ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№5. 2008

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

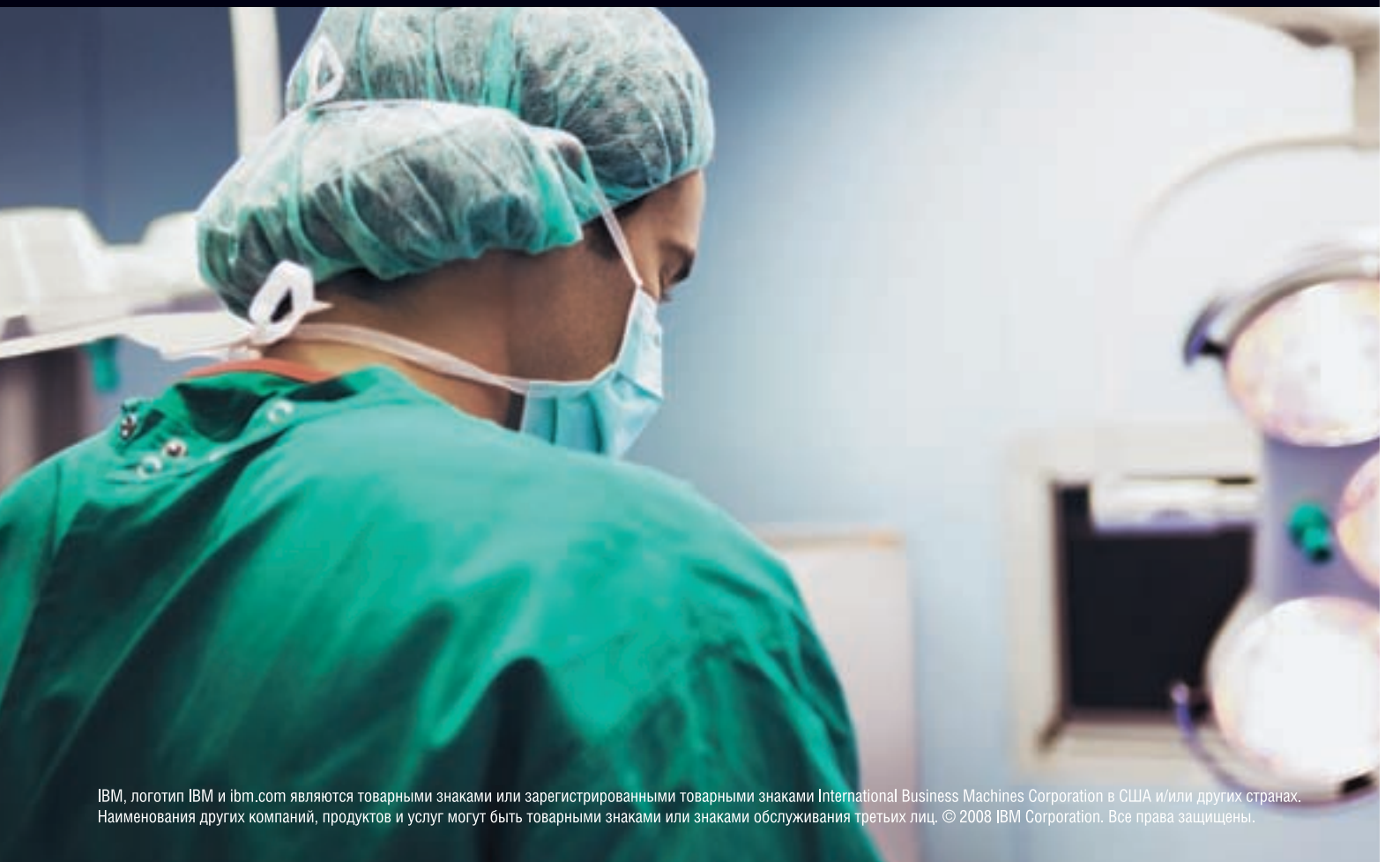
9 771811 018003

РЕКЛАМА

IBM

ХВАТИТ РАССУЖДАТЬ О МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ПОРА ЛЕЧИТЬ ПАЦИЕНТОВ

IBM участвует в разработке онлайн-порталов, которые позволят медицинским учреждениям и фармацевтическим предприятиям в режиме реального времени получать доступ к важнейшей информации о пациентах, что поможет повысить качество медицинских услуг. Хотите наладить сотрудничество?
Начните с **ibm.com/doing/ru/healthcare**. ОТ СЛОВ – К ДЕЛУ. **ВРЕМЯ ПРИШЛО**



IBM, логотип IBM и ibm.com являются товарными знаками или зарегистрированными товарными знаками International Business Machines Corporation в США и/или других странах. Наименования других компаний, продуктов и услуг могут быть товарными знаками или знаками обслуживания третьих лиц. © 2008 IBM Corporation. Все права защищены.

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Перспективы развития и возможные формы частно-государственного партнерства в здравоохранении
- ☑ Особенность организации и медико-экономическая эффективность инвестиционных проектов, реализуемых в здравоохранении
- ☑ Участие частной системы здравоохранения в программах государственных гарантий охраны здоровья граждан
- ☑ Создание условий для инвестиций в субъекты частной системы здравоохранения
- ☑ Взаимодействие частных клиник с органами региональной и муниципальной власти
- ☑ Перспективы для расширения объемов рынка медицинского страхования в стране
- ☑ Аутсорсинг в государственном секторе здравоохранения: экономическая эффективность
- ☑ Формирование кластеров медицинских инноваций как формы частно-государственного партнерства

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 5
2008

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,
профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и фармации Красноярской государственной медицинской академии
МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, директор ЦНИИОИЗ Росздрава

В номере:

РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Модернизация и развитие здравоохранения
Извлечения из проекта Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации Министерства экономического развития и торговли РФ 4–8

Введение договорных отношений, исключение сметного финансирования, расширение экономической самостоятельности ЛПУ — основа реформирования микроэкономики здравоохранения
Ю.Ю. Зинчук 9–15

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Роль и место стандартов в обеспечении качества высокотехнологичных медицинских услуг
И.Е. Рыбальченко 16–24

Программа оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению РФ глазами врача муниципальной больницы
О.А. Каплунов 25–28

Роль и реальное участие водителей транспортных средств в оказании первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях
Б.Ц. Ганжурова, Л.И. Дежурный, А.М. Халмуратов, А.В. Чурсанова 29–33

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Мотивация к труду врачей-стоматологов
М.З. Каплан, В.Г. Бутова, М.Р. Кирилина, Э.И. Бачалова, И.Ю. Таранова 34–36

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Незавершенность лечения в результате перехода к медико-экономическим стандартам в Японии
Г.Е. Бесстремянная 37–44

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н., заместитель Главы администрации г.Ставрополя
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
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

ЛЕКЦИИ ПО ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Общие понятия о финансовом анализе 45–52
Рубрику ведет д.э.н. Ф.Н. Кадыров

ОСОБОЕ МНЕНИЕ
Дружите с докторами 53–55
И.Н. Мартьянов

НОВОСТИ ОТРАСЛИ 56–57

ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА 58

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ
Трудовой договор и договор подряда 59–65
Консультанты — Ф.Н. Кадыров, И.С. Хайруллина

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
Госзаказ 66–69
На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров

ОРГАНАЙЗЕР
- **Всероссийская конференция «Реализация инвестиционных проектов в сфере здравоохранения: интеграция государства и бизнеса»** 70–71
- **Всероссийская конференция «Информатизация здравоохранения-2008»**

АКТУАЛЬНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ 72–79
Организация обработки персонифицированных данных в медицинских учреждениях: правовые основы и новые требования
Приказ Федеральной службы по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия (Россвязьохранкультура) от 11 января 2008 г № 3 «Об утверждении формы уведомления об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных»

О ПОДПИСКЕ 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 «Менеджер здравоохранения» и направить актуальные вопросы на «горячую линию» редакции.

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.
Материалы рецензируются редакционной коллегией.
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.
За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:
127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11, офис 406
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92, +7(915) 025-51-69

Главный редактор:
академик РАМН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru
Зам. главного редактора:
д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@peterlink.ru
Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:
к.б.н. Л.А.Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru
idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
ООО «Допечатные технологии»
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

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

Отпечатано в типографии
«Стрит принт»
Заказ № 529

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

МОДЕРНИЗАЦИЯ И РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Извлечения из проекта Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации Министерства экономического развития и торговли РФ

От редакции:
В марте 2008 года Министерство экономического развития и торговли РФ обнародовало проект Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации. Предлагаем ознакомиться с разделом 3.2. Концепции «Модернизация и развитие здравоохранения».

Задачи превращения России в глобального лидера мировой экономики, выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения. С одной стороны, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества, возникают новые медико-технологические и социальные вызовы, связанные с изменениями в демографической структуре населения. От системы здравоохранения общество ожидает результативного противостояния тенденции роста смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте. С другой, благодаря развитию медицинских технологий существенно повышаются возможности медицинских служб реально влиять на показатели здоровья населения, о чем свидетельствуют значительные успехи в борьбе с наиболее опасными для жизни заболеваниями, достигнутые в западных странах за последние 2–3 десятилетия.

В последние годы государством были сделаны крупные инвестиции в здравоохранение, но груз накопленных проблем остается весьма значительным. Отставание здравоохранения от западных стран ощущается значительно сильней, чем многих других ключевых отраслей экономики. Чтобы противостоять новым вызовам, ***необходимо создать, по существу, новую систему здравоохранения***, повысив ее технологический, организационный и профессиональный уровни. Для этого требуется заметное повышение места здравоохранения в системе бюджетных приоритетов на всех уровнях власти.

Необходимо также провести ***институциональные преобразования в системе управления и финансирования здравоохранения***. В сочетании с дополнительными вложениями это позволит решить наиболее острые проблемы, возникающие в здравоохранении.

Важно ***сделать развитие здравоохранения элементом политики борьбы с неравенством***, обеспечив надежную защиту граждан от особо значительных расходов в случае серьезных заболеваний. Уровень этой защиты должен стать важнейшим индикатором результативности функционирования отрасли.

Цель государственной политики в области здравоохранения — повышение качества и доступности медицинской помощи, улучшение на этой основе показателей здоровья населения, увеличение продолжительности жизни, снижение смертности. Достижение этой цели предполагает ***сохранение стратегии приоритетного развития здравоохранения.***

Реализация этой цели предполагает решение следующих приоритетных задач.

Первая — ***увеличение роли профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни:***

— существенное повышение роли профилактической составляющей в деятельности звена первичной медицинской помощи — как на основе периодических диспансеризаций, так и путем постоянного наблюдения за группами риска;

— создание условий для занятий физкультурой и спортом, в том числе увеличение числа детско-юношеских спортивных клубов и спортивных команд, создаваемых на базе образовательных учреждений и по месту жительства;

— введение в образовательные программы основ профилактики заболеваний и безопасности жизнедеятельности, проведение разъяснительной работы среди подростков и молодежи в отношении факторов риска нарушения здоровья;

— формирование эффективной системы профилактики алкогольной и наркотической зависимости, модернизация системы наркологической помощи населению;

— совершенствование законодательной и нормативной базы в области охраны труда, окружающей среды, в том числе поощрение работодателей, реализующих программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний, создание стимулов для здорового образа жизни работников.

— регулирование рекламы и продажи изделий, наносящих ущерб здоровью граждан, создание благоприятного отношения к занятиям спортом с использованием средств информационной политики и социальной рекламы.

Вторая — ***повышение доступности современных медицинских технологий:***

— обеспечение бесплатного предоставления уже имеющихся видов высокотехнологической помощи, расширение инновационной деятельности для освоения новых медицинских технологий, повышение уровня удовлетворения потребности населения в высокотехнологичной помощи с 10–20% до 70–80%;

— крупные государственные инвестиции в материально-техническую базу медицинских учреждений, создание сети современных центров высокотехнологичной помощи;

— стимулирование инвестиций бизнеса в инфраструктуру здравоохранения и инновационную деятельность на основе механизмов государственно-частного партнерства;

— масштабные вложения в повышение профессионального уровня врачей и среднего медицинского персонала с акцентом на их постоянное переобучение и освоение передовых западных и отечественных медицинских технологий. В ближайшие 5 лет — наибольшие вложения в повышение уровня базового образования врачей и переобучение врачей первичного звена здравоохранения;

— обеспечение соответствия медицинской практики требованиям клинических руководств и медицинских стандартов, приближение этих требований к уровню индустриально развитых стран;

— выход по ряду направлений высокотехнологичной помощи на рубежи высокоразвитых стран, расширение экспорта медицинских услуг.

Третья — ***повышение качества и доступности медицинской помощи на основе существенного улучшения организации и финансового обеспечения медицинской помощи:***

— конкретизация и законодательное закрепление государственных гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания бесплатной медицинской помощи;

— планирование средств, необходимых для реализации государственных гарантий, на основе финансовых нормативов, рассчитанных с использованием медицинских стандартов, отражающих современные требования к медицинским технологиям;

— модернизация системы ОМС, концентрация в ней основной части средств государственного финансирования здравоохранения, расширение функций страховых медицинских организаций и повышение их роли в планировании медицинской помощи;

— повышение федеральных требований к размеру взносов субъектов РФ на обязательное медицинское страхование (ОМС) неработающего населения, использование механизма обусловленных федеральных субсидий;

— установление минимального размера взноса работодателей на ОМС работников (стоимость страхового года);

— смягчение региональных различий в уровне финансового обеспечения здравоохранения за счет средств федерального бюджета и централизуемой части поступлений от ЕСН;

— существенное повышение доступности лекарственных средств при амбулаторном лечении на основе сочетания государственных программ лекарственного обеспечения и медицинского страхования граждан;

— проведение последовательной политики первоочередного развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с акцентом на массовое распространение института врача общей практики и укрепление участковой службы, которая обеспечивается ресурсами и имеет квалификационный уровень для лечения 70–80% случаев заболеваний без направления на последующие этапы оказания помощи;

— перемещение растущей части стационарной помощи на амбулаторный этап, превращение больниц в центры интенсивного лечения, дифференциация коечного фонда больниц по степени интенсивности лечения;

— формирование массовой категории дипломированных медсестер, чья деятельность снижает нагрузку на врачей и обеспечивает повышение доступности многих видов медицинских услуг;

— использование проектных подходов к мероприятиям по совершенствованию структуры оказания медицинской помощи (в рамках пилотных проектов в регионах), массовое тиражирование накопленного опыта преобразований;

— формирования правовой базы для защиты прав пациента и персонифицированной ответственности врачей за оказание медицинской помощи при одновременном развитии страхования профессиональной ответственности врачей;

— расширение хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений на основе преобразования 70–80% бюджетных учреждений в организационно-правовую форму автономных учреждений;

— оплата стационарной помощи по числу законченных случаев лечения на основе обоснованных тарифов, рассчитанных с учетом требований медицинских стандартов;

— постепенный переход на полный тариф, включающий все статьи затрат на оказание медицинской помощи;

— постепенный переход на единый тариф на услугу независимо от места ее оказания в системе регионального здравоохранения.

Четвертая — ***расширение возможностей выбора на основе формирования конкурентных рынков медицинского страхования и медицинских услуг:***

— введение государственных дополнительных программ медицинского страхования, к которым могут присоединиться граждане;

— косвенное стимулирование развития добровольного медицинского страхования

(ДМС), включая создание возможности объединения взносов, уплачиваемых в рамках ОМС и ДМС;

— содействие формированию конкурентной модели ОМС с акцентом на создание условий для выбора страховщика самим застрахованным, а не работодателем, в том числе обеспечение доступности информации о деятельности страховщиков и медицинских организаций для облегчения выбора застрахованных лиц;

— конкурсный отбор медицинских организаций для выполнения государственных, муниципальных заданий;

— формирование четких правил деятельности частных медицинских организаций, расширение их участия в системе ОМС с использованием тарифов, отражающих реальные затраты на оказание медицинской помощи.

Развитие солидарных и экономически рациональных форм привлечения средств населения, с одной стороны, позволит сократить масштабы неформальных (нелегальных) платежей пациентов, с другой, обеспечит постепенный перевод платных медицинских услуг из государственных и муниципальных учреждений в частные медицинские организации. В свою очередь это усилит требования к сокращению излишних мощностей бюджетных учреждений, сегодня используемых для оказания платных услуг.

Пятая — ***адаптация здравоохранения к изменениям в демографической структуре населения:***

— совершенствование деятельности педиатрической службы, развитие института семейного врача, особенно в сельской местности;

— восстановление и развитие школьной медицины;

— формирование системы диспансерного наблюдения пожилого возраста;

— развитие сети учреждений медико-социальной помощи и помощи на дому, гериатрических центров, усиление взаимодействия здравоохранения с системой социальной защиты;

— исключение дискриминации пожилого населения и инвалидов в оказании медицинской помощи посредством усиления дифференциации тарифов на медицинские услуги.

Одновременно с указанными задачами необходимо сформировать условия для повышения оплаты труда медицинских работников до среднего уровня по экономике, а для работников, занимающихся предоставлением высокотехнологичной медицинской помощи, — до более высокого уровня при одновременном росте доли ее стимулирующей части, устанавливающей зависимость от результатов работы (не менее 25–30%).

Решение перечисленных задач обеспечит снижение смертности от различных заболеваний в среднем в 1,5–2 раза, в том числе от болезней системы кровообращения (с 860 до 600 случаев на 100 000 человек населения), от несчастных случаев, отравлений и травм (с 198 до 100). Средняя продолжительность жизни с хронической патологией после установления заболевания возрастет с 11,5 до 16 лет.

Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП возрастет с 3,7 % в 2007 г. до 4,7–5% в 2020 г., частных расходов — с 2,3 до 2,5–2,7% (включая покупку медикаментов).

До 2012 г.:

— сформировать сеть современных центров высокотехнологичной помощи, сделать крупные вложения в повышение профессионального уровня врачей и развитие материально-технической базы массовой медицины;

— конкретизировать государственные гарантии медицинской помощи и создать новые механизмы привлечения государственных и частных средств в систему здравоохранения;

— обеспечить рост количества детско-юношеских спортивных клубов и спортивных команд, создаваемых на базе образовательных учреждений и по месту жительства;

— сформировать экономические условия для повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения: создать одноканальную систему финансирования отрасли,

перейти на оплату за объемы и качество медицинской помощи с использованием полных и единых тарифов, начать реализацию новой системы оплаты труда медицинских работников, расширить хозяйственную самостоятельность медицинских учреждений, сформировать условия для развития частной медицины;

— апробировать новые механизмы преобразования структуры оказания медицинской помощи.

До 2016 г.:

— провести крупные мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни и обеспечить их ощутимое влияние на показатели здоровья населения;

— обеспечить увеличение доли детей, подростков и молодежи, регулярно занимающихся физической культурой и спортом, до уровня не менее чем 35%;

— создать эффективные механизмы государственно-частного партнерства и повысить инновационную составляющую деятельности медицинских организаций;

— обеспечить массовое распространение опыта преобразования структуры оказания медицинской помощи;

— создать реальные условия для потребительского выбора страховщиков и медицинских организаций, в том числе на основе реализации конкурентной модели ОМС.

До 2020 г.:

— внедрить в массовом масштабе современные медицинские стандарты;

— обеспечить повышение оплаты труда медицинских работников до среднего уровня по экономике;

— существенно смягчить региональные различия в уровне финансового обеспечения здравоохранения;

— вывести в частную систему здравоохранения основную часть платных медицинских услуг, оказываемых в государственных, муниципальных учреждениях;

— создать современную сеть медико-социальной помощи для обслуживания пожилых людей;

— обеспечить выход на планируемые показатели здоровья населения.

Срочно в номер

Дмитрий Медведев провел 17 апреля 2008 года в Кремле совещание по вопросам здравоохранения и социального развития. Как сообщает пресс-служба избранного президента, он призвал сократить разрыв в медицинском обеспечении между регионами, для чего правительству необходимо заняться гарантированием прав пациентов, развитием конкуренции в здравоохранении и развитием медучреждений. Он предложил обсудить на совещании, как привлечь частные инвестиции в здравоохранение. Без них, по его словам, система не будет развиваться полноценно.

Источник: Regions.ru

Ю.Ю. Зинчук,
главный врач МУЗ «Сходненская городская больница», микрорайон Сходня городского округа Химки Московской области

ВВЕДЕНИЕ ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ, ИСКЛЮЧЕНИЕ СМЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ, РАСШИРЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЛПУ – ОСНОВА РЕФОРМИРОВАНИЯ МИКРОЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохранение — одна из отраслей экономики, где какие-либо изменения требуют тщательного анализа, взвешенного подхода. Но прошло более 15 лет реформ в стране. За эти годы много сказано о состоянии здравоохранения, никто не сомневается в необходимости его реформировании, но конкретной, глубоко проработанной от основ программы реформ нет.

Принимаемые решения, как говорится «сверху», спускаются исполнителям а затем от последних, требуются «убедительные» доклады об успешном внедрении «реформ».

Причины неудач в реформировании отрасли обусловлены недооценкой материально-технического, экономического, кадрового состояния лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

В условиях недофинансирования отрасли остро встал вопрос о необходимости перехода от экстенсивно ориентированной, распределительной системы ресурсного обеспечения здравоохранения на интенсивные методы развития, экономические методы управления.

Проводимые реформы касаются макроэкономического и мезоэкономического уровней, но почему-то забыт микроэкономический уровень здравоохранения — реформирование сути и основ ЛПУ. Хотя об объективной необходимости реформирования юридического и экономического статуса ЛПУ, их взаимоотношений с органами управления говорится достаточно много, но не предлагается конкретных методик, шагов, этапов и т.д., которые позволили бы сделать учреждения здравоохранения экономически эффективными, хозяйственно более самостоятельными.

Органы управления здравоохранением действуют от лица государства или муниципального образования, для чего обладают определенными правами и полномочиями. Но если в советский период функция управления медицинскими учреждениями их органами управления выполнялась монопольно, то в постсоветский период, наряду с учреждениями здравоохранения, появились частные медицинские организации, которые недоступны руководству управлений здравоохранения и подчиняются только закону.

© Ю.Ю. Зинчук, 2008 г.

Практический опыт показывает, что экономические показатели деятельности ЛПУ низкие (например: ежегодно до 2007 года, до проведения реформы экономики Сходненской городской больницы, ей перечислялось из средств бюджета городского округа Химки до 2 млн. рублей для покрытия дефицита средств по заработной плате), а значит, функция управления учреждениями осуществляется органами управления неэффективно.

С одной стороны, органы управления здравоохранением выполняют функцию контроля, надзора за деятельностью подчиненных ЛПУ, с другой, платежные функции, так называемое размещение средств казны в обязательствах. Одна часть этих средств происходит из внебюджетных средств (ОМС), а вторая — из средств бюджета.

В нашей стране пока не нашел должного применения в практической деятельности ЛПУ метод экономического анализа.

Медицинские управления, не неся непосредственной юридической ответственности за подчиненные ЛПУ, не занимаются вопросами эффективности экономики учреждений (минимизацией, результативностью, выгодностью и полезностью затрат). Хотя при этом самостоятельно, «сверху» планируют и в конечном итоге определяют годовую смету подчиненных учреждений (могут вообще не прислушиваться к мнению ЛПУ), контролируют практически все их закупки (на основании Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд»), определяют поставщиков товаров и услуг для ЛПУ, порядок организации платежей, движение финансовых средств. Так, в январе—апреле 2006 года лечебным учреждениям городского округа Химки разрешалось самостоятельно оплачивать счета на сумму не более 3 тыс. рублей (официального документа спущено не было), что привело практически к полной стагнации деятельности Сходненской городской больницы к исходу указанного срока, хотя, согласно Федеральному закону № 94-ФЗ сумма платежа не должна была превышать 60 тыс. руб. Другой пример: на 2008 год для Сходненской городской больницы в смете расходов не предусмотрены средства на капитальный или текущий ремонт, восстановление системы противопожарной безопасности и сигнализации, а на приобретение основных средств, то есть развитие, выделялся 1 млн. руб., хотя больница имеет лучшие в округе показатели лечебно-профилактической и финансово-экономической деятельности среди больниц округа. Причем сама смета на 2008 год, на начало февраля 2008 года, не была официально утверждена и прислана в больницу. Таким образом учреждения находятся в полной зависимости от органов управления здравоохранением и руководства муниципальной территории.

В данной ситуации администрации учреждений понимают, что выделение бюджетных средств по смете зависит не от эффективности работы учреждения, а от личностных отношений с руководством медицинского управления. Администрации ЛПУ не прилагают серьезных самостоятельных действий по улучшению состояния учреждений, а просто автоматически выполняют спущенные «сверху» распоряжения, пытаясь в условиях финансового дефицита хотя бы сохранить имеющийся кадровый и экономический «статус-кво».

