. – Vol.71. – P.409–412.
13. *Melhuish P.J.* Clinical governance; an opportunity for Information management and technology to influence patient care//Current perspectives in health informatics/Eds. by W.B.Abbott, J.Bryant, S.Bullas. – BCS HIC, 2000. – P.115–121.
14. National Health Service Executive. Clinical governance: quality in the new NHS. Health Service Circular no HSC 1999/065. – 1999.
15. *Pinsky L.E., Dey R.A.* Clinical guidelines: a strategy for translating evidence into practice/In: Evidence-based clinical practice. – Boston: Butterworth Heinmann, 2000. – P.119–123.
16. *Wahner-Roedler D.L. Knuth P., Juchems R.H.* The German health-care system//Mayo Clin. Proc. – 1997. – Vol.72. – №11. – P.1061–1068.
17. *Wilson A.C., Fleck E., Oossternhoorn E., Dewar J.A.* The development of an integrated information system to support prospectiv audit of cancer in Tayside University Hospitals NHS Trust//Current perspectives in healthcare computing 2000. – BCS HIC, 2000. – P.75–82.
18. *Vincent Richard* Clinical Protocols//Current perspectives in healthcare computing 2000. – BCS HIC, 2000. – P.3–9.

В.О.ФЛЕК,
д.м.н., профессор, Советник Секретариата Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения и системы ОМС Института развития дополнительного профессионального образования Министерства образования Российской Федерации, г.Москва
Т.В.РЕЙХТМАН,
к.ф.н., начальник отдела нормативно-правового регулирования мер социальной поддержки уязвимых категорий населения Минздравсоцразвития России, г.Москва

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН: МЕСТО И РОЛЬ В ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

К основным источникам финансирования лекарственного обеспечения граждан в Российской Федерации относятся государственные источники финансирования (федеральный бюджет, консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации, средства обязательного медицинского страхования) и личные средства граждан.

Совокупные расходы на лекарственное обеспечение, изделия медицинского назначения, сопутствующие товары в Российской Федерации с 2000 по 2005 годы утроились (рис. 1).

В соответствии со статьей 39 главы 2 Конституцией Российской Федерации «Права и свободы человека и гражданина» каждому гражданину нашей страны гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом. На реализацию прав граждан на получение социальной поддержки в случае болезни из средств бюджетов всех уровней выделяются финансовые средства на оплату расходов, связанных с приобретением лекарственных средств.

Соотношение затрат на медикаменты из государственных источников финансирования и из личных средств граждан составило в целом по стране в 2005 году 45 и 55%, а в 2004 году эти показатели составляли 30 и 70%, соответственно (рис. 2).

Расходы государственных источников финансирования и личных средств граждан на данные цели возрастали непропорционально. В связи с принятием поправок к Федеральному закону от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной со-

© В.О.Флек, Т.В.Рейхтман, 2007 г.

циальной помощи» в 2005 году отмечен резкий рост расходов из государственных источников финансирования (табл. 1).

В структуре расходов здравоохранения в целом затраты на медикаменты и перевязочные материалы составили 14%.

Распределение государственных средств, направляемых на лекарственное обеспечение за 2000–2005 годы, по источникам финансирования представлено в табл. 2 и на рис. 3.

Из государственных источников финансирования оплачиваются расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания всех видов медицинской помощи, предусмотренных Программой государственных гарантий предоставления гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, которая ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации: при оказании амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой медицинской помощи и прочих видов.

Уменьшение государственного финансирования отмечено только в отношении средств бюджетов субъектов Российской Федерации с 15,3 в 2004 году до 14 млрд. рублей в 2005 году (табл. 3).

Наибольший прирост расходов на медикаменты за 2000–

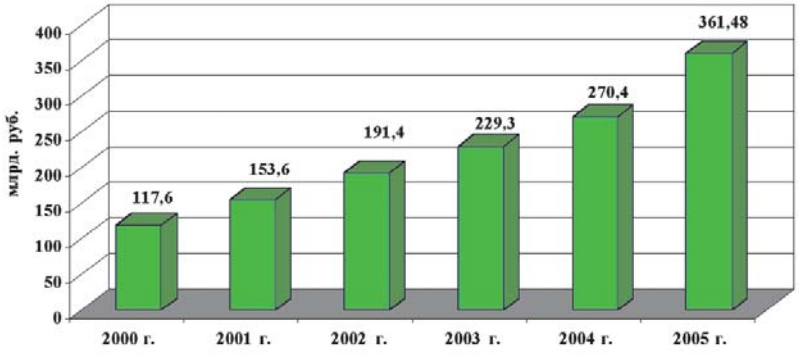


Рис. 1. Расходы на приобретение медикаментов, изделий медицинского назначения из государственных источников и личных средств населения в Российской Федерации за 2000–2005 гг.

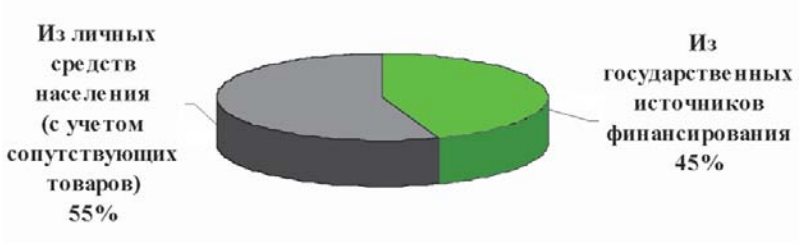


Рис. 2. Соотношение расходов на лекарственные средства из государственных источников финансирования и личных средств граждан

Таблица 1

Расходы на лекарственное обеспечение в 2000–2005 гг. по источникам оплаты (млрд. руб.)

Источники финансирования	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Государственные	52,9	60,6	72,3	81,4	97,2	160,88
Личные средства населения (с учетом сопутствующих товаров)	64,7	93	119,4	147,9	173,2	200,6

Таблица 2

Фактическое финансирование системы здравоохранения Российской Федерации за период 2003–2005 гг. (по источникам финансирования, млрд. рублей)

Источники финансирования	Финансирование системы здравоохранения					
	2003 г.		2004 г.		2005 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Федеральный бюджет	37,0	9	45,9	10	142,3*	22
2. Консолидированные бюджеты субъектов РФ	198,9	51	241,9	50	288,0	44
3.Средства системы ОМС	155,6	40	191,8	40	225,7	34
Итого	**391,5**	–	**479,6**	–	**656,0**	–

** В том числе расходы на дополнительное лекарственное обеспечение, социальную поддержку отдельных категорий граждан*

Таблица 3

Расходы на медикаменты и изделия медицинского назначения из государственных источников финансирования (млрд. руб.)

Наименование	2000г.	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005 г.
При оказании амбулаторно-поликлинической помощи	10,3	11,8	15,1	11,4	12,7	70,92
При оказании стационарной медицинской помощи	23,4	26,8	30,4	40,8	57,8	70,35
При оказании скорой медицинской помощи	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	1,57
При оказании прочих видов медицинской помощи	9,8	12,8	13,7	14,9	11,1	4,03
Расходы субъектов РФ на льготное лекарственное обеспечение	9,2	9	12,8	14	15,3	14
Итого	**52,9**	**60,6**	**72,3**	**81,4**	**97,2**	**160,88**

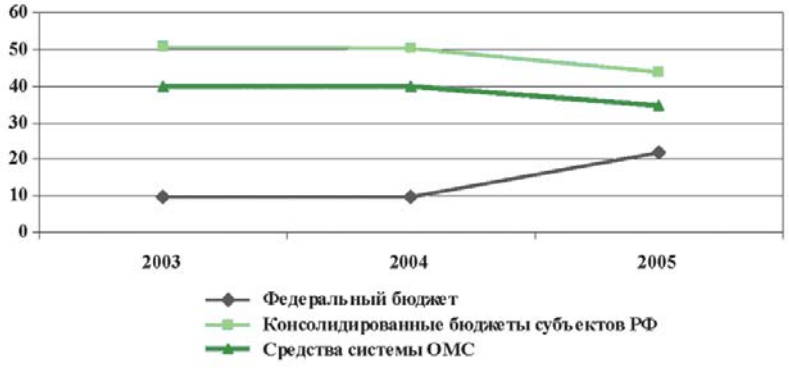


Рис.3. Расходы на здравоохранение по государственным источникам финансирования в 2003–2005 гг. (в %)

2005 годы наблюдается при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (в 7,2 раза) в связи с введением в практику дополнительного лекарственного обеспечения в рамках Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ (рис.4).

Выделение дополнительных финансовых средств из федерального бюджета повлияло на сокращение в 2005 году по сравнению с 2004 годом фактического числа посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на одного жителя Российской Федерации с 8,685 до 8,523. При сохранении прежних норм нагрузки на персонал расчетный показатель составлял бы 8,667 посещений на жителя в год.

С момента вступления в силу с 1 января 2005 года Федерального закона от 22 августа 2004 года №122-ФЗ государство гарантирует обеспечение государственных социальных гарантий отдельным категориям граждан в равном объеме на всей территории Российской Федерации. Дополнительное лекарственное обеспечение является частью гарантий, установленных статьей 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года №178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Дополнительное лекарственное обеспечение – одна из

наиболее крупных программ, когда-либо реализуемых в здравоохранении. Создана единая система, интегрированная во все субъекты Российской Федерации, разработан механизм взаимодействия федеральных и региональных властей в решении социальных вопросов и целевом использовании государственных финансовых средств.

В 2006 году из 143,5 млн. россиян 16,5 млн. человек имеют право на получение государственной социальной помощи из средств федерального бюджета, в том числе 8,2 млн. человек – на дополнительное лекарственное обеспечение, а также более 14,03 млн. человек получают социальную помощь, финансируемую из бюджетов субъектов Российской Федерации. В реализации дополнительного лекарственного обеспечения участвуют более 26 тыс. лечебно-профилактических учреждений (90%); более 235 тыс. врачей различных специальностей и более 19 тыс. фельдшеров; 23 фармацевтических дистрибьютора федерального уровня, выигравших конкурсный отбор; 86 региональных складов, работающих в объединении с фармацевтическими дистрибьюторами федерального уровня; более 170 производителей, в том числе более 60 отечественных и более 110 зарубежных. Лекарственные препараты отпускаются более чем в 12 тыс. аптек и специализированных пунктах отпуска.

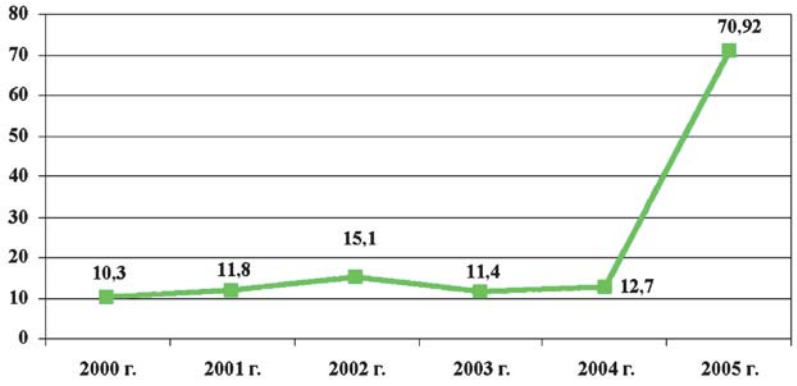


Рис.4 Расходы на медикаменты из государственных источников финансирования при оказании амбулаторно-поликлинической помощи за 2000–2005 гг. *(млрд. руб.)*

Кроме того, участниками системы ДЛО являются: органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, Росздравнадзор и его территориальные органы, Пенсионный фонд Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды ОМС. При этом каждый из участников имеет свои функции:

- Минздравсоцразвития Российской Федерации – обеспечивает нормативную правовую базу, координирует деятельность участников;
- Пенсионный фонд Российской Федерации – осуществляет формирование и ведение Федерального регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи;
- ФОМС – проводит экспертизу рецептов на отпущенные лекарственные средства, оплачивает счета фармацевтическим организациям;
- Росздравнадзор – осуществляет контрольные мероприятия за реализацией дополнительного лекарственного обеспечения на всех уровнях;
- фармацевтические дистрибьюторы федерального уровня – закупают и поставляют лекарственные средства;
- региональные склады – осуществляют хранение и доставку лекарственных средств;

- аптеки – производят отпуск лекарственных средств пациентам;
- врачи (фельдшеры) – осуществляют назначение и выписку лекарственных средств отдельным категориям граждан.

Взаимодействие участников регулируется нормативными правовыми актами, регламентирующими дополнительное лекарственное обеспечение.

- Нормативная база дополнительного лекарственного обеспечения содержит более 65 документов, из них:
- 5 Федеральных законов;
- 12 постановлений Правительства Российской Федерации;
- 31 документ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (26 приказов, 5 писем);
- 25 документов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (18 приказов, 7 писем);
- 8 приказов Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

При практической реализации дополнительного лекарственного обеспечения возникали проблемные вопросы, требующие принятия оперативных мер организационного и контрольно-экспертного характера, разработки новых нормативных правовых актов, внесения изменений и дополнений в утвержденные нормативные документы.

По итогам реализации дополнительного лекарственного обеспечения в 2005 году в субъекты Российской Федерации поставлено лекарственных средств на сумму 46 млрд. руб., отпущено на сумму – 44,8 млрд. руб., что в среднем на одного гражданина составило 4,7 тыс. руб. Оплачено поставщикам на сумму 43,2 млрд. руб.

За период 2005 года выписано отдельным категориям граждан 155 млн. рецептов, обслужено 147 млн. рецептов. В среднем на одного человека выписано 14 рецептов, средняя стоимость которых в течение 2005 года возросла со 184 руб. до 360 руб.

Уровень обслуживания граждан по предъявленным рецептам на конец года достиг 98–99%.

Для сравнения: уровень обслуживания рецептов в 2004 году составлял 63,4%, лекарств по льготам было отпущено на сумму 7,89 млрд. руб.

Из 143,5 млн. россиян 14 826 006 граждан (около 10% общего населения России) имели право получения необходимых лекарственных средств в 2005 году. По данным Росстата численность лиц, воспользовавшихся своим правом на дополнительное лекарственное обеспечение, составила 10 289 644 человека (69,4%).

Своим правом на лекарственное обеспечение в большей степени воспользовались инвалиды – 75,2% от общей численности инвалидов. По другим категориям граждан доля получивших лекарственные средства колеблется от 50 до 70%.

В соответствии с пунктом 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (далее – Федеральный закон) в состав набора социальных услуг включена дополнительная медицинская помощь, в том числе предусматривающая обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача (фельдшера) и предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение.

Специалистам здравоохранения, фармации и системы обязательного медицинского страхования уже стал привычным термин «дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан», который отражает обеспечение необходимыми лекарственными средствами граждан, указанных Федеральным законом.

Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан осуществляется в соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании, которое является составной частью государственного социального страхования. Значительное увеличение расходов за счет государственных источников финансирования отмечен в период с 2004 по 2005 гг. с принятием вышеуказанного федерального закона (рис. 5).

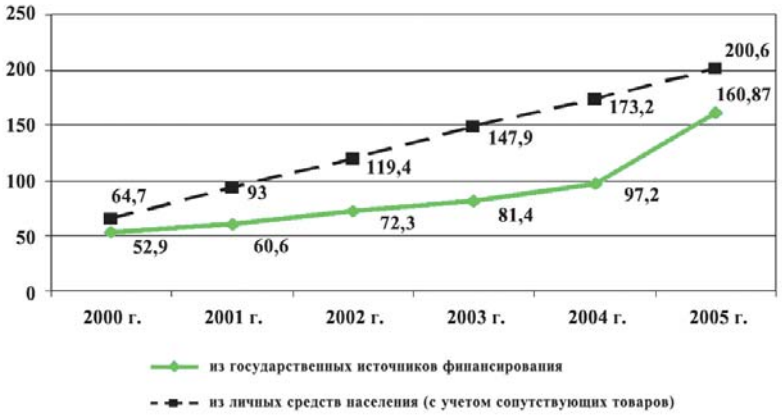


Рис. 5. Расходы на лекарственное обеспечения по источникам финансирования в 2000–2005 гг.