Сам же «статус-кво» часто весьма неприглядный:

- нехватка квалифицированного персонала, большая текучесть среднего и младшего медицинского персонала, неблагоприятный психологический и социальный климат;
- неудовлетворительный внешний и внутренний вид учреждения, запущенность территории, отсутствие средств на текущий и капитальный ремонт, работа на некачественном, устаревшем оборудовании, отсутствие у учреждения свободных средств;
- большой процент врачебных ошибок, шаблонные методики лечения больных стандартным

набором медикаментов, не проводятся КИЛИ, клинико-анатомические конференции;

• высокий процент неудовлетворенности качеством лечения пациентов, отток пациентов в другие учреждения, негласная система сборов и поборов с пациентов;

• недостаточная квалификация руководства ЛПУ в плане управления учреждением в условиях рынка, отсутствие программы развития ЛПУ, цели учреждения не согласуются с индивидуальными желаниями работников.

Выше перечисленная характеристика почти полностью соответствует состоянию дел в Сходненской городской больнице в 2005 году.

В такой ситуации продолжение финансирования учреждений здравоохранения — это финансирование проблем, болезней, затыкание все вновь появляющихся «дыр» в неэффективной экономике ЛПУ.

Действие большинства руководителей учреждений здравоохранения сводится лишь к простому реагированию на происходящие перемены, что обусловлено реализуемой ими «концепцией выживания».

Руководители учреждений должны для решения выше перечисленных проблем идти по пути формирования экономической независимости ЛПУ и идти на это сознательно.

Экономическая самостоятельность ЛПУ основывается на трех функциях:

1. ***Формирование средств.***

Должно осуществляться только на договорной основе. Система сметного финансирования, не отражающая объективных показателей работы учреждений, просто обязана перестать существовать. Это положение согласуется с введением в 19 субъектах РФ системы преимущественно одноканального финансирования здравоохранения, при котором объем финансирования ЛПУ зависит прямо пропорционально от объема оказанной медицинской помощи с учетом ее качества.

2. ***Объединение финансовых средств.***

Одноканальное финансирование переводит заработанные учреждением средства из бюджетных в государственные внебюджетные (ОМС). При этом расширяется перечень финансируемых через ОМС статей расходов. Резко повышается ответственность администраций ЛПУ за правильное распределение финансовых средств внутри учреждений с целью обеспечения всех сторон их деятельности.

Предложение: в ЛПУ на уровне городской больницы, имеющих стационар, необходимо ввести должность финансового директора, который должен отвечать за следующие показатели:

• рост производительности труда (не менее 10% в год с учетом инфляции);

• прирост заработной платы (не менее 10% в год);

• рост объема зарабатываемых средств ЛПУ (не менее 10% в год с учетом инфляции).

Финансовый директор в соответствии с внутренними потребностями ЛПУ и внешними условиями должен определять объемы планируемых затрат по видам деятельности ЛПУ, по каждому отделению стационара и каждому специалисту в поликлинике. Например, в связи с низкими тарифами оплаты труда узких специалистов поликлиники Сходненской городской больницы они были подняты в два раза по сравнению с действующими тарифами на территории.

Финансовый директор должен контролировать использование средств ОМС и бюджетных средств, пока они сохраняются (с правом подписи), в то время как главный врач определяет приоритеты использования внебюджетных средств — направляет их в первую очередь на развитие учреждения, улучшение качества медицинского обеспечения населения. Это наиболее актуально в условиях одноканального финансирования. В Сходненской городской больнице была введена данная должность под названием заместитель главного врача по договорной работе и сотруднику были предоставлены выше перечисленные права.

В свою очередь главный врач должен лично отвечать за следующие показатели:

• выполнение показателей плана-задания ЛПУ на год по оказанию медицинской помощи в рамках ОМС на величину не менее 90%;

• выполнение показателей национального проекта «Здоровье» не менее чем на 90%.

С целью увеличения заинтересованности главных врачей и финансовых директоров в выполнении поставленных задач необходимо при заключении контракта с ними вписать выше перечисленные показатели как обязательные требования, невыполнение которых может послужить причиной увольнения.

Таким образом предлагаемая система снижает риск неэффективного руководства лечебными учреждениями с уровня руководителя медицинского управления, влияющего на все ЛПУ, до главного врача и финансового директора конкретного учреждения при их некомпетенции. Именно поэтому руководители медицинских управлений должны иметь финансовое или экономическое образование.

Отдельно надо сказать о закупке товаров и услуг для ЛПУ.

С введением одноканального финансирования ЛПУ должны самостоятельно приобретать товары и услуги, исходя из принципов минимизации и выгодности затрат. Этому, безусловно, будут противодействовать руководители медицинских управлений и местных администраций, прикрывая свои меркантильные интересы лозунгами о борьбе с коррупцией и «откатами». Реально с введением Федерального закона № 94-ФЗ ЛПУ несут убытки от таких централизованных закупок или страдает качество закупленных товаров и услуг. Это касается закупок медикаментов, продовольствия, средств ГСМ и т.д. Например: с введением централизованных закупок в городском округе Химки в 2007 году на бензин для ЛПУ потери Сходненской городской больницы с одного литра топлива составили не менее 1,5 рубля, хотя машины больницы продолжали заправляться на той же заправочной станции. Второй пример: экономия средств Сходненской городской больницы при проведении ремонтных работ при самостоятельной закупке строительных материалов и выборе подрядчика составляла 30–40% в сравнении с затратами при централизованной закупке этой услуги.

Право на самостоятельность закупок учреждением товаров и услуг необходимо обеспечить законодательно, возложив полную ответственность за финансовую деятельность учреждения на главного врача и финансового директора.

3. ***Закупка медицинской помощи.***

Должна основываться на договорной основе между финансирующей стороной — покупателем (или заказчиком) медицинской помощи с медицинскими организациями — исполнителями заказа. Сейчас между ЛПУ и СМО, территориальными фондами ОМС также заключаются договоры, но эти договоры, по сути, не отражают нормальных товарно-денежных отношений. Они являются инструментом перераспределения средств, направленных государством на оплату медицинской помощи. Необходимо расширение функций договорных отношений между медицинскими организациями и страховщиками. Договоры призваны связать финансирование с потребностями населения, системой планирования здравоохранения, они должны устанавливать требования к качеству медицинской помощи и системе его обеспечения, планируемые объемы медицинской помощи и т.д. Другими словами, договоры должны не просто опосредованно влиять на процесс возмещения затрат на медицинскую помощь, а являться инструментом реализации государственной политики в здравоохранении.

Возможны два пути формирования экономической независимости ЛПУ:

— либо провести реорганизацию ЛПУ, наделяя их (с изменением формы) правом собственности на имущество, то есть прибегнуть к приватизации государственного и муниципального имущества и вывести образовавшиеся организации за пределы государства и бюджета в свободный экономический оборот. Но частные организации не

заинтересованы в решении проблем общественного здоровья и не занимаются проведением широких социально-гигиенических мероприятий. Значит, такой путь не приемлем для государства;

— либо сохранить за ними форму государственных и муниципальных учреждений, являющихся хозяйствующими субъектами, причем доходы учреждений не должны изыматься у них, как это происходит в настоящее время. Таким образом учреждения здравоохранения будут заинтересованы в доходах и свяжут свое будущее с рациональным механизмом хозяйствования, рентабельностью. Они получат большую экономическую самостоятельность, но при этом будут гарантированно обеспечивать интересы государства в сфере здравоохранения.

Второй путь формирования экономической независимости медицинских учреждений для большинства рядовых ЛПУ может быть успешно реализован через их «автономизацию».

Автономизация больниц получила распространение в 80–90 годы в Австралии, Испании, Новой Зеландии и ряде других стран.

Учредителем автономного учреждения и собственником имущества, предоставляемого автономным учреждениям на основе права оперативного управления, является Российская Федерация или ее субъект, или муниципальное образование. Таким образом автономные учреждения, выполняя государственную задачу, обеспечат выполнение прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. Автономные учреждения должны самостоятельно распоряжаться своими ресурсами и предоставленным имуществом, совершать сделки (включая крупные), брать кредиты и ссуды. В бюджете автономных медицинских учреждений нет разделения по сметам. По своему усмотрению оказывают платные услуги и распоряжаются полученными доходами в рамках уставных целей. Но они также должны самостоятельно отвечать по своим обязательствам и покрывать убытки.

Но сама по себе автономизация ЛПУ не гарантирует улучшения медицинского обслуживания населения. Учреждения должны иметь прочную материальную базу, эффективную экономику, руководителей, подготовленных в области менеджмента.

Для этого ЛПУ должны активно заниматься вопросами рационализации своей структуры, загрузки имеющихся мощностей, реформирования оплаты труда. Имеющийся опыт реформирования экономики МУЗ «Сходненская городская больница» говорит о возможности данных реформ, а ключевое место здесь занимает вопрос оптимизации оплаты труда сотрудников.

Проведение реформы потребовало:

- проводить учет и контроль доходов и расходов структурных подразделений (отделений) в стационаре и каждого специалиста в поликлинике;
- осуществить оплату труда по конечным результатам, то есть создать мотивационные условия для полного раскрытия трудового потенциала каждого работника;
- объединить коллективы отделений единой задачей, выплачивая общий процент премирования для всех;
- в разы повысить эффективность использования ресурсов больницы.

Результаты проведенных реформ не заставили себя долго ждать:

- Значительно возросла эффективность работы больницы. Поступление средств ОМС с 2006 по 2007 годы выросло в 1,65 раза (с 32 809 до 54 203,2 тыс. руб.), производительность труда на одного сотрудника в год поднялась в 1,4 раза (с 176,9 до 246,4 тыс. руб.) *(см. табл. 1)*.

Если прирост стоимости балла с декабря 2006 по декабрь 2007 года составил 48%, то объем поступивших средств за этот же период вырос на 91%, то есть значительно возросла экономическая эффективность работы персонала больницы.

- Возросла конкурентоспособность подразделений и больницы в целом, приобретено новое современное диагностичес-

Таблица 1

Динамика поступления средств ОМС и производительности труда на одного сотрудника в год с 2006 по 2007 гг.

Показатели/год	*2006*	*Декабрь 2006*	*2007*	*Декабрь 2007*	*Изменения в %*
Поступление средств ОМС (тыс. руб.)	32 809,0	3244,2	54 203,2	6189,9	+91
Стоимость балла		42		62	+48
Производительность, в год (тыс. руб.)	176,9		246,4		

Таблица 2

Динамика средней заработной платы врачей за 2005–2007 гг.

Показатели/год	*2005*	*2006*	*2007*	*Декабрь 2007*
Средняя зарплата персонала (тыс. руб.)	9,630	12,846	16,1	21,9
Средняя зарплата врачей (тыс. руб.)	6,9	13,8	24,2	33,9
Средняя зарплата среднего медперсонала (тыс.руб.)	4,2	8,8	16,6	22,0

кое и лечебное оборудование, имеется рост числа пролеченных иногородних больных на 34,5% за прошедший год.

• Реформа соответствует также интересам сотрудников больницы: средняя заработная плата врачей выросла в 3,5 раза, среднего медицинского персонала — в 4,0 раза *(табл. 2)*.

Все это привело к росту числа сотрудников больницы с 189 до 226 человек, вместе с внешними совместителями — до 246 человек. Число врачей возросло с 36 до 42, медицинских сестер — с 91 до 106. В больницу пришли работать более квалифицированные специалисты, владеющие современными методиками диагностики и лечения.

• Расходы на параклинические затраты и медикаменты сократились практически вдвое.

• Больница стала рентабельной (если в предыдущие годы ей ежегодно перечислялось для покрытия заработной платы до 2 млн. рублей бюджетных средств, то в настоящее время больница имеет постоянно положительный баланс на своих счетах средств ОМС).

• Введение нового способа оплаты труда стимулировало профилактическую работу: несмотря на вакансии всех должностей врачей и медицинских сестер школ и дошкольных учреждений, осмотры детей проводятся регулярно, в необходимом объеме. Регулярно по графикам проводятся осмотры работников с вредными условиями труда, ветеранов и инвалидов ВОВ, диспансеризация работающего населения.

Если бы на момент реформы на Сходненскую городскую больницу распространялась методика одноканального финансирования, полученные результаты были бы еще более впечатляющими.

ВЫВОДЫ

1. Нет сомнения в необходимости проведения реформ основ здравоохранения в нашей стране и перехода от экстенсивно ориентированной, распределительной системы ресурсного обеспечения отрасли на интенсивные методы развития, экономические методы управления.

2. Договорные отношения между покупателем медицинских услуг и их производителем должны стать основой механизма формирования средств и закупки медицинской помощи для лечебных учреждений. Необходимо расширение функций договорных отношений между

медицинскими организациями и страховщиками. Договоры призваны связать финансирование с потребностями населения, системой планирования здравоохранения, они должны устанавливать требования к качеству медицинской помощи и системе его обеспечения, планируемые объемы медицинской помощи.

3. Объединение финансовых средств, основанное на введении одноканального финансирования, переводит заработанные учреждением средства из бюджетных в государственные внебюджетные (ОМС) и расширяет самостоятельность ЛПУ по их использованию. Право на самостоятельность закупок учреждением товаров и услуг необходимо обеспечить законодательно, возложив полную ответственность за финансовую деятельность учреждения на главного врача и финансового директора.

4. Путем формирования экономической независимости медицинских учреждений для большинства рядовых ЛПУ должна стать их «автономизация». Автономные учреждения, выполняя государственную задачу, обеспечат выполнение прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, используя при этом рыночные механизмы экономического регулирования.

5. Автономизация ЛПУ сама по себе не гарантирует улучшения медицинского обслуживания населения. Учреждения должны иметь прочную материальную базу, эффективную экономику, руководителей, подготовленных в области менеджмента. Для этого ЛПУ должны активно заниматься вопросами рационализации своей структуры, загрузки имеющихся мощностей, реформирования оплаты труда с ее оценкой по конечному результату.

Литература:

1. *Доровских В.А., Фигурнов В.А.* Реформы здравоохранения: проблемы периферии//Здравоохранение РФ. — 2006. — № 3. — С. 55–56.

2. *Жилинская Е.В., Жиляева Е.П.* Автономизация учреждений здравоохранения: зарубежный опыт и его уроки//Здравоохранение. — 2006. — № 11. — С. 53–57.

3. *Калмыков А.А., Сенченко А.Ю.* «Концепция выживания» как основная форма существования большинства лечебно-профилактических учреждений России// Здравоохранение РФ. — 2005. — № 6. — С. 46–48.

4. *Комаров Ю.М.* Стратегия развития здравоохранения РФ//Здравоохранение. — 2008. — № 2. — С. 53–62.

5. *Панфилова Е.В., Каракулова Е.В., Ленская Л.Г., Малаховская М.В.* О проблемах здравоохранения и потребности общества в здоровье//Здравоохранение РФ. — 2006. — № 3. — С. 42–45.

6. *Сенченко А.Ю., Калмыков А.А., Артюхов И.П.* К вопросу о преобразовании учреждения здравоохранения в медицинскую автономную некоммерческую организацию//Здравоохранение РФ. — 2006. — № 2. — С. 30–31.

7. *Тихомиров А.В.* Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения//Здравоохранение. — 2006. — № 4. — С. 37–42.

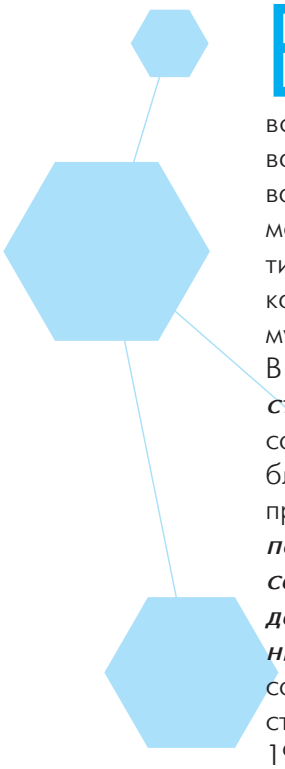
8. *Хальфин Р.А.* Состояние и перспективы развития муниципального здравоохранения Российской Федерации//Здравоохранение. — 2007. — № 12.— С. 14–19.

9. *Шамшурина Н.Г.* Здравоохранение как корпоративная система в составе социальной сферы. Специфика рынка медицинских услуг//Здравоохранение. — 2005. — № 8. — С. 149–165.

10. *Шейман И.М.* Система стратегической закупки медицинской помощи: международный опыт и его значение для российского здравоохранения//Здравоохранение. — 2006. — № 4. — С. 45–61.

И.Е. Рыбальченко,
заместитель главного врача, Городская многопрофильная больница № 2, г. Санкт-Петербург

РОЛЬ И МЕСТО СТАНДАРТОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ



Вслед за началом рыночных преобразований в России на повестку дня были поставлены вопросы экономики здравоохранения, прежде всего отдачи от тех затрат, которые несли бюджеты всех уровней на финансирование отрасли. В этой ситуации одной из важнейших проблем стало формирование механизмов управления качеством медицинской помощи. Построение систем управления качеством медицинской помощи, очевидно, должно основываться на внятной политике в этой области. Однако вопрос о содержании политики в области качества применительно к здравоохранению не подвергался специальному рассмотрению в известных автору публикациях по данной проблеме. В нормативно-правовых актах всех уровней термин ***«политика в области качества медицинской помощи»*** вообще не встречается (по состоянию на начало 2008 г.), несмотря на очевидную значимость проблемы. Поэтому следует внести предложение о введении в научный и практический оборот данного термина при следующем его определении: ***политика в области качества медицинской помощи представляет собой целостную совокупность целей, задач и мероприятий по предоставлению медицинской помощи, дающих возможность достижения оптимального медицинского результата.*** Предлагается ввести соответствующие дополнения в п. 3 ст. 5 и п. 3 ст. 6 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

Политика в области качества, естественно, должна опираться на то или иное представление о том, что понимает субъект этой политики под термином «качество медицинской помощи». С нашей точки зрения, может быть использована следующая его дефиниция: ***качество медицинской помощи может быть определено как выполнение установленных медико-экономических стандартов.***

Иными словами, объективное суждение о качестве деятельности здравоохранения может быть сформулировано только на основе широкого применения стандартов медицинской помощи. Особенно важным данное положение становится применительно к высокотехнологичной медицинской помощи, где медицинские манипуляции регламентируются, например, стандартами Минздравсоцразвития России или внутренними стандартами ЛПУ. Согласно имеющимся в литературе оценкам, управление качеством медицинской помощи на основе внедрения медико-экономических стандартов позволяет сократить сроки пребывания пациентов в

© И.Е. Рыбальченко, 2008 г.

стационарном лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) в среднем на 40%, уменьшить количество осложнений и тем самым расширить возможности оказания медицинской помощи большему количеству нуждающихся пациентов [1]. Еще один пример: по оценкам специалистов, внедрение стандартов медицинских технологий в ЛПУ г. Новокузнецка способствовало сокращению дефицита финансирования Программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи на 15–22% [2].

Широкие разработки в области стандартизации в здравоохранении России начались с принятия Приказа Минздрава РФ от 16 октября 1992 г. № 277. Согласно этому документу, медицинским стандартом называется система знаний, умений, навыков и условий, определяющих возможность выполнения определенного вида медицинской деятельности.

Определяющую роль в разработках по стандартизации в дальнейшем сыграла Программа работ по созданию и развитию Системы стандартизации в здравоохранении, в которой были описаны объекты стандартизации в отрасли [3]. Определение круга объектов стандартизации было в дальнейшем уточнено в отраслевой программе «Управление качеством в здравоохранении» на 2003–2007 годы. В рамках проводимой работы по внедрению стандартов в деятельность здравоохранения нельзя также не отметить издание Приказа Минздрава РФ от 31 июля 2000 г. № 302 «О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок разработки, согласования, принятия, внедрения и ведения нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении». Здесь весьма важно подчеркнуть попытку данного документа внести порядок в терминологию стандартизации в здравоохранении. Согласно этому приказу, стандарт — нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются для всеобщего многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области.

Организационная сторона проблемы стандартизации получила свое дальнейшее развитие в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2006 г. № 905, в котором был утвержден Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи. Согласно данному документу, контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи представляет собой государственную контрольно-надзорную функцию по оценке соответствия оказываемой медицинской помощи требованиям к проведению диагностических, лечебных и иных исследований и мероприятий, а также медикаментозного лечения при конкретных заболеваниях и состояниях, установленных стандартами медицинской помощи, а также требованиям к объемам и качеству медицинской помощи. Стандарты медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже стандартов медицинской помощи, установленных Министерством, относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Формирование организационного механизма стандартизации в здравоохранении РФ получило свое относительное завершение путем создания Совета Министерства здравоохранения и социального развития РФ по стандартизации медицинской помощи (Приказ Министерства от 14 марта 2007 г. № 168). Дальнейшие новации в данном вопросе были также регламентированы в

Указе Президента РФ от 28 июня 2007 г. № 825, где в качестве одного из оценочных показателей фигурирует доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений, применяющих медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи. Что касается последних, то Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год (утв. Постановлением Правительства РФ от 15 мая 2007 г. № 286) определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования Программы и порядок формирования тарифов на бесплатную медицинскую помощь гражданам.

В том, что касается высокотехнологичных медицинских услуг, то в их стандартизации, по нашему мнению, важно различать два специфических аспекта:

1. ***Стандарты как регламенты сложных медицинских технологий.*** Реализация высокотехнологичной медицинской услуги, то есть деятельность отдельной медицинской «команды», выполнение сложного комплекса диагностических и лечебных процедур, использование дорогостоящей техники и расходных материалов — все это может быть основано только на строжайшей регламентации всех компонентов данной медицинской технологии.

2. ***Стандарты как критерии оценки качества высокотехнологичной медицинской помощи.*** Оценка качества высокотехнологичной медицинской помощи основана на сопоставлении фактически достигнутых результатов с установленными стандартами, или «эталонами» качества. Они представляют основу для информационной системы и для измерений качества, с которой будут сравниваться, а затем и оцениваться реально протекающие процессы. Устанавливая ожидаемый уровень качества в стандарте, мы тем самым определяем измерения, которые необходимо произвести, чтобы определить стандарт. Если стандарт определен количественно, нетрудно установить показатель достигнутого качества как соотношение фактически достигнутых результатов с уровнем стандарта. Если мерой качества медицинской помощи является результат, то объектом стандартизации должен быть исход (результат) полученной услуги или всей помощи на данном этапе [4].

Проблему внедрения стандартов в процесс оказания высокотехнологичных медицинских услуг необходимо рассматривать не только в организационно-управленческом, но также и в собственно экономическом аспекте. В первую очередь речь должна идти об ***экономической эффективности*** применения стандартов в медицине высоких технологий. Ввиду практически полной неисследованности данного вопроса следует поставить задачу по разработке теоретико-методологических основ для соответствующих экономических расчетов. По нашему мнению, они должны строиться на основе следующих положений:

1. Расчеты экономического эффекта не могут опираться на процессный подход, поскольку достаточно будет скрупулезного соблюдения стандартов в ЛПУ, чтобы такие расчеты потеряли всякий смысл. Между тем даже при полном соблюдении стандартов всегда будут возникать случаи, когда положительный медицинский результат лечения не получен и, следовательно, затраты на высокотехнологичную и дорогостоящую медицинскую помощь, с точки зрения результативного похода, не оправдались. Следовательно, расчеты должны соединять в себе процессный (стандарты соблюдаются/не соблюдаются) и результативный (медицинский результат получен/не получен) подходы [5, 6].

2. При достижении медицинского результата расходы на лечение полностью оправданы независимо от источника затраченных средств. Под достижением медицинского результата в данном контексте следует понимать фиксирование следующих позиций из действующего «Классификатора исходов заболеваний» [7]:

- восстановление здоровья;
- выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции;
- выздоровление с частичным нарушением физиологического процесса, функции или потерей части органа;
- выздоровление с полным нарушением физиологического процесса, функции или потерей части органа;
- ремиссия;
- улучшение состояния;
- стабилизация;
- компенсация функции.

3. При оказании высокотехнологичной медицинской помощи положительный результат достигается только с определенной долей вероятности. Практически всегда будет существовать более или менее обширный контингент, для которого не был обеспечен медицинский результат диагностических и лечебных процедур. В такого рода случаях расходы на лечение следует считать неэффективной тратой средств. Сокращение такого рода неэффективных затрат на основе применения стандартов и следует рассматривать как экономический эффект от стандартизации в медицине высоких технологий.

Дальнейший анализ показывает, что при определении экономического эффекта от внедрения стандартов в медицине высоких технологий следует различать две ситуации:

Ситуация № 1: требуется определить экономический эффект от введения стандартов в том или ином ЛПУ, где они до сих пор не применялись;

Ситуация № 2: требуется определить экономический эффект от соблюдения стандартов в уже действующей системе управления качеством высокотехнологичных медицинских услуг.

При этом порядок расчетов для той и другой ситуаций будет различным.

1. В ситуации № 1 расчеты основаны на данных, подсчитываемых путем специальной экспертизы документов (историй болезни) и представленных в *табл. 1*. На основании данных, представленных в табл. 1, определяем следующие величины:

А) удельный вес «безрезультатных исходов» до введения стандартов — $Д = ЧД_3/ЧД_1$;

Б) ожидаемая численность «безрезультатных исходов» в отчетном периоде при отсутствии стандартов — $Д \times ЧП_1$;

В) ожидаемый размер неэффективных затрат в отчетном периоде при отсутствии стандартов — $НП \times Д \times ЧП_1$;

Г) фактический размер неэффективных затрат в отчетном периоде (то есть при наличии стандартов) — $НП \times ЧП_3$.

Тогда экономический эффект (ЭЭ) внедрения стандартов в данном ЛПУ:

$$ЭЭ = НП \times Д \times ЧП_1 - НП \times ЧП_3 = НП(Д \times ЧП_1 - ЧП_3)$$

Таблица 1

Исходные показатели для расчета экономической эффективности внедрения стандартов высокотехнологичной медицинской помощи в ЛПУ

№ п/п	Показатели	До введения стандартов (базовый период)	После введения стандартов (отчетный период)
1	Численность пролеченных больных	$ЧД_1$	$ЧП_1$
	Из них:		
2	— с достижением медицинского результата	$ЧД_2$	$ЧП_2$
3	— без достижения медицинского результата	$ЧД_3$	$ЧП_3$
4	Средние (нормативные) затраты на лечение 1 пациента	НД	НП

Обратим внимание на то, что выражение $Д \times ЧП_1 - ЧП_3$ и вслед за ним величина ЭЭ становятся отрицательными только в том случае, когда происходит относительный рост безрезультатных исходов, то есть снижение качества высокотехнологичных медицинских услуг ***вслед за введением соответствующих стандартов.***

2. Существенно иначе выглядят расчеты, когда мы имеем дело с ситуацией № 2, то есть когда нужно определить экономическую эффективность ***соблюдения*** стандартов, уже введенных ранее в рамках системы управления качеством высокотехнологичных медицинских услуг в данном ЛПУ. Так же, как и выше, расчет обосновывается положением, что расходы ЛПУ при отсутствии медицинского результата являются неэффективным расходованием средств, сокращение последнего дает ту или иную сумму экономического эффекта в ЛПУ.

В рассматриваемой ситуации отсутствие медицинского результата лечения может возникнуть в силу следующих обстоятельств:

а) по случайным причинам (индивидуальные особенности организма, ошибки диагностики, недостаточная квалификация персонала и т.п.). Неэффективные затраты в этом случае являются неизбежными для данных условий и их следует рассматривать как неизбежные финансовые потери;

б) по тем же случайным причинам, к которым добавляется также и несоблюдение стандартов высокотехнологичной медицинской помощи.

В случае б) одна часть неэффективных затрат возникает в результате действия тех же самых случайных причин, что и в п. а). Другая часть — как следствие несоблюдения установленных стандартов высокотехнологичной медицинской помощи. Соблюдение установленных стандартов позволяет сократить или вовсе устранить такого рода неэффективные затраты. Иными словами, экономический эффект от применения стандартов высокотехнологичной медицинской помощи достигается за счет сокращения рассмотренной выше второй части неэффективных затрат.

Исходя из высказанных положений, могут быть рекомендованы следующие методические положения для расчетов экономического эффекта от применения стандартов высокотехнологичной медицинской помощи (то есть в ситуации № 2):

1. Определяется число пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по данному виду в данном отчетном периоде. Ввиду крайней трудоемкости обработки документов (историй болезни) наиболее предпочтительным является использование выборочного метода на основе механического случайного отбора.

2. Изучается отобранная документация (обозначим ее численность $Ч_1$) и производится ее сортировка на две группы: а) истории болезни, где зафиксировано соблюдение установленных стандартов диагностических и лечебных процедур ($Ч_2$); б) с нарушением таковых ($Ч_3$). Производится подсчет численности каждой группы, результаты заносятся в таблицу *(см. табл. 2),* при этом $Ч_1 = Ч_2 + Ч_3$.

3. Документы каждой из полученных на предыдущем этапе двух групп снова сортируются на две подгруппы каждая:

а) документы, зафиксировавшие достижение медицинского результата высокотехнологичной медицинской услуги;

б) медицинский результат не достигнут, то есть зафиксирована любая другая позиция, фигурирующая в Классификаторе исходов заболеваний, помимо указанных выше.

Численность подгрупп подсчитывается, и результаты заносятся в ту же таблицу, при этом $Ч_2 = Ч_4 + Ч_5$; $Ч_3 = Ч_6 + Ч_7$. Представленные в *табл. 2* данные используются далее для окончательных расчетов.

1. Финансовые потери от случайных причин (ФПСП) и при соблюдении всех стандартов составляют:

$$ФПСП = \frac{1}{D} Н \times Ч_5,$$

где $Н$ — средняя (нормативная) стоимость

Таблица 2

Группировка пациентов для определения экономической эффективности стандартов высокотехнологичной медицинской помощи

№ п\п	Показатели	Всего за 200_ год
1	Выборочная численность получивших высокотехнологичную медицинскую помощь данного вида, всего	$Ч_1$
	в том числе:	
2	— с соблюдением стандартов	$Ч_2$
3	— с нарушением стандартов	$Ч_3$
	Из стр. 2:	
4	— с достижением медицинского результата	$Ч_4$
5	— без достижения медицинского результата	$Ч_5$
	Из стр. 3:	
6	— с достижением медицинского результата	$Ч_6$
7	— без достижения медицинского результата	$Ч_7$

данного вида высокотехнологичной медицинской помощи в отчетном периоде; D — выборочная доля проанализированных документов по данному виду высокотехнологичной медицинской помощи за данный отчетный период.

2. Финансовые потери от тех же случайных причин вместе с несоблюдением стандартов (ФПНС) составляют:

$$ФПСП = \frac{1}{D} Н \times Ч_7$$

Экономическая эффективность (ЭЭ) применения стандартов высокотехнологичных медицинских услуг рассчитывается на основе следующей экономико-математической модели:

$$ЭЭ = \frac{1}{D} \times Н \times (Ч_7 - Ч_5) \times \frac{(Ч_4 + Ч_6)}{Ч_1}$$

Отметим, что контингент, где не соблюдались стандарты и где не достигнут медицинский результат, вовсе не исчезнет в случае полного соблюдения стандартов. Разумно предположить, что и в этом контингенте также будет обнаруживаться определенная доля пациентов, где запланированный результат не мог быть получен по случайным причинам. Именно это обстоятельство и учитывает дробь $(Ч_4+Ч_6)/Ч_1$ в последней формуле.

Для иллюстрации приведем числовой пример соответствующих расчетов при следующих исходных параметрах (данные условные): $D = 0{,}25$; $Н = 104$ тыс. руб.; $Ч_1 = 1000$ чел.; $Ч_4 = 700$ чел.; $Ч_5 = 30$ чел.; $Ч_6 = 165$ чел.; $Ч_7 = 35$ чел., отсюда:

$$ЭЭ = \frac{1}{0{,}25} \times 104 \times (35 - 30) \times \frac{(770 + 165)}{1000} = 1944{,}5 \text{ тыс. руб.}$$

В рамках представленных методических положений может возникнуть вопрос о том, возможна ли ситуация, когда $Ч_7$ окажется меньше, чем $Ч_5$, и выражение в скобках для формулы ЭЭ станет отрицательным. Если снова рассмотреть таблицу 2, то видно, что такой случай возможен, когда безупречное использование стандартов приводит к ***худшим*** результатам лечения, чем та же высокотехнологичная медицинская помощь, оказанная с нарушениями тех же стандартов. Эта парадоксальная ситуация возможна по следующим причинам:

— плохое качество самих стандартов;

— наличие у некоторых пациентов таких индивидуальных особенностей, которые несовместимы с данной совокупностью стандартов оказания медицинской помощи.

В перечисленных случаях рассмотренные выше расчеты дают убедительное основание для дальнейшего развития работ в области стандартизации высокотехнологичных медицинских услуг, повышения качества стандартов, их гибкости и т.п.

В свете рассмотренных положений обратим теперь внимание на один важный финансовый аспект использования стандартов в медицине высоких технологий. При фиксированном годовом объеме финансирования высокотехнологичной медицинской помощи использование стандартов позволяет получить в системе здравоохранения более высокий результат в виде большего числа граждан, лечение которых дало положительный результат. В рамках государственной политики развития здравоохранения, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, уместно поставить вопрос о развитии экономического механизма, стимулирующего ЛПУ и медицинский персонал к ускоренному внедрению медико-экономических стандартов, соответствующему повышению квалификации и т.п. Попытки внедрения такого механизма уже начались на практике, например, 20% оплаты за высокотехнологичную помощь предполагается производить только после проведения операции при соблюдении всех стандартов [8].

Указанный экономический механизм, с нашей точки зрения, должен быть основан на следующих принципиальных положениях:

— Министерству здравоохранения и социального развития РФ следует разработать и утвердить типовую методику расчета экономического эффекта от внедрения стандартов в оказание высокотехнологичной медицинской помощи. В указанной методике могут быть использованы те ключевые положения, которые приведены нами выше;

— на основе указанной типовой методики ЛПУ (на сплошной или выборочной основе) рассчитывают соответствующие суммы экономического эффекта от стандартизации в сфере медицины высоких технологий;

— общую сумму средств, выделяемых на поощрение стандартизации в рассматриваемой области, предлагается установить на уровне 50% от рассчитанного в базисном периоде суммарного размера экономического эффекта;

— 50% сумм, полученные каждым конкретным ЛПУ на поощрение стандартизации, предлагается направлять в распоряжение администрации ЛПУ на поощрение участников внедрения и сопровождения стандартов в системе управления качеством высокотехнологичной медицинской помощи. Разумеется, что формирование и распределение всех перечисленных выше средств должно осуществляться на основе соответствующих положений, разрабатываемых ЛПУ применительно к конкретным условиям своей деятельности [9].

Важнейшим пунктом в таких документах, по нашему мнению, должно стать соблюдение специального вида стандартов, которые в российском здравоохранении пока еще не получили должного распространения. Управление качеством высокотехнологичной медицинской помощи не может игнорировать тот факт, что существует «нормальный» уровень получения положительных результатов лечения и этот уровень не равен 100%. Следует ожидать, что при использовании стандартов этот нормальный уровень будет выше, чем при нарушении или отсутствии таковых. Таким образом, возникает важнейшая задача по расчету указанного нормального уровня, его утверждения и введения в качестве важнейшего оценочного норматива в каждый установленный стандарт оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Такой норматив может быть условно назван «нормативным процентом положительных исходов» и один из вариантов такого рода расчетов может выглядеть следующим образом:

1. Каждый квартал в ЛПУ заполняется таблица данных по форме, представленной в *табл. 3.*

Таблица 3

Данные для расчета «нормативного процента положительных исходов»

№	Виды высокотехнологичной медицинской помощи		200__ год				Итого
			I кв.	II кв.	III кв.	IV кв.	
1		Всего					$ВС_1$
		В том числе с положительным исходом					$ПИ_1$
		% положительных исходов					$СППИ_1$
2		Всего					$ВС_2$
		В том числе с положительным исходом					$ПИ_2$
		% положительных исходов					$СППИ_2$
...							

2. Суммируются данные по строкам «всего» и «в том числе с положительным исходом» за весь период наблюдений (соответственно, ВС и ПИ), после чего определяется средний процент положительных исходов (СППИ):

$$СППИ = \frac{ПИ}{ВС} \times 100\%$$

3. В силу действия случайных причин (см. выше) величина СППИ будет всегда испытывать случайные отклонения в ту или иную сторону от среднего уровня. Основное внимание должно уделяться тем случаям, когда процент положительных исходов ***отклоняется вниз*** от его средней величины, так как это означает ухудшение качества высокотехнологичной медицинской помощи. Поэтому по данным расчетов предыдущего этапа определяем стандартное отклонение для величины среднего процента (СИГМА) по формуле:

$$СИГМА = \sqrt{\frac{СППИ\ (1 - СППИ)}{ВС}}$$

4. Падение величины СППИ в худшую сторону более чем на два его стандартных отклонения, то есть на величину 2×СИГМА (что соответствует доверительной вероятности около 95%) должно рассматриваться руководством ЛПУ как сигнал для анализа причин такого падения и принятия мер по исправлению ситуации. Таким образом, норматив для процента положительных исходов (НППИ) для данного ЛПУ по данному виду высокотехнологичной медицинской помощи определяется по формуле:

$$НППИ = СППИ - 2 \times СИГМА$$

Приведем пример расчета рассматриваемого норматива при следующих показателях (данные условные): всего пациентов за год (ВС) — 490 чел., в том числе с положительным исходом (ПИ) — 455 чел. Средний процент положительных исходов:

$$СППИ = 455/490 = 0{,}928 \text{ или } 92{,}8\%.$$

Отсюда НППИ = 90,5%. Падение среднего процента положительных исходов ниже нормативного уровня, то есть в данном случае ниже 90,5%, является сигналом для руководства данного ЛПУ о возникновении проблемной ситуации в системе управления качеством высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, проблема качества медицинских услуг в последние годы стала привлекать к себе все большее внимание. Органы управления здравоохранением прилагают значительные усилия по решению прикладных вопросов качества медицинской помощи,

однако в стране до сих пор нет законодательно закрепленных концептуальных положений политики в этой области. Развитие медицинских технологий поставило в повестку дня решение специфических проблем, связанных с качеством высокотехнологичной медицинской помощи. Интенсивная работа, проведенная органами управления здравоохранением в деле внедрения стандартизации медицинской помощи, в настоящее время близка к завершению, практически все основные виды высокотехнологичных услуг обеспечены необходимыми стандартами. В связи с этим одной из самых актуальных становится проблема создания таких экономических механизмов, которые стимулировали бы разработку и применение стандартов при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в российском здравоохранении.

Литература

1. *Наубетова Г.А.* Медико-экономическая стандартизация лечебно-диагностического процесса в оценке качества и эффективности стационарной терапевтической помощи/Автореф. дис... к.м.н. — Алматы, 2004.

2. Стандартизация медицинских технологий, реабилитация в ангиологии и сосудистой хирургии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Стандартизация медицинских технологий, реабилитация в ангиологии и сосудистой хирургии», 12–13 октября 2006 г., Новокузнецк. — 2006.

3. Программа работ по созданию и развитию Системы стандартизации в здравоохранении (утв. Госстандартом РФ, ФФОМС, Минздравом РФ от 25 апреля 1998 г., 17 июля 1998 г., 21 июля 1998 г.).

4. *Назаров Г.Ф.* Экономика и организация здравоохранения. — СПб.: Профи-Информ, 2004. — С. 79–80; Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи..., С. 77–79.

5. *Donabedian A.* The definition of quality and approaches to its assessment//An Arbour: Health Administration Press, 1980. — 653 p.

6. *Donabedian A.* Criteria, norms and standards of quality: what do they mean?// Amer.I.Publ.Hlth. — 1981. — Vol. 71. — P. 409–412.

7. Приказ Минздрава РФ от 3 августа 1999 г. № 303 «О введении в действие Отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования».

8. *Фролова Н.* Первые итоги реализации национального проекта «Здоровье»//Бюджет. — 2006. — № 7. — С. 11–14.

9. *Кадыров Ф.Н.* Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении. — [2-е изд., перераб. и доп.]. — М.: Грантъ, 2003. — 335 с.

О.А. Каплунов,
д.м.н., заведующий отделением ортопедии МУЗ «Городская клиническая больница № 3»

ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РФ ГЛАЗАМИ ВРАЧА МУНИЦИПАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Как известно, около двух лет назад Минздравсоцразвития РФ образовало новое подразделение в своей структуре — Агентство высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) или Росмедтехнологий. Его основной задачей, как было определено головным ведомством и следует из дефиниции, явились организация, проведение и контроль за оказанием этих самых высокотехнологичных видов помощи по медицинским специальностям.

Первоначально это организационное решение представлялось вполне обоснованным и рациональным. Действительно, подобные медицинские услуги, основанные на применении современных наиболее передовых технологий и оборудования, заслуживают особого внимания и контроля. По большому счету это яркий показатель уровня развития социально значимой отрасли нашего народного хозяйства — системы здравоохранения (СЗ) и, если хотите, элемент национальной безопасности, поскольку в этом вопросе принципиально важно быть независимыми от стран Запада. Важность и актуальность усилий по внедрению новых технологий в медицину равно, как и другие звенья нашей экономики, неоднократно отмечались на самом высоком государственном уровне. Казалось очевидным, что новое агентство упорядочит, наконец, этот процесс, рационально используя возможности и потенциал регионов, занимающих площадь в 17 млн. кв. км с населением более 130 млн. человек. Была надежда, что, определив наиболее важные направления, оно поддержит те медучреждения на местах, которые располагают сколько-нибудь подготовленной базой и кадрами для реализации новых медико-технологических возможностей.

Однако реализация ВМП стала развиваться по иному сценарию. Агентству Росмедтехнологий вскоре был переподчинен ряд учреждений федерального уровня, главным образом специализированных НИИ. Для каждой специальности избрано по 8–10 учреждений и именно на их базе решено реализовывать программу. Посыл подобного решения в определенной степени понятен — проведение сложных медицинских операций, манипуляций и процедур лучше сконцентрировать в наиболее «продвинутых» в своей специальности учреждениях. И здесь нет сомнений, что таковыми и являются введенные в формат программы НИИ и Центры. Однако сразу после публикации приказа по ВМП, содержаще-

© О.А. Каплунов, 2008 г.

го перечень видов медпомощи, отнесенных к высокотехнологичным, возникли вопросы. Будучи по специальности ортопедом-травматологом, попробую рассмотреть их на примере своей дисциплины.

Вопросы можно разделить на системные и специальные, причем в ряде аспектов эти категории пересекаются между собой. В первой категории наиболее очевидным было непонимание того, как смогут 8–10 центров, пусть даже достаточно крупных, обеспечить потребности населения той самой страны, масштабы которой я не случайно упомянул ранее. Ведь простые арифметические расчеты показывали, что на один центр придется не менее 13 млн. жителей страны. Рассматривая нуждаемость в том или ином виде ВМП, например, в эндопротезировании крупных суставов, выяснялось, что при современной потребности в 220 операций на 100 тыс. населения на каждый центр в год пришлось бы по 28 000 пациентов. Исходя из того, что в среднем каждый из федеральных центров ежегодно выполняет 650–750 подобных вмешательств, было ясно, что только по этой строке ВМП возникнет долгосрочный «лист ожидания». А ведь в списке ВМП двенадцать таких позиций, и гипотетически очередь по таким «листам» должна растянуться на несколько лет.

Время показало правильность подобных предположений. Более того, находясь в стенах одного из таких центров в конце 2006 года, мне довелось наблюдать, как мои коллеги судорожно пытались выработать приходящиеся на центр квоты. В дело шли не лучшие модели конструкций, у операционных столов стояли не наиболее опытные хирурги, важна была выработка. В результате и это предсказуемо — довольно высокий процент осложнений и неудач. Не называю учреждение по этическим соображениям, оно к тому же весьма уважаемо мною, однако уверен, что и в других федеральных центрах дело обстояло ни сколько не лучше.

Следующий системный вопрос финансовый. Квоты, приходящиеся на каждый из центров, Агентством распределялись порегионально. В частности, на нашу Волгоградскую область часть квот (наименьшая) пришлась на федеральный центр в г. Ростове-на-Дону, находящемся от нас в 550 км, часть — на клиники г. Москвы (1000 км) и еще часть — на г. Санкт-Петербург (1800 км). Программой предусматривается, что каждому пациенту, получившему заветную квоту, помимо ее стоимости, полагается оплата проезда и проживания по месту лечения, а инвалидам 1 группы оплачиваются еще и расходы на сопровождающего. Таким образом, дополнительные расходы при размере квоты в 67 тыс. руб. составили на каждого больного в среднем не менее 5,5–6 тыс. руб. При общем числе квот на наш регион почти в 500 единиц эта сумма дополнительных расходов, финансируемых из регионального бюджета, составила 2,7–3 млн. руб. Это лишь в одном из 89 регионов, расположенном на европейской части России. А каковы подобные расходы за пределами Урала? Даже при указанном размере региональных затрат общая их сумма по стране составила не менее 250 млн. руб. Полагаю, что это не есть наиболее рациональное и насущно необходимое применение этим средствам. Например, расходуя их на те же самые квотные эндопротезирования, на местах можно было бы улучшить здоровье около 3700 россиян. Кроме того, по приезду в определенные квотой центры пациент, как правило, выяснял, что не все виды помощи оказываются бесплатными для него. Содоплата на обследование и лечение составила по разным оценкам от 1,5 до 30 тыс. рублей. Этих трат также можно было бы избежать, находись он в клиниках родного региона, где практически все виды обследований можно выполнить по полису ОМС.

Я не называю в качестве системного вопрос о том, какие двойственные чувства испытывает пациент, получив уведомление о

направлении по квоте в тот или иной федеральный центр. С одной стороны, безусловно, радость в связи с представившейся, наконец, возможностью получить требуемую дорогостоящую медицинскую услугу. Но с другой, представьте себе сложности, которые придется ему, как правило, инвалиду, преодолеть, чтобы добраться из Волгограда скажем в Санкт-Петербург, а вскоре после операции (обычно на 8–10-е сутки) вернуться назад. Подобные размышления, вероятнее всего, серьезно омрачали его радость от перспективы лечения. Пишу об этом не понаслышке, лично зная больных, отказавшихся от предоставленной квоты по подобной причине. В этом контексте позволю себе напомнить пункт 2 статьи 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», в которой говорится о праве выбора застрахованным по ОМС гражданином России лечебного учреждения для проведения требуемой медицинской помощи. Как выглядит в свете этой юридической нормы необходимость поездки на лечение в другие города и веси, особенно если пациент осведомлен о том, что ряд клиник его родного города в состоянии весьма успешно провести это лечение в своих стенах?

Следующий вопрос больше специального характера. Он касается содержания перечня видов ВМП. После знакомства с ним стало ясно, что из его 12 позиций в нашем ортопедическом центре давно и успешно выполняются шесть. Причем высокую оценку результатов нашей работы давали не только местные органы управления здравоохранением, но и комиссии курирующих регион НИИ и Минздрава России. В частности, в заключении одной из таких комиссий, подписанном главным ортопедом-травматологом России тех лет, членом-корреспондентом РАМН, профессором Н.В. Корниловым отмечалось, что «...результаты работы Волгоградского ортопедического центра не уступают клиникам Курганского РНЦ ВТО» (состоящего, безусловно, в перечне центров программы ВМП). Естественным представлялось наше недоумение, почему же в таком случае Курганскому научному центру выделено около тысячи квот на проведение операций ВМП, а нашему центру — ни одной. И подобное непонимание, не сомневаюсь, испытывали коллеги из многих клиник нашего и других регионов, поскольку, как известно, не Боги горшки обжигают.

Еще одно соображение системно-специального характера. При анализе ситуации и документов по ВМП нигде не встретилось упоминания о том, почему именно на НИИТО возложено основное бремя практической реализации программы. Потому лишь, что они оказались технически наиболее подготовленными к проведению высокотехнологичных операций? А как же представление о том, что НИИ — это учреждение, главной целью работы которого является научная продукция, элементы фундаментальных исследований, а не рутинное выполнение пусть даже сложных, но вполне «практических» оперативных вмешательств. Не является ли подобное изменение направленности их работы одной из причин нашего отставания в области высоких медицинских технологий? Ведь не секрет, что для осуществления ВМП в эти учреждения централизованно закупается в больших количествах импортная медицинская продукция, никаких собственных разработок в практическую реализацию программы институты не запускают. Кто же в таком случае целенаправленно займется специальными экспериментально-теоретическими изысканиями? Муниципальные больницы?

Следует отметить, что по результатам уже первых полутора лет реализации программы ВМП Агентство Росмедтехнологий сделало организационные выводы и стало включать в список участвующих в ее реализации центров областные, городские и даже некоторые районные (в Западно-Сибирском регионе, в частности) медучреждения. Это процесс, однако, не принял упорядоченного характера. Информации о возможности при опреде-

ленных условиях участвовать в реализации программы практически нет, в частности, она полностью отсутствует на сайте Агентства. И здесь, как и во многом другом в нашей матушке России, кто смел, тот и успел. То есть смогли подать необходимые заявки руководители больниц, имеющие доступ к подобной информации по тем или иным, чаще всего личным, каналам, а остальные пребывают в неведении по этому вопросу. Назрела очевидная необходимость систематизации подобной работы. Целесообразно как минимум разместить исчерпывающую информацию на этот счет на официальном Интернет-портале Агентства.