Обеспечиваются всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой через систему обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования (ст. 1 Закона Российской Федерации от 28 июня 1991 года 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»).

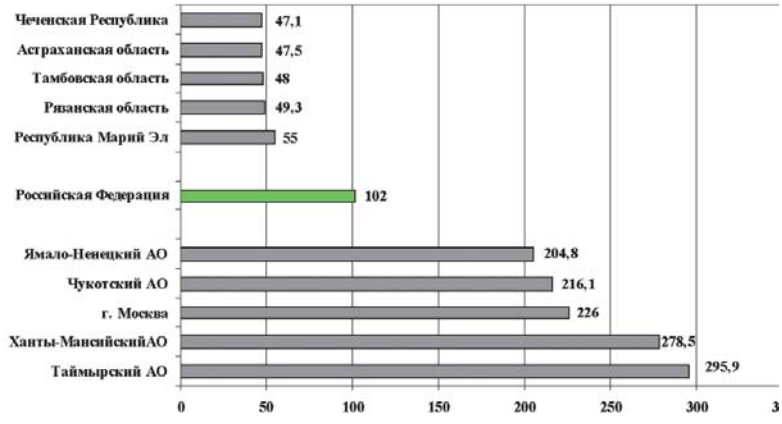


Рис.6 Фактические расходы из государственных источников финансирования на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в стационарах в 2005 году (в среднем на 1 койко-день, по данным стат.формы №62) *(руб.)*

Система обязательного медицинского страхования регулируется комплексом нормативных правовых актов, опирающихся на базовый федеральный закон – Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», статьей 22 которого предусматривается разработка программ обязательного медицинского страхования, в том числе базовой программы. До введения федерального закона от 22 августа 2004 №12-ФЗ основным видом медицинской помощи, в рамках которой осуществлялось предоставление гражданам лекарственной помощи, являлось лечение в стационарах. Расходы на лекарственные средства в стационарах составляли в 2005 году в среднем по России 102 рубля на один проведенный день

Таблица 4

Установление необходимого объема финансовых средств, исходя из ранее существующих объемов

Средства на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами (п.1 ст.6.5, Федерального закона от 17.07.1999 №178-ФЗ) (руб.)	Количество граждан Российской Федерации-получателей НСУ на 01.01.2006 (млн. чел.)	Норматив затрат на месяц на ДЛО (руб.)	Норматив затрат на одного гражданина на год на ДЛО (руб.)
1	2	3	4
424,0*	14,8**	350,0*	4200,0

** Подлежит корректировке в соответствии с индексацией стоимости НСУ.*
*** Подлежит корректировке в соответствии с количеством граждан – получателей НСУ на 1 октября в разрезе субъектов Российской Федерации*

лечения. По разным территориям России расходы составили от 47,1 руб. до 295,9 руб. (рис.6).

В свою очередь, Базовая программа обязательного медицинского страхования является составной частью ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на соответствующий год, в том числе амбулаторно-поликлинической, включая обеспечение необходимыми лекарственными средствами.

В соответствии с Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденными Минздравом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 28 августа 2001 г. №2510/9257-01-34, №31-59/40-1, расходы по статье «Медикаменты и перевязочные средства» оплачиваются из средств обязательного медицинского страхования.

Учитывая то, что объем финансовых средств федерального бюджета на оплату дополнительного лекарственного обеспечения составили в 2005 году 50,8 млрд. рублей или 72% от всех финансовых средств государства, направляемых на оплату лекарств, целесообразно осуществлять расчет и анализ расходования финансовых средств на медикаменты и перевязочные средства при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в системе ОМС с учетом расходов, предназначенных на оплату необходимых лекарственных средств отдельным категориям граждан.

Практика реализации дополнительного лекарственного обеспечения в 2005–2006 годах подтверждает необходимость введения в рамках программы государственных гарантий следующих механизмов регулирования расходов:

1. Определения для субъектов Российской Федерации лимитов финансовых средств федерального бюджета, предназначенных на оплату дополнительного лекарственного обеспечения через фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с количеством граждан – получателей соответствующей части набора социальных услуг, что должно быть отражено в территориальных программах государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

2. Включения средств федерального бюджета, предназначенных на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами в объем финансирования проекта Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год, исходя из четко установленного объема выделенных финансовых средств федерального бюджета

на дополнительную бесплатную медицинскую помощь, установленную пунктом 1 статьи 6.5 Федерального закона от 17 июля 1999 года №178-ФЗ, на одного гражданина Российской Федерации, учтенного в Федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь. Следует установить необходимый объем финансовых средств, исходя из ранее существующих объемов (табл. 4).

Вместе с тем целесообразно провести анализ обоснованности ранее установленной стоимости НСУ в части дополнительного лекарственного обеспечения. В настоящий момент на основе имеющихся статистических данных о фактической потребности отдельных категорий граждан в лекарственной помощи можно осуществить перерасчет сумм выделяемых из федерального бюджета на оплату необходимых лекарственных средств.

3. Поскольку в соответствии с пунктом 2.5 Типовых правил обязательного медицинского страхования граждан, утвержденных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 3 октября 2003 года №3856/30-3/и, при предоставлении отдельным категориям граждан необходимых лекарственных средств фонд обязательного медицинского страхования обеспечивает страхование отдельных категорий граждан, представляется необходимым предусмотреть сформирование ответствующих фондов (или резервы) для покрытия рисков недостатка финансовых средств.

Реализация Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год с учетом данных предложений, позволит:

- повысить ответственность специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений, осуществляющих выписку необходимых лекарственных средств отдельным категориям граждан;
- использовать финансовые средства фондов (или резервов) территориальных фондов обязательного медицинского страхования в случае превышения расходов по дополнительному лекарственному обеспечению;
- проводить анализ потребления гражданами, получателями необходимых лекарственных средств при различных заболеваниях;
- сформировать основу для осуществления вневедомственного контроля качества реализации дополнительного лекарственного обеспечения со стороны страховых медицинских организаций и защиты прав застрахованных в части предоставления гарантий по дополнительному лекарственному обеспечению;
- осуществлять бюджетирование дополнительного лекарственного обеспечения, результатом которого будет являться повышение качества оказания гражданам Российской Федерации амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- повысить заинтересованность специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений в сохранении гражданами Российской Федерации, прав на дополнительное лекарственное обеспечение, снижении количества подаваемых заявлений об отказе от набора социальных услуг.

Необходимо отметить, что при освещении в периодической печати проблемных вопросов дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан встречаются термины «программа дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан», который имеет, как минимум, две неточности:

- во-первых, дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан – это не программа, статус «программы» устанавливается законодательно;
- во-вторых, «льготных категорий граждан» с введением поправок, внесенных Федеральным законом Российской Федерации от 22 августа 2004 года №122-ФЗ в Российской Федерации

нет. Термин «льгота» исключен из большинства законодательных актов Российской Федерации, что нетрудно заметить из текста вышеуказанного федерального закона. Необходимо исключить эти слова и из практической деятельности участников дополнительного лекарственного обеспечения.

В перспективе представляется, что в рамках реализации мероприятий по предоставлению гражданам государственной социальной помощи необходимо предусмотреть механизмы стимулирования ведения гражданами здорового образа жизни.

Отсутствие вредных привычек, высокий уровень медицинской и профилактической активности населения должны стать основой для предоставления в рамках дополнительного лекарственного обеспечения наиболее эффективных, в том числе и оригинальных лекарственных и профилактических средств.

Кроме того, любой гражданин, который осознанно относится к своему здоровью, своевременно обращается к врачу за медицинской помощью и проходит диспансеризацию, должен иметь возможность покупать лекарственные препараты в розничной сети по сниженным ценам.

Это позволит расходовать государственные финансовые средства более целенаправленно и эффективно, с учетом понимания гражданами роли и значения необходимости сохранения собственного здоровья.

В.Я.ЗИНИЧЕНКО,
к.т.н., заведующий отделом мониторинга медицинской техники Федерального государственного учреждения «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники Росздравнадзора»
А.В.РУЧКИН,
действительный член Академии медико-технических наук, Президент ассоциации «Здравмедтех»
С.В.СОЛОННИКОВ,
руководитель Органа по сертификации систем качества «Медитест», эксперт по сертификации систем качества, эксперт по сертификации медицинских изделий

СОВРЕМЕННЫЕ ЕВРОПЕЙСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОДНОРАЗОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОДЕЖДЕ И БЕЛЬЮ

Одноразовая медицинская одежда и белье (ОМОиБ) (в том числе специализированные комплекты хирургического белья) находят все более широкое применение в медицинских учреждениях России. Теперь, как правило, не приходится объяснять медицинскому персоналу преимущества ОМОиБ по сравнению с многоразовой одеждой. Учитывая, что треть послеоперационных осложнений связаны с инфицированием ран, становится очевидным, что значение изделий одноразового пользования в предотвращении распространения инфекций в операционных невозможно переоценить. ОМОиБ экономят больницам огромные деньги, препятствуя распространению внутрибольничных инфекций, возникающих у каждого десятого больного [1].

ОМОиБ не влекут скрытых затрат, в частности, расходов на стирку, ремонт, повторную стерилизацию или повторную упаковку. Для каждой процедуры и в любое время полная стоимость простыней и халатов одноразового пользования известна заранее.

ОМОиБ повышают эффективность работы в операционных: такие инновационные технологические разработки, как комплекты для проведения специфических процедур, изготовленные по индивидуальным заказам, позволяют избавить персонал от рутинных манипуляций и дают возможность медикам создать временной резерв для выполнения более значимых задач.

В операционных, являющихся зоной повышенного риска инфицирования пациента и медицинского персонала, хирургическая одежда и белье играют роль барьеров, сводящих к минимуму распространение возбудителей заболеваний. Поэтому выбор мате-

© В.Я.Зиниченко, А.В.Ручкин, С.В.Солонников, 2007 г.

риалов, из которых они изготовлены, имеет принципиальное значение. Нетканые материалы для медицинской одежды и белья представляют собой специально сконструированные материалы – прочные, но при этом легкие и удобные. Для создания широкого ассортимента нетканых материалов, которым можно придавать те или иные управляемые свойства для удовлетворения конкретных потребностей, используются передовые технологии.

Исследования, проводившиеся в течение ряда лет, убедительно свидетельствуют о том, что при проведении хирургических операций традиционное хлопчатобумажное белье не является эффективным барьером на пути распространения микроорганизмов, особенно при повышенной влажности. В отличие от современных материалов, в частности, многослойных нетканых материалов, хлопчатобумажные ткани не обеспечивают эффективную защиту больных и персонала [2].

ОМОиБ обладают сочетанием высоких барьерных свойств с рядом других важнейших качеств. Высокая воздухопроницаемость обеспечивает удобство применения, адгезионные края точно и аккуратно изолируют рану, а асептический обхват и низкий уровень образования ворса помогают обеспечивать стерильность операционной [3].

Для обеспечения высокого качества ОМОиБ, позволяющего успешно решать все вышеперечисленные задачи, в странах Европы был принят ряд директив и стандартов (норм). Появление Европейского Союза привело к разработке единых европейских стандартов, с которыми в обязательном порядке гармонизированы национальные стандарты:

- Стандарт ИСО 13 485:2003 «Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Требования для целей регулирования» устанавливает требования к системам качества изготовителей медицинских изделий (МИ) в целом. Одним из важнейших требований ИСО 13485 является обязанность изготовителя осуществлять менеджмент риска на всех этапах жизненного цикла МИ.
- Стандарт ИСО 14971:2000 является руководством по осуществлению менеджмента риска. Применение некоторых требований зависит от вида изделия, потенциального риска применения и от регулирующей системы, действующей в стране.
- Директива 93/42/ЕЭС «О медицинских изделиях» устанавливает общие регулирующие требования, а так же требования к безопасности и эксплуатационным свойствам МИ.

Конкретные требования по обеспечению безопасности и эксплуатационных свойств МИ устанавливают европейские стандарты (нормы).

Требования к медицинской одежде, в том числе и к ОМОиБ, устанавливают следующие стандарты Евросоюза:

- EN 13795-1 «Хирургическая одежда и белье. Часть 1: Общие требования для производства и продукции» (Surgical drapes, gowns and clean air suits, used as medieal devices for patients, clinical staff and equipment – Part 1: General requirements for manufacturers, processors and products), излагает общие требования для одноразовых и многократного использования хирургических комплектов, халатов и хирургического белья;
- EN 13795-2 «Хирургическая одежда и белье. Часть 2: Методы испытаний» (Surgical drapes, gowns and clean air suits, used as medieal devices for patients, clinical staff and equipment – Part 2: Test methods), излагает методики испытаний нормируемых параметров;
- EN 13795-3 «Хирургическая одежда и белье» Часть 3: Требования по изготовлению и уровни изготовления» (Surgical drapes, gowns and clean air suits, used as medical devices for patients, clinical staff and equipment – Part 3: Performance requirements and performance levels), излагает требования по изготовлению для одноразовых и многократного использования хирургических комплектов (куртка и брюки), халатов и хирургического белья.
- EN 14683 «Хирургические маски – рекомендации и методы испытаний» (Surgical masks –

Таблица 1

Требования к материалам для изготовления

Характеристика	Единица	Требование			
		Стандартное изготовление		Высокоточное изготовление	
		Критичная площадь продукта	Наименьшая критичная площадь продукта	Критичная площадь продукта	Наименьшая критичная площадь продукта
Сопротивление микробиологическому проникновению – в сухом виде	Log_{10} (CFU)	Не требуется	≤ 2 [a, c]	Не требуется	≤ 2 [a, c]
Сопротивление микробиологическому проникновению – во влажном виде	BI	$\geq 2,8$ [b]	Не требуется	6,0 [b, d]	Не требуется
Чистота – микробиологическая	Log_{10} (CFU/dm^2)	< 2 [c]	< 2 [c]	< 2 [c]	< 2 [c]
Чистота – содержание макро частиц	IPM	< 3,5	< 3,5	< 3,5	< 3,5
Корпия	Log_{10} (итоговая корпия)	< 4,0	< 4,0	< 4,0	< 4,0
Сопротивление жидкостному проникновению	cm H_2O	≥ 20	≥ 10	≥ 100	≥ 10
Усилие на разрыв – в сухом состоянии	kPa	≥ 40	≥ 40	≥ 40	≥ 40
Усилие на разрыв – во влажном состоянии	kPa	≥ 40	Не требуется	≥ 40	Не требуется
Усилие на растяжение – в сухом состоянии	N	≥ 20	≥ 20	≥ 20	≥ 20
Усилие на растяжение – во влажном состоянии	N	≥ 20	Не требуется	≥ 20	Не требуется

[a] Условия испытания: вызванная концентрация 10^8 CF /g talc. и 30 мин. время вибрации.

[b] Было найдено, что наименьшее значение расхождения (LSD) для BI, при котором установлено использование EN ISO 22610, является 0,98 при 95% уровня уверенности. Это является минимальным расхождением, необходимым для определения различия между двумя материалами, чтобы они были различны. Таким образом, материалы, изменяющиеся до верхнего значения 0,98 BI, возможно, не имеют различия; материалы, изменяющиеся свыше значения 0,98 BI, возможно, имеют различия. (95 % уровня уверенности означает, что наблюдатель (эксперт) должен будет внести коррективы 19 раз из 20 для того, чтобы достичь этих альтернатив).