Безусловно, на всех желающих средств, выделенных федеральным бюджетом на программу, не хватит. Но задача не в том, чтобы удовлетворить все заявки, а в том, чтобы выбрать на местах учреждения, наиболее полно отвечающие требованиям проведения ВМП в первую очередь в кадровом отношении, а также в базовом оснащении для решения подобных задач. Основными критериями при отборе, по нашему мнению, должны стать итоги и результаты уже проведенных стационарами работ по оказанию ВМП. Дальнейшее развитие программы на местах в финансовом отношении частично может быть возложено на местные бюджеты, во всяком случае в размере текущих ежегодных затрат на эти цели. Федеральное же финансирование в общем объеме может оставаться прежним, потребуется лишь перераспределение квот из федеральных центров в территориально отнесенные к ним регионы. Подобная схема организации ВМП, как нам кажется, послужит, с одной стороны, скорейшему развитию этих видов медицинских услуг в масштабе всей страны, подняв отечественную СЗ на качественно новый технологический уровень, а с другой, станет реальным шагом в повышении доступности медицинской помощи населению, особенно отдаленных районов нашей бескрайней Родины.

Срочно в номер

Минздравсоцразвития готовит предложения по модернизации системы здравоохранения, предполагающие изменения системы обязательного медицинского страхования. «Мы вырабатываем основные подходы к решению проблемы, чтобы можно было уже в рамках программы социально-экономического развития РФ до 2020 г. включить в нее целостный раздел, который будет касаться здравоохранения и перспектив его развития до 2020 г.», — пояснила Т. Голикова. «Речь идет о роли государства, медицинских организаций, врача и пациента в системе здравоохранения и соответственно защиты пациентов и обязательств, которые перед ними несет государство и лечащие врачи».

Источник: АМИ-ТАСС

Б.Ц. Ганжурова,
аспирант Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, г. Москва
Л.И. Дежурный,
д.м.н., ведущий научный сотрудник Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения
А.М. Халмуратов,
врач, научный сотрудник Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения
А.В. Чурсанова,
юрисконсульт Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения

РОЛЬ И РЕАЛЬНОЕ УЧАСТИЕ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ В ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Время начала и качество оказания первой помощи пострадавшим в ДТП являются важнейшими факторами, влияющими на летальность, инвалидность и сроки временной утраты трудоспособности при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). Первыми участниками оказания помощи пострадавшему являются очевидцы, водители или пассажиры. Эти люди, как правило, не имеют медицинского образования, но оказываемая ими первая помощь является крайне важной, так как позволяет устранить угрожающие жизни нарушения. Одной из важнейших групп потенциальных участников оказания первой помощи пострадавшим в ДТП являются водители транспортных средств. Особое внимание к этой группе связано с несколькими причинами. Во-первых, водители могут быть непосредственными участниками ДТП и могут сами пострадать. Поэтому для них, в отличие от других участников, актуальными являются вопросы самопомощи. Во-вторых, будучи участниками или свидетелями ДТП водители являются самыми первыми, кто может устранить поражающие факторы и ранние осложнения травмы. В-третьих, это самая массовая группа участников (десятки миллионов человек). Учитывая это, даже минимальное участие их в оказании первой помощи пострадавшим суммарно может дать значительный медицинский, социальный и экономический эффект.

Кроме того, водители являются самой неорганизованной группой участников оказания первой помощи (люди различных возрастов, специальностей, с различным образованием и т.д.). Знания по первой помощи для них являются непрофессиональными и вероятность участия их в оказании первой помощи невысока. Поэтому все вопросы первой помощи для них должны быть абсолютно четкими, недвусмысленными, простыми и понятными.

© Б.Ц. Ганжурова, Л.И. Дежурный, А.М. Халмуратов, А.В. Чурсанова, 2008 г.

В Правилах дорожного движения, в «Законе о безопасности дорожного движения» есть упоминания об оказании первой помощи, водители обучаются правилам оказания первой помощи в автошколах, автомобили оснащены аптечками. Однако данные статистики показывают, что в России при ДТП оказание первой помощи встречается значительно реже, чем можно было бы ожидать.

Так, сотрудниками ГИБДД первая помощь оказывается только лишь в 0,2–0,7% случаев, а водителями автотранспорта — в 7–8% случаев, в то время как неотложные мероприятия требуются не менее чем у 65% пострадавших.

Попробуем выяснить возможные причины этого.

Важное условие оказания первой помощи — адекватное нормативно-правовое регулирование.

Основным документом для водителя являются Правила дорожного движения.

В настоящее время действуют Правила (утвержденные 23 октября 1993 г. Советом Министров — Правительством РФ, Постановление № 1090).

В п. 2.5 Gравил говорится: «При дорожно-транспортном происшествии водитель, причастный к нему, обязан:

...принять ***возможные меры для оказания доврачебной медицинской помощи пострадавшим***, вызвать «Скорую медицинскую помощь» ...».

Законодатель не дает расширенного толкования «возможных мер для оказания доврачебной медицинской помощи». Невозможно определить, что включает в себя данное понятие.

Рассмотрим, какой смысл закладывается в понятие доврачебная помощь. Исходя из того, что после этой формулировки идет требование вызвать скорую помощь, речь идет не о фельдшерских бригадах скорой помощи. Тогда это могли бы быть сами водители или очевидцы, либо сотрудники служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП.

Однако данный термин содержится в Федеральном законе РФ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (принят Государственной Думой 13 июля 2001 года, одобрен Советом Федерации 20 июля 2001 года).

Закон содержит исчерпывающий перечень видов деятельности, подлежащих лицензированию на территории Российской Федерации. В соответствии с п.п. 96 настоящего Закона лицензированию подлежит медицинская деятельность. Постановлением Правительства Российской Федерации было утверждено Положение «О лицензировании медицинской деятельности» от 22 января 2007 г. № 30, которое определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Российской Федерации юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями.

«...Медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию ***доврачебной,*** амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи в соответствии с перечнем, согласно Приложению».

Положение содержит в себе ряд требований, необходимых для получения лицензии. Во-первых, соискатель лицензии должен быть индивидуальным предпринимателем или юридическим лицом. То есть физическое лицо заниматься медицинской деятельностью не имеет права. При этом у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, — соискателя лицензии (лицензиата) должно быть высшее (среднее — в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессиональное (медицинского) образование, послевузовское или дополнительное профессиональное (медицинское) образование и стаж работы по специальности не менее 5 лет.

Кроме того, Приказом Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 323 утвержден Порядок организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении ***доврачебной***, амбулаторно-поликлинической и других видов медицинской помощи.

В соответствии с п. 2 Приказа Минздравсоцразвития России от 13 октября 2005 г. № 63 «Об организации медицинской помощи» ***доврачебная,*** амбулаторно-поликлиническая и далее по тексту другие виды помощи ***организуются в государственных и муниципальных учреждениях*** здравоохранения.

Исходя из этого, термин «доврачебная медицинская помощь» неприменим для обозначения помощи, оказываемой ни водителями, ни сотрудниками служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП. Он вводит в заблуждение и не позволяет адекватно готовить нормативные и другие документы по первой помощи.

Альтернативой могли бы быть термины первая помощь или первая медицинская помощь. Разберем возможность их применения.

В Основах законодательства о здравоохранении РФ в статье 37.1 дано определение видов медицинской помощи:

1. Первичная медико-санитарная помощь.
2. Скорая медицинская помощь.
3. Неотложная медицинская помощь.
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Также в ст. 37.1 прямо говорится: ***«Медицинская помощь оказывается в медицинских организациях,***... ...получивших ***лицензию на медицинскую деятельность».***

Таким образом, использование термина «Первая медицинская помощь» для обозначения помощи, оказываемой водителями и сотрудниками служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП, неприемлемо, так как тогда пришлось бы признать, что «Первая медицинская помощь» не является видом медицинской помощи.

Поэтому нами предлагается использовать термин «Первая помощь», тем более действия на месте происшествия шире, чем только медицинские, и включают извлечение пострадавшего, тушение горящей одежды, вызов скорой помощи и многие другие немедицинские действия.

Рассмотрим теперь аспекты обучения водителей правилам оказания первой помощи.

Получить знания и навыки по оказанию первой помощи водитель должен в автошколе, по 25-часовой программе, что является обязательным при подготовке к получению водительских прав. В настоящее время готовится обоснование к увеличению времени обучения до 36 часов.

Проведенное нами изучение преподавания вопросов первой помощи в автошколах показало его низкое качество. Связано это с отсутствием адекватной нормативной базы, а также с тем, что вопросы оказания первой помощи, не являясь специальными, преподаются по остаточному принципу. Практические навыки не отрабатываются в связи с отсутствием специальных манекенов и тренажеров. Такое оборудование достаточно дорогое, и большинство автошкол не в состоянии его купить. Проблемой автошкол является низкий профессиональный уровень преподавателей по вопросам первой помощи. На наш взгляд, наличие только лишь диплома врача недостаточно для того, чтобы преподавать первую помощь, так как знания по данному разделу были получены преподавателем только в ВУЗе, а потом, как правило, никакой переподготовки не было. Поэтому в большинстве автошкол обучение сводится к заучиванию правильных ответов на вопросы в экзаменационных билетах и тестах и на это в лучшем случае отводится 2–3 часа, а в ряде автошкол занятия по первой помощи вовсе не проводятся. При этом данный подход устраивает всех участников процесса. Автошкола экономит средства, врач получает небольшую зарплату без усилий и временных затрат, а обучаемые экономят свое время.

В проигрыше оказываются только пострадавшие в ДТП и их близкие, а также государство, которое несет огромные потери.

Низкий уровень подготовки в автошколах связан с тем, что основной мотивацией автошкол является подготовка водителя к сдаче экзаменов в ГИБДД и получение дохода. Подготовка идет по принципу минимальной достаточности, а так как экзамены в ГИБДД включают только тестовые вопросы, то только ответы на них и заучиваются. Водителей это тоже устраивает.

Мы считаем, что необходимо изменить форму приема экзамена по первой помощи в ГИБДД как по теоретическим вопросам, так и по сдаче практических навыков. Это заставит и водителей, и автошколы уделять этому вопросу больше внимания. Кроме того, предлагается на нынешнем этапе сократить программу обучения до 8 часов, оставив только самые необходимые знания, но добиться ее выполнения. Кроме того, нельзя перекладывать все финансовые проблемы на водителей.

Проведенный среди 986 водителей опрос показал, что пройти обучение правилам оказания первой помощи готовы около 30%, и только лишь около 4% готовы потратить на это личные средства, то есть практически никто. Пока у водителей нет внутренней мотивации к оказанию первой помощи, необходимость существенных финансовых вложений будет ими саботироваться.

Рассмотрим теперь аспекты, связанные с оснащением транспортных средств аптечками первой помощи. В соответствии с Правилами дорожного движения запрещается эксплуатация автомобилей, не укомплектованных медицинской аптечкой.

Приказом Минздравмедпрома России от 20 августа 1996 г. № 325 «Об утверждении аптечки первой помощи (автомобильной)» был утвержден новый перечень аптечки для оснащения транспортных средств.

Однако данные наших исследований показали, что число случаев оказания первой помощи при ДТП после вступления в силу Приказа № 325 и оснащения автотранспорта аптечками достоверно не изменилось. Исследования показали, что аптечки в большом числе случаев малопригодны для эффективного оказания первой помощи. Связано это с тем, что фирмы, производящие аптечки, не заинтересованы в результатах оказания первой помощи. Основным мотивом для них является получение прибыли. Поэтому в погоне за низкой себестоимостью они используют для комплектования аптечек наиболее дешевые и зачастую не пригодные для эффективного оказания первой помощи устройства и медикаменты. Некоторые элементы, определенные 325-м Приказом Минздравмедпрома России, в аптечках просто отсутствуют. Другие самостоятельно заменены производителем на более дешевые и, по сути, не являющиеся аналогами. Например, таблетки валерианы вместо корвалола, нитросорбид вместо нитроглицерина. Вместо флаконов с зеленкой и аммиаком аптечки комплектуются ампулами. Вкладываемые в большинство аптечек ножницы имеют крайне низкое качество, малые размеры и не способны резать ни ткань, ни бумагу.

Для комплектования используются дыхательные устройства, не имеющие ни инструкции по эксплуатации, ни маркировки, ни сведений о производителе и вообще не пригодные для эксплуатации.

Вместо жгута используются 30-сантиметровые куски жгута Эсмарха, резиновой трубки или резиновой полосы, куски бинта Мартенса. В результате ряду производителей удается снизить себестоимость аптечки, и их оптовая цена может отличаться на очень небольшую сумму, всего на 20–30 руб., но именно эта разница определяет выбор оптовых фармацевтических фирм и соответственно вероятность попадания аптечек в аптеку и потом к потребителю.

Одной из причин этого является то, что контроль качества производимых аптечек реально прекращается после утверждения ТУ, регистрации в Минздраве и получения сертификата соответствия. Фармацевтические фирмы и аптеки отслеживают только

наличие сертификата качества и не вникают в реальный состав аптечки. Со стороны водителей контроль также отсутствует, так как многие из них покупают аптечку не для оказания первой помощи, а только лишь для прохождения технического осмотра и выполнения требования правил дорожного движения по оснащенности автомобиля. Поэтому для водителя при покупке аптечки основное значение имеет ее цена и внешний вид, а не возможность оказать первую помощь.

Опрос водителей показал, что 78% практически не представляют себе состав аптечки и не знают, как ею пользоваться. Из вышеизложенного следует, что в настоящее время водители ограничены в возможности купить качественную аптечку, а соответственно адекватно оказать помощь пострадавшему.

Выходом из создавшегося критического положения должна стать выработка четкой и последовательной концепции развития догоспитальной медицинской помощи. Необходимо разработать и принять единый для всех граждан федеральный закон о первой помощи, который должен определить терминологию, утвердить объем первой помощи, установить порядок и последовательность действий по ее оказанию, определить права и ответственность граждан по оказанию или неоказанию первой помощи и их юридическую защиту в случае неблагоприятного исхода или возникновения в ходе оказания первой помощи осложнений, а также другие аспекты. Закон должен стать основой для разработки и утверждения программ обучения и перечней аптечек для оказания первой помощи.

Кроме того, должны быть разработаны новые эффективные правовые и экономические механизмы, стимулирующие граждан и организации на подготовку и оказание первой помощи пострадавшим в ДТП.

Срочно в номер

На повестку дня совместного заседания Комитета Госдумы по охране здоровья и комиссии Общественной палаты РФ по здравоохранению, состоявшегося 10 апреля, был вынесен вопрос правового обеспечения модернизации здравоохранения. В настоящее время назрела необходимость, как утверждает председатель комиссии Общественной палаты по здравоохранению Леонид Рошаль, определить перечень первоочередных законов, которые должны быть приняты Госдумой, а также последовательность и сроки их принятия. Он перечислил законопроекты, которые должны быть представлены на рассмотрение в Госдуму в ближайшее время. Это федеральные законы «О государственных гарантиях медицинской помощи», «Об обязательном медицинском страховании», «О здравоохранении в РФ», «О частной медицинской деятельности» и др.

Главный вывод состоявшегося совещания — необходимо прежде всего разработать и принять новую концепцию развития здравоохранения, в которой будут обозначены основные направления реформирования отрасли, и что очень важно, по мнению заместителя председателя Комитета Николая Герасименко, выбрать модель здравоохранения: «Предыдущая концепция была принята кулуарно, а цели, поставленные в ней, не были достигнуты». Весьма позитивно, считает он, что сейчас идет общественное обсуждение новой концепции.

Источник: «Фармацевтический вестник»

М.З. Каплан,
д.м.н., зав. кафедрой РУДН
В.Г. Бутова,
М.Р. Кирилина,
Э.И. Бачалова,
И.Ю. Таранова,
МГМСУ, г. Москва

МОТИВАЦИЯ К ТРУДУ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Важная роль в управлении любой организацией отводится мотивации к труду. Мотивация, или стимулы к труду — осознанные побудительные мотивы человеческой деятельности, направленные на удовлетворение потребности человека в труде. Материальные стимулы связаны с потребностью в труде как средстве жизни, моральные — с потребностью в трудовой творческой деятельности, доставляющей удовлетворение общественной значимостью ее результатов. Характер и содержание стимулов определяются общественными отношениями, уровнем развития производительных сил, духовным совершенством личности.

В настоящем исследовании нами сделана попытка оценить стимулы к труду и возможности карьерного роста на основе информации, собранной в ходе анкетирования 630 врачей-стоматологов, работающих в стоматологических поликлиниках г. Москвы различных форм собственности и участвующих в реализации программ ДМС и государственных программ (ОМС, зубопротезная помощь декретированным группам населения на льготных условиях), предоставляющих платные услуги.

Основная масса респондентов считает, что имеющиеся условия труда не соответствуют целям и задачам их профессиональной деятельности. Лишь 39,37% врачей-стоматологов удовлетворены существующими условиями труда.

Средняя заработная плата врачей-стоматологов в стоматологических поликлиниках (работающих в системе ОМС, ДМС, предоставляющих платные услуги) по специальностям соответствует:

- врача-стоматолога терапевта 19 571,43 руб.,
- врача-стоматолога хирурга 15 000 руб.,
- врача-стоматолога ортопеда 23 333,33 руб.

По данным ПРАЙМ-ТАСС, средняя заработная плата москвича превысила отметку 20 тысяч рублей. Учитывая полученную информацию, следует сделать вывод, что в настоящее время стоматологический рынок переполнен предложениями, что сказывается на средней заработной плате врачей-стоматологов, которая приблизилась к средней статистической, сложившейся по всем отраслям. Средний доход в месяц на одного человека в семье врача-стоматолога составляет в среднем 7814 руб.,

© М.З. Каплан, В.Г. Бутова, М.Р. Кирилина, Э.И. Бачалова, И.Ю. Таранова, 2008 г.

причем данный показатель варьирует в различных семьях от 5000 до 27 000 руб.

Следует заметить, что величина прожиточного минимума в Москве за 1 квартал 2007 г. в расчете на душу населения составила 5609 руб. в месяц. Соответствующее Постановление Правительства от 29.05.2007 № 422-ПП подписал Мэр города Ю. Лужков. Величина прожиточного минимума для трудоспособного населения составила 6360 рублей, для пенсионеров — 3830 рублей, для детей — 4780 рублей.

Общеизвестно, что ***низкий уровень*** оплаты труда негативно отражается на медицинских работниках и их семьях. Дефицит материальных средств приводит к ограничению потребностей и сужению интересов, способствует выработке «комплекса неполноценности», вызывает чувство зависти и раздражение (Решетников А.В., 1998).

Основой семейного бюджета врачей-стоматологов преимущественно является доход супруга(и) (35,5% респондентов). При этом большинство респондентов (78,2%) имеют дополнительный источник дохода, занимаясь врачебной деятельностью в частных организациях. Несмотря на это, 34,2% врачей-стоматологов имеют среднемесячный доход на каждого члена семьи ниже величины прожиточного минимума.

Оценивая свое личное материальное положение, респонденты указали, что за время работы в стоматологической поликлинике оно осталось без перемен у 40,00%, ухудшилось у 16,67% и улучшилось у 43,33%.

Среди причин неудовлетворенности своей работой врачи-стоматологи чаще всего указывали следующие:

- размер заработной платы (96,82%),
- отсутствие эффективной системы поощрения за качественный и результативный труд (66,98%),
- отсутствие возможности для профессионального роста (46,98%),
- сложные отношения с коллегами (20%),
- сложные отношения с руководством (16,03%).

Результаты исследования свидетельствуют, что профессиональная деятельность, по мнению 54,30% врачей-стоматологов, выступает как средство реализации собственного потенциала, а также дает возможность завоевать уважение и признание не только коллег, но и друзей (64,76%). Для 80% респондентов важными являются врачебный рейтинг и профессиональная репутация, для 83,33% — удовлетворенность выполняемой работой *(таблица 1)*.

Наличие навыков реализации полученных профессиональных знаний, компетенции используется в интересах всей социальной системы, то есть имеет место как бы альтруистическая мотивация труда основной части врачей-стоматологов, за которой скрывается теневая или неформальная экономика.

Тем не менее, реализация профессионального потенциала может рассматриваться как шаг к карьерному росту. Хотя врач-стоматолог «растет» профессионально, формально оставаясь на одной должности, повышает квалификацию. С опытом повышаются качество работ, профессиональная репутация и доходы, формируется своя клиентская база *(таблица 1)*.

Учитывая, что условия труда и карьерный рост во многом зависят от руководителей, 93,33% врачей-стоматологов считают весьма важным завоевать авторитет у администрации. Для более чем половины (54,30%) респондентов привлекательна административная карьера: рядовой врач — заведующий отделением — заместитель главврача — главный врач.

Возможность творческой реализации в процессе труда научной карьеры свойственна 45,07% респондентов. В этом случае образование стоматолога не заканчивается на ординатуре или интернатуре.

Результаты исследования свидетельствуют о расхождении возможностей и желаний карьерного роста, что также подтверждается причинами неудовлетворенности своей работой врачей-стоматологов.

Таблица 1

Оценка стимулов к труду

Показатель	*Абсолютное значение*	*%*
Профессиональная деятельность выступает как средство реализации собственного потенциала		
важно	342	54,30
неважно	288	45,70
Уважение и признание коллег друзей		
важно	408	64,76
неважно	222	35,24
Врачебный рейтинг, профессиональная репутация		
важно	504	80,00
неважно	126	20,00
Удовлетворенность выполняемой работой		
важно	525	83,33
неважно	105	16,67
Авторитет у администрации		
важно	588	93,33
неважно	42	6,67
Карьерный рост, административная карьера		
важно	342	54,30
неважно	288	45,70
Возможность творческой реализации в процессе труда, научной карьеры		
важно	284	45,07
неважно	346	54,93

В условиях ограниченности сферы мотивированного поведения работника у абсолютного большинства врачей-стоматологов практически нет возможности свободного выбора места приложения труда, степени интенсивности работы, социальной и профессиональной мобильности. Существует завуалированная мотивация труда основной части врачей-стоматологов.

Стимулирование как тактика решения проблемы является ориентацией на фактическую структуру ценностных ориентаций и интересов врачей-стоматологов, на более полную реализацию трудового потенциала.

Литература

1. *Решетников А.В.* Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. — М.: Финансы и статистика, 1998. — 336 с.

Г.Е. Бесстремянная,
к.э.н., с.н.с. Центрального экономико-математического института РАН, стажер Университета Хоккайдо, Япония

НЕЗАВЕРШЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕХОДА К МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ СТАНДАРТАМ В ЯПОНИИ

ВВЕДЕНИЕ

В 1980 году в штате Нью-Джерси впервые была осуществлена попытка финансировать больницы согласно заданным подушевым суммам для пациентов с каждым из разработанных учеными Йельского университета Джоном Томпсоном и Робертом Феттером (John Thompson and Robert Fetter) 383 групп родственных диагнозов (Diagnosis Related Groups — DRG). В 1983 году, согласно поправке к законодательству о финансируемой государством системе оказания медицинской помощи людям старше 65 лет (Medicare), возмещение услуг всех стационаров США, действующих в рамках этой системы, было решено осуществлять на основе фиксированной денежной суммы, заранее предопределенной для лечения человека с каждым из диагнозов.

Следствием перехода на медико-экономические стандарты стало сокращение числа дней госпитализации, уменьшение объема использованных ресурсов и снижение финансовых затрат (Birch, 1988). Однако в то же время увеличилось число повторных госпитализаций, возросла распространенность экономически выгодных диагнозов с высокими весами, выросло число пациентов, которым медицинская помощь была оказана не в полном объеме, все большая доля пациентов после выписки направлялась на дополнительное лечение на дому или в учреждения долговременной помощи (Gay and Kronenfeld, 1990).

Наблюдались сокращение межрегиональной внутристрановой вариации между распространенностью разных диагнозов, снижение доли пациентов с диагнозами, связанными с хирургическим лечением, выделение небольшого количества «лидирующих» диагнозов, финансирование которых составило почти половину всех финансовых ресурсов, а также была отмечена более высокая частота исключительных случаев по сравнению с определенными в разработках Джона Томпсона и Роберта Феттера 5% статистических «выбросов» (Scarpaci, 1988).

Хотя исследования экономистов и не могли однозначно определить, оказывает ли переход к медико-экономическим стандартам положительное или отрицательное влияние собственно на качество предоставленной помощи, возросшее число повторных госпитализаций чаще всего интерпретируется исследователями как подтверждение ранней выписки

© Г.Е. Бесстремянная, 2008 г.

пациентов и свидетельствует о возникновении у медицинского учреждения стимулов разбивать лечение одного пациента на несколько случаев со специально диагностируемыми различными заболеваниями (Gay and Kronenfeld,1990).

СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯПОНИИ

Предоставление медицинской помощи в Японии может быть отнесено к так называемой системе Бисмарка — обязательное медицинское страхование всех граждан, финансируемое за счет взносов со стороны застрахованных, их работодателей и государства.

Первые программы медицинского страхования в Японии были утверждены для неквалифицированных рабочих в 1911 и 1926 годах, военных и жителей деревень — в 1938 году (Higuchi, 1974). В 1941 году возникла система медицинского страхования для квалифицированных рабочих и членов их семей. К 1943 году тем или иным видом медицинского страхования было охвачено более 70% населения. С развитием муниципальных программ национального медицинского страхования и с принятием в 1958 году новых законодательных принципов национального медицинского страхования (вступили в действие в 1961 году) в Японии была достигнута 100%-ная распространенность программ медицинского страхования (Campbell and Ikegami, 1998).

Медицинские учреждения западного типа появились в Японии в 1883 году, когда учившиеся западной медицине (первый медицинский факультет был основан в 1858 году) смогли получать врачебные лицензии (Ikegami, 2005). В это же время государство открыло и первые больницы, практически отсутствовавшие в Японии в связи с тем, что здесь в традиционной медицине не приветствовались инвазивные методы лечения.

В 1948 году в рамках более четкой спецификации медицинских учреждений стационары были разделены на два типа: собственно «больницы» (с числом коек более 20) и «клиники стационарного типа».

В настоящее время большинство частных практик (и больниц, и амбулаторий) в Японии состоят из одного врача, оказывающего преимущественно первичную врачебную помощь. В то же время крупные, прежде всего университетские больницы также являются популярными среди пациентов. Поэтому с апреля 1996 года была введена поправка в закон о медицинском страховании, устанавливающая фиксированный взнос при посещении крупных больниц (свыше 200 коек) без направления врача. В октябре 2006 года термин «фиксированный медицинский взнос» был заменен на «медицинский взнос вне системы страхования», чтобы подчеркнуть ограничения на самостоятельный выбор медицинского учреждения со стороны пациента.

Виды медицинских услуг, список лекарств, отпускаемых по рецепту, а также их стоимость утверждаются в обновляемом каждые 2 года «Перечне услуг и тарифов». Перечень содержит список и стоимость медицинских услуг и медикаментов, предоставляемых в рамках всех программ медицинского страхования как в государственных, так и в частных учреждениях здравоохранения и оплачиваемых совместно страхователем и застрахованным. За исключением акушерства, медицинской профилактики, косметологии и некоторых дополнительных видов помощи, в Японии запрещено предоставлять медицинские услуги сверх Перечня и соответственно требовать за них полную, 100%-ную компенсацию со стороны пациентов (Ikegami, 2006).

Прообраз современного Перечня услуг и тарифов на медицинские услуги и лекарства впервые встречается в платежах за каждую медицинскую услугу, используемых врачами с 1927 года после введения в действие Закона о медицинском страховании. В то же время тарифы были установлены на уровне на 20% ниже средних рыночных цен (Ikegami, 2005). Введение всеобщего национального страхования для самозанятых и безработных (1958 год)

стало связано и с определением стоимости лечения во всех медицинских учреждениях согласно Перечню услуг и тарифов. В связи с тем, что традиционно основные доходы врачей в Японии составляла продажа лекарств, то базовой единицей в списке была средняя стоимость однодневной дозы лекарства. Поэтому и основной принцип составления Перечня — это установление относительно низкой стоимости медицинских услуг и акцент на лекарства.

Перечень тарифов используется как основной инструмент для регулирования объемов медицинской помощи. При этом превалирующим стимулом всегда становится заинтересованность поставщиков. При регулярном пересмотре тарифов в Перечне Министерство здравоохранения изменяет стоимость тех или иных услуг, объемы предоставления которых считаются несоответствующими. Кроме этого, происходит незначительная корректировка всех цен в связи с инфляцией.

ВВЕДЕНИЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ В ЯПОНИИ

Основные проблемы системы здравоохранения Японии связаны, в первую очередь, с дешевизной медицинской помощи для потребителей, которые платят относительно невысокие страховые взносы, а размер сооплаты за услуги в любом (государственном или частном) медицинском учреждении не превышает 30%. Рост объемов потребления услуг системы здравоохранения всеми возрастными группами и старение населения приводят к возрастающему бремени на государственный бюджет по субсидированию всех медицинских планов.

Кроме того, длительный экономический спад, увольнение и уменьшение приема новых сотрудников повлияли на рост числа безработных. Эти граждане застрахованы в рамках муниципальных планов, 50% расходов которых финансируются со стороны государства. Экономический спад стал также причиной снижения средних доходов домохозяйств, поэтому все большее число семей приобретают освобождение от страхового взноса или же просто отказываются от взносов, нарушая тем самым принцип солидарности (число таких семей составляло 45% в 2002 году, Ikegami, 2005).

Другой проблемой здравоохранения Японии является комплекс несоответствий в области организации предоставления медицинских услуг. Его причиной можно считать исторически сложившиеся тесные взаимосвязи стационаров и медицинских вузов. Это влияет на самоизоляцию виднейших клиник и привязанность к определенной научной школе одного из медицинских вузов, что отрицательно сказывается на развитии медицинской стандартизации и статистики, а также на уровне качества медицинских услуг. Отсутствие единых принципов стандартизации отражает и тот факт, что Международный классификатор болезней (International Code of Disease) использовался в 1999 году лишь в 10% стационаров Японии (Ikegami, 2005).

Возможность самостоятельного выбора пациентами медицинского учреждения и прямое обращение к врачам-специалистам приводят к вынужденному рационированию медицинской помощи: длительным очередям, в первую очередь в амбулаторных отделениях стационаров и короткому осмотру у врача.

Для решения обозначенных выше проблем в 1998–2008 годах в Японии проводится комплекс реформ системы медицинского страхования. В первую очередь, реформы направлены на увеличение размеров страховых взносов и доли соплатежей потребителей. Кроме того, оказание медицинской помощи потребителям старше 75 лет и система длительного лечения были выделены в отдельные схемы.

Введение финансирования стационарной помощи согласно медико-экономическим стандартам стало одной из единственных на сегодняшний день мер по увеличению собственно эффективности использования

ресурсов в отрасли. Причиной использования стандартов стала невозможность сохранить низкий уровень компенсации услуг медицинских работников при возросшем объеме медицинской помощи лишь средствами ценового регулирования в рамках Перечня услуг и тарифов.

Действительно, к 2002 году 80% страховщиков системы ***корпоративного*** медицинского страхования (собственные медицинские планы предприятий и организаций) так же, как и в целом система ***национального*** медицинского страхования (муниципальные планы для самозанятых и безработных), действовали в условиях финансового дефицита (Abe, 2007). Снижение агрегированной единой стоимости всего Перечня тарифов на медицинские услуги и лекарства в 2002 и 2004 годах и возросшее противостояние между Японской медицинской ассоциацией и Министерством финансов привели к переводу 80 основных университетских больниц и 2 национальных центров (по лечению рака и болезней сердечно-сосудистой системы) на финансирование в соответствии с «комбинациями диагноз-процедура» (Diagnosis and Procedure Combination — DPC). Некоторое отличие финансирования медицинской помощи, согласно комбинациям диагноз-процедура, от применяемых в США и ряде европейских стран групп родственных диагнозов (Diagnosis Related Groups — DRG) заключается в следующем (Ikegami, 2005):

• Из выделенных экспертами 2552 комбинаций диагноз-процедура* тарифы были установлены для 1860, покрывая таким образом 90% всех случаев лечения и определяя оплату оставшихся 10% согласно прежнему принципу по Перечню тарифов (согласно стоимости каждой услуги и каждого медикамента в ходе госпитализации).

• Подушевой тариф для комбинации диагноз-процедура, тем не менее, зависит от длительности лечения (чем дольше сроки лечения, тем ниже тариф) и от типа больниц.

• Хирургические и другие услуги стоимостью свыше 90 долларов исключены из комбинаций диагноз-процедура и оплачиваются согласно Перечню.

Одновременно с введением медико-экономических стандартов был предусмотрен подробный мониторинг экономической эффективности и клинической результативности лечения в экспериментальных стационарах. Учитывая результаты перехода к стандартам в США, в Японии предполагалось провести следующие виды статистических наблюдений (Министерство здравоохранения, труда и благосостояния, 2004):

• ***Медико-статистические исследования:*** частота применимости стандартов для пациентов учреждения, состав медико-экономических групп и необходимость их корректировки, распространенность исключительных случаев — «выбросов» (outliers) в статистических распределениях, вариация дней пребывания в больнице и других показателей для разных групп диагнозов.

• ***Исследования в области экономической эффективности:*** среднее число дней лечения в больнице, число дней работы койки, соотношение амбулаторных и стационарных пациентов (при каждой больнице Японии существует крупное амбулаторное отделение), ход болезни после выписки, распространенность повторных госпитализаций, количество медикаментов в ходе лечения, объем диагностики.

• ***Исследования качества и клинической эффективности проведенного лечения:*** удовлетворенность пациентов, степень завершенности лечения, обоснованность лечения, предоставление высококачественной медицинской помощи, возможности для клинической научной работы врачей и медсестер, взаимосвязь потоков пациентов в

* В 2004 году число комбинаций «диагноз-процедура» составляло 3074 единиц, а в 2005 году — уменьшено до 2347 единиц. Количество основных диагностических категорий в Японии составляет 16 (Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии, 2006а, 2007б).

Таблица 1

Среднее число дней пребывания в стационарах Японии

	До стандартов	*После стандартов*			
	2002	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*
Стационары, перешедшие на стандарты	21,2	19,7	19,1	18,3	17,4
Стационары, экспериментально внедряющие стандарты	нет данных	16,5	15,5	15,1	14,7
Стационары, планирующие введение стандартов	нет данных	16,3	16,1	15,4	14,5

Источник: Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии (2006a, 2007a).

экспериментально финансируемых стационарах и других медицинских учреждениях муниципалитета и префектуры, другие изменения в системе предоставления медицинской помощи.

Объектом ежегодного обследования стали около 1 миллиона пациентов*, прошедших законченный курс лечения как в стационарах, перешедших на медико-экономические стандарты, так и в стационарах, вводящих стандарты в экспериментальном порядке или же планирующих перейти на стандарты в будущем. Численность этих трех групп анализируемых стационаров в 2005–2006 годах составила, соответственно, 82, 62 и 228 учреждений здравоохранения.

Вопросы по качеству и полноте оказанной пациентам медицинской помощи задавались врачам и среднему медицинскому персоналу и пациентам подвыборки тех же трех групп стационаров: в 2005 году, соответственно, 24, 62 и 16 учреждений здравоохранения, в которых суммарно было опрошено 6855 врачей, 21 600 медсестер и 22 641 пациент.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ В ЯПОНИИ

Одной из главных целей перехода на медико-экономические стандарты в Японии стало создание экономических стимулов по сокращению чрезвычайно высокого числа дней пребывания в стационаре. Снижения этого показателя действительно удалось достичь: в первый год перехода к стандартам среднее число дней госпитализации сократилось на 1,5 дня, продолжая постепенно снижаться и в дальнейшие годы. Та же тенденция наблюдается не только в экспериментальных, но и в обычных стационарах, еще не перешедших на стандарты *(таблица 1)*. Введение стандартов стимулировало также сокращение доли стационарных пациентов и увеличение доли амбулаторных. Более высокий показатель числа дней госпитализации в стационарах, перешедших на стандарты, по сравнению с другими типами стационаров объясняется тем, что здесь оказывается более специализированное и сложное лечение.

В то же время степень завершенности лечения пациентов снизилась в первый год введения стандартов. В 2002–2003 годах доля пациентов, получивших при выписке заключение «полное выздоровление», сократилась с 12 до 8%, а доля пациентов с заключением «общее улучшение» в этот период, наоборот, возросла — с 67 до 71%. Эта же тенденция сохранялась и в дальнейшем: в 2006 году доля пациентов с «полным выздоровлением» составила лишь 5%, что более чем в 2 раза ниже показателя 2002 года *(таблица 2)*.

* Общая численность населения Японии — 128 миллионов человек.

Таблица 2

Степень завершенности лечения в стационарах Японии, перешедших на медико-экономические стандарты, — виды медицинских заключений, полученных при выписке (% пациентов)

	До стандартов	*После стандартов*			
	2002	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*
Выписано с заключением «полное выздоровление»	11,7	8,1	6,5	6,6	5,1
Выписано с заключением «общее улучшение»	67,1	70,7	73,1	72,4	74,1

Источник: Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии (2006а, 2007а).

Таблица 3

Ответы врачей и медсестер на вопрос о результативности лечения по стандартам в Японии (% медицинских работников)

	2004	*2005*
В определенной степени результативно	39,1	40,0
Весьма результативно	33,3	30,5
Затрудняюсь ответить	23,1	24,0

Источники: Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии (2005, 2006а,б).

Таблица 4

Ответы врачей и медсестер на вопрос о завершенности лечения по стандартам в Японии (% медицинских работников)

	2004	*2005*
Полностью завершено	32,6	30,9
В определенной степени завершено	38,0	38,9
Затрудняюсь ответить	24,7	24,3
Не завершено	1,4	1,7

Источник: Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии (2006б).

Хотя количество пациентов, выписанных с диагнозом «полное выздоровление», постепенно сокращается после перехода на стандарты, мнение медицинских работников о высокой результативности и лишь незначительном сокращении завершенности оказанного пациентам лечения является достаточно стабильным *(таблицы 3 и 4)*. С другой стороны, такой опрос стал проводиться только после введения стандартов, поэтому он не дает возможности сопоставить мнение медицинских работников с их представлениями о результативности оказания медицинских услуг без стандартов.

Интересно отметить, что почти 35% врачей и 75% медсестер в Японии признают недостаточное понимание принципов оказания медицинской помощи согласно медико-экономическим стандартам (Министерство

Таблица 5

Повторные госпитализации в стационарах Японии, перешедших на медико-экономические стандарты

	До стандартов	*После стандартов*			
	2002	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*
Повторные госпитализации в течение полугода, % всех пациентов	9,5	11,1	11,7	12,8	13,4
Повторные госпитализации в течение 6 недель после выписки, % повторных госпитализаций	79,9	81,7	82,3	83,1	82,8
Повторные госпитализации ***с тем же самым диагнозом*** в течение 6 недель после выписки, % повторных госпитализаций	41,4	47,2	50,8	52,1	52,9

По данным Министерства здравоохранения, труда и благосостояния Японии (2006а,2007а, 2007в).

здравоохранения, труда и благосостояния Японии, 2006б), что подтверждает высокую субъективность ответов на вопрос о результативности лечения согласно стандартам. К сожалению, показатель осведомленности медицинских работников о медико-экономических стандартах практически не повышается с течением времени.

Что же касается мнения пациентов, то около 20% из них ощущают изменения в содержании, а 35% — в оплате оказанного им лечения после введения стандартов.

С другой стороны, возрастающее число повторных госпитализаций может рассматриваться в качестве объективного индикатора незавершенности стационарного лечения согласно предписанным срокам госпитализации пациентов. При этом, если до введения стандартов доля экстренных повторных госпитализаций (в течение 6 недель после выписки) ***с тем же самым диагнозом*** составляла 41% от всех повторных госпитализаций, то сразу после реформы она возросла до 47%, а к 2005 году — до 53% *(таблица 5)*.

Анализ данных выборки пациентов в стационарах, перешедших на стандарты (6172 пациента в 2002 году и 8183 пациента в 2003 году), демонстрирует, что, с одной стороны, сокращение распространенности госпитализаций лишь с целью диагностики и начало лечения того же самого заболевания только в ходе повторной госпитализации является свидетельством экономической эффективности применения стандартов. С другой стороны, рост объяснения причин повторных госпитализаций неклассифицируемой категорией «другое» *(рис. 1)*, заставляет предположить, что повторные госпитализации превратились также и в способ «обойти» строгие предписания стандартов.

Другим индикатором незавершенности лечения стала возросшая частота направления пациентов на диспансерное или длительное домашнее наблюдение, а также перевод в другие стационары.

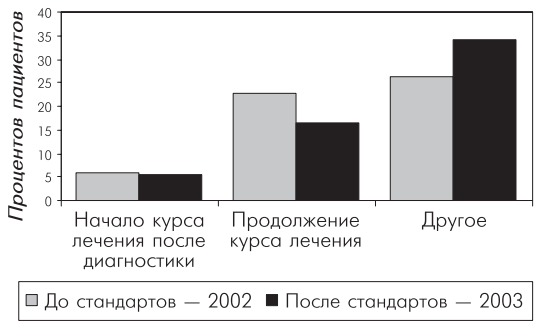


Рис. 1. **Причины повторной госпитализации с тем же самым диагнозом в течение 6 недель после выписки (% повторных госпитализаций).**
По данным Министерства здравоохранения, труда и благосостояния Японии (2004).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методические основы мониторинга различных аспектов финансово-экономической и клинической эффективности использования медико-экономических стандартов были разработаны Министерством здравоохранения, труда и благосостояния Японии в 2002 году — в преддверии введения эксперимента в 82 государственных стационарах. Статистический учет практически каждого законченного случая лечения и постепенное расширение числа участников эксперимента (в 2006 году оно достигло 360 стационаров) позволили создать базу данных из более 1 млн. наблюдений, ставшую первичным источником для ежегодных отчетов о результативности использования нового метода финансирования здравоохранения.

Статистический анализ данных о законченных случаях лечения пациентов в этих стационарах Японии в 2002–2006 годах так же, как и мнение почти 28,5 тысяч медицинских работников и 22,5 тысяч пациентов 102 стационаров о завершенности оказанного лечения в результате перехода к медико-экономическим стандартам в Японии, свидетельствуют о том, что введение данного метода финансирования поставщиков вызывает сокращение длительности госпитализаций и приводит к рационированию утилизации медицинских ресурсов в стационарах. Иными словами, система экономических стимулов при использовании стандартов вызывает недостаточно полное оказание медицинской помощи.

Поэтому при введении медико-экономических стандартов важное значение приобретают независимый мониторинг и определение необходимых показателей, связанных с объемом и качеством предоставленной медицинской помощи. Существенным шагом в совершенствовании данной системы компенсации затрат поставщиков становится и медико-статистическая корректировка самих стандартов.

Литература

1. *Abe Yu.* The effectiveness of financial incentives in controlling the health expenditures of seniors//Japan and the World Economy. — 2007. — 19. — 461–482.
2. *Birch S.* DRGs UK style: a comparison of UK and US policies for hospital cost containment and their implications for health status//Health Policy. — 1988. — 10. — 143–154.
3. *Campbell J., Ikegami N.* The art of balance in health policy. Cambridge University Press, 1998.
4. *Gay E.G., Kronenfeld J.J.* The DRG experience: problems from changing reimbursement practice//Social Science and Medicine. — 1990. — 31(10). — 1103–1118.
5. *Higuchi T.* Medical care through social insurance in the Japanese rural sector//International Labor Review. — 1974. — 109(3). — 251–274.
6. *Ikegami N.* Japan. In: Comparative Health Policy in the Asia-Pacific/Ed. R. Gauld. Open University Press, England, 2005. — P. 122–145.
7. *Ikegami N.* Should providers be allowed to extra bill for uncovered services? Debate, resolution, and sequel in Japan//Journal of Health Politics, Policy and Law. — 2006. — 31(6). — 1129–1149.
8. *Scarpaci J.L.* DRG calculation and utilization patterns: a review of method and policy//Social Science and Medicine. — 1988. — 26(1). — 111–117.
9. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии. (2004). Об обследовании 16 года Хэйсэй по оценке последствий перехода к DPC. 27 мая 2004 г.
10. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии. (2005). Об обследовании 16 года Хэйсэй по оценке последствий перехода к DPC и его результатах. 27 апреля 2005 г.
11. Об обследовании 17 года Хэйсэй по оценке последствий перехода к DPC и его результатах. 24 мая 2006 г. (2006а).
12. Исследование результативности лечения и удовлетворенности пациентов. 27 апреля 2006 г. (2006б).
13. Об обследовании 18 года Хэйсэй по оценке последствий перехода к DPC и его результатах. 22 июня 2007 г. (2007а).
14. Об обследовании 19 года Хэйсэй по оценке последствий перехода к DPC и его результатах. Промежуточный отчет. 21 ноября 2007 г. (2007б).
15. Об обследовании пациентов, прошедших лечение в стационарах в период с июля по декабрь. 22 июня и 11 июля 2007г. (2007в).

Рубрику ведет д.э.н. Кадыров Ф.Н.

ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ О ФИНАНСОВОМ АНАЛИЗЕ

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ФИНАНСОВОГО АНАЛИЗА

Финансовый анализ организации (медицинского учреждения и т.д.) является составной частью экономического анализа. Он представляет собой совокупность методов сбора и обработки данных о производственно-финансовой деятельности, обеспечивающих оценку и принятие управленческих решений.

Главная цель финансового анализа — решить, где, когда и как использовать финансовые ресурсы для эффективного развития производства и получения максимума прибыли.

Финансовый анализ важен не только для определения стратегии деятельности самих медицинских учреждений, но и для организации контроля со стороны собственника, вышестоящих органов, территориального фонда и страховых медицинских организаций за рациональностью использования средств, для оценки эффективности действующего хозяйственного механизма в целом.

В процессе финансового анализа применяются различные методики, используются различные показатели. Достаточно указать хотя бы такие показатели, как рентабельность, ликвидность, платежеспособность, кредитоспособность, запас финансовой устойчивости (зона безопасности), степень риска, эффект финансового рычага и другие. Обилие различных подходов к финансовому анализу требует их определенной классификации и упорядочения. Иначе трудно оценить значимость этих показателей, дать их правильную интерпретацию.

Принято выделять три основных вида (направления) финансового анализа:

1. Анализ имущества (собственности, капитала) организации;
2. Анализ финансовой деятельности;
3. Анализ финансового состояния (положения).

Дадим краткую характеристику этих направлений финансового анализа и соотношение их между собой (более подробно эти направления будут рассмотрены в специальных параграфах).

Целью ***анализа имущества*** организации является изучение состава, структуры и динамики имущества организации. В силу особенностей имущественных отношений бюджетных медицинских учреждений возможности использования в них методов анализа имущества крайне ограничены.

Анализ финансовой деятельности призван дать характеристику финансовых результатов, эффективности деятельности медицинского учреждения за определенный период деятельности (месяц, квартал, год и т.д.) безотносительно к стартовому состоянию. Другим словами, выясняя

показатели финансовой деятельности, мы определяем, хорошо или плохо работало медицинское учреждение в этот период. Но на начало периода у учреждения могли быть большие долги (кредиторская задолженность) или, наоборот, оно могло иметь большой объем дебиторской задолженности. Поэтому, несмотря на успешную работу учреждения (например, за квартал), его реальное финансовое состояние может оказаться тяжелым из-за долгов, имевшихся на начало периода, или наоборот. Таким образом, анализ финансовой деятельности характеризует динамику финансов учреждения, промежуточные финансовые результаты. Анализ показателей финансовой деятельности часто именуют анализом хозяйственной деятельности, анализом деловой активности, анализом финансовых результатов.

Анализ финансового состояния (положения) представляет собой аналитическое исследование способности организации финансировать свою деятельность. Финансовое состояние характеризуется обеспеченностью финансовыми ресурсами, необходимыми для нормального функционирования организации, целесообразным их размещением и эффективным использованием, финансовыми взаимоотношениями с другими юридическими и физическими лицами, платежеспособностью и финансовой устойчивостью.

Финансовое состояние — это важнейшая характеристика экономической деятельности организации во внешней среде. Оно определяет конкурентоспособность организации, ее потенциал в деловом сотрудничестве, оценивает, в какой степени гарантированы экономические интересы самой организации и ее партнеров. Экономический анализ финансового состояния характеризует статику, состояние финансов учреждения на определенный момент, конкретную дату.

В финансовом положении отражается как состояние финансов на предыдущую дату, так и произошедшие за этот период изменения. Другими словами, «финансовое состояние на определенную дату» — это «финансовое состояние на предыдущую дату» плюс «финансовая деятельность за период между этими датами».

Уже отмечалось, что изучение финансового положения бюджетных медицинских учреждений является новым направлением экономического анализа, получившим развитие только в последние годы. При традиционном бюджетном финансировании, обеспечивающем гарантированность поступления средств, анализ финансового положения больницы или поликлиники просто не имел смысла. В нынешней же ситуации данное направление выходит на передний план, поскольку от этого зависит само выживание учреждения. Причем для него важно знать не только сумму поступления финансовых средств, но и размер потенциально возможных доходов и соответственно размер упущенной выгоды.