[c] Для настоящего стандарта Log_{10} CFU ≤ 2 означает максимально 300 CFU.

[d] BI = 6,0 для настоящего стандарта означает: проникновение отсутствует. BI = 6,0 является максимально достижимым значением.

Таблица 2

Требования по исполнению для масок

Испытание	Тип I	Тип IR	Тип II	Тип IIR
Эффективность бактериальной фильтрации (в %)	≥ 95	≥ 95	≥ 98	≥ 98
Удельное давление (мм вод.ст./$см^2$) (воздухопроницаемость)	< 3,0	< 5,0	< 3,0	< 5,0
Давление сопротивляемости брызгам (мм ртутного ст.)	Не требуется	≥ 120	Не требуется	≥ 120

Примечание: тип IR и тип IIR являются типами сопротивляемости брызгам

Requirements and test methods), излагает ряд терминов, определений и требований к хирургическим маскам, а также методы испытаний.

Подробно требования к материалам для изготовления одноразовых и многократного использования хирургических комплектов (куртка и брюки), халатов и хирургического белья приведены в табл.1.

Следует подчеркнуть, что вышеперечисленным нормативам соответствуют современные многослойные нетканые материалы, материалы «Сонтара», «Тайвек», «Сапрел», ламинированный «спанлейс» и не соответствуют нетканые материалы первого поколения «иглопробивные» и «спанбонд», а также хлопчатобумажные материалы.

Требования к хирургическим маскам, а также методы испытаний, изложенные в Стандарте Евросоюза EN 14683, приведены в табл. 2.

Таким образом, требования к хирургической одежды и белью (включая маски), в Европе детально прописаны и являются довольно жесткими, причем изделия одноразовые и многократного использования должны соответствовать одним и тем же нормативам в течение всего срока эксплуатации.

Это необходимо для обеспечения главного требования потребителей – хирургические комплекты, халаты и хирургическое белье предназначены для предотвращения передачи инфекций между пациентами и клиническим персоналом. Только соблюдение этих норм и правил дает гарантию, что изделие будет выполнять свою основную функцию.

В настоящий момент в России аналогичных нормативов нет. Поэтому на российском рынке представлены как высококачественные изделия крупнейших зарубежных («Мельнике», «Пауль Хартман») и отечественных («ЗДРАВМЕДТЕХ», «Мастерица») производителей, соответствующие требованиям европейских стандартов, так и изделия, которые совершенно недопустимо использовать в качестве хирургических.

Нередки случаи, когда одежда, попадающая в ЛПУ, по существу не является медицинской (а тем более хирургической), и имеет лишь бытовое назначение.

В этих условиях защита от инфицирования медицинских работников и пациента полностью зависит от лица, принимающего решения о выборе поставщика (производителя) ОМОиБ.

Поэтому остро встает проблема необходимости создания системы технического регулирования в области обращения одноразовой медицинской одежды и белья, соответствующей требованиям Федерального закона «О техническом регулировании», учитывающей пожелания профессиональных ассоциаций и гармонизированной с европейской системой.

Наличие нормативно-правовых документов на одноразовую медицинскую одежду и белье позволит качественно повысить безопасность медицинского персонала и пациентов в ЛПУ РФ, обеспечит защиту отечественного рынка от проникновения недоброкачественной продукции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чтобы правильно выполнить работу, нужно правильно одеться. Нетканые материалы для медицинской одежды одноразового пользования. – Европейская ассоциация одноразовых и нетканых изделий Edana. – 2004.
2. *Moylan J.A., Kennedy B.V.* The importance of gown and drape barriers in the prevention of wound infection//Surgery, Gynecology & Obstetrics, 1980. – №151(4). – P.465–470.
3. *Werner H.P., Feltgen M. and Schmitt O.* Quality of surgical drapes and gowns//Hyg. Med., 2001. – №26. – P.63–75.

ОТ РЕДАКЦИИ:

Несмотря на широкое развитие платных услуг, медицинские учреждения по-прежнему испытывают дефицит информации, касающейся этой сферы.
К сожалению, нормативное регулирование оказания платных услуг сводится большей частью только к ограничениям, а актуальные вопросы руководителей учреждений остаются без ответа.
Публикуемый ниже документ интересен тем, что в нем не обходятся стороной такие важнейшие вопросы, как возможность оказания платных услуг в основное рабочее время, порядок внеочередного оказания платных услуг и т.д.
В Методических рекомендациях изложена четкая позиция Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга по подобным вопросам. Большой интерес представляют практические рекомендации по целому ряду проблем, связанных с оказанием платных услуг. И даже если они покажутся не бесспорными, нужно отдать должное авторам документа – они не побоялись взять на себя ответственность, определив, как именно следует поступать в той или иной конкретной ситуации.
По нашей информации, в Санкт-Петербурге готовятся новые инициативы, касающиеся перспектив предпринимательской деятельности учреждений здравоохранения. Мы будем следить за этими новациями и знакомить с ними наших читателей.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ФИНАНСИРУЕМЫМИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ БЮДЖЕТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Утверждены
Распоряжением Комитета
по здравоохранению Санкт-Петербурга
от 30.06.2006 № 271-р

Общие положения

Настоящие «Методические рекомендации по организации оказания платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения, финансируемыми за счет средств бюджета Санкт-Петербурга» (далее – Методические рекомендации) разработаны в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законами Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О защите

прав потребителей», Гражданским кодексом Российской Федерации, Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 №27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 07.12.2004 №1917 «О Концепции модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга на 2004–2010 годы», Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 04.04.2005 №112-р «О порядке предоставления платных медицинских услуг», утвердившим «Правила предоставления платных медицинских услуг» (далее – Правила) в целях упорядочения процесса оказания платных медицинских услуг.

Методические рекомендации предназначены государственным учреждениям здравоохранения Санкт-Петербурга, финансируемым из средств бюджета Санкт-Петербурга и/или средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, а также иным медицинским организациям в Санкт-Петербурге при оказании ими медицинской помощи в рамках реализации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга.

Настоящие Методические рекомендации распространяются на случаи оказания платных медицинских услуг гражданам, включая оказание медицинских услуг за плату в рамках договоров с организациями.

Порядок оказания медицинских услуг в системе добровольного медицинского страхования определяется договором, заключенным между государственным учреждением здравоохранения и страховой медицинской организацией, и действующим законодательством.

Оказание платных медицинских услуг населению за наличный расчет в государственных учреждениях здравоохранения является вынужденной мерой.

Возможности оказания платных медицинских услуг в ряде учреждений (детских, психиатрических, туберкулезных и т.д.) ограничены, однако, с целью наиболее полного удовлетворения спроса населения допускается оказание платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса в любых государственных учреждениях здравоохранения, в случае, если учреждение выполняет свои обязательства по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

В перспективе необходимо расширение участия государственных учреждений здравоохранения в программах добровольного медицинского страхования и смещение акцента с оказания индивидуальных медицинских услуг гражданам на дальнейшее развитие оказания услуг преимущественно в рамках ДМС и организации профилактических осмотров работников по договорам с организациями. Это позволит государственным учреждениям здравоохранения осуществлять предпринимательскую деятельность без нарушения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь и существенно облегчит процесс планирования доходов от предпринимательской деятельности.

Основания для предоставления услуг на платной основе

Основаниями для предоставления платных медицинских услуг являются:

- отсутствие обязательств по оплате данного вида медицинской помощи (медицинской услуги) из средств бюджетов и государственных внебюджетных фондов;
- оказание медицинских услуг по инициативе гражданина вне порядка и условий, установленных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

В соответствии с п.2.2 Правил за плату предоставляются следующие виды медицинской помощи: косметологические услуги (за исключением услуг, предоставляемых по медицинским показаниям); искусственная инсеминация и экстракорпоральное оплодотворение; зубное протезирование (за исключением случаев, когда оно предусмотрено действующим законодательством или должно быть проведено по медицинским показаниям, установленным врачебной комиссией государственного учреждения здравоохранения). Все остальные виды медицинской помощи могут быть предоставлены в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

К методам лечения, проводимым за плату, в соответствии с п.2.2 Правил отнесены традиционные методы диагностики и лечения (иглорефлексотерапия, гирудотерапия и т.п.) и гомеопатическое лечение. Все остальные методы, в том числе эндовидеохирургические и другие так называемые «новые технологии», могут и должны применяться при оказании медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий, если оборудование для их выполнения приобретено за счет государственных средств. В случае, если оборудование приобретено на средства, полученные от предпринимательской деятельности, оно также может быть использовано для оказания медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий при наличии у пациента жизненных показаний.

Порядок оказания медицинских услуг, установленный Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, предполагает, что объем, сроки, место и своевременность проведения диагностических и лечебных мероприятий определяются лечащим врачом (в соответствии с медицинскими показаниями). Кроме того, оказание плановой медицинской помощи возможно в порядке очередности. Желание гражданина получить медицинские услуги, для оказания которых в настоящий момент нет показаний (в том числе услуги сверх установленных стандартов), а также желание получить плановую помощь вне очереди может являться основанием для оказания указанных услуг за плату.

В соответствии с п.2.3 Правил гражданам, находящимся на стационарном лечении или на лечении в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения, могут быть предоставлены за плату медикаменты, не входящие в утвержденный Правительством Российской Федерации Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, а также расходные материалы, средства, конструкции, протезы и т.п. импортного производства. При этом отказ пациента от лечения альтернативными и бесплатными для него препаратами и/или с применением альтернативных и бесплатных для него методов и средств в обязательном порядке фиксируется в медицинской карте.

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при реализации Территориальной программы, утверждается распоряжением Комитета по здравоохранению.

Ситуации, в которых медицинские услуги предоставляются за плату, изложены в п.2.4 Правил:

- оказание медицинских услуг лицам, не имеющим права на их бесплатное получение в соответствии с действующим законодательством;
- лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, осуществляемые анонимно (за исключением обследования на СПИД в учреждениях, финансируемых для указанных целей из бюджета);

- оказание медицинской помощи в условиях повышенной комфортности и/или сервисности (при зафиксированном в медицинской карте отказе пациента от получения бесплатных для него услуг в конкретном подразделении данного государственного учреждения здравоохранения);
- оказание плановой медицинской помощи вне общей очереди при недопущении ухудшения условий оказания медицинской помощи лицам, имеющим право на бесплатную медицинскую помощь: в хозрасчетных кабинетах и подразделениях; специалистами в свободное от основной работы время и т.д. (при зафиксированном в медицинской карте отказе пациента от получения бесплатной для него плановой медицинской помощи в конкретно указанные предлагаемые сроки).

Не являются основанием для оказания медицинских услуг на платной основе:

- отсутствие у пациента регистрации в Санкт-Петербурге. В соответствии со статьей 3 Закона РФ «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» отсутствие регистрации не может служить основанием ограничения или условием реализации прав и свобод граждан;
- отсутствие у гражданина России полиса ОМС. В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Полис ОМС может отсутствовать у гражданина РФ по объективным причинам. Порядок определения плательщика за оказанную в рамках программы ОМС медицинскую помощь этой категории граждан определен в соответствии с Приложением №1 к «Положению об организации, порядке оказания и оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга».

Права пациента на выбор лечащего врача (с учетом согласия соответствующего врача), лечебно-профилактического учреждения, на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и др. гарантированы пациенту в соответствии со ст. 30 Основ законодательства об охране здоровья граждан независимо от того, получает ли он бесплатную медицинскую помощь или платные медицинские услуги.

Оказание экстренной медицинской помощи

Оказание гражданам за плату медицинской помощи (медицинских услуг) при состояниях, угрожающих жизни, при острой боли и пр. категорически не допускается, за исключением случаев, если оказание экстренной помощи является предметом договора между учреждением и страховой компанией, осуществляющей ДМС. Вышеизложенное относится как к стационарным учреждениям, так и к амбулаторным.

Гражданам, проходящим лечение по экстренным показаниям, по их желанию могут быть оказаны дополнительные к гарантированному объему медицинской помощи услуги (в том числе сервисные) или применены альтернативные материалы (например, целлокаст вместо обычного гипса, импортные металлоконструкции вместо отечественных и т.д.).

В соответствии с «Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации», утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.09.2005 №546, медицинская помощь иностранным гражданам в случае возникновения состояний, представляющих не-

посредственную угрозу их жизни или требующих срочного медицинского вмешательства (последствия несчастных случаев, травм, отравлений), оказывается бесплатно и безотлагательно. При этом счет за оплату оказанных услуг выставляется в установленном порядке в адрес Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

После выхода из указанных состояний иностранным гражданам может быть оказана плановая медицинская помощь на платной основе.

Оказание плановой медицинской помощи (медицинских услуг)

Оказание плановой помощи допускает наличие очередности, вследствие этого желание гражданина получить медицинские услуги вне очереди может служить основанием для предоставления их за плату (см.выше), в случае, если это не нарушает права других граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Заключение договора на оказание платных услуг не является основанием для оказания услуг в день обращения вне общей очереди.

При оказании амбулаторной медицинской помощи руководитель учреждения обязан организовать процесс записи на плановые консультации и исследования таким образом, чтобы граждане, которым по объективным причинам необходимо получить эти услуги в ближайшее время (госпитализация, путевка в санаторий и т.д.), могли осуществить свое право получить медицинскую помощь бесплатно.

Оказание плановой стационарной медицинской помощи вне общей очереди при наличии направления, а также без направления по желанию граждан допускается только в специально организованных структурных подразделениях: хозрасчетных, платных, коммерческих отделениях, палатах (далее – хозрасчетные подразделения), на специально выделенных хозрасчетных койках. При этом в медицинской карте пациента в обязательном порядке фиксируется его отказ от получения бесплатной плановой медицинской помощи в конкретно указанные предлагаемые сроки.

Количество хозрасчетных коек определенного профиля для каждого государственного учреждения здравоохранения устанавливается в соответствии с распоряжением Комитета по здравоохранению о профиле и мощности коечного фонда. Хозрасчетные койки учитываются в общем числе коек учреждения, но на них не составляется плановое задание по выполнению Территориальной программы государственных гарантий.

Оказание стационарного лечения на платной основе на койках, развернутых с этой целью сверх утвержденной коечной мощности (без соответствующего утверждения Комитетом по здравоохранению), не допускается.

Плановая госпитализация иностранных граждан осуществляется только на хозрасчетные койки. В случае, если иностранный гражданин был госпитализирован в стационар по экстренным показаниям и нуждается в дальнейшем лечении (в плановом порядке, после устранения угрозы жизни), но при этом в учреждении нет хозрасчетных коек, необходим перевод пациента в другое учреждение.

Оказание платных медицинских услуг в основное рабочее время

В соответствии с п. 3.6 Правил платные медицинские услуги могут оказываться в основное рабочее время в следующих случаях:

- если это не создает препятствий для получения бесплатной медицинской помощи лицам, имеющим на это право;
- если в силу особенностей процесса оказания медицинской помощи невозможно организовать предоставление медицинских услуг за плату во внерабочее время.

Оказание в основное рабочее время дополнительных услуг, в том числе и платных, за счет повышения интенсивности или производительности труда может сопровождаться снижением качества оказываемой медицинской помощи, кроме того, могут возникать финансовые нарушения (двойная оплата за одну и ту же работу и т.д.). Таким образом, платные услуги могут оказываться работниками в основное рабочее время только в порядке исключения, при наличии периодов ожидания из-за отсутствия пациентов.