С точки зрения оценки работы медицинских учреждений и их подразделений с целью материального стимулирования, можно сказать следующее:

- показатели финансовой деятельности — это показатели, на основании которых мы решаем, заслуживает ли подразделение (учреждение) поощрения;
- показатели финансового положения — это показатели, на основании которых мы решаем, имеются ли средства для поощрения.

Универсальным документом, отражающим как имущество медицинского учреждения, так и его финансовое состояние, и финансовые результаты, является бухгалтерский баланс. Однако, в отличие от предприятий и коммерческих организаций, оказывающих медицинские услуги, традиционные методы анализа баланса для бюджетных медицинских учреждений не всегда пригодны. Это вызвано следующим:

Во-первых, бюджетные (государственные и муниципальные) медицинские учреждения не являются собственниками имущества и поэтому не могут продать что-либо из основных

средств для улучшения своего финансового состояния. Следовательно, основные средства — наиболее крупная статья баланса выпадают из сферы реальных экономических отношений.

Во-вторых, большое влияние на показатели баланса оказывают периодические переоценки основных средств. Между тем увеличение стоимости основных фондов никак не улучшает реального финансового положения бюджетного медицинского учреждения.

В-третьих, в медицинских учреждениях обычно ведется единый баланс по всем источникам средств. В этих условиях анализ баланса малопоказателен — нужен отдельный анализ использования средств по бюджету, средствам обязательного медицинского страхования, предпринимательской деятельности.

Можно указать и ряд других особенностей составления баланса в медицинский учреждениях, препятствующих получению полноценной информации или являющихся причиной его малой информативности.

К сожалению, анализировать баланс, просто оставив в стороне основные средства, нельзя — баланс не сойдется из-за того, что в суммах финансирования, фондах в основных средствах (пассив баланса) содержатся суммы, которые должны соответствовать основным средствам в активе баланса.

Учитывая все это, приходится разрабатывать специальные дополнительные формы анализа.

Можно выделить две основные группы факторов, влияющих как на результаты финансовой деятельности, так и на финансовое состояние медицинского учреждения:

1. Внешние факторы:

— система финансирования (оплаты оказанных медицинских услуг);

— уровень цен (тарифов) — при оказании платных услуг и в системе ОМС;

— величина подушевых нормативов;

— система налогообложения и т.д.

Медицинские учреждения имеют ограниченные возможности влиять на эти факторы, поэтому вынуждены приспосабливаться к ним. Внешние факторы определяют разновыгодность тех или иных видов медицинской помощи, направлений деятельности и т.д. вне связи с реальными показателями работы медицинского учреждения.

Это те ориентиры, которым должны следовать учреждения здравоохранения в выборе наиболее рациональных с экономической точки зрения направлений деятельности в данных условиях. Хотя необязательно это наиболее эффективные виды деятельности с точки зрения общества в целом или с медицинской точки зрения.

2. Внутренние факторы:

— структура медицинского учреждения;

— показатели работы учреждения и его подразделений;

— система стимулирования (система оплаты труда) и т.д.

Внутренние факторы определяются особенностями самого медицинского учреждения. Это те факторы, на которые медицинское учреждение может оказать влияние, изменив что-то в своей работе.

В итоге медицинское учреждение строит свою работу с учетом как внешних, так и внутренних факторов. Поэтому необходимо различать:

— показатели работы подразделений медицинского учреждения как результат их собственного труда;

— показатели как результат, связанный с внешними факторами (цены и т.д.).

Действительно, из-за недостаточного уровня тарифов на оказываемые услуги в системе ОМС медицинское учреждение даже при хороших производственных показателях (например, при высоких значениях функции врачебной должности или оборота койки) может испытывать серьезные финансовые трудности или, наоборот, благодаря стабильному бюджетному финансированию иметь хорошее финансовое положение при низких производственных показателях.

АНАЛИЗ ДОХОДОВ И РАСХОДОВ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Теоретически анализ доходов и расходов не представляет сложности. Однако, когда возникает необходимость провести подобный анализ на практике, сразу возникает вопрос, какие показатели доходов и какие показатели расходов использовать. Каково экономическое значение сопоставления между собой различных показателей доходов и расходов? Как интерпретировать полученные результаты?

Основная сложность проблемы заключается в том, что, во-первых, существуют различные показатели как доходов, так и расходов, а во-вторых, необходимо уточнить, что включать в состав этих показателей (например, включать или не включать в налог на добавленную стоимость и т.п.).

Полученный доход (выручка) может включать в себя различные виды налогов: НДС, налог с продаж, акцизы и т.д. — с учетом того, распространяются ли они на определенные виды деятельности, действуют ли в определенный период (например, налог с продаж в настоящее время не применяется). В целях оценки финансовых результатов целесообразно, чтобы финансовый анализ основывался на выручке, из которой исключены подобные виды налогов. Другими словами, доходы целесообразно брать за вычетом налога на добавленную стоимость, налога с продаж, акцизов и т.д. (по тем видам продукции, работ и услуг, которые предполагают обложение этим налогом).

Основными показателями доходов медицинских учреждений являются:

Начисленные доходы — характеризуют потенциальные доходы учреждения (бюджет — по утвержденной смете или лимитам бюджетных обязательств, ОМС и платные услуги — по сумме выставленных счетов).

Полученные (кассовые) доходы — характеризуют реально поступившие в учреждение средства (на счета, в кассу и т.д.).

Основными показателями расходов являются:

Фактические расходы — характеризуют реально потребленные ресурсы, часть из которых, возможно, еще не оплачена. Другими словами, расходы, производимые учреждениями на мероприятия, предусмотренные по сметам доходов и расходов, финансируемым из федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, а также осуществляемым за счет средств, полученных от предпринимательской деятельности, целевых средств и безвозмездных поступлений, оформленные соответствующими документами, являются фактическими расходами учреждения, включая расходы по неоплаченным счетам кредиторов, обязательствам перед бюджетом, государственными внебюджетными фондами, начисленной заработной плате, стипендиям и др.

Кассовые расходы — характеризуют реально потраченные учреждением средства по всем каналам (со счетов, из кассы и т.д.). Другими словами, кассовый расход — операция по списанию средств со счета органа казначейства или в кредитной организации в оплату принятых в установленном порядке получателем обязательств, подлежащих оплате за счет средств соответствующего бюджета.

Рассмотрим методологию анализа доходов и расходов исходя из следующих условных значений используемых показателей *(Таблица 1)*.

Таблица 1

Значения различных показателей доходов и расходов

Показатели	*Значения показателей*
Начисленные доходы	500 000
Полученные (кассовые) доходы	425 000
Фактические расходы	460 000
Кассовые расходы	400 000

Глядя на приведенные цифры, трудно сказать что-либо определенное о финансовой деятельности учреждения. Очевидно, нужно сопоставить эти показатели между собой. Но какие показатели сопоставлять и о чем будет свидетельствовать результат?

Для того, чтобы в процессе анализа задействовать все указанные выше показатели, можно предложить следующую этапность его проведения *(Таблицы 2–9)*:

1. ***Сопоставление полученных доходов и кассовых расходов.***

Таблица 2

Кассовые доходы	*Кассовые расходы*	*Разница (превышение доходов над расходами)*
425 000	400 000	+ 25 000

Разница между полученными доходами и кассовыми расходами характеризует соотношение этих показателей между собой (что больше: полученные или потраченные средства). Это оценка использования реально располагаемых денежных средств. Как правило, сумма полученных (кассовых) доходов примерно соответствует кассовым расходам. Превышение кассовых доходов над кассовыми расходами обычно связано с тем, что в данном периоде не успели использовать все поступившие средства. Обратная ситуация характерна для случаев, когда на начало периода у учреждения имелись определенные денежные средства и поэтому возможна ситуация, когда в данном периоде потрачено больше, чем реально получено.

В нашем случае кассовые доходы оказались на 25 000 руб. больше, чем кассовые расходы. Вроде бы это хорошо.

НО: *Возможно, мы не произвели каких-либо платежей (расходов) из-за недостатка средств на счетах (например, за электричество), а ресурсы потребили.*

Для того, чтобы учесть этот фактор, необходимо перейти к следующему этапу анализа:

2. ***Сопоставление полученных (кассовых) доходов и фактических расходов.***

Таблица 3

Кассовые доходы	*Фактические расходы*	*Разница (превышение доходов над расходами)*
425 000	460 000	- 35 000

Разница между кассовыми доходами и фактическими расходами характеризует соотношение этих показателей между собой (что больше: полученные или потребленные учреждением ресурсы). Это оценка достаточности реально располагаемых денежных средств для оплаты потребленных ресурсов.

Практика показывает, что в настоящее время для многих учреждений эта разница является отрицательной, что означает недостаточность получаемых доходов для возмещения потребленных ресурсов.

И действительно, в нашем примере мы имеем отрицательное значение (-35 000 руб.). Это означает, что кассовые доходы оказались меньше, чем фактические расходы (реально потребленные ресурсы). То есть учреждение получило меньше средств, чем оно реально расходует. Это создает серьезную финансовую угрозу дальнейшей деятельности медицинского учреждения.

НО: *Полученные доходы, характеризуя реально поступившие средства, ничего не говорят о потенциальных доходах, о том, сколько учреждение заработало (должно получить).*

Для того, чтобы учесть эти моменты, используется сопоставление следующих показателей:

3. ***Сопоставление начисленных доходов с фактическими расходами:***

Таблица 4

Начисленные доходы	*Фактические расходы*	*Разница (превышение доходов над расходами)*
500 000	460 000	+ 40 000

Разница между начисленными доходами и фактическими расходами характеризует, насколько потенциальные доходы учреждения способны покрыть сумму реально потребляемых учреждением ресурсов.

Учитывая, что по той или иной причине не все выставленные медицинским учреждением счета будут оплачены, необходимо, чтобы разница была не только положительной, но и не менее, чем предполагаемая (по сложившейся практике) сумма неоплаченных счетов.

В нашем случае превышение начисленных доходов над фактическими расходами составило 40 000 руб. Это обнадеживающая цифра.

НО: *Фактические расходы невозможно (и нецелесообразно) считать чаще, чем 1 раз в месяц. Поэтому оперативно эту информацию не получить.*

Более оперативной может быть информация, получаемая по следующей схеме:

4. ***Сопоставление начисленных доходов и кассовых расходов***

Таблица 5

Начисленные доходы	*Кассовые расходы*	*Разница (превышение доходов над расходами)*
500 000	400 000	+ 100 000

Разница между начисленными доходами и кассовыми расходами характеризует потенциальные финансовые резервы учреждения.

НО: *Не ясно, насколько можно рассчитывать на эти резервы (мы не знаем, получим мы всю сумму выставленных счетов или нет). Кроме того, возможно, не все потребленные учреждением ресурсы оплачены.*

Для того, чтобы оценить реалистичность наших ожиданий необходимо сопоставить следующие показатели:

5. ***Сопоставление фактических расходов и кассовых расходов***

Таблица 6

Фактические расходы	*Кассовые расходы*	*Разница (кредиторская задолженность)*
460 000	400 000	+ 60 000

Разница между фактическими расходами и кассовыми расходами характеризует сумму потребленных учреждением ресурсов, оставшихся неоплаченными. Эта величина составляет кредиторскую задолженность (точнее, прирост кредиторской задолженности). Поэтому далее необходим стандартный анализ кредиторской задолженности.

6. ***Сопоставление начисленных доходов и полученных доходов***

Таблица 7

Начисленные доходы	*Полученные (кассовые) доходы*	*Разница (дебиторская задолженность)*
500 000	425 000	+ 75 000

Разница между начисленными и полученными доходами характеризует результат действия двух факторов:

1. Полноту оплаты выставленных счетов (при стабильности объемов оказываемых услуг и неизменности цен в идеале эти показатели должны совпадать).

2. Степень увеличения суммы выставляемых счетов за счет роста цен и объемов оказываемых услуг.

Объемы неоплаченных счетов, как правило, составляют основную часть дебиторской задолженности учреждения. Соответственно далее необходим стандартный анализ оплаты выставляемых счетов.

7. *Сопоставление дебиторской и кредиторской задолженности*

Таблица 8

Дебиторская задолженность	*Кредиторская задолженность*	*Разница (потенциальная прибыль)*
75 000	60 000	+ 15 000

Заметим, что мы не касаемся здесь бухгалтерских нюансов формирования показателей дебиторской и кредиторской задолженности.

Еще одно существенное замечание: получить краткосрочные хорошие финансовые показатели в здравоохранении не так уж и сложно: достаточно платить минимально возможный размер оплаты труда (по ЕТС), экономить во всем, не вкладывать средства в развитие и т.д. Однако очень скоро возрастет текучесть кадров, будет ломаться оборудование, снизится качество медицинской помощи и т.д. В итоге мы потеряем пациентов, и произойдет крах. Тогда текущие хорошие финансовые показатели мало чего стоят.

Попытаемся свести основные виды доходов и расходов в одну таблицу и посмотреть на их соотношение между собой (*таблица 9*). Сравнивание каких-либо показателей с собой лишено смысла. Поэтому в соответствующих клетках стоят прочерки. Следует обратить внимание, что если по клеткам, в которых стоят прочерки, провести прямую линию, то мы увидим, что получилось зеркальное отражение верхней и нижней частей.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АНАЛИЗЕ ФИНАНСОВОГО СОСТОЯНИЯ

Финансовое состояние может быть устойчивым, неустойчивым и кризисным. Способность медицинского учреждения своевременно производить платежи, финансировать свою деятельность на расширенной основе свидетельствует о его хорошем финансовом состоянии. Финансовое состояние учреждения зависит от результатов его производственной, коммерческой и финансовой деятельности. Если производственный и финансовый планы успешно выполняются, то это положительно влияет на финансовое положение учреждения. И, наоборот, в результате недовыполнения плана оказания медицинских услуг происходит повышение себестоимости услуги, уменьшение выручки и суммы прибыли и как следствие — ухудшение финансового состояния учреждения и его платежеспособности.

Устойчивое финансовое положение в свою очередь оказывает положительное влияние на выполнение производственных планов и обеспечение нужд производства необходимыми ресурсами. Поэтому финансовая деятельность как составная часть хозяйственной деятельности направлена на обеспечение планомерного поступления и расходования денежных средств, выполнение расчетной дисциплины, достижение рациональных пропорций собственного и заемного капитала (это касается только частных медицинских организаций) и наиболее эффективное его использование.

Финансовое состояние учреждения характеризуется размещением и использованием средств учреждения. Эти сведения представляются в балансе организации. Основными факторами, определяющими финансовое состояния организации, являются, во-первых, выполнение финансового

Таблица 9

Соотношение различных показателей доходов и расходов между собой

	Начисленные доходы	*Полученные (кассовые) доходы*	*Фактические расходы*	*Кассовые расходы*
Начисленные доходы		Степень реального получения заработанных средств (дебиторская задолженность)	Потенциальная достаточность заработанных средств для покрытия реальных расходов	Степень превышения заработанных средств над оплаченными расходами (потенциальный запас прочности)
Полученные (кассовые) доходы	Степень реального получения заработанных средств (дебиторская задолженность)		Достаточность реально полученных средств для покрытия реальных расходов	Степень превышения полученных средств над оплаченными расходами
Фактические расходы	Потенциальная достаточность заработанных средств для покрытия реальных расходов	Достаточность реально полученных средств для покрытия реальных расходов		Размер превышения реальных расходов над оплаченными (кредиторская задолженность)
Кассовые расходы	Степень превышения заработанных средств над оплаченными расходами (потенциальный запас прочности)	Степень превышения полученных средств над оплаченными расходами	Размер превышения реальных расходов над оплаченными (кредиторская задолженность)	

плана и пополнение по мере возникновения потребности собственного оборота капитала за счет прибыли и, во-вторых, скорость оборачиваемости оборотных средств (активов). Сигнальным показателем, в котором проявляется финансовое состояние, выступает платежеспособность организации, под которой подразумевают его способность вовремя удовлетворять платежные требования, возвращать кредиты, производить оплату труда персонала, вносить платежи в бюджет. В оценку финансового состояния медицинского учреждения входит бухгалтерского анализ, пассив и актив, их взаимосвязь и структура; анализ использование капитала и оценка финансовой устойчивости; анализ платежеспособности и кредито-способности организации и т.д.

В заключение анализа финансового состояния необходимо обобщить все результаты анализа и сделать более точный диагноз финансового состояния, а также его прогноз на перспективу развития и выживания организации. Следует разработать также конкретные мероприятия, которые позволят улучшить финансовое состояние. Прежде всего, это мероприятия, направленные на увеличение объемов оказываемых услуг, повышение их качества и конкурентоспособности, снижение себестоимости, рост прибыли и рентабельности, ускорение оборачиваемости капитала и более полное эффективное использование производственного потенциала организации. При этом необходимо оценить свои возможности и выбрать оптимальную стратегию.

По результатам анализа должны быть приняты конкретные меры по улучшению структуры баланса и финансового состояния медицинского учреждения.

В следующих публикациях будут более подробно рассмотрены отдельные направления анализа финансового состояния организации.

И.Н. Мартьянов,
врач, к.м.н., г. Москва

ДРУЖИТЕ С ДОКТОРАМИ

В последнее время много пишут и говорят о том, сколько стоит бесплатная медицина. Подразумевается, что качество ее крайне низкое, во избежание негативных последствий пациенты платят врачам, но и это не гарантирует качества. Нас подводят к мысли, что вся медицина должна стать платной.

Платная медицина в нашей стране уже существует не один год. Почти всем лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ) дано право оказывать платные медицинские услуги. Увеличивается число лиц, застрахованных по добровольному медицинскому страхованию (ДМС). Заметно растет количество клиник и медицинских центров, работающих только на коммерческой основе. Есть разные формы расчетов за оказание медицинской помощи между плательщиком (страховая компания, предприятие или физическое лица) и ЛПУ. В московском регионе наиболее часто расчеты производятся по факту за количество оказанных медицинских услуг. Реже оплата осуществляется за факт «прикрепления» пациента к ЛПУ и др.

Рынок медицинских услуг активно развивается. ЛПУ предлагают платные услуги, а потребители (страховые компании, предприятия и физические лица) выбирают и покупают эти услуги. Каков результат внедрения рыночных отношений в здравоохранение? Все ли хорошо в платной медицине?

С точки зрения пациента и с точки зрения государства (которое должно заботиться о сохранении здоровья своих граждан), цели совпадают: пациенту должно быть оказано такое количество диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, чтобы поддерживать состояние здоровья на оптимальном уровне.

Однако, с точки зрения ЛПУ, цели медицинского обслуживания несколько изменились. Ставшая почти национальной идея зарабатывать деньги овладела и ЛПУ. Они озабочены не только тем, как оказать медицинскую помощь, но и тем, как в одних ситуациях продать возможно большее количество услуг (при оплате за услугу) и как в других ситуациях оказать возможно меньшее количество услуг (при оплате за «прикрепление»). Причем непосредственно функции продавца возложены на врачей, и у них от продаж зависит величина зарплаты. И чем очевиднее для врача связь величины его зарплаты с количеством проданных медицинских услуг, тем больше у него заинтересованность увеличивать (или уменьшать) количество продаж медицинских услуг.

Пациент — потребитель медицинских услуг — оказывается в интересном положении. С одной стороны, он по состоянию своего здоровья чувствует, что ему требуется медицинская помощь, и он обращается в ЛПУ.

© И.Н. Мартьянов, 2008 г.

С другой стороны, пациент (а в большинстве случаев это не медик) не является специалистом и не может достоверно знать, какие услуги ему необходимы. Он понимает только конечную цель обследования и лечения — улучшение состояния здоровья. А как эту цель достичь, ему неясно. Поэтому пациент вынужден соглашаться с тем перечнем услуг, которые ему предлагает продавец (он же и исполнитель этих услуг). Если исполнитель заинтересован в продаже большого количества услуг, он будет их предлагать в избыточном количестве и выбирать наиболее дорогостоящие. Если исполнитель заинтересован в максимальной экономии средств уже оплаченного по «прикреплению» пациента, то все обследование и лечение он будет минимизировать: откладывать или отменять вовсе, обходиться не самыми эффективными, но более дешевыми методами.

За примерами далеко ходить не надо. Повсюду реклама: «очищаем кровь» — плазмаферез, «очищаем от шлаков кишечник» — гидроколонотерапия. На конференциях солидных клиник звучит, что плазмаферез желательно назначать почти всем «платным» пациентам уже при поступлении вместе с анализом крови. Врачам предъявляются претензии, если они «мало назначают» гидроколонотерапий. Замечу в скобках, что ни один здравомыслящий врач не станет без крайней нужды делать себе ни плазмаферез, ни гидроколонотерапию. В коммерческих клиниках врачам начисляются бонусы за каждое дополнительное диагностическое или лечебное назначение. В погоне за деньгами делаются не только лишние обследования, но и ненужные оперативные вмешательства! Более того, имеются случаи, когда проводятся небезвредные и опасные вмешательства даже при отсутствии патологии! В большинстве таких случаев в медицинских документах все обосновывается достаточно грамотно и претензий предъявить невозможно. Если лишнее обследование, как правило, вреда здоровью не приносит, а в ряде случаев может выявить скрыто протекающее заболевание, то ненужное оперативное вмешательство может привести к непоправимым последствиям...

Если за пациента платит страховая компания, то он более или менее защищен от проведения излишних методов обследований. Страховая компания контролирует объемы обследований, а на проведение некоторых исследований и операций врачам требуется получать у них разрешение. Мотивом действий страховой компании является контроль за расходом денег: при оплате за услуги — чем меньше их окажут в ЛПУ, тем лучше. При оплате «за прикрепление» — страховой компании в общем-то все равно, сколько и каких услуг оказано, лишь бы пациент был доволен, иначе в будущем он захочет перейти в другую компанию.

Если же пациент сам платит за каждую услугу, он почти полностью во власти «раскручивающего». Естественно, у пациента зарождаются сомнения в необходимости того или иного действия. И зачастую пациент отказывается от части из них, что тоже не всегда правильно, ибо пациент — не специалист и в этой специфической сфере, которой является медицина, ему самостоятельно не разобраться.

Некомпетентность в медицине может иметь и другую строну: если оплачивается факт прикрепления (страховой компанией или лично пациентом), зачастую сам пациент начинает выступать в роли «диктатора»: он требует проведения множества различных диагностических исследований, требует их повторения и других действий, которые далеко не всегда имеют лечебно-диагностическую ценность, а то и вовсе бесполезны. Попытка врача отказаться выполнить требования пациента может иметь для врача негативные последствия из-за существующего постулата рыночных отношений: клиент всегда прав.

В настоящее время разработаны медико-экономические стандарты по объему и видам диагностических и лечебных мероприятий при различных заболеваниях. Кажется, что все очень просто — есть заболевание и ему

соответствует определенный перечень диагностических и лечебных мероприятий, которые должен выполнить врач для конкретного пациента. Отклонение от стандарта приводит к негативным материальным последствиям для врача или учреждения.

Однако при первичном обращении пациент приходит к врачу не с готовым диагнозом, а с жалобами. Для выявления заболевания врач вырабатывает индивидуальный алгоритм диагностических мероприятий для данного пациента. И чем сложнее случай, тем больше вероятность того, что диагноз, который будет получен в итоге, по перечню проведенных диагностических мероприятий не впишется в «прокрустово ложе» существующего для этого диагноза стандарта. Ведь стандарт — это лишь усредненная статистика по уже пролеченным пациентам. Отклонения не только возможны, но и даже закономерны.

Страховые компании это понимают и, оплачивая оказанные медицинские услуги, требуют четкого обоснования отклонений в медицинской документации. В противном случае оказанная услуга страховой компанией не оплачивается.

В общем ситуация такая: «доктора, Вы продавайте медицинские услуги, но только всякий раз Вы должны доказывать, что эта конкретная услуга ***точно*** нужна данному пациенту».

Как же отделить корысть от медицинской необходимости тех или иных действий? Как объективно оценить, что выбран оптимальный путь для сохранения здоровья? Как устранить давление материального фактора на выбор тактики обследования и лечения?

В последнее время у многих состоятельных граждан появились так называемые медицинские представители (я бы сказал «медицинские адвокаты»). Медицинский представитель сопровождает своего клиента в ЛПУ, беседует на профессиональном уровне с лечащими врачами (продавцами медицинских услуг), консультируется с независимыми специалистами, согласовывает все диагностические и лечебные мероприятия. Таким образом вырабатывается наиболее оптимальный набор диагностических, профилактических и лечебных мероприятий для конкретного пациента.

Что делать гражданам, которые не могут оплатить такие услуги? На сегодняшний день, пока государство не может обеспечить защиту от негативных сторон рыночной медицины, ответ лежит в бытовой сфере — иметь врачей среди родственников или друзей.

Эта заметка — не попытка бросить тень на людей, которые трудятся в одной из самых сложных и ответственных областей человеческой деятельности, не попытка обвинить их в черствости, жестокости, корыстолюбии, не попытка лишить врачей достойной оплаты их труда.

Во всех странах с рыночной экономикой представители большинства профессий (юристы, артисты, рабочие, таксисты...) продают свой труд непосредственно потребителям. Труд врачей тоже оплачивается и, вероятно, должен оплачиваться по результатам труда. Но я убежден, что врач не должен быть продавцом. Не продажа медицинской услуги должна быть критерием оплаты его труда. В деятельности врача вообще не должно существовать понятие «продажи» медицинской услуги.

В социально ориентированной экономике должны быть обеспечены условия для осуществления права граждан на получение адекватной квалифицированной медицинской помощи в оптимальном для сохранения здоровья объеме и должна быть обеспечена защита врачей (а тем самым обеспечена защита пациентов) от давления фактора материальной заинтересованности во исполнение ими главной заповеди Гиппократа: служить здоровью.

А.П. Чехов говорил, что задача писателя — обозначить проблему, а задача правительства — найти методы ее разрешения. А дружить с докторами — это только совет.

Совет Федерации обратится к главам регионов с просьбой о включении военно-медицинских учреждений в систему ОМС

Участники совещания комитета Совета Федерации по обороне и безопасности приняли рекомендации в адрес ряда ведомств и субъектов Российской Федерации с тем, чтобы включить все военно-медицинские учреждения в систему ОМС. Как передает корреспондент ИА REGNUM, в частности, Совету Федерации рекомендовано подготовить обращение в 23 региона, ответивших на соответствующее обращение Министерства обороны РФ молчанием или отказом. Среди них Республика Карелия, Красноярский, Камчатский, Приморский и Хабаровский края, Амурская, Астраханская, Брянская, Владимирская, Иркутская, Калужская, Кемеровская, Кировская, Курская, Костромская, Мурманская, Нижегородская, Новосибирская, Рязанская, Ростовская, Читинская и Свердловская области, а также город Санкт-Петербург. Главам этих регионов будет направлена просьба об оказании личного содействия по включению военно-медицинских учреждений в систему органов здравоохранения. Министерству здравоохранения поручить территориальным органам включить военные медучреждения в систему фондов обязательного медицинского страхования. Министерству обороны рекомендовано отразить в проекте «Стратегии социального развития Вооруженных сил Российской Федерации на период до 2020 года» положение о роли военно-медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации. Счетной палате рекомендовано подготовить и направить в Совет Федерации РФ отчет о результатах проверки законности, эффективности и целевого использования средств, направленных на медицинское обеспечение военнослужащих, уволенных в запас, а также средств фонда ОМС, направленных в учреждения здравоохранения Министерства обороны.

Как рассказал глава комитета СФ РФ по обороне и безопасности Виктор Озеров, гражданские служащие Министерства обороны РФ лишены возможности получать медицинскую помощь в военно-медицинских учреждениях. «Дело в том, что решение о включении ведомственных медицинских учреждений в реализацию территориальных программ ОМС находится в компетенции органов исполнительной власти субъектов Федерации. Но руководство территориальных органов здравоохранения и фондов обязательного медстрахования часто препятствует этому», — пояснил Виктор Озеров.

В ходе дискуссии отмечалось, что в законодательстве закреплено право гражданина самостоятельно выбирать медучреждение для лечения. Вопрос только в том, чтобы субъекты не препятствовали выполнению этого права. Отмечалось, что медучреждения Министерства обороны вполне конкурентноспособны с гражданскими больницами. Профессионально и технически система военно-медицинского обеспечения готова к приему граждан.

Причем в ходе совещания выяснилось, что эта проблема характерна только для учреждений Министерства обороны, которые способны принять на лечение порядка 2 млн. человек. В то же время для учреждений МВД и ФСБ эта проблема неактуальна, поскольку их медучреждения загружены служащими этих ведомств и их семьями на 100%.

Источник: www.regnum.ru

Методические рекомендации по оформлению в 2008 году трудовых отношений между медицинскими работниками и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь

В соответствии с пунктом 3 Постановления Правительства Российской Федерации от 12 декабря 2007 г. № 864 «О порядке финансового обеспечения в 2008 году выполнения учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи» разработаны Методические рекомендации по оформлению в 2008 году трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), утвержденные Приказом Минздравсоцразвития России от 19 февраля 2008 г. № 77н.

Кроме того, Приказом предусмотрена отмена с 1 апреля 2008 г. действия нормативного акта, регулирующего ранее данный вопрос.

В соответствии с Письмом Минюста России от 14 марта 2008 г. № 01/2483-АБ Приказ не нуждается в государственной регистрации.

Сайт Минздравсоцразвития

Томский территориальный фонд ОМС намерен инициировать внесение поправок в закон «Об обязательном страховании гражданской ответственности»

По мнению Евгения Копасова, исполнительного директора Томского территориального фонда ОМС: «Деньги от ОСАГО должны также пойти и на компенсацию расходов бюджета фонда ОМС на лечение пострадавших от дорожно-транспортных происшествий». Как правило, при автомобильных авариях и катастрофах чаще всего отмечаются черепно-мозговые травмы, сопровождаемые «мозговой комой», разрывы внутренних органов и множественные переломы конечностей. Лечение таких «тяжелых» пациентов «влетает в копеечку» для системы ОМС. Так, например, стоимость законченного случая по лечению черепно-мозговой травмы в Томской ОКБ составляет минимум 25 тысяч рублей.

Евгений Копасов считает, что «в масштабах страны потери системы ОМС за лечение пострадавших в ДТП граждан исчисляются миллиардами рублей». По данным ГИБДД МВД России, только за 9 месяцев (январь—сентябрь 2007 года) в Российской Федерации произошло 170 482 дорожно-транспортных происшествия, в результате которых погибли 23 615 человек, а 214 824 человека получили ранения.

В настоящее время расходы бюджета фонда ОМС на лечение пациентов с травмами, полученными в ДТП, можно компенсировать только за счет регрессных исков с виновников аварии. В Томске процедура взыскания в регрессном порядке денежных средств, потраченных на лечение пострадавших в ДТП, ведется с 2004 года

Пресс-служба Томского ТФОМС

САЙТ RLSNET.RU — ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ

Многие врачи активно ищут в Интернете информацию о лекарствах на специализированных сайтах, содержащих описания препаратов. По данным Интернет-компании Рамблер, в марте 2008 г. абсолютным лидером среди фармакологических сайтов по количеству уникальных посетителей стал сайт RLSNET.RU (261 261 человек в месяц). Второе и третье место по количеству уникальных посетителей занимают сайты MEDI.RU (162 434 посетителя) и VIDAL.RU (80 280 посетителей).

«База данных РЛС» — полная база данных лекарственных средств, БАДов и других товаров аптечного ассортимента. Содержит расширенные описания лекарственных средств, действующих веществ с ссылками на источники информации, контролируемые цены на жизненно необходимые и важные лекарственные средства, указывает на их принадлежность к разным специализированным спискам (более 30 информационных полей).

Обновления программы выходят ежеквартально. В программе используется информация о препаратах и их изготовителях только из официальных источников. Данные регулярно сверяются с информацией из «Государственного реестра лекарственных средств» и актуализируются.

«База данных РЛС» включает в себя информацию о более чем 27 000 торговых наименований, 6000 из которых имеют расширенные описания, включающие около 40 информационных полей. На жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства приведены цены из Государственного реестра цен на лекарственные средства.

Программа «База данных РЛС» содержит полный перечень названий действующих веществ, снабженных химическими формулами, 1100 из которых имеют подробные описания.

Программа «База данных РЛС» обеспечивает быстрый и удобный поиск информации по сложному запросу. При формировании запросов могут использоваться две группы условий: точный и контекстный.

БД позволяет максимально сократить время, затраченное на:

— получение полной, достоверной и актуальной информации об искомых лекарственных средствах, действующих веществах, БАДах и других товарах фармацевтического рынка;

— формирование рекомендаций при подборе и отпуске лекарственных средств и фармацевтических товаров;

— пополнение и расширение ассортимента фармацевтической продукции;

— работу с нормативными документами;

— поиск информации по штрих-кодам, упаковкам, срокам годности, условиям хранения, регистрационной информации, отечественным и зарубежным производителям, указателям МКБ-10 и АТХ и т.д.;

— анализ рынка фармацевтических препаратов по заданному запросу.

ТРУДОВОЙ ДОГОВОР И ДОГОВОР ПОДРЯДА

КОНСУЛЬТАНТЫ:

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА ЖУРНАЛА, Д.Э.Н. Ф.Н. КАДЫРОВ

ЭКОНОМИСТ КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И.С. ХАЙРУЛЛИНА
г. Санкт-Петербург

От трудового договора следует отличать другие виды договоров, связанные с трудовой деятельностью. К их числу относятся смежные гражданско-правовые договоры: подряда, поручения, авторского заказа, о выполнении научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ, возмездного оказания услуг.

С точки зрения проблем оплаты труда в здравоохранении, наиболее актуальными из перечисленных являются договоры подряда, подрядчиками в которых выступают не юридические лица, а отдельные граждане (или группы граждан), в силу чего эти договоры иногда именуют еще договорами трудового подряда.

Подряд — это договор, согласно которому одна сторона (подрядчик) обязуется за свой риск выполнить определенную работу по заданию другой стороны (заказчика) из его или своих материалов, а другая сторона обязуется принять и оплатить выполненную работу, если она отвечает требованиям заказчика.

Консультанты — Ф.Н. Кадыров, И.С. Хайруллина

Договор подряда внешне очень схож с трудовым договором, что часто ведет к их путанице. Действительно, смешение указанных видов договоров или ошибки в оформлении, толковании и т.д. в практике работы медицинских учреждений — довольно распространенное явление. Этому во многом способствует то, что договоры подряда зачастую оформляют как «трудовое соглашение». Тем более, что термином «трудовое соглашение» нередко называют и трудовой договор. В действительности же такого понятия, как «трудовое соглашение», нет ни в Трудовом кодексе РФ, ни в Гражданском кодексе РФ.

Поэтому необходимо рассмотреть основные различительные признаки трудового договора и договора подряда. Приводим их в *таблице 1.*

Таблица 1

Основные различительные признаки трудового договора и договора подряда

Сравниваемые критерии	*Трудовой договор*	*Договор подряда*
Определение договора	«Трудовой договор — соглашение между работодателем и работником, в соответствии с которым работодатель обязуется предоставить работнику работу по обусловленной трудовой функции, обеспечить условия труда, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами и данным соглашением, своевременно и в полном размере выплачивать работнику заработную плату, а работник обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию, соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, действующие у данного работодателя» (статья 56 ТК РФ)	Договор подряда — это договор, согласно которому «одна сторона (подрядчик) обязуется выполнить по заданию другой стороны (заказчика) определенную работу и сдать ее результат заказчику, а заказчик обязуется принять результат работы и оплатить его» (статья 702 ГК РФ (часть вторая))
Суть договора	Договор найма рабочей силы	Гражданско-правовой договор о выполнении конкретной работы
Стороны договоров	Администрация медицинского учреждения в качестве работодателя и гражданин в качестве наемного работника	Медицинское учреждение в лице администрации в качестве заказчика и гражданин в качестве независимого подрядчика
Экономическая сущность договоров	Трудовой договор — это договор покупки работодателем рабочей силы, которую он использует в интересующих его целях. Работник не имеет права на результаты труда, на созданный продукт (товар, услугу)	Договор подряда — это договор на приобретение (получение) определенного конечного результата работы — предмета или услуг, что роднит его с договором поставки
Характер трудовых отношений	Отношения по поводу процесса труда, трудовой деятельности	Отношения по поводу результатов труда

Таблица 1. Продолжение

Сравниваемые критерии	*Трудовой договор*	*Договор подряда*
Предмет договора	Исполнение определенных должностных обязанностей, функций согласно должности и имеющихся профессии и квалификации	Выполнение индивидуального конкретного задания, работы (оговаривается конкретный результат деятельности) либо создание определенного объекта, вещи
Регулируются отраслями права	Трудовым законодательством (ТК РФ и т.д.)	Гражданским законодательством (Гражданский кодекс и т.д.)
Отношение работника к трудовому коллективу	Работники зачисляются в штат медицинского учреждения и являются членами трудового коллектива	Работники не зачисляются в штат медицинского учреждения и не являются членами трудового коллектива
Оформление трудовых отношений	Оформляется трудовой договор, издается приказ о приеме на работу, делается запись в трудовой книжке	Оформляется договор подряда, приказ не издается, трудовая книжка не заводится
Взаимоотношения сторон	Работник занимает подчиненное по отношению к администрации положение, к нему могут быть применены меры дисциплинарной ответственности	Договор равнозначных, равноправных сторон, меры дисциплинарной ответственности не применимы
Объем работы	Конкретный объем работы не оговаривается, а устанавливается мера труда в виде норм, нормативов, плановых заданий и т.д. Тем самым подлежащий выполнению объем работы зависит от отработанного времени	Оговаривается конкретный объем работы
Срок выполнения работ	В соответствии с графиком работы, ведомственными инструкциями и другими нормативными документами, регламентирующими технологию выполнения работ	Оговаривается конкретный срок выполнения работы
Срок действия договора	Трудовой договор, как правило, бессрочный. В ряде случаев может заключаться срочный договор	Договор подряда, как правило, срочный — срок оговаривается в договоре или определяется временем, необходимым для окончания выполнения работы
Режим исполнения договора	Работник подчиняется администрации учреждения, обязуется соблюдать правила трудового распорядка, выполняет работу в определенное время, с определенной мерой труда	Работник не подчиняется администрации, не соблюдает трудовой распорядок учреждения, а организует свою работу сам. Исполняет ее как хочет и когда хочет, если иное не оговорено договором. Заказчик не имеет права вмешиваться в процесс труда
Вознаграждение за труд	Оплата труда (зарплата) за определенную меру труда	Вознаграждение за определенный результат деятельности
Регулярность оплаты	С периодичностью в определенные трудовым законодательством сроки — не реже, чем каждые полмесяца (статья136 ТК РФ)	Выплачивается, как правило, по окончанию выполнения работы (задания) и принятия заказчиком. Возможны авансовые платежи
Источник средств на оплату труда	Фонд заработной платы штатных сотрудников (коды КОСГУ* по группе «расходы» 211, 213)	Нештатный фонд — фонд оплаты труда нештатных сотрудников (код КОСГУ* по группе «расходы» 226)

Таблица 1. Окончание

Сравниваемые критерии	Трудовой договор	Договор подряда
Порядок определения размера оплаты выполненных работ	Определяется приказами, нормативно-правовыми актами государственных и муниципальных органов, коллективными договорами, положениями об оплате труда, тарификацией, расценками и т.д.	Определяется путем соглашения сторон
Минимальный уровень оплаты	Не ниже установленного законодательством уровня	Минимальный уровень не регламентирован
Виды начислений на начисленные работникам суммы	В фонд социального страхования, в фонд занятости, в Пенсионный фонд РФ и фонд ОМС (Единый социальный налог)	В фонд социального страхования, в фонд занятости, в Пенсионный фонд РФ и фонд ОМС (Единый социальный налог)
Учет выполненных работ	Табель учета рабочего времени, наряды и т.д.	Подтверждение выполненных работ оформляется актом приемки выполненных работ
Учет численности работников в статистических отчетах	Работники включаются в среднесписочную численность	Работники не включаются в среднесписочную численность
Организация исполнения договора	Администрация обязуется обеспечить работнику условия труда, предусмотренные законодательством (ТК РФ и т.д.), коллективным договором, трудовым договором	Работник самостоятельно организует свой труд
Социальная защищенность работника	На работника распространяется все трудовое законодательство, включая оплату больничных листов, право получения оплачиваемых отпусков, пособий и т.д.	На работника не распространяется действие ТК РФ, не оплачиваются больничные листы, не предоставляется оплачиваемый отпуск и т.д., действуют гражданско-правовые отношения, работник выполняет работы за свой риск
Риск и ответственность за возможный отрицательный результат выполнения работы	Ответственность лежит на работодателе, за исключением случаев брака по вине работника или умышленного повреждения	Риск и ответственность целиком ложится на исполнителя — работника
Порядок рассмотрения трудовых споров	Споры рассматриваются комиссией по трудовым спорам и судами общей компетенции на основе трудового законодательства	Споры рассматриваются судами общей компетенции либо арбитражными судами на основе гражданского законодательства
Права работника на досрочное прекращение договора	В любое время, за исключением срочных договоров	Права работника на досрочное прекращение договора ограничены — договор может быть расторгнут в соответствии с условиями договора или в судебном порядке
Право работника на работу	Согласно статье 64 ТК, запрещается необоснованный отказ от приема на работу. Отказ можно обжаловать в суде	Администрация медицинского учреждения может отказаться от заключения договора по немотивированным причинам

* Классификация операций сектора государственного управления — в соответствии с Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 24 августа 2007 г. № 74н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

Отметим еще ряд моментов, касающихся договора подряда.

Время выполнения работ по договору подряда включается в общий трудовой стаж.

Денежные суммы, получаемые гражданином по договору подряда в качестве вознаграждения, включаются в справку о заработной плате для расчета пенсии.

Хотя уровень вознаграждения по договорам подряда устанавливается по соглашению сторон, он должен быть обоснованным. Он может опираться на действующие расценки, данные хронометража, калькуляции, друге экономические расчеты и т.д.

По договору подряда в свободное от основной работы время может работать и штатный работник медицинского учреждения. Выполнение работы по договору подряда в рабочее время недопустимо — это противоречит статьям ТК РФ. Так, статьей 91 ТК РФ определено, что рабочее время — это время, в течение которого работник должен исполнять трудовые обязанности в соответствии с условиями трудового договора.

К тому же эта работа не должна относиться к трудовой функции данного работника или других работников, которым эта работа была поручена с выплатой им заработной платы по трудовым договорам.

Недопустима подмена одного вида договора другим, например, вместо заключения трудового договора заключение договора подряда с целью упрощения процедуры увольнения, экономии средств, предназначенных на предоставление отпусков, оплату сверхурочных работ, доплаты до среднего уровня несовершеннолетним и т.д. Такой договор подряда является недействительным. При этом в соответствии со статьей 11 ТК РФ в тех случаях, когда судом установлено, что договором гражданско-правового характера фактически регулируются трудовые отношения между работником и работодателем, к таким отношениям применяются положения трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права. Кроме того, все работодатели в трудовых отношениях и иных непосредственно связанных с ними отношениях с работниками обязаны руководствоваться положениями трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права.

Вышеуказанная норма дополнительно разъясняется Постановлением Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 17.03.2004 № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации» (далее — Постановление). Пунктом 8 Постановления определено, что в случае, если между сторонами заключен договор гражданско-правового характера, однако в ходе судебного разбирательства будет установлено, что этим договором фактически регулируются трудовые отношения между работником и работодателем, к таким отношениям в силу части четвертой статьи 11 ТК РФ должны применяться положения трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права.

При этом статьей 5.27 КоАП РФ предусмотрена ответственность за нарушение законодательства о труде и об охране труда, которое влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от одной тысячи до пяти тысяч рублей; на юридических лиц — от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Недействительным считается и трудовой договор, который заключен для прикрытия договора подряда с целью сохранения непрерывного стажа, незаконного предоставления льгот, предусмотренных трудовым и пенсионным законодательством, и т.д. Более того, договор подряда, оформленный под видом трудового договора, порой позволяет только числиться на работе, если его условия предполагают свободный график и оплату за объем проделанной работы.

Таким образом, в случае, если отношения между работником и работодателем носят

постоянный, повторяющийся характер, при этом работник обязан соблюдать режим рабочего времени, соблюдать правила внутреннего трудового распорядка и выполнять определенную трудовую функцию на постоянной основе, такие отношения регулируются трудовым законодательством Российской Федерации. В данном случае должны заключаться трудовые, а не гражданско-правовые договоры.

Итак, важнейшими признаками трудового договора, отличающими его от договора подряда, являются:

— включение в деятельность организации с соответствующим оформлением;

— выполнение работы определенного рода (а не вида);

— подчинение внутреннему распорядку;

— оплата по заранее установленным нормам.

Только в совокупности эти признаки позволяют охарактеризовать договор как трудовой и отличить его от договора подряда.

Ответ на вопрос о том, какой тип договора заключать (трудовой договор или договор подряда), определяется сутью предполагаемых трудовых взаимоотношений.

В *Приложениях 1, 2* приводятся примерная форма договора подряда и форма акта сдачи-приемки работ.

Приложение № 1
Примерная форма договора подряда

ДОГОВОР ПОДРЯДА

г._____ «____»_____200__ г.

Медицинское учреждение _____ в лице главного врача
(наименование медицинского учреждения)
_____, действующего на основании «Устава»,
(ФИО главного врача)
именуемое в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и гражданин(ка)_____
(ФИО)
_____, именуемый(ая) в дальнейшем
(паспортные данные)
«Исполнитель», с другой стороны, заключили настоящий договор подряда о следующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Заказчик поручает, а Подрядчик принимает на себя обязательства выполнить следующие работы:_____
(характер и вид работы)
1.2 Работа должна отвечать следующим требованиям:_____
(требования к работе или ссылка на ГОСТ и т.д.)
1.3 Срок исполнения работы до_____200_г.
1.4 Заказчик обеспечивает Исполнителя всем необходимым для выполнения работы, предусмотренной настоящим договором.
1.5 Заказчик обязан своевременно принять и оплатить работу.

2.РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1 За выполненную работу Заказчик выплачивает Исполнителю _____ руб.
(сумма прописью)
в соответствии с актом сдачи-приемки выполненных работ.
2.2 Оплата производится не позднее _____ со дня принятия работы.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1 Стороны несут материальную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение возложенных обязанностей в соответствии с действующим законодательством.

4. ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

4.1 В случае нарушения одной из сторон обязательств по договору другая сторона вправе расторгнуть его в одностороннем порядке.

4.2 _____
(другие условия расторжения договора)

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1 Споры по настоящему договору рассматриваются судом.

АДРЕСА СТОРОН:

ЗАКАЗЧИК: ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ПОДПИСИ СТОРОН:

ЗАКАЗЧИК: ИСПОЛНИТЕЛЬ:

М.П.

Приложение № 2

Форма акта сдачи-приемки работ

УТВЕРЖДАЮ:

«____» _____ 200 г. Главный врач _____

АКТ СДАЧИ-ПРИЕМКИ

выполненных работ по договору подряда с _____
(Ф.И.О. исполнителя)

г._____ «____»_____200__ г.

Мы, нижеподписавшиеся, Исполнитель _____, с одной стороны,
(Ф.И.О. исполнителя)

и представители Заказчика_____, с другой стороны,
(Ф.И.О. и должности)

составили настоящий акт о том, что выполненные согласно договора работы: _____
_____ удовлетворяют условиям договора.
(характер и вид работы)

Сумма к выплате по договору:_____ руб.
(сумма прописью)

Работу сдал: Работу приняли:
Исполнитель: от Заказчика:

_____ _____
(подпись) (подпись)

М.П.

ГОСЗАКАЗ

(при подготовке ответов использовались материалы Комитета экономического развития промышленной политики и торговли Санкт-Петербурга)

НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА ЖУРНАЛА, Д.Э.Н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Можно ли все медикаменты закупать методом у единственного поставщика в соответствии с пунктом 6 части 2 статьи 55 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (далее — Федеральный закон № 94-ФЗ)?

Нет. Размещение заказа у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) в соответствии с пунктом 6 части 2 статьи 55 Федерального закона № 94-ФЗ осуществляется заказчиком в случае, если возникла потребность в определенных товарах, работах, услугах вследствие непреодолимой силы, необходимости срочного медицинского вмешательства, в связи с чем применение иных способов размещения заказа, требующих затрат времени, нецелесообразно. Заказчик вправе заключить в соответствии с настоящим пунктом контракт на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг в количестве, объеме, необходимых для ликвидации последствий непреодолимой силы или оказания срочной медицинской помощи. При этом заказчик в срок не позднее трех рабочих дней со дня заключения контракта обязан уведомить уполномоченные на осуществление контроля в сфере размещения заказов федеральный орган исполнительной власти (при размещении заказа на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для федеральных нужд), орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации (при размещении заказа на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд субъекта Российской Федерации), орган местного самоуправления (при размещении заказа на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд муниципального образования). К указанному уведомлению должна прилагаться копия акта обследования аварии или копия документа, составленного государственным или муниципальным заказчиком и подтверждающего обстоятельство, на основании которого заключен контракт в соответствии с настоящим пунктом, а также копия заключенного контракта.

Таким образом, в целях обеспечения как плановой работы, так и оказания экстренной медицинской помощи учреждения здравоохранения должны заранее приобретать медикаменты путем проведения открытых аукционов. Лишь в случае отсутствия медикаментов, необходимых для оказанием медицинской помощи при лечении нестандартных патологий и т.д., допустимо размещение заказа у единственного поставщика.