Строго во внерабочее время должны выполняться услуги, оказание которых требует длительного времени, а также услуги, сроки оказания которых можно запланировать заранее: плановые хирургические вмешательства и другие виды лечения; оказание платных услуг на дому; платные услуги, оказываемые по предварительной записи по телефону; работа врача по другой специальности (невролога – мануальным терапевтом или иглорефлексотерапевтом и т.д.). Кроме того, исключительно во внерабочее время должны оказываться за плату услуги, предусмотренные территориальной программой, потребность населения в которых высока, вследствие чего постоянно существует очередь на их получение.

При наличии очереди на получение медицинской услуги оказание этой услуги в рабочее время за плату нарушает права граждан, ожидающих своей очереди, и в итоге ведет к невыполнению государственным учреждением здравоохранения своих обязательств. Это относится и к плановой госпитализации.

Если в учреждении открыто отделение платных услуг (хозрасчетное), а работа в таком отделении является совместительством (осуществляется по второму трудовому договору), то оплата производится согласно ст. 285 Трудового кодекса Российской Федерации согласно отработанному времени в зависимости от объема выполненных работ. В этом случае работа по оказанию платных услуг может осуществляться только во внерабочее время.

Платные стоматологические услуги могут оказываться в основное рабочее время (на основании Приказа Минздравмедпрома Российской Федерации от 06.08.1996 №312 «Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования») по желанию пациента в случае, если ему предоставляется гарантированный объем бесплатной стоматологической помощи и платные услуги оказываются дополнительно к гарантированному объему (например, осмотр стоматолога, необходимые рентгенологические исследования – за счет средств ОМС, восстановление зуба пломбой из светоотверждающего материала – за плату).

Существует ряд услуг, оказание которых практически невозможно организовать во внерабочее время (лабораторные, патолого-анатомические, рентгенологические исследования и т.д.). В этом случае руководитель учреждения обязан установить такой график работ, чтобы оказание перечисленных услуг не создавало препятствий для получения гражданами бесплатной медицинской помощи и не приводило к росту числа ожидающих данную услугу.

Оказание платных немедицинских услуг

Государственные учреждения здравоохранения вправе предоставлять за плату немедицинские услуги (дополнительные бытовые и сервисные услуги, включая пребывание в палатах повышенной комфортности; дополнительное питание; оснащение палат и кабинетов дополнительными видами немедицинского оборудования: телефон, телевизор, оргтехника, холодильник и т.д.; транспортные, ритуальные и другие услуги) в соответствии с действующим законодательством в случае, если это не противоречит уставу государственного учреждения здравоохранения.

Разделение потоков пациентов по источникам финансирования

Целесообразно организовать оказание медицинской помощи так, чтобы потоки пациентов, получающих бесплатную медицинскую помощь, и граждан, желающих получить платные медицинские услуги, были разделены.

Специально созданные подразделения для оказания платных услуг (хозрасчетные, коммерческие, платные) должны иметь отдельные помещения с отдельным закрепленным оборудованием, штатами, а также по возможности, приборами, определяющими расход электроэнергии, воды и т.д.

Там, где это невозможно (недостаточно помещений, нет возможности дублировать оборудование, нет достаточного спроса на платные услуги и т.д.), целесообразно организовать оказание платных услуг в строго определенные часы вне основного рабочего времени.

Подразделения, специально созданные для оказания платных услуг

Отделения, кабинеты и т.д., специально созданные для оказания платных услуг (коммерческие отделения; хозрасчетные палаты или отделения; мини-госпитали и т.д.), обеспечивают наилучшие возможности по раздельному учету затрат, способствуют предотвращению нарушений прав пациентов, имеющих право на бесплатную медицинскую помощь.

В работе отделения, созданного для оказания платных услуг, могут принимать участие работники, состоящие в штате другого подразделения или учреждения: консультанты, не состоящие в штате платного отделения, сотрудники, работающие в хозрасчетном отделении в свободное от своей основной работы время на условиях совместительства.

При создании подразделений, предназначенных для оказания платных услуг, специального оформления трудовых (трудовых договоров) или иных взаимоотношений в таком отделении с работниками административно-управленческого аппарата, хозяйственных служб и т.д. не требуется. Данные службы предназначены для обеспечения работы всех подразделений, в том числе и оказывающих платные услуги. Цена услуги должна включать накладные расходы, предусматривающие расходы на оплату труда административно-управленческого аппарата, хозяйственных и других общеучрежденческих служб.

При распределении расходов (фонда оплаты труда) подобного отделения следует предусмотреть отчисления (средства) на оплату труда указанных служб. Размер и порядок распределения этих средств между конкретными общеучрежденческими службами и основными работниками должны быть определены в Коллективном договоре или соответствующем положении об оплате труда.

Штатное расписание

Должности, введенные для оказания платных услуг, указываются в штатном расписании в установленном порядке с указанием источника финансирования. Тарификация производится в установленном порядке.

В случае, если платные услуг в установленном порядке сверх своей основной деятельности оказывают работники, источником средств на оплату труда которых являются средства бюджета или ОМС, в штатное расписание соответствующих подразделений вводятся должности работников, финансируемых за счет платных услуг, остающиеся вакантными. В этом случае тарификация производится в установленном порядке на вакантные должности.

В учреждениях здравоохранения, финансирование которых осуществляется за счет двух и более источников (средства бюджета, средства ОМС, доходы от оказания платных услуг), долж-

но осуществляться разделение штатных должностей административно-хозяйственного персонала по источникам финансирования. Количество должностей отражается в штатных расписаниях, утверждение которых производится в разрезе каждого источника финансирования. Территориальной программой государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью в Санкт-Петербурге определены источники финансирования оказания различных видов медицинской помощи. Учитывая определенную сложность при определении количества штатных должностей административно-хозяйственного персонала учреждений в зависимости от источника финансирования (бюджетное финансирование, финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования), определять количество вышеуказанных должностей рекомендуется на основе анализа уровня трудозатрат данных служб, производственных показателей и объемов финансирования по каждому источнику финансирования. Расчет численности производится на основании действующих штатных нормативов.

Тарификация

Тарификация работников производится в соответствии с Законом Санкт-Петербурга «Об оплате труда работников государственных учреждений, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга» от 12.10.2005 №531-74, Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 01.11.2005 №1673 «О системе оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга», Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 28.11.2005 №431-р «Об утверждении Положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга».

Этот порядок тарификации распространяется на всех сотрудников государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга, в том числе занятых оказанием платных услуг, причем независимо от того, по какой системе (форме) производится оплата труда: повременная, сдельная, бестарифная (в процентах от стоимости оказанных услуг и т.д.). При разработке подобных систем оплаты труда должно быть соблюдено требование трудового законодательства: заработная плата работника, отработавшего норму рабочего времени (выполнившего норму труда), не может быть ниже, чем предусмотрено тарификацией.

Если платные услуги оказываются работником сверх работы по основной должности без заключения дополнительного трудового договора (то есть не оформленным по совместительству), дополнительная тарификация работника не производится.

В случае, если в подразделении отсутствуют физические лица, специально принятые для оказания платных услуг, а платные услуги подразделения оказываются работниками сверх работы по основной должности без заключения дополнительного трудового договора (то есть не оформленными по совместительству), то тарификация вакантных ставок производится в установленном порядке.

В соответствии с п.6 статьи 161 Бюджетного кодекса Российской Федерации бюджетное учреждение при исполнении сметы доходов и расходов самостоятельно в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников. Поэтому максимальный процент от дохода платного (хозрасчетного) отделения на заработную плату нормативно не установлен, учреждение решает этот вопрос самостоятельно.

Согласно п.8.2 Правил, средства, поступившие за оказание платных медицинских услуг, самостоятельно распределяются и используются государственными учреждениями здравоохранения по утвержденным сметам доходов и расходов, которые уточняются в установленном порядке. Вышестоящие и иные органы не вправе ограничивать направление использования средств, полученных за счет предоставления платных медицинских услуг (устанавливать максимальный размер или долю средств, направляемых на оплату труда или другие статьи расходов и т.д.), за исключением регулирования уровня оплаты труда руководителя учреждения здравоохранения.

Размер поощрения руководителей за счет доходов, полученных от оказания платных услуг, согласовывается Комитетом по здравоохранению и фиксируется в Коллективном договоре.

Распределение расходов по источникам финансирования

На доходы, полученные от оказания платных услуг в установленном порядке, составляется смета доходов и расходов.

Порядок распределения расходов на коммунальные услуги между основной деятельностью (бюджет или ОМС) и предпринимательской деятельностью по оказанию платных услуг зависит от целей такого распределения. Если речь идет о вопросах ценообразования, то для этих целей существует целый ряд методик: включение в накладные расходы; распределение пропорционально площадям или кубатуре зданий; пошаговый метод распределения затрат и т.д.

Если речь идет о распределении затрат в целях налогообложения, то, согласно п.3 статьи 321.1 Налогового кодекса Российской Федерации, предусмотрено финансирование расходов по оплате коммунальных услуг, услуг связи, транспортных расходов по обслуживанию административно-управленческого персонала, расходов по всем видам ремонта основных средств за счет двух источников, то в целях налогообложения принятие таких расходов на уменьшение доходов, полученных от предпринимательской деятельности и средств целевого финансирования, производится пропорционально объему средств, полученных от предпринимательской деятельности, в общей сумме доходов (включая средства целевого финансирования).

Налогообложение доходов, полученных от оказания платных медицинских услуг

Налог на прибыль

Бюджетные учреждения, финансируемые за счет средств бюджетов всех уровней, государственных внебюджетных фондов, выделяемых по смете доходов и расходов бюджетного учреждения, или получающие средства в виде оплаты медицинских услуг, оказанных гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также получающие доходы от иных источников, в целях налогообложения обязаны вести раздельный учет доходов (расходов), полученных (произведенных) в рамках целевого финансирования и за счет иных источников.

В целях налогообложения иными источниками – доходами от коммерческой деятельности признаются доходы бюджетных учреждений, получаемые от юридических и физических лиц по операциям реализации товаров, работ, услуг, имущественных прав, и внереализационные доходы.

Налоговая база бюджетных учреждений определяется как разница между полученной суммой дохода от реализации товаров, выполненных работ, оказанных услуг, суммой внереализационных доходов (без учета налога на добавленную стоимость, акцизов по подакцизным товарам) и

суммой фактически осуществленных расходов, связанных с ведением коммерческой деятельности.

В налоговом учете учет операций по исчислению доходов от коммерческой деятельности и расходов, связанных с ведением этой деятельности, ведется в порядке, установленном Налоговым кодексом РФ.

Сумма превышения доходов над расходами от коммерческой деятельности до исчисления налога не может быть направлена на покрытие расходов, предусмотренных за счет средств целевого финансирования, выделенных по смете доходов и расходов бюджетного учреждения.

В составе доходов и расходов бюджетных учреждений, включаемых в налоговую базу, не учитываются доходы, полученные в виде средств целевого финансирования и целевых поступлений на содержание бюджетных учреждений и ведение уставной деятельности, финансируемой за счет указанных источников, и расходы, производимые за счет этих средств.

Если в сметах доходов и расходов бюджетного учреждения предусмотрено финансирование расходов по оплате коммунальных услуг, услуг связи, транспортных расходов по обслуживанию административно-управленческого персонала, расходов по всем видам ремонта основных средств за счет двух источников, то в целях налогообложения принятие таких расходов на уменьшение доходов, полученных от предпринимательской деятельности и средств целевого финансирования, производится пропорционально объему средств, полученных от предпринимательской деятельности, в общей сумме доходов (включая средства целевого финансирования). Если в сметах доходов и расходов бюджетного учреждения не предусмотрено финансирование расходов по оплате коммунальных услуг, услуг связи (за исключением мобильной связи) и на ремонт основных средств, приобретенных (созданных) за счет бюджетных средств, указанные расходы учитываются при определении налоговой базы по предпринимательской деятельности при условии, что эксплуатация указанных основных средств связана с ведением такой предпринимательской деятельности. При этом в общей сумме доходов для указанных целей не учитываются внереализационные доходы (доходы, полученные в виде банковских процентов по средствам, находящимся на расчетном, депозитном счетах, полученные от сдачи имущества в аренду, курсовые разницы и другие доходы).

В целях налогообложения на прибыль при определении налоговой базы к расходам, связанным с осуществлением коммерческой деятельности, помимо расходов, произведенных в целях осуществления предпринимательской деятельности, относятся:

- суммы амортизации, начисленные по имуществу, приобретенному за счет полученных от этой деятельности средств и используемому для осуществления этой деятельности. При этом по основным средствам, приобретенным до 1 января 2002 года, остаточная стоимость определяется как разница между первоначальной стоимостью объекта основных средств и суммой амортизации, начисленной по правилам бухгалтерского учета за период эксплуатации такого объекта;
- расходы на ремонт основных средств, эксплуатация которых связана с ведением некоммерческой и (или) коммерческой деятельности и которые приобретены (созданы) за счет бюджетных средств, если финансирование данных расходов не предусмотрено в смете доходов и расходов бюджетного учреждения или не осуществляется за счет бюджетных средств.

Налог на добавленную стоимость (НДС)

В соответствии с п.2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая) не

подлежит обложению НДС (освобождается от налогообложения) реализация медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями и (или) учреждениями, врачами, занимающимися частной медицинской практикой, за исключением косметических, ветеринарных и санитарно-эпидемиологических услуг. При этом к медицинским услугам относятся:

- услуги, определенные перечнем услуг, предоставляемых по обязательному медицинскому страхованию;
- услуги, оказываемые населению, по диагностике, профилактике и лечению независимо от формы и источника их оплаты по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации;
- услуги по сбору у населения крови, оказываемые по договорам со стационарными лечебными учреждениями и поликлиническими отделениями;
- услуги скорой медицинской помощи, оказываемые населению;
- услуги по дежурству медицинского персонала у постели больного;
- услуги патолого-анатомические;
- услуги, оказываемые беременным женщинам, новорожденным, инвалидам и наркологическим больным.

При оказании сервисных услуг, которые не относятся к медицинским, из полученного дохода должен быть уплачен налог на добавленную стоимость в размере 18% (п.3 статьи 164 Налогового кодекса РФ).

В данном случае речь идет только о ситуациях, когда сервисные услуги вычленены отдельно, а медицинские услуги либо предоставляются бесплатно за счет средств бюджета или ОМС, либо оплачиваются пациентом.

Если в хозрасчетном подразделении в различных палатах платные услуги оказываются с различным уровнем сервисности (комфортности), то вычленять сервисную составляющую необязательно, можно дифференцировать стоимость медицинских услуг в зависимости от уровня сервисности (комфортности), не указывая в наименованиях услуг наличие или отсутствие сервисности (комфортности). В этом случае не возникнет вопроса с уплатой НДС.

Использование доходов от оказания платных услуг на возмещение недостатка средств бюджета или обязательного медицинского страхования

Доходы от оказания платных услуг нельзя использовать непосредственно на покрытие дефицита бюджетного финансирования или недостатка средств ОМС. Учреждение обязано вначале возместить все расходы, связанные с оказанием непосредственно платных услуг, рассчитать прибыль, уплатить с нее налоги и только затем решать вопрос о направлениях использования прибыли. Решение об использовании прибыли учреждение решает самостоятельно. Часть оставшейся чистой прибыли может быть направлена на погашение дефицита средств бюджета или ОМС.

Согласно п.1 статьи 321.1 Налогового кодекса Российской Федерации, сумма превышения доходов над расходами от коммерческой деятельности до исчисления налога не может быть направлена на покрытие расходов, предусмотренных за счет средств целевого финансирования, выделенных по смете доходов и расходов бюджетного учреждения.

В соответствии с п. 8.3 Правил на возмещение недостатка средств бюджета или обязательного медицинского страхования по решению руководителя государственного учреждения здравоохранения может направляться только часть прибыли от оказания платных медицинских услуг, оставшаяся после уплаты налогов.

Договор на оказание платных услуг

Договор на оказание платных услуг (медицинских и немедицинских) должен в обязательном порядке содержать:

- наименование сторон, заключивших договор (исполнителя и заказчика);
- предмет договора (оказание медицинской или немедицинской услуги (услуг);
- полное наименование услуг(и) в соответствии с прейскурантом;
- стоимость каждой услуги в соответствии с прейскурантом;
- порядок расчетов;
- права и обязанности сторон;
- ответственность сторон;
- сроки оказания услуг(и).

Любые изменения к договору оформляются дополнительным договором. Дополнительных договоров может быть несколько, если перечень услуг в процессе лечения необходимо корректировать или дополнять.

Перечень услуг может быть оформлен в виде приложения к договору, в этом случае в тексте договора должна содержаться запись о том, что перечень услуг представлен в приложении, являющемся неотъемлемой частью договора.

Медицинская документация (амбулаторная карта, история болезни и т.д.) не могут являться приложением к договору.

В соответствии с п.2.5 Правил заключение с гражданами договоров оказания платных медицинских услуг, в которых наименование услуг не соответствует установленным действующими отраслевыми классификаторами, не допускается.

Договор может заключаться как непосредственно с пациентом, так и с его родственниками, в этом случае в договоре должно быть указано, кому оказывается услуга.

К экземпляру договора, выдаваемому пациенту (заказчику), в обязательном порядке прикладывается чек (квитанция). На экземпляре договора, хранящемся в учреждении, допускается проставлять номер чека.

Медицинская документация

В соответствии с п.4.2 Правил при оказании платных медицинских услуг в установленном порядке заполняется медицинская документация. При этом в медицинской карте стационарного или амбулаторного больного делается запись о том, что услуга оказана на платной основе, и прикладывается соответствующий договор (см.выше).

Информированное согласие на медицинское вмешательство оформляется в установленном порядке, в него категорически запрещается включать какие-либо позиции об оплате пациентом услуг, медикаментов и др.

Отказ пациента от предложенной ему альтернативной возможности получения услуги за счет государственных средств в данном государственном учреждении здравоохранения так же, как и отказ от лечения с применением бесплатных для него препаратов, расходных материалов, конструкций, протезов и т.п., должен быть зафиксирован в медицинской карте. При этом в обязательном порядке делается запись о том, в какие сроки, с применением каких лекарственных средств и расходных материалов услугу предлагается оказать бесплатно.

Ценообразование

Стоимость медицинских услуг определяется на основании калькуляции с учетом всех расходов, связанных с предоставлением этих услуг.

Государственные учреждения здравоохранения не вправе продавать услуги по ценам ниже себестоимости, за исключением случаев, когда в соответствии с действующим законодательством цена медицинской услуги по решению суда должна быть уменьшена.

Полная (100%-ная) амортизация оборудования не является основанием для его списания,

если оно по своему техническому состоянию годно для продолжения эксплуатации. Это общее правило, касающееся как предоставления бесплатной медицинской помощи, так и оказания платных медицинских услуг.

В хозрасчетном подразделении все затраты по оказанию медицинской помощи возмещаются за счет пациентов или страховых организаций, причем оплате подлежит как сама медицинская помощь, так и сопутствующие услуги по предоставлению повышенной сервисности или комфортности.

При оказании платных медицинских услуг возможно предоставление льгот тем или иным категориям населения. К основным формам предоставления льгот относятся:

- предоставление скидок по ценам на платные медицинские услуги;
- бесплатное предоставление медицинских услуг, относящихся к перечню платных, отдельным категориям граждан.

Прейскурант на платные услуги

Прейскурант государственного учреждения здравоохранения на платные услуги включает все услуги (медицинские и немедицинские), которые учреждение вправе оказывать за плату.

Включение в прейскурант цен на медикаменты, расходные материалы, донорскую кровь и т.д. не допускается, за исключением случаев, специально зафиксированных в разрешении Комитета по здравоохранению. Цены на медицинские и немедицинские услуги указываются в рублях.

Все названия медицинских услуг в прейскурантах должны строго соответствовать требованиям Приказов Министерства здравоохранения РФ от 16.07.2001 №68 «О введении в действие отраслевого классификатора «Сложные и комплексные медицинские услуги» и от 10.04.2001 №113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги».

Для обеспечения единой нормативной базы работ и услуг в здравоохранении на всей территории Российской Федерации, включая протоколы ведения больных, методики выполнения сложных и комплексных медицинских услуг, лицензионные требования и условия, в том числе для формирования единых подходов к созданию прейскурантов медицинских услуг в системах ОМС и ДМС, разработана «Номенклатура работ и услуг в здравоохранении» (утверждена 12.07.2004 заместителем Министра здравоохранения и социального развития РФ Стародубовым В.И.). Поскольку оба вышеуказанных классификатора включены в «Номенклатуру работ и услуг в здравоохранении», при разработке прейскуранта целесообразно руководствоваться именно этим документом.

Целесообразно выделить в прейскуранте в качестве отдельных разделов цены на услуги, которые оказываются только в хозрасчетных подразделениях, цены на немедицинские и сервисные услуги. Если услуга оказывается только в рамках ДМС, это должно быть особо отмечено (например, в графе «Примечание» делается запись «только по договорам ДМС» или же делается соответствующая сноска, и все услуги, оказываемые в рамках ДМС, отмечаются особым значком).

Предоставление скидок по ценам на платные медицинские услуги

В соответствии с Гражданским кодексом РФ (статья 424) цена договора определяется соглашением сторон. В предусмотренных законом случаях применяются цены (тарифы, расценки, ставки и т.п.), устанавливаемые или регулируемые уполномоченными на то государственными органами. Изменение цены после заключения договора допускается в случаях и на условиях, предусмотренных договором, законом либо в установленном законом порядке.

Оказание платных медицинских услуг подпадает под понятие публичного договора, по кото-

рому цена услуги устанавливается одинаковой для всех потребителей, за исключением случаев, когда законом и иными правовыми актами допускается предоставление льгот для отдельных категорий потребителей (ст.426 Гражданского кодекса РФ). Какие-либо федеральные нормативные акты, предусматривающие предоставление льгот для отдельных категорий населения по платным медицинским услугам (то есть по видам медицинской помощи, на которые не распространяются гарантии бесплатной медицинской помощи), отсутствуют. Таким образом, льготы по медицинским услугам, предоставляемым за плату, не предусмотрены. Вышестоящие органы управления здравоохранением и иные органы не вправе требовать предоставления льгот по платным медицинским услугам.

Поскольку платные медицинские услуги не должны предоставляться по цене ниже себестоимости, то источником средств для предоставления льгот может стать лишь часть прибыли. Однако в соответствии с Налоговым кодексом РФ (статья 40) в случаях, когда цены товаров, работ или услуг, примененные сторонами сделки, отклоняются в сторону повышения или понижения более чем на 20% от рыночной цены идентичных (однородных) товаров (работ или услуг), налоговый орган вправе вынести мотивированное решение о доначислении налога и пени, рассчитанных таким образом, как если бы результаты этой сделки были оценены, исходя из применения рыночных цен на соответствующие товары, работы или услуги.

Таким образом, государственные учреждения здравоохранения вправе по своему усмотрению предоставлять льготы для отдельных категорий граждан в размере, не превышающем заложенную в цену прибыль (с уплатой налога на прибыль в установленном порядке).

Следует отметить, что никто, кроме самого учреждения, не праве распоряжаться прибылью или доходами, полученными от оказания платных услуг. Это требование п.6 статьи 161 Бюджетного кодекса РФ, которая определяет, что бюджетное учреждение при исполнении сметы доходов и расходов самостоятельно в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников. Предоставление льгот в форме уменьшения плановой прибыли является правом, а не обязанностью медицинского учреждения.

Бесплатное предоставление медицинских услуг, относящихся к перечню платных

Если услуга не оказывается в рамках Территориальной программы государственных гарантий (например, освидетельствование при получении водительских прав, прав на владение оружием и др.), то это означает, что ни в бюджете Санкт-Петербурга, ни в бюджете фонде ОМС средства на эти цели не заложены. Следовательно, оказание услуги бесплатно для гражданина (в форме отсутствия оплаты с его стороны) будет означать нецелевое использование бюджетных средств или средств ОМС, что является серьезным финансовым нарушением.

Тем не менее, при желании медицинское учреждение может помочь отдельным конкретным пациентам, при этом затраты на оказание медицинской услуги должны быть возмещены именно за счет средств от оказания платных услуг, что в обязательном порядке должно быть отражено в финансовой отчетности. Необходимыми условиями для этого являются формирование из прибыли соответствующего фонда и учет его использования.

Таким образом, если медицинское учреждение самостоятельно устанавливает льготы в виде бесплатного предоставления отдельных услуг (например, бесплатное прохождение сотрудниками учреждения освидетельствования для получения водительских прав и т.д.), то оно должно возмещать затраты на их предоставление за счет собственных средств.

Ю.А.ЩЕРБУК, д.м.н., профессор, председатель Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
В.Е.ЖОЛОБОВ, к.м.н., заместитель Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
С.Ф.БАГНЕНКО, д.м.н., профессор, директор СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, руководитель Санкт-Петербургского регионального отделения Российского медицинского общества, член-корр. РАМН
И.А.ПЯТЕРИЧЕНКО, к.м.н., руководитель Управления по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортной помощи Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
Я.Г.МОЙСЮК, д.м.н., профессор, заведующий отделением пересадки печени и почки НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздравсоцразвития РФ
О.Н.РЕЗНИК, к.м.н., председатель Правления Санкт-Петербургского регионального отделения межрегиональной общественной организации «Ассоциация трансплантационных координаторов»
В.А.ФЕДОТОВ, к.м.н., исполнительный секретарь Санкт-Петербургского регионального отделения Российского медицинского общества

АССОЦИАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ КООРДИНАТОРОВ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОРГАННОГО ДОНОРСТВА В РОССИИ

Совершенствование системы оказания медицинской помощи с целью повышения ее качества и доступности является сегодня одной из актуальных задач отечественного здравоохранения. Основные приоритеты новаций в российском здравоохранении определены в Национальном проекте «Здоровье». Особое место в Проекте занимает направление, связанное с высокотехнологичными видами медицинской помощи. Речь идет об увеличении в 4 раза объемов их оказания к 2008 году. Важнейшими мероприятиями, способными, по замыслу разработчиков Проекта, обеспечить выполнение запланированных объемов, являются существенное увеличение бюджетного финансирования и расширение мощностей для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Не вызывает сомнения тот факт, что высокотехнологичная медицинская помощь – это прежде всего высокозатратная медицинская помощь, при которой объем финансирования как фактор является существенным с точки зрения конечного результата – доступности и качества. Вместе с тем уже сегодня становится очевидным, что для отдельных видов высокотехнологичной медицинской помощи решение проблемы их доступности и

© Ю.А.Щербук, В.Е.Жолобов, С.Ф.Багненко, И.А.Пятериченко, 2007 г.
© Я.Г.Мойсюк, О.Н.Резник, В.А.Федотов, 2007 г.

качества лежит в иной, чем финансирование, плоскости, а «прорыв» по количественным и качественным показателям будет определяться иными факторами, в частности, организационным фактором. К таким видам высокотехнологичной медицинской помощи авторы относят прежде всего трансплантологию. Именно отечественная трансплантология как система забора и пересадки органов, наряду с адекватным финансированием, нуждается сегодня в организационных и социальных новациях, где должно быть место и здравому смыслу, и международному опыту, и творческим инициативам органов исполнительной власти всех уровней по участию в процессе формирования цивилизованных институтов гражданского общества в сфере здравоохранения – профессиональных медицинских ассоциаций.

Среди впечатляющих достижений медицины на рубеже веков трансплантология по праву занимает почетное место. В условиях нашей страны это место почетное, но далеко не первое. Утратив принадлежавший ей по праву мировой приоритет, отечественная трансплантология по такому показателю, как количество выполняемых операций, находится сегодня на одном из последних мест в Европе, опережая лишь некоторые страны Балканского полуострова и постсоветского пространства [12]. Приведенные в табл. 1 данные по Санкт-Петербургу наглядно свидетельствуют о том, что формальное увеличение бюджетного финансирования и/или коечной мощности без учета иных факторов не сможет кардинальным образом изменить ситуацию в отечественной трансплантологии. Главная причина низких показателей по пересадке органов заключается в другом, а именно – в недостатке донорских органов.

Таблица 1

Динамика выполнения плановых заданий по пересадке почек, финансируемых из бюджета Санкт-Петербурга

Период	Запланировано пересадок почек	Выполнено пересадок почек	Выполнение финансово обеспеченного плана (в %)
2003 г.	50	38	76
2004 г.	50	13	26
2005 г.	30	30	100

Кризис трансплантологии в России был предопределен изначально формированием несовершенной организационно-технологической модели забора органов, при которой задача идентификации пациента как потенциального органного донора и последующая организация мероприятий органного донорства решаются хирургами-трансплантологами, как правило, на «чужой» территории, а роль персонала реанимации сводится к простому информированию о наличии у них пациента с инкурабельным повреждением головного мозга [1, 2]. Этические и юридические последствия подобной ситуации очевидны: существующая организационно-технологическая модель забора органов порождает конфликт интересов в профессиональной среде (между прибывшими хирургами-трансплантологами и медицинским персоналом стационара), провоцирует резко негативное отношение родственников потенциального донора к возможному забору органов, формирует в общественном сознании ошибочное представление о трансплантологии как о деятельности, нарушающей права умершего и живущих. Попытки органов исполнительной власти административными мерами устранить перечисленные выше противоречия и активизировать деятельность в рамках существующей организационно-технологической модели забора органов, как показывает опыт Санкт-Петербурга, не могут обеспечить желаемых результатов [1, 2]. Для сравнения несколько цифр: число органных доноров в Испании – 37 на 1 млн. населения, в США – 22,2 на 1 млн. населения, в стра-

нах Евросоюза – 15,5, в Москве и Санкт-Петербурге – 2–5 на 1 млн. населения [6].

Каким образом западные модели организации органного донорства обеспечивают непрерывный рост числа пересадок органов, формируют в общественном сознании доброжелательное отношение к органному донорству? По мнению большинства специалистов, основным фактором, кардинально изменившим ситуацию в мировой трансплантологии, является создание и функционирование института трансплантационных координаторов [3, 6, 7, 9, 10].

Имеется отчетливая связь между количеством трансплантационных координаторов на 1 млн. населения и числом так называемых эффективных доноров (то есть доноров, у которых выполнено изъятие органов) (табл. 2) [7].

В большинстве развитых стран принята и функционирует так называемая «испанская модель» организации органного донорства. В начале 80-х годов Испания находилась на одном из последних мест в Европе по показателям забора и пересадок органов. Первые трансплантационные координаторы появились в 1985 году в Hospital Clinic Barselona [9]. С тех пор Испания является одним из мировых лидеров в трансплантологии. Опыт Испании постепенно был принят как стандарт во всех странах, где

Таблица 2

Соотношение числа доноров и числа трансплантационных координаторов на 1 млн. населения в Европе

Страна	Число трансплантационных координаторов на 1 млн. населения	Число доноров на 1 млн. населения
Испания	12	35
Франция	8	20
Словения	9	25
Италия	5	15
Польша	2	8

Таблица 3

Перечень функциональных обязанностей трансплантационных координаторов (Patrzalek D. and al., 2003 [11])

№ п/п	Функции
1	Выявление и идентификация органного донора: • причина и прогноз заболевания; • паспортные данные, анализ парамедицинской ситуации; • идентификация с точки зрения пригодности к органному донорству; • анализ медицинских данных; • серологическое обследование – направление образцов в лабораторию
2	Организация мероприятий по констатации необратимости повреждения головного мозга пациента – установление смерти мозга: • вызов невропатолога, получение его заключений; • вызов дополнительных консультантов; • организация проведения апноэтического теста
3	Оформление соответствующей документации в истории болезни и в сопровождающих документах
4	Информирование родственников, получение согласия на изъятие органов, когда это необходимо
5	Ведение пациента в ходе диагностики смерти мозга и после установления диагноза смерти мозга
6	Информирование судебно-медицинской службы, администрации больницы, трансплантационного Центра и принятие совместного решения о заборе органов
7	Внутригоспитальная координация и логистика (организация операционной и т.д.)
8	Учет доноров в стационаре, ведение статистической отчетности

выполняются трансплантации, с учетом национальных особенностей. Как правило, трансплантационные координаторы – это штатные больничные анестезиологи-реаниматологи [5, 7] с дополнительными функциональными обязанностями, главные из которых – координирование (согласование) взаимодействия неврологической, реанимационной, судебно-медицинской служб, решение юридических, административных, медицинских задач и деонто-

логических проблем, связанных с изъятием органов от умершего пациента, получение согласия родственников в случаях, где это необходимо (табл. 3).