Только ли при необходимости срочного медицинского вмешательства учреждением здравоохранения возможно размещение заказа у единственного поставщика?

Нет. Часть 2 статьи 55 Федерального закона № 94-ФЗ определяет целый ряд ситуаций размещения заказа у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика). Размещение заказа у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика), в частности, осуществляется заказчиком в случае, если (указана нумерация пунктов Закона):

1) поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг относятся к сфере деятельности субъектов естественных монополий в соответствии с Федеральным законом от 17 августа 1995 года № 147-ФЗ «О естественных монополиях»;

2) осуществляется оказание услуг водоснабжения, водоотведения, канализации, теплоснабжения, газоснабжения (за исключением услуг по реализации сжиженного газа) по регулируемым в соответствии с законодательством Российской Федерации ценам (тарифам);

2.1) заключается договор энергоснабжения или купли—продажи электрической энергии с гарантирующим поставщиком электрической энергии;

5) возникла потребность в работах или услугах, выполнение или оказание которых может осуществляться исключительно органами исполнительной власти в соответствии с их полномочиями или подведомственными им государственными учреждениями, государственными унитарными предприятиями, соответствующие полномочия которых устанавливаются нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации. При этом заказчик в срок не позднее одного рабочего дня со дня заключения контракта обязан уведомить уполномоченные на осуществление контроля в сфере размещения заказов федеральный орган исполнительной власти (при размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для федеральных нужд), орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации (при размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд субъекта Российской Федерации или для нужд муниципального образования). К уведомлению прилагается копия заключенного в соответствии с настоящим пунктом контракта;

7) производство товаров, выполнение работ, оказание услуг осуществляются учреждениями и предприятиями уголовно-исполнительной системы в случаях, предусмотренных Правительством Российской Федерации;

8) представлена только одна заявка на участие в конкурсе, заявка на участие в аукционе или котировочная заявка в соответствии с частью 12 статьи 25, частью 7 статьи 31.4, частью 12 статьи 35, частью 6 статьи 46, частью 10 статьи 53 настоящего Федерального закона;

9) только один участник размещения заказа, подавший заявку на участие в конкурсе или заявку на участие в аукционе, признан участником конкурса или участником аукциона в соответствии с частью 5 статьи 27, частью 3 статьи 31.5, частью 6 статьи 36 настоящего Федерального закона;

10) участвовал только один участник аукциона в соответствии с частью 13 статьи 37, частью 14 статьи 41 настоящего Федерального закона;

11) конкурс или аукцион признан несостоявшимся и государственный или муниципальный контракт не заключен в соответствии с частью 1 статьи 31, частью 1 статьи 40 настоящего Федерального закона;

13) при повторном размещении заказа путем запроса котировок не подана ни одна котировочная заявка в соответствии с частью 8 статьи 46 настоящего Федерального закона;

14) осуществляются поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных или муниципальных нужд на сумму, не превышающую установленного Центральным банком Российской Федерации предельного размера расчетов наличными деньгами в Российской Федерации между юридическими лицами по одной сделке; при этом заказы на поставки одноименных товаров, выполнение одноименных работ, оказание одноименных услуг заказчик вправе размещать в течение квартала в соответствии с настоящим пунктом на сумму, не превышающую указанного предельного размера расчетов наличными деньгами. По итогам размещения таких заказов могут быть заключены государственные или муниципальные контракты, а также иные гражданско-правовые договоры в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации;

17) осуществляется размещение заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных нужд у поставщика (исполнителя, подрядчика), определенного указом или распоряжением Президента Российской Федерации;

19) осуществляется размещение заказов на поставки печатных и электронных изданий определенных авторов, оказание услуг по предоставлению доступа к электронным изданиям для обеспечения деятельности государственных и муниципальных образовательных учреждений, государственных и муниципальных библиотек, государственных научных организаций у издателей таких печатных и электронных изданий в случае, если указанным издателям принадлежат исключительные права на использование таких изданий;

21) осуществляется размещение заказа на оказание услуг нескольким государственным или муниципальным заказчикам по участию в мероприятии, проводимом для государственных или муниципальных нужд, и заказчиком, являющимся организатором такого мероприятия, выбран поставщик (исполнитель, подрядчик) в порядке, предусмотренном настоящим Федеральным законом.

Чем различается способ размещения заказа при проведении капитального и текущего ремонта?

В соответствии с частью 4-1 статьи 10 Федерального закона № 94-ФЗ размещение заказа на выполнение работ по строительству, реконструкции, капитальному ремонту объектов капитального ремонта, в том числе автомобильных дорог, временных построек, киосков, навесов и других подсобных построек, для государственных или муниципальных нужд осуществляется путем проведения аукциона.

В соответствии со статьей 1 Градостроительного кодекса Российской Федерации объект капитального строительства — это здание, строение, сооружение, объекты, строительство которых не завершено, за исключением временных построек, киосков, навесов и других подобных построек.

Указанная норма не регламентирует размещение заказа на осуществление таких видов работ, как текущий и косметический ремонт; консервация, реставрация, ремонтно-реставрационные работы, приспособление объектов культурного наследия (вновь выявленных объектов культурного наследия) и связанные с ними научно-исследовательские, изыскательские, технологические, проектные и производственные работы; достройка, модернизация, дооборудование; проектирование; инженерная подготовка (обеспечение) территорий; проектно-изыскательские работы; научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы и некоторые другие виды работ.

Таким образом, при размещении заказа на выполнение работ для государственных нужд, не относящихся к строительству, реконструкции или капитальному ремонту, решение о способе размещения заказа принимается заказчиком самостоятельно в соответствии с положениями Федерального закона № 94-ФЗ. При этом выбор формы торгов осуществляется не по нормам бюджетной классификации, а в соответствии с видами и характером работ, содержащихся в проектно-сметной документации и техническом задании документации о размещении государственного заказа.

Менеджер здравоохранения

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

РЕАЛИЗАЦИЯ ИНВЕСТИЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ИНТЕГРАЦИЯ ГОСУДАРСТВА И БИЗНЕСА

Дата проведения: 26 мая 2008 г. — 27 мая 2008 г. (в рамках форума «МЕДИЦИНА-2008»)
Место проведения: Москва, Центр международной торговли
Организаторы: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», МЕДИЭкспо
Поддержка: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство экономического развития и торговли РФ.
Задача конференции: создать профессиональную дискуссионную площадку, на которой представители государственного и частного секторов российского здравоохранения, а также представители бизнес-сообщества обсудили возможные пути гармонизации своих интересов и целей.

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

Первый день, 26 мая 2008 года

Пленарное заседание: Перспективы развития и возможные формы частно-государственного партнерства в здравоохранении.

К выступлению приглашены представители Минздравсоцразвития России, Минэкономразвития России, Экспертного управления Президента Российской Федерации, СП РФ

Круглый стол: Взаимодействие государственного и частного секторов здравоохранения России.

К выступлению приглашены Президент Первой Общероссийской ассоциации частнопрактикующих врачей О.П. Кузовлев, Председатель Ассоциации клиник Санкт-Петербурга Н.С. Алексеева, руководители региональных ассоциаций врачей частной практики.

Второй день Конференции, 27 мая 2008 г.

Заседание 1. Медицинский и страховой рынок России: новые очертания и тенденции.
Заседание 2. Аутсорсинг в государственном секторе здравоохранения: экономическая эффективность.
Заседание 3. Формирования кластеров медицинских инноваций как формы частно-государственного партнерства.
Заседание 4. Взаимодействие государственного и частного секторов российского здравоохранения по вопросам кадровой и социальной политики: программа «Золотые кадры России».

Руководитель проекта: Куракова Наталия Глебовна (idmz@mednet.ru)
Программа Конференции и регистрационная форма — на сайте ***www.idmz.ru***
Контакты: по вопросам научной программы Конференции: ***idmz@mednet.ru***
(495) 618-07-92 Куракова Наталия Глебовна

Менеджер здравоохранения

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ–2008

Дата проведения: 28 мая 2008 г. — 29 мая 2008 г. (в рамках форума «МЕДИЦИНА-2008»)
Место проведения: Москва, Центр международной торговли
Организаторы: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», МЕДИЭкспо
Поддержка: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Департамент здравоохранения города Москвы, Российская академия наук, Российская академия медицинских наук, Международная академия информатизации, Ассоциация медицинской информатики.

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

Первый день, 28 мая 2008 г.

Пленарное заседание: Информатизация здравоохранения России: реальность, проблемы и перспективы.
Круглый стол: Информационное пространство здравоохранения Российской Федерации: проблемы информационного взаимодействия.
Круглый стол: Национальные стандарты в области информатизации здравоохранения.

Второй день, 29 мая 2008 г.

Заседание 1. Информатизация управления здравоохранением на федеральном, территориальном, муниципальном и учрежденческом уровнях.
Заседание 2. Информатизация медицинских специализированных служб: достижения и проблемы.
Заседание 3. Медико-технологические системы: разработка, внедрение, перспективы.
Заседание 4. Информатизация медицинской науки и образования.

Участие в Конференции подтвердили представители: Комитета Государственной Думы по охране здоровья, Минздравсоцразвития России, Мининформсвязи России, Россвязьохранкультуры России, ФАИТ ФФОМС, ПФР, ФСС.

Руководитель проекта: Зарубина Татьяна Васильевна (t_zarubina@mail.ru)
Участие в Конференции: Куракова Наталия Глебовна (idmz@mednet.ru)
Программа Конференции и регистрационная форма — на сайте ***www.idmz.ru***
Контакты: по вопросам научной программы Конференции: ***idmz@mednet.ru***
(495) 618-07-92 Куракова Наталия Глебовна

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ ДАННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ: ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

В соответствии с п. 1 ст. 23 Федерального закона от 26.07.2007 № 152-ФЗ «О персональных данных» и п. 1 Положения о Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 06.06.2007 № 354 (в ред. Постановления Правительства РФ от 15.12.2007 № 878) уполномоченным органом по защите прав субъектов персональных данных, на который возлагается обеспечение контроля и надзора за соответствием обработки персональных данных требованиям настоящего Федерального закона, является федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере информационных технологий и связи (Россвязьохранкультура).

Статья 22 Федерального закона «О персональных данных» закрепила за операторами обязанность до начала обработки персональных данных уведомить уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных о своем намерении осуществлять обработку персональных данных.

Согласно ч. 4 ст. 25 указанного Федерального закона, операторы, которые осуществляют обработку персональных данных до дня вступления в силу настоящего Федерального закона и продолжают осуществлять такую обработку после дня его вступления в силу, обязаны направить в уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 статьи 22 настоящего Федерального закона, уведомление, предусмотренное частью 3 статьи 22 настоящего Федерального закона, не позднее 1 января 2008 года. В настоящее время Россвязьохранкультурой решается вопрос о продлении вышеуказанного срока направления в уполномоченный орган уведомлений об обработке персональных данных до 01.07.2008.

Руководствуясь положениям п. 3 ст. 22 Федерального закона «О персональных данных» Россвязьохранкультурой разработана форма Уведомления об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных (Приложение № 1), отражающая содержание и перечень обязательных полей, установленных для заполнения, а также Рекомендации по заполнению уведомления об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных (Приложение № 2).

Заполненные уведомления должны быть направлены в письменной форме и подписаны уполномоченным лицом или направлены в электронной форме и подписаны электронной цифровой подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации в территориальные управления Россвязьохранкультуры, на подведомственной территории которых оператор осуществляет (будет осуществлять) обработку персональных данных.

Наименование и местонахождение территориальных органов Россвязьохранкультуры утверждены Распоряжением Правительства Российской Федерации от 01.10.2007 № 1313-р.

Адреса и телефоны территориальных органов размещены на сайте: ***www.rsoc.ru.***

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ, СВЯЗИ И ОХРАНЫ КУЛЬТУРНОГО НАСЛЕДИЯ (РОССВЯЗЬОХРАНКУЛЬТУРА)

П Р И К А З

«11» января 2008 г., Москва № 3

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ УВЕДОМЛЕНИЯ ОБ ОБРАБОТКЕ (О НАМЕРЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ОБРАБОТКУ) ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В целях реализации частей 1, 3 статьи 22, а также части 4 статьи 25 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 31.07.2006, № 31 (1 ч.), ст. 3451, приказываю:

1. Утвердить форму уведомления об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных (Приложение № 1).

2. Утвердить Рекомендации по заполнению уведомления об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных (Приложение № 2).

3. Направить настоящий Приказ на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации.

Заместитель руководителя *А.А. Романенков*

Приложение № 1
к Приказу Федеральной службы
по надзору в сфере массовых коммуникаций,
связи и охраны культурного наследия от 11.01.2008 г. № 3

Руководителю территориального Управления Федеральной службы по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия

У В Е Д О М Л Е Н И Е
об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных

1. Тип оператора.
2. Наименование (фамилия, имя, отчество), адрес оператора.
3. Цель обработки персональных данных.
4. Категории персональных данных.
5. Категории субъектов, персональные данные которых обрабатываются.
6. Правовое основание обработки персональных данных.
7. Перечень действий с персональными данными, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных.
8. Описание мер, которые оператор обязуется осуществлять при обработке персональных данных, по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке.
9. Дата начала обработки персональных данных.
10. Срок или условие прекращения обработки персональных данных.
11. Территория обработки.

* Форма настоящего уведомления об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных отражает содержание и перечень обязательных полей, установленных для заполнения.

Руководителю территориального
Управления Федеральной службы
по надзору в сфере массовых коммуникаций,
связи и охраны культурного наследия

У В Е Д О М Л Е Н И Е
об обработке персональных данных
(либо о намерении осуществлять обработку персональных данных)

_____,
(наименование (фамилия, имя, отчество), адрес оператора)

руководствуясь _____,
(правовое основание обработки персональных данных)

с целью _____
(цель обработки персональных данных)

осуществляет обработку следующих категорий персональных данных:_____
_____

принадлежащих: _____
(категории субъектов, персональные данные которых обрабатываются)

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем _____
_____
(Перечень действий с персональными данными, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных)

_____
(Описание мер, которые оператор обязуется осуществлять при обработке персональных данных, по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке)

на территории _____
(указывается территория субъекта(ов), на которой(ых) осуществляется обработка персональных данных)

Дата начала обработки персональных данных: _____

Срок или условие прекращения обработки персональных данных: _____
_____

_____ (Ф.И.О.)
(должность) (подпись)

«___» _____ 200__ г.

Приложение № 2
к Приказу Федеральной службы
по надзору в сфере массовых коммуникаций,
связи и охраны культурного наследия

от 11.01.2008 № ____

РЕКОМЕНДАЦИИ
по заполнению уведомления об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных

1. Настоящие Рекомендации разработаны в целях установления единых принципов и порядка заполнения уведомления об обработке (о намерении осуществлять обработку) персональных данных (далее — Уведомление).

2. Уведомление оформляется на бланке органа, осуществляющего обработку персональных данных, и направляется в Федеральную службу по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия (далее — Россвязьохранкультура) или территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия (далее — территориальный орган Россвязьохранкультуры).

3. Уведомление и его поля заполняются с использованием информационных систем, в том числе средств вычислительной техники и связи, реализующих информационные процессы, которые обеспечивают в дальнейшем обработку, хранение и поиск необходимой информации.

4. В поле «тип оператора» указывается тип организации, осуществляющей обработку персональных данных. Указывается одно из следующих значений:

— юридическое лицо (филиал юридического лица);

— физическое лицо (индивидуальный предприниматель);

— государственный орган;

— муниципальный орган.

5. В поле «Наименование (фамилия, имя, отчество), адрес оператора» указывается:

5.1. Для юридических лиц:

- полное наименование с указанием организационно-правовой формы и сокращенное наименование юридического лица (оператора), осуществляющего обработку персональных данных;
- наименование филиала (представительства) юридического лица (оператора), осуществляющего обработку персональных данных;
- место нахождения*;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН).

5.2. Для индивидуальных предпринимателей:

- фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя (оператора);
- место жительства**;
- ИНН.

5.3. Для физических лиц:

* Указывается место нахождения юридического лица (оператора) в соответствии с учредительными документами и свидетельством о постановке юридического лица на учет в налоговом органе, а также место нахождения филиала юридического лица.

** Указывается место жительства индивидуального предпринимателя (оператора) в соответствии с данными документа, удостоверяющего личность, и свидетельством о постановке индивидуального предпринимателя на учет в налоговом органе.

• фамилия, имя, отчество физического лица (оператора);

• место жительства*;

• данные документа, удостоверяющего личность, дата его выдачи, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность.

5.4. Для государственных (муниципальных) органов:

• полное наименование государственного (муниципального) органа (оператора) с указанием полного и сокращенного наименования проверяемого лица;

• наименование территориального органа (оператора), осуществляющего обработку персональных данных;

• место нахождения**;

• индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН).

6. В поле «Цель обработки персональных данных» указываются цели обработки персональных данных (а также их соответствие полномочиям оператора) *(Примечание № 1).*

Примечание № 1:

Под «целью обработки персональных данных» понимаются как цели, указанные в учредительных документах оператора, так и цели, фактически осуществляемой оператором деятельности по обработке персональных данных.

7. В поле «Категории персональных данных» указываются одна или несколько категорий персональных данных, подлежащих обработке:

7.1. Непосредственно персональные данные (фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, семейное положение, социальное положение, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация.

7.2. Специальные категории персональных данных (расовая принадлежность, национальная принадлежность, политические взгляды, религиозные убеждения, философские убеждения, состояние здоровья, состояние интимной жизни).

7.3. Биометрические персональные данные (сведения, которые характеризуют физиологические особенности человека и на основе которых можно установить его личность).

8. В поле «Категории субъектов, персональные данные которых обрабатываются» указываются категории субъектов и виды отношений с физическими лицами, персональные данные которых обрабатываются (например: работники (субъекты), состоящие в трудовых отношениях с юридическим лицом (оператором), физические лица (абонент, пассажир, заемщик, вкладчик, страхователь, заказчик и др.) (субъекты), состоящие в договорных и иных гражданско-правовых отношениях с юридическим лицом (оператором) и др.).

9. В поле «Правовое основание обработки персональных данных» указываются:

Федеральный закон, постановление Правительства Российской Федерации, иной нормативно-правовой акт, закрепляющий основание и порядок обработки персональных данных *(Примечание № 1);*

Учредительные документы оператора, закрепляющие деятельность по обработке персональных данных (заверенная в установленном законом порядке выписка из учредительных документов — учредительного договора и (или) устава, отражающая наименование юридического лица, место его нахождения, предмет и цели деятельности юридического лица, в том числе по обработке персональных данных).

Номер лицензии на осуществляемый вид деятельности, в том числе по обработке персональных данных, а также при наличии выписку из лицензионных условий, закрепляющую запрет на передачу персональных

* Указывается место жительства физического лица в соответствии с данными документа, удостоверяющего личность.

** Указывается место нахождения государственного (муниципального) органа в соответствии с учредительными документами и свидетельством о постановке юридического лица на учет в налоговом органе.

данных третьим лицам без согласия в письменной форме субъекта персональных данных. (Например: Лицензия № 10513, выдана ОАО «Первый» _____ (кем выдана) на осуществление _____ (указывается лицензируемый вид деятельности). Пунктом 5 лицензионных условий предусмотрен запрет на передачу персональных данных (или информации, касающейся физических лиц) третьим лицам без согласия в письменной форме субъекта персональных данных (физических лиц) *(Примечание № 2).*

Примечание № 1:

Указываются не только соответствующие статьи Федерального закона «О персональных данных», но и статьи нормативно-правового акта, регулирующие осуществляемый вид деятельности и касающиеся обработки персональных данных. (Например: ст. 85–90 Трудового кодекса РФ, ст. 85.1 Воздушного кодекса РФ, ст. 12 Федерального закона «Об актах гражданского состояния» и др.).

Примечание № 2:

Номер лицензии и (или) пункт лицензионных условий, закрепляющий запрет на передачу персональных данных (или информации, касающейся физических лиц), отражается только при наличии лицензии или соответствующего пункта лицензионных условий.

10. В поле «Перечень действий с персональными данными, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных», указываются действия, совершаемые оператором с персональными данными, а также описание используемых оператором способов обработки персональных данных:

— неавтоматизированная обработка персональных данных;

— исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой:

— смешанная обработка персональных данных *(Примечание № 1).*

Примечание № 1:

При автоматизированной обработке персональных данных либо смешанной обработке необходимо указать, передается ли полученная в ходе обработки персональных данных информация по внутренней сети юридического лица (информация доступна лишь для строго определенных сотрудников юридического лица) либо информация передается с использованием сети общего пользования Интернет, либо без передачи полученной информации.

11. В поле «Описание мер, которые оператор обязуется осуществлять при обработке персональных данных, по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке» указываются организационные и технические меры, в том числе использование шифровальных (криптографических) средств, используемых для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий при их обработке.

12. В поле «Дата начала обработки персональных данных» указывается конкретная дата начала совершения действий с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных (фактическая дата начала обработки персональных данных).

В поле «Срок или условие прекращения обработки персональных данных» указывается конкретная дата или основание (условие), наступление которого повлечет прекращение обработки персональных данных.

В поле «Территория обработки» указывается список субъектов РФ (с указанием кода субъекта согласно справочнику «Коды регионов», утвержденному Приказом ФНС России от 13.10.2006 № САЭ-3-04/706@ «Об отвер-

ждении формы сведений о доходах физических лиц»), на территории которых оператором производится обработка персональных данных (Примечания № 1, 2).

Примечание 1. Если для каких-либо субъектов РФ значения пунктов 3–10 отличаются, то для них формируется отдельное уведомление. Таким образом, в одном уведомлении указываются только те субъекты РФ, для которых значения пунктов 3–10 общие.

Примечание 2. Для организаций, учреждений, имеющих филиалы (представительства), указываются юридический и фактический адреса (как юридического лица, так и его филиалов и представительств), где осуществляется непосредственная обработка персональных данных (все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных). При этом необходимо уточнить, обработка персональных данных осуществляется только юридическим лицом (формирование центральной информационной системы) и (или) филиалами (представительствами).

При наличии у юридического лица филиалов головное предприятие должно отразить наименование и местонахождение указанных филиалов в своем уведомлении, а также направить соответствующие уведомления в территориальные управления Россвязьохранкультуры по месту нахождения каждого филиала.

Указанное уведомление должно быть направлено в письменной форме и подписано уполномоченным лицом или направлено в электронной форме и подписано электронной цифровой подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 2

УВЕДОМЛЕНИЕ
об обработке персональных данных

1.	Полное название оператора/ сокращенное название оператора	Открытое акционерное общество «Спутниковые технологии «Орбита»	ОАО «СТ «Орбита»
2.	Принадлежность оператора	Государственный орган Муниципальный орган Юридическое лицо Физическое лицо	Индивидуальный предприниматель
3.	Юридический адрес/ Почтовый адрес	111111, Москва, ул. Арбат, д. 7	100001, Москва, ул. Сретенка, д. 5
4.	ИНН/ОГРН	7712345678	1027712345678
5.	Фамилия, имя, отчество руководителя/контакт	Иванов Иван Иванович	(495) 777-77-77 E-mail: gggg@ffff.ru
6.	Цель обработки	Страхование Кредитование Налогообложение Выплата пособий Торговля Туризм	Оформление проездных документов Медицинский учет Почтовые отправления Юридические услуги

7.	Категории персональных данных	Паспортные данные Социальное положение Имущественное положение Образование Профессия Доходы Семейное положение	Национальная принадлежность Расовая принадлежность Политические взгляды Религиозные убеждения Философские убеждения Состояние здоровья Интимная жизнь Биометрические персональные данные
8.	Примечания к персональным данным (другая информация)	Фамилия, имя, отчество, адрес Дата рождения Место рождения	Абонентский номер Адрес электронной почты
9.	Категории субъектов персональных данных	Граждане Российской Федерации Иностранные граждане Лица без гражданства	
10.	Правовое обоснование	Федеральный закон Постановление Правительства Административный регламент Устав	Лицензия Распоряжение Приказ Договор
11.	Перечень действий, описание способов обработки персональных данных	Сбор Систематизация Накопление Хранение Изменение Блокирование Удаление	Автоматизированная Архивированная Картотечная Смешанная
12.	Описание мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке	Внутренняя сеть без доступа в сети общего пользования Разграничение доступа сотрудников	Допуск лиц ограничен Категорированность помещений Использование криптографических средств
13.	Дата начала обработки	Конкретная дата *(начало работы организации, см. правовое обоснование)*	Дата начала действия лицензии *(указать)*
14.	Срок или условие прекращения обработки	Окончание договорных отношений Ликвидация организации	Окончание срока действия лицензии

15.	Филиалы