Регулирование и управление профессиональной деятельностью трансплантационных координаторов в каждой отдельно взятой стране осуществляют негосударственные профессиональные объединения – национальные профессиональные ассоциации трансплантационных координаторов. Наряду с этим, например, в Европе создана Европейская организация трансплантационных координаторов (ETCO – European Transplant Coordinators Organisation), основная задача которой – разработка и исполнение единых стандартов деятельности, единых образовательных программ и программ сертификации трансплантационных координаторов в соответствии с европейскими нормами [9, 10, 13]. Прошедший во Вроцлаве (Польша) 6–9 июня 2006 года 4-й съезд Европейского общества трансплантационных координаторов еще раз определил статус данной международной организации как уникального методологического и методического центра, особенно для тех стран, где ситуация в трансплантологии по количественным и качественным показателям неблагополучна [3, 4, 8, 10].

Специфика практической деятельности трансплантационных координаторов (как перечень дополнительных функций в рамках основной врачебной специальности) определяет разнообразие форм материальной компенсации их труда. В большинстве европейских стран денежные средства за исполнение функций трансплантационных координаторов врачи получают либо по основному месту работы, либо через трансплантологические центры (аналоги отечественных центров по забору органов) [9].

Каковы перспективы формирования института трансплантационных координаторов в России? Поискам ответа на данный вопрос была посвящена Международная конференция, состоявшаяся весной 2006 года в Санкт-Петербурге, в работе которой приняли участие представители ETCO, Российского медицинского общества, Федерации анестезиологов и реаниматологов России, Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, руководители центров органного донорства и трансплантологии из Москвы и Санкт-Петербурга. Доклады коллег из Польши и Латвии наглядно свидетельствовали о важнейшей роли ассоциаций трансплантационных координаторов в развитии трансплантологии в этих и других европейских странах. Результатом конференции явилось решение участников о необходимости создания Российской ассоциации трансплантационных координаторов в форме межрегиональной общественной организации. Инициатива профессионального сообщества была поддержана органами исполнительной власти Санкт-Петербурга, что нашло отражение в издании Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга Распоряжения от 07.08.2006 №323-р «О штатной структуре Центра органного и тканевого донорства», в котором определены источники финансирования службы трансплантационных координаторов в Санкт-Петербурге.

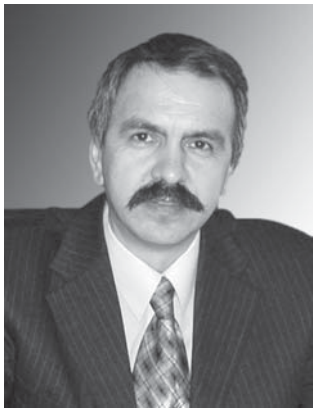
После прохождения процедуры государственной регистрации перед вновь созданной Ассоциацией поставлена сложная задача: в кратчайшие сроки разработать и утвердить стандарты профессиональной деятельности трансплантационных координаторов, адаптировать европейские образовательные программы к рамкам существующей системы непрерывного последипломного образования анестезиологов-реаниматологов с их последующей дополнительной сертификацией. От того, как быстро и продуктивно будут решаться перечисленные задачи региональными отделениями Ассоциации в Москве и Санкт-Петербурге, зависит развитие института

трансплантационных координаторов в других субъектах Федерации путем создания там региональных отделений.

Авторы выражают уверенность в том, что деятельность Ассоциации трансплантационных координаторов при участии Российского медицинского общества и органов исполнительной власти на местах будет способствовать развитию органного донорства, что в конечном счете приведет к повышению доступности и качества данного вида высокотехнологичной медицинской помощи для граждан России.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кондратьев А.Н., Ивченко И.М.* Анестезия и интенсивная терапия травмы ЦНС/Под ред. В.А.Корячкина. – СПб: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002 – С.79–101.
2. Органное донорство//Сб. нормативных документов и методические рекомендации Комитета по здравоохранению. – СПб: Стикс, 2004. – С.1–12.
3. *Baranski A.G.* Coordinator-surgeon bilateral aid and understanding, before, during and after organ procurement//Congress Book of 4th ETCO Meeting, 6–9 June, 2006. – 2006. – P.20–24.
4. *Bozoklar A. and al.* Regional efforts to increase cadaveric donation//Congress Book of 4th ETCO Meeting, 6–9 June, 2006. – 2006. – P.68–69.
5. *Davies N.* Europe. A History. – Oxford: Univer. Press., 1996. – P.23–24.
6. *Gross T., Marguccio I., Martinoli S.* Attitudes of hospital staff involved in organ donation to the procedure//Transpl. Int. – 2000. – № 13. – P.351–356.
7. *Moretti D. and al.* Profiles of European transplant co-ordinators//Organs and Tissues. – 2004. – Vol.7. – № 2. – P.95–100.
8. *Menoudakou G., Kostakis A.* The Institution of the transplant coordinators in Greece and the first results of the transplant coordinators' network//Congress Book of 4th ETCO Meeting, 6–9 June, 2006. – 2006. – P.138–139.
9. *Matesanz R.* Factors influencing the adaptation of the Spanish model of organ donation//Transpl. Int. – 2003. – №16. – P.736–741.
10. *Manialich M.* Transplant coordinators: Professionalisation and education//Congress Book of 4th ETCO Meeting, 6–9 June, 2006. – 2006. – P.26–31.
11. *Patrzalek D. and al.* Organizational model in Europe at national and hospital level – yesterday and today in Poland//Organs and Tissues. – 2003. – Vol.6. – № 1. – P.51–52.
12. *Patrzalek D. and al.* Eastern European perspective on transplant coordination//Organs and Tissues. – 2004. – Vol.7. – № 2. – P.101–104.
13. *Paredes D., Valero R., Navaro A., Miranda B., Manialich M.* Transplant procurement management: a training tool to increase donation//Transpl.Proc. – 1999. – Vol.31. – P.2610–2611.



НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ Д.Э.Н., ПРОФЕССОР Ф.Н.КАДЫРОВ

Принят закон «Об автономных учреждениях». В статье 2 говорится, что автономное учреждение – это некоммерческая организация, созданная для выполнения работ, оказания услуг в сферах науки, образования, здравоохранения и т.д. А п.3 статьи 20 гласит: «Изменение типа существующих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения не допускается». Как это понимать? Допустимо ли все-таки создание автономных учреждений в сфере здравоохранения?

Действительно, давно ожидаемый многими закон вышел. Указанные статьи закона означают, что создание автономных учреждений в сфере здравоохранения возможно, но не путем реорганизации бюджетных (государственных или муниципальных) учреждений здравоохранения. Проще говоря, новые автономные учреждения создавать можно, а реорганизовывать бюджетные учреждения – нельзя.

В каких случаях и в каком размере можно относить на себестоимость платных услуг представительские расходы?

В данном случае следует руководствоваться Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 15 марта 2000 г. №26н «О нормах и нормативах на представительские расходы, расходы на рекламу и на подготовку и переподготовку кадров на договорной основе с учебными заведениями, регулирующих размер отнесения этих расходов на себестоимость продукции (работ, услуг) для целей налогообложения, и порядке их применения».

В соответствии с п.1 Приложения к указанному Приказу: «Нормы и нормативы на представительские расходы, расходы на рекламу и на подготовку и переподготовку кадров на договорной основе с учебными заведениями, регулирующие размер отнесения этих расходов на себестоимость продукции (работ, услуг) для целей налогообложения, и порядок их применения» представительские расходы, связанные с деятельностью организации, – это расходы организации по приему и обслуживанию представителей других организаций (включая иностранных), участвующих в переговорах с целью установления и (или) поддержания взаимовыгодного сотрудничества, а также участников, прибывших на заседания совета (правления) или другого аналогичного органа организации.

К представительским расходам относятся расходы, связанные с проведением официального приема (завтрака, обеда или другого аналогичного мероприятия) представителей (участников), их транспортным обеспечением, посещением культурно-зрелищных мероприятий, буфетным обслуживанием во время переговоров и мероприятий культурной программы, оплатой услуг переводчиков, не состоящих в штате организации.

Включение представительских расходов в себестоимость продукции (работ, услуг) разрешается только при наличии первичных учетных документов, в которых должны быть указаны дата и место проведения деловой встречи (приема), приглашенные лица, участники со стороны организации, конкретное назначение расходов и величина расходов. Организации рекомендуется определить конкретный порядок расходования средств на представительство, их документального оформления и контроля, включая установление круга лиц, имеющих отношение к этой деятельности организации.

При этом фактические расходы, отнесенные на себестоимость продукции (работ, услуг) для целей налогообложения, не должны превышать предельных размеров, исчисляемых по следующим нормативам:

Объем выручки от продажи продукции (работ, услуг), включая налог на добавленную стоимость	Предельные размеры представительских расходов, принимаемых при налогообложении прибыли
До 30 млн. рублей включительно	1% от объема
Свыше 30 млн. рублей	0,3 млн. рублей + 0,5% с объема, превышающего 30 млн. рублей

По каким документам устанавливаются нормативы расходов на рекламу?

Предельные размеры расходов на рекламу, принимаемых при налогообложении прибыли, приведены в вышеуказанном Приказе Минфина РФ №26н.

Расходы на рекламу – это расходы организации по целенаправленному информационному воздействию на потребителя для продвижения продукции (работ, услуг) на рынках сбыта.

К расходам организации на рекламу относятся расходы на разработку, издание и распространение рекламных изделий (иллюстрированных прейскурантов, каталогов, брошюр, альбомов, проспектов, плакатов, афиш, рекламных писем, открыток и т.п.); на разработку, изготовление и распространение эскизов этикеток, образцов оригинальных и фирменных пакетов, упаковки, приобретение, изготовление и распространение рекламных сувени-

ров, образцов выпускаемой продукции и т.д.; на рекламные мероприятия через средства массовой информации (объявления в печати, передачи по радио и телевидению); на световую и иную наружную рекламу; на приобретение, изготовление, копирование, дублирование и демонстрацию рекламных кино-, видео-, диафильмов и т.п.; на изготовление стендов, муляжей, рекламных щитов, указателей и др.; на хранение и экспедирование рекламных материалов; участие в выставках, ярмарках, экспозициях; на оформление витрин, выставок-продаж, комнат образцов и демонстрационных залов; на уценку товаров, полностью или частично потерявших свое первоначальное качество при экспонировании в витринах; на приобретение (изготовление) и распространение призов, вручаемых победителям розыгрышей таких призов во время проведения массовых рекламных кампаний; на проведение иных рекламных мероприятий, связанных с деятельностью организации.

Общая величина фактических расходов на рекламу, относимых на себестоимость продукции (работ, услуг) для целей налогообложения, не должна превышать предельных размеров, исчисляемых по следующим нормативам:

Объем выручки от продажи продукции (работ, услуг), включая налог на добавленную стоимость	Предельные размеры расходов на рекламу, принимаемых при налогообложении прибыли
До 30 млн. рублей включительно	7,5% от объема
Свыше 30 млн. рублей	2,25 млн. рублей + 3,75% с объема, превышающего 30 млн. рублей
Свыше 300 млн. рублей	12,375 млн. рублей + 1,5% с объема, превышающего 300 млн. рублей

Как учитываются при налогообложении прибыли расходы на учебу медицинского персонала?

Вновь сошлемся на Приказ Минфина РФ № 26н.

К расходам на подготовку и переподготовку кадров относятся расходы, необходимые для обеспечения деятельности организации, связанные с оплатой предоставляемых в соответствии с договором с образовательным учреждением образовательных услуг, предусмотренных уставом образовательного учреждения, а также дополнительного образования кадров этой организации.

Вышеуказанные расходы подлежат включению в себестоимость продукции (работ, услуг) при условии заключения договоров с государственными и негосударственными профессиональными образовательными учреждениями, получившими государственную аккредитацию и/или имеющими соответствующую лицензию, а также зарубежными образовательными учреждениями.

При заключении договоров с профессиональными образовательными учреждениями на предоставление услуг организации по подготовке, переподготовке и повышению квалификации кадров следует иметь в виду, что общая величина расходов, относимых на себестоимость продукции (работ, услуг) для целей налогообложения, не может превышать 4% расходов на оплату труда работников, включаемых в себестоимость продукции (работ, услуг).

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ПОРЯДКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ, КОТОРЫЕ ПОСТУПАЮТ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На вопросы отвечает заместитель директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России К.А.Виноградов

Можно ли средства, поступающие из Фонда социального страхования на диспансеризацию работающего населения и оказанную первичную медико-санитарную помощь работающим гражданам, направлять на приобретение лекарственных средств и расходных материалов для лабораторий?

Нет нельзя. В соответствии с п. 15 Правил финансового обеспечения в 2006 году расходов на оплату услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи за счет средств, перечисленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования Фонду социального страхования Российской Федерации, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005г. №876, полученные организацией средства направляются только на оплату труда медицинских работников.

Можно ли выплачивать доплаты санитаркам из средств, поступающих за оказанную первичную медико-санитарную помощь работающим гражданам, в рамках выполнения Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005г. №876?

В соответствии с п. 15 Правил финансового обеспечения в 2006 году расходов на оплату услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи за счет средств, перечисленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования Фонду социального страхования Российской Федерации, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005г. №876, организации, оказывающие медицинские услуги, направляют средства, поступившие в соответствии с пунктом 13 настоящих Правил, на оплату труда **медицинских работников,** участвовавших в проведении дополнительной диспансеризации, за исключением врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей), и в оказании первичной медико-санитарной помощи.

В нормативных и правовых актах Российской Федерации точного определения «медицинским работникам» нет, однако в статьях 39, 46, 54, 56 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан к медицинским работникам отнесены лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование. Таким образом, в рамках указанного Постановления выплачивать доплаты из средств, поступающих за оказанную первичную медико-санитарную помощь работающим гражданам, можно только медицинским работникам, имеющим высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование, младшему медицинскому персоналу доплата не предусмотрена.

Можно ли выплачивать доплату немедицинскому персоналу (бухгалтеру, программистам) больницы из средств, поступающих из Фонда социального страхования на диспансеризацию работающего населения и оказанную первичную медико-санитарную помощь работающим гражданам?

Дополнительная оплата труда немедицинского персонала из средств, поступающих из Фонда социального страхования на диспансеризацию работающего населения и оказанную первичную медико-санитарную помощь работающим гражданам, не предусмотрена.

Выплачиваются ли доплаты главным врачам и их заместителям из средств, поступающих из Фонда социального страхования на диспансеризацию работающего населения и оказанную первичную медико-санитарную помощь работающим гражданам?

В соответствии со статьей 145 ТК РФ оплата труда руководителей и их заместителей в организациях, финансируемых из федерального бюджета, производится в порядке и размерах, которые определяются Правительством Российской Федерации, финансируемых из бюджета субъектов Российской Федерации, – органами государственной власти соответствующих субъектов, а в организациях, финансируемых из местного бюджета, – органами местного самоуправления. Таким образом, если соответствующими нормативно правовыми актами субъекта Российской Федерации или нормами, закрепленными в трудовом договоре с руководителем и заместителем руководителя, не разрешены соответствующие доплаты, то выплачивать нельзя, если разрешены, то можно.

Предусмотрена ли дополнительная оплата участковым врачам из средств, поступающих из Фонда социального страхования на диспансеризацию работающего населения и оказанную первичную медико-санитарную помощь работающим гражданам?

Врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) не предусмотрены доплаты за диспансеризацию работающего населения.

Из дополнительных средств, поступающих за оказание первичной медико-санитарной помощи, можно осуществлять доплаты.

Можно ли денежные средства, поступающие из Территориального фонда ОМС на дополнительные денежные выплаты участковым врачам и медицинским сестрам, работающим с ними, использовать для выплат отпускных?

Использовать средства, поступающие в виде субвенции на дополнительные денежные выплаты из Территориального фонда обязательного медицинского страхования, нельзя.

В ст. 6 Бюджетного кодекса Российской Федерации дано определение понятию «субвенция» – бюджетные средства, предоставляемые бюджету другого уровня бюджетной системы Российской Федерации или юридическому лицу на безвозмездной и безвозвратной основах на осуществление определенных целевых расходов.

Средства поступают в виде субвенции на выполнение учреждениями здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи и могут использоваться только для выплат в размере 10 000 тысяч рублей в месяц для врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) и 5000 рублей в месяц для медицинской сестры участковой врача-терапевта участкового, медицинской сестры участковой врача-педиатра участкового, медицинской сестры врача общей практики (семейного врача). Такой порядок установлен в п.3 Правил предоставления в 2006 году субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования на финансирование выполнения учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. №851 (в ред. Постановления Правительства Российской Федерации от 20.03.2006 №138).

Входят ли дополнительные выплаты в среднюю зарплату и должны ли они включаться в отпускные?

Входят в среднюю зарплату и должны включаться в отпускные.

В принятых нормативных документах, регулирующих порядок и условия дополнительных денежных выплат, нет специальных норм, устанавливающих особый порядок исчисления среднего заработка и отпускных, поэтому должны руководствоваться нормами действующего законодательства.

Исчисление средней заработной платы регулируется ст. 139 Трудового кодекса Российской Федерации (ТК РФ). Для расчета средней заработной платы учитываются все предусмотренные системой оплаты труда выплаты, применяемые соответствующей организацией независимо от источников финансирования (ч. 2

ст. 139 ТК РФ). Особенности порядка исчисления средней заработной платы, установленного ТК РФ, определяются Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений (ч. 7 ст. 139 ТК РФ).

В Положении об особенностях порядка исчисления средней заработной платы, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 11.04 2003 №213 определено, что для расчета средней заработной платы учитываются надбавки за увеличение объема выполняемых работ (п.2 «к»).

В соответствии с Методическими рекомендациями, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2005 года №816, надбавка стимулирующего характера к заработной плате устанавливается работнику за выполнение дополнительного объема работы. Следовательно, она должна включаться в среднюю заработную плату.

В соответствии с ч. 4. ст. 139 ТК РФ для оплаты отпусков и выплаты компенсации за неиспользованные отпуска исчисляется средний дневной заработок за последние 12 календарных месяцев путем деления суммы начисленной заработной платы на 12 и 29,6 (среднемесячное число календарных дней).

Средний дневной заработок для оплаты отпусков, предоставляемых в рабочих днях, в случаях, предусмотренных ТК РФ, а также для выплаты компенсации за неиспользованные отпуска определяется путем деления суммы начисленной заработной платы на количество рабочих дней по календарю 6-дневной рабочей недели.

На какие цели можно направлять средства, полученные за дополнительные медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами?

Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. №869 «О финансировании в 2006 году дополнительных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами» не определены порядок и условия использования средств, полученных за дополнительные медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами. Медицинская организация вправе определить целевое расходование получаемых средств, отразить их в смете доходов и расходов бюджетного учреждения (п. 3 ст. 161 Бюджетного кодекса Российской Федерации (БК РФ)), утвердить смету доходов и расходов у главного распорядителя или распорядителя бюджетных средств (п.5 ст. 161 БК РФ) и использовать бюджетные средства в соответствии с утвержденной сметой доходов и расходов (п.6 ст.161 БК РФ).

На какие цели можно использовать средства, полученные учреждениями здравоохранения на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях?

Пунктом 8 Правил, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. №868, установлено, что средства, полученные учреждениями здравоохранения на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в бюджетных организациях, направляются ими на оплату труда **медицинских работников**, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан (за исключением врачей-терапевтов участковых, врачей общей (семейной) практики, медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей общей (семейной) практики), и на **приобретение расходных материалов**, необходимых для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

На другие цели средства не могут быть направлены.

Каков порядок использования средств, полученных учреждениями здравоохранения на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в бюджетной организации, на оплату труда медицинских работников?

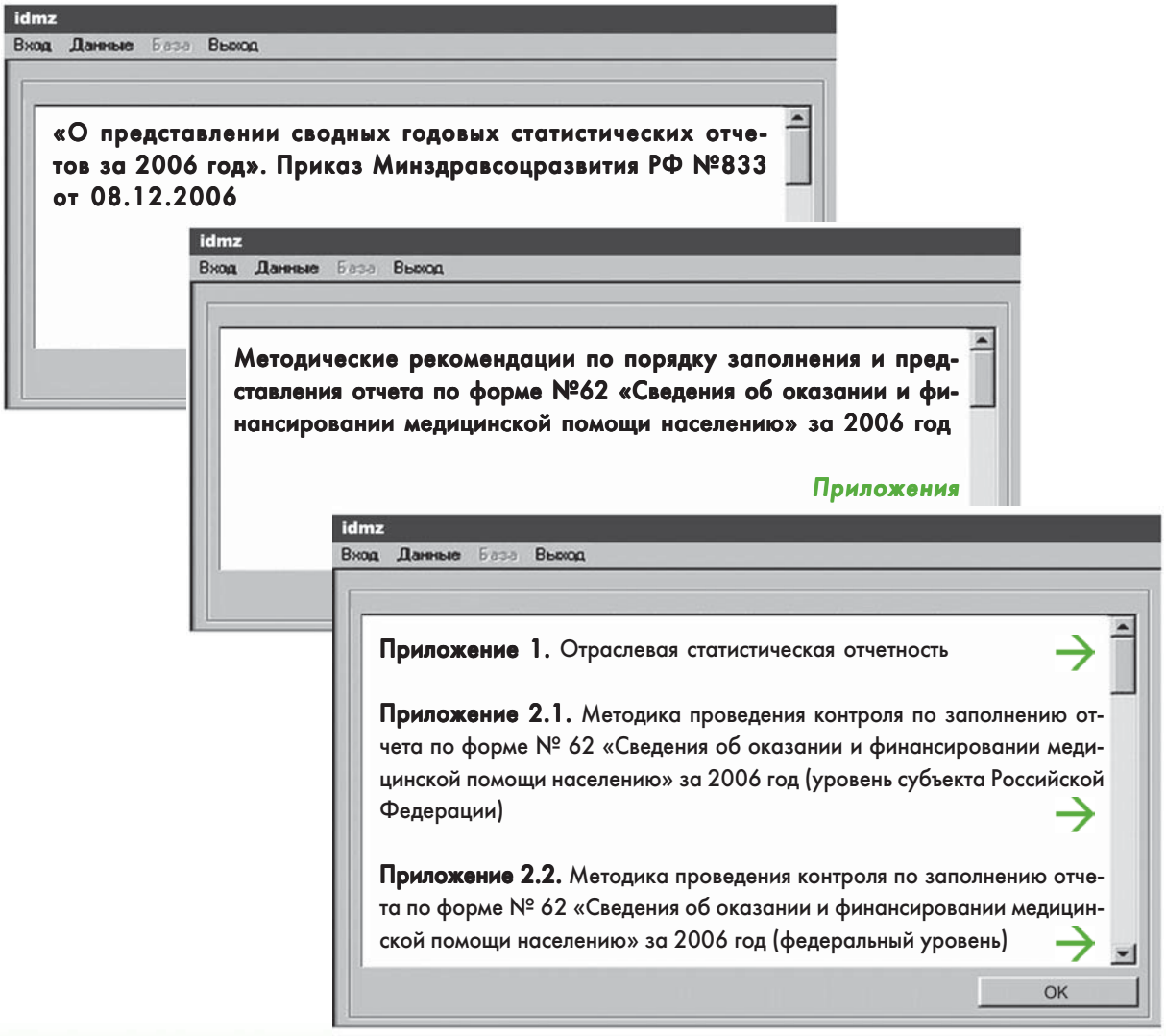
В соответствии со статьей 144 ТК порядок и условия применения стимулирующих выплат (доплат) в организациях, финансируемых из бюджета субъекта Российской Федерации, устанавливаются органами государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации, а в организациях, финансируемых из местного бюджета, – органами местного самоуправления. При этом необходимо учитывать, что пунктом 8 Правил, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. №868, установлены два обязательных условия: первое – они направляются на оплату труда **медицинских работников,** второе – они не могут быть направлены на оплату труда врачей-терапевтов участковых, врачей общей (семейной) практики, медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей общей (семейной) практики.

На какие цели можно использовать дополнительную оплату, полученную учреждениями здравоохранения за оказанную амбулаторно-поликлиническую помощь неработающим пенсионерам?

В соответствии с п. 5.3 Типовых правил обязательного медицинского страхования (в редакции Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.11.2004 №74, зарегистрировано в Минюсте РФ 24 декабря 2003 года №5359) медицинское учреждение, имеющее лицензию на право оказания определенных видов медицинской помощи, использует поступившие средства в соответствии с договорами на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по Территориальной программе ОМС по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта Российской Федерации.

ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА

Смотрите на сайте журнала: www.idmz.ru



Работа над ошибками:

В журнале «Менеджер здравоохранения» 2006, №12 на странице 40 допущена ошибка в указании института, сотрудниками которого являются авторы статьи: **д.м.н., профессор И.Н.Ступаков и д.м.н. И.В.Самородская.** Вместо ЦНИИОИЗ, г.Москва следует читать: **Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН.**

ОТ РЕДАКЦИИ:

В прошлом номере нашего журнала были опубликованы ответы на вопросы читателей со ссылкой на Постановление Пленума Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 22 июня 2006 № 21 «О некоторых вопросах практики рассмотрения арбитражными судами споров с участием государственных и муниципальных учреждений, связанных с применением статьи 120 Гражданского кодекса Российской Федерации».

Этот документ вызвал большой интерес. По многочисленным просьбам наших читателей публикуем полный текст данного документа.

Пленум Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 22 июня 2006 г. № 21

О некоторых вопросах практики рассмотрения арбитражными судами споров с участием государственных и муниципальных учреждений, связанных с применением статьи 120 Гражданского кодекса Российской Федерации

В связи с возникающими в судебной практике вопросами, а также в целях обеспечения правильного и единообразного применения арбитражными судами статьи 120 Гражданского кодекса Российской Федерации Пленум Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации на основании статьи 13 Федерального конституционного закона «Об арбитражных судах в Российской Федерации» постановляет дать арбитражным судам следующие разъяснения.

1. В соответствии с законом (пункт 1 статьи 49, пункт 3 статьи 50, пункт 1 статьи 120, пункт 2 статьи 298 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ, Кодекс) государственное (муниципальное) учреждение (далее – учреждение) обладает специальной (целевой) правоспособностью.

В силу абзаца второго пункта 3 статьи 50 ГК РФ некоммерческие организации вправе осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, для которых они созданы, и соответствующую этим целям. Согласно статье 298 Кодекса, учреждение может осуществлять приносящую доход деятельность только в том случае, если такое право ему предоставлено учредительными документами.

В связи с этим при разрешении споров с участием учреждений судам необходимо иметь в виду, что сделки, выходящие за пределы специальной правоспособности учреждения, закрепленной законом или иным правовым актом, ничтожны (статья 168 ГК РФ). В случае, если специальная правоспособность учреждения установлена не законом или иным правовым актом (например, ненормативным правовым актом органа местного самоуправления), сдел-

ки, выходящие за пределы специальной правоспособности учреждения, могут быть признаны недействительными по основанию, предусмотренному статьей 173 Кодекса.

2. Согласно пункту 2 статьи 120 и пункту 2 статьи 298 ГК РФ, доходы, полученные учреждением от приносящей доходы деятельности, предусмотренной его учредительными документами, а также приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения и учитываются на отдельном балансе.

Решая вопрос об объеме полномочий учреждения в отношении указанных доходов и имущества, судам надлежит исходить из следующего.

Кодекс, не регламентируя содержание права самостоятельного распоряжения имуществом, приобретенным за счет доходов, полученных от приносящей доходы деятельности, определяет, что учреждение в силу статей 120, 296, 298 ГК РФ не может обладать данным имуществом на праве собственности.

Судам следует также учитывать, что пункт 2 статьи 42 и пункт 3 статьи 161 Бюджетного кодекса Российской Федерации (далее – БК РФ) определяют не содержание прав учреждений на доходы, полученные учреждениями от приносящей доход деятельности, а закрепляют особенности их учета. Поэтому установление нормами бюджетного законодательства особого порядка учета доходов, полученных от такой деятельности, не изменяет закрепленный ГК РФ объем прав учреждения относительно данных доходов и приобретенного за счет них имущества.

3. Поскольку в силу пункта 2 статьи 120 ГК РФ учреждение отвечает по своим обязательствам только за находящиеся в его распоряжении денежные средства, по долгам учреждения не может быть обращено взыскание на иное имущество, как закрепленное за учреждением на праве оперативного управления, так и приобретенное за счет доходов, полученных от приносящей доход деятельности.

4. Разрешая вопрос о привлечении собственника имущества учреждения к субсидиарной ответственности по долгам учреждения, судам необходимо иметь в виду следующее.

Исходя из пункта 1 статьи 399 ГК РФ, до предъявления требования к субсидиарному должнику кредитор должен предъявить требование к основному должнику. При этом кредитор вправе предъявить требование к субсидиарному должнику лишь в случае, если основной должник отказался удовлетворить требования кредитора или кредитор не получил от него в разумный срок ответа на предъявленное требование.

В соответствии с пунктом 2 статьи 120 ГК РФ собственник имущества учреждения несет субсидиарную ответственность по его обязательствам только при недостаточности у учреждения находящихся в его распоряжении денежных средств.

В связи с этим ответственность собственника имущества учреждения является особым видом субсидиарной ответственности, на который общие нормы о субсидиарной ответственности, установленные статьей 399 ГК РФ, распространяются с особенностями, установленными статьей 120 Кодекса.

Особенность такой ответственности состоит в том, что собственник имущества учреждения не может быть привлечен к ответственности без предъявления в суд искового требования к основному должнику.

Поэтому в случае предъявления кредитором иска о взыскании задолженности учреждения непосредственно к субсидиарному должнику без предъявления иска к учреждению суду на основании пункта 2 статьи 46 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации (далее – АПК РФ) следует предложить кредитору привлечь основного должника к участию в деле в качестве другого ответчика.

При несогласии истца привлечь основного должника в качестве другого ответчика суд, руководствуясь абзацем вторым части 2 статьи 46 АПК РФ, по своей инициативе привлекает основного должника к участию в деле в качестве другого ответчика. При этом суду надлежит исходить из того, что статья 120 ГК РФ является той нормой федерального закона, из смысла которой вытекает обязательное участие в деле другого ответчика.

При удовлетворении судом иска кредитора о взыскании задолженности учреждения, предъявленного одновременно к учреждению и субсидиарному должнику, в резолютивной части решения следует указать на взыскание суммы задолженности с учреждения (основного должника), а при недостаточности денежных средств учреждения – с собственника его имущества (субсидиарного должника).

При этом судам следует учитывать, что специальный порядок исполнения судебных актов о взыскании долга с учреждения и собственника его имущества в порядке субсидиарной ответственности за счет денежных средств, возможность установления которого предусмотрена статьей 124 Кодекса, регламентируется статьей 161 и главой 24.1 БК РФ, по смыслу которых взыскание первоначально обращается на находящиеся в распоряжении учреждения денежные средства, а в случае их недостаточности – на денежные средства субсидиарного должника.

5. Судам необходимо иметь в виду, что поскольку законом не установлено иное, в пункте 2 статьи 120 ГК РФ речь идет о любых обязательствах учреждения, возникших из предусмотренных пунктом 1 статьи 8 Кодекса оснований (в том числе вследствие причинения вреда другому лицу, неосновательного обогащения и т.п.), включая обязательства, возникшие при осуществлении приносящей доход деятельности.

6. Разрешая вопрос о привлечении собственника имущества учреждения к субсидиарной ответственности по долгам последнего, судам надлежит учитывать, что принятие учреждением денежных обязательств с превышением сметы расходов не является основанием для отказа в привлечении собственника учреждения к субсидиарной ответственности по таким обязательствам.

7. При определении надлежащего ответчика, несущего субсидиарную ответственность по обязательствам учреждения, судам следует исходить из того, что, согласно пункту 2 статьи 120 Кодекса, такую ответственность несет собственник имущества учреждения, то есть Российская Федерация, субъект Российской Федерации, муниципальное образование, соответственно.

Разрешая такие споры, судам необходимо иметь в виду, что на основании пункта 10 статьи 158 БК РФ в суде по искам, предъявляемым в порядке субсидиарной ответственности к Российской Федерации, субъекту Российской Федерации или муниципальному образованию по обязательствам созданных ими учреждений, выступает от имени указанных публично-правовых образований главный распорядитель средств соответствующего бюджета, который определяется по правилам пункта 1 указанной статьи БК РФ.

При этом, удовлетворяя требование о привлечении собственника к субсидиарной ответственности по долгам учреждения, суду в резолютивной части решения следует указывать, что соответствующий долг учреждения взыскивается с Российской Федерации, субъекта Российской Федерации, муниципального образования, соответственно, а не с органов, выступающих от имени публично-правовых образований.

8. В случае предъявления кредитором требования о применении к учреждению мер ответственности за нарушение денежного обязательства суду при применении статьи 401 ГК РФ необходимо иметь в виду, что отсутствие у учреждения находящихся в его распоряжении денежных средств само по себе нельзя расценивать как принятие им

всех мер для надлежащего исполнения обязательства с той степенью заботливости и осмотрительности, которая требовалась от него по характеру обязательства и условиям оборота.

Поэтому недофинансирование учреждения со стороны собственника его имущества само по себе не может служить обстоятельством, свидетельствующим об отсутствии вины учреждения, и, следовательно, основанием для освобождения его от ответственности на основании пункта 1 статьи 401 Кодекса.

9. Разрешая вопрос о возможности распоряжения собственником имуществом, закрепленным за учреждением на праве оперативного управления, в частности, путем сдачи такого имущества в аренду, суду надлежит исходить из следующего.

Согласно пункту 1 статьи 120 ГК РФ, права учреждения на закрепленное за ним имущество определяются в соответствии со статьями 296, 298 Кодекса. При этом собственник имущества учреждения может распорядиться по своему усмотрению только изъятым излишним, неиспользуемым либо используемым не по назначению имуществом.

Поэтому собственник, передав учреждению имущество на праве оперативного управления, не может распоряжаться таким имуществом независимо от наличия или отсутствия согласия учреждения.

10. При рассмотрении требований о привлечении собственника имущества учреждения к субсидиарной ответственности по обязательствам ликвидируемого учреждения судам необходимо учитывать следующее.

В соответствии с пунктом 6 статьи 63 ГК РФ при недостаточности у ликвидируемого учреждения денежных средств для удовлетворения требований кредиторов последние вправе обратиться в суд с иском об удовлетворении оставшейся части требований за счет собственника имущества учреждения.

Пунктами 1, 2, 6 статьи 63 и пунктом 5 статьи 64 Кодекса определено, что правом на привлечение к субсидиарной ответственности собственника имущества ликвидируемого учреждения обладают кредиторы, заявившие ликвидационной комиссии требования до завершения ликвидации учреждения.

Поэтому требования кредиторов, заявленные после завершения ликвидации учреждения, не могут быть удовлетворены за счет собственника имущества учреждения.

11. При применении пункта 5 статьи 64 ГК РФ судам также следует иметь в виду положение пункта 3 статьи 63 Кодекса, которое предусматривает: в случае, если имеющиеся у ликвидируемого юридического лица (кроме учреждения) денежные средства недостаточны для удовлетворения требований кредиторов, ликвидационная комиссия осуществляет продажу имущества юридического лица с публичных торгов в порядке, установленном для исполнения судебных решений.

Принимая во внимание это положение и пункт 2 статьи 120 ГК РФ, в соответствии с которыми учреждение отвечает по своим долгам только за находящиеся в его распоряжении денежные средства, судам следует учитывать, что в порядке, установленном пунктом 3 статьи 63 Кодекса, не может быть продано как имущество, закрепленное за учреждением на праве оперативного управления, так и имущество, приобретенное учреждением за счет доходов, полученных от приносящей доход деятельности.

Председатель
Высшего Арбитражного Суда
Российской Федерации
А.А.Иванов

Секретарь Пленума,
судья Высшего Арбитражного Суда
Российской Федерации
А.С.Козлова

РЕЦЕНЗИЯ на учебник Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева И.А. «Управление персоналом организации»

Переосмысление российским бизнесом роли правильно построенной кадровой политики в организации как необходимого фактора успеха и процветания фирмы поставило задачу перед высшей школой по подготовке грамотных специалистов в области менеджмента персонала. В учебные планы экономических специальностей Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования введена дисциплина «Управление персоналом организации». Инновационные технологии в высшем образовании требуют нового подхода к научно-методическому и учебному обеспечению преподаваемых дисциплин. Учебники и учебные пособия, обеспечивающие реализацию образовательных программ высшего профессионального образования, должны не только научно обоснованно и методически грамотно освещать концептуальные подходы и новейшие тенденции в изучаемой области, но и соответствовать современным требованиям оформления.

Этим задачам в полной мере соответствует учебник В.И.Стародубова, П.И.Сидорова, И.А.Коноплевой «Управление персоналом организации». Представленный учебник занимает достойное место среди изданий по указанной проблематике, так как содержит новые приемы изложения материала. Учебник всеобъемлюще отразил особенности одной из отраслей менеджмента – управления персоналом.

Представленный на рецензию учебник включает три части, логически объединяет материал о системе работы с персоналом, организации управления деятельностью персонала, управлении персоналом в различных областях человеческой деятельности.

Части учебника делятся на восемнадцать глав, акцентирующих внимание на отдельных аспектах управленческой деятельности руководителя в сфере кадровой политики организации.

В учебнике в соответствии с учебными программами, ориентированными на экономические и управленческие специальности, рассматриваются комплексные проблемы управления трудовыми ресурсами организации: персонал как объект управления, занятость сотрудников, научные основы организации труда, информационное обеспечение управленческой деятельности, обучение и повышение квалификации работников, мотивация

и стимулирование труда, оценка занятости персонала в организации и многие другие.

Наиболее полно с позиций организационно-экономических требований рассмотрены существующие проблемы оценки эффективности использования трудовых ресурсов, рабочей силы и трудового потенциала в различных организациях в условиях рыночной экономики.

Особенностями учебника В.И.Стародубова, П.И.Сидорова, И.А.Коноплевой «Управление персоналом организации» являются его комплексный характер, четкая методическая структурированность, большой практический материал, тестовые задания, задачи и упражнения по каждой теме, выделение базовых понятий, объемный глоссарий.

Материал, изложенный в учебнике, построен на основе современных научных разработок и практической деятельности российских и зарубежных компаний и представлен на высоком научно-методическом уровне. Выгодно отличает рецензируемый учебник от аналогичных изданий акцент на психолого-педагогические требования к деятельности руководителя по работе с персоналом.

В учебнике В.И.Стародубова, П.И.Сидорова, И.А.Коноплевой «Управление персоналом организации» изложен принципиально новый подход к изложению материала: теоретические положения иллюстрированы схемами, таблицами, графиками, позволяющими закрепить изучаемый материал и использовать их в образовательном процессе. основные понятия и определения, встречающиеся в тексте, выделяются графическими и цветовыми средствами, а исторические справки, примеры из практической деятельности способствуют образному восприятию материала.

Учитывая большое значение и актуальность изложенного материала, учебник В.И.Стародубова, П.И.Сидорова, И.А.Коноплевой «Управление персоналом организации» будет интересен широкому кругу читателей: студентам, аспирантам, преподавателям, а также руководителям организаций и кадровых служб, бизнесменам и всем лицам, интересующимся современным менеджментом.

Доцент кафедры управления персоналом и организационного развития Академии народного хозяйства при Правительстве РФ, докт.философ.наук Е.С.Дружинин

По вопросам приобретения книг:

Книга–почтой:
тел.: (495) 101-39-07,
228-09-74, 228-09-75
Электронная почта: bookpost@geotar.ru
Интернет-магазин: www.geotar.ru
Фирменные магазины в Москве:
тел: (495) 434-55-29, м.Коньково
(ул. Островитянова, д.1);
тел.: (495) 245-86-21, м.Фрунзенская
(ул. Трубецкая, д.8)
По почте:
119021, Москва, ул. Россолимо, д.4,
ТД «Медкнигасервис»
Оптовые заказы:
e-mail: iragor@geotar.ru
тел.: (495) 101-39-07

ЦНТИ ЦЕНТР НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРОГРЕСС

Центр научно-технической информации «Прогресс» имеет десятилетний опыт работы в области дополнительного медицинского образования. Основное направление деятельности компании – организация информационно-обучающих семинаров и краткосрочных курсов повышения квалификации, которые проходят при поддержке и участии ведущих медицинских учреждений и специалистов-практиков.

Миссией ЦНТИ «Прогресс» является содействие специалистам в совершенствовании практических знаний и освоении современных методов решения профессиональных задач.

Перспективный план медицинских семинаров ЦНТИ «Прогресс»

Название семинара	Даты проведения
Протезирование на имплантатах	29 января – 2 февраля 2007 г.
Хирургические аспекты дентальной имплантации	22 – 26 января 2007 г.
Юридическое обеспечение медицинского учреждения	29 января – 2 февраля 2007 г.
Документооборот медицинской сестры – менеджера ЛПУ	30 января – 2 февраля 2007 г.
Строительство и реконструкция объектов здравоохранения	29 января – 2 февраля 2007 г.
Эксплуатация зданий и сооружений здравоохранения и социальной сферы	29 января – 2 февраля 2007 г.
Актуальные вопросы неотложной и оперативной гинекологии	26 февраля – 2 марта 2007 г.
Дентальный гигиенист	12 – 16 февраля 2007 г.
Современная лабораторная диагностика в ЛПУ	19 – 23 февраля 2007 г.
Бухгалтерия современного медицинского учреждения (новые инструктивные материалы, новые формы отчетности, практические вопросы)	13 – 17 февраля 2007 г.
Роль начмеда в работе ЛПУ и выработке политики медицинского учреждения	4 – 8 февраля 2007 г.
Актуальные вопросы неврологии раннего детского возраста	19 – 23 марта 2007 г.
Организация медицинской помощи. Поездка в Объединенные Арабские Эмираты	10 – 17 апреля 2007 г.
Конгресс «Психическое здоровье ребенка (медико-психологические проблемы)»	1 – 4 июня 2007 г.

Для участников семинаров организованы ежедневные обеды и культурная программа.

С информацией об этих и других семинарах Вы можете ознакомиться на сайте ЦНТИ «Прогресс»: www.cntiprogress.ru

Записаться на семинар можно по телефону: (812) 331-88-88

Издательский дом Менеджер здравоохранения

Представляет книги серии «МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Стародубов В.И., Флек В.О. **Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации. –** М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2006. – 198 с. – ISBN 5-9900-493-3-1

В книге представлены материалы, отражающие современное состояние финансирования медицинской помощи населению из государственных и негосударственных источников по всем субъектам Российской Федерации и по стране в целом, а также медико-социальную эффективность использования финансовых ресурсов в здравоохранении. Впервые приводятся данные о взаимосвязи объемов финансирования медицинской помощи из государственных и негосударственных источников с показателями здоровья населения – ожидаемой продолжительностью предстоящей жизни, смертностью в трудоспособном возрасте, младенческой смертностью, инвалидностью, заболеваемостью и др.
Книга предназначена для организаторов здравоохранения, экономистов, врачей, специалистов системы обязательного медицинского страхования.

Кадыров Ф.Н. **Методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. –** М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. – 200 с.

Рассматриваются методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений при различных источниках финансирования, а также организаций, занимающихся медицинской деятельностью с различными организационно-правовыми формами. Затрагивает вопросы деятельности бюджетных (государственных и муниципальных), частных (негосударственных) медицинских учреждений; коммерческих и некоммерческих организаций.
Книга предназначена для организаторов здравоохранения и финансовых служб медицинского учреждения.

Модернизация здравоохранения: 100 ответов на актуальные вопросы.
Под редакцией д.э.н., профессора Ф.Н.Кадырова. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. – 182 с.

Второе, исправленное и дополненное издание, содержащее более 100 ответов и консультаций по самым острым вопросам правоприменительной практики здравоохранения в период его активного преобразования.

Адрес редакции:
127254, г.Москва,
ул. Добролюбова,
д.11, офис 234,
тел.: (495) 618-07-92
idmz@mednet.ru

ВО ВСЕХ ЛПУ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ УСПЕШНО ВНЕДРЕНА МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА НА ОСНОВЕ СУБД CACHÉ КОМПАНИИ INTERSYSTEMS

Говорит
Ашенбреннер
Инна Викторовна,
начальник управления
информатизации
Пензенской области

“При выборе комплексной информационной системы для всех ЛПУ области мы изначально ориентировались на решение, базирующееся на технологиях компании InterSystems, а именно СУБД Caché. У компании InterSystems есть огромный, почти 30-летний, опыт в автоматизации здравоохранения, это очень важно. Caché показала себя как надежная, стойкая, очень быстрая система, особенно в работе с большими объемами данных, например огромные истории болезни за несколько лет. Преимущество применения системы на базе Caché заключается также в легкости ее сопровождения и низких требованиях к аппаратным ресурсам.”

Внедрение информационной системы позволило:

- обеспечить каждого медицинского работника необходимыми ему информационными ресурсами;
- усовершенствовать систему управления ЛПУ;
- контролировать работу подразделений и правильность организации процессов лечения;
- уменьшить затраты времени на ведение первичной медицинской документации, составление отчетов и ведение журналов;
- обеспечить мгновенный доступ к архивным историям болезни, амбулаторным картам;
- повысить качество медицинской документации;
- уменьшить количество ошибок при выполнении назначений.

InterSystems

Филиал корпорации InterSystems International Corp. 123610, Россия, Москва, Краснопресненская наб., 12
Тел.: +7 495 967 00 88 • Факс: +7 495 967 00 18 • **InterSystems.ru/healthcare/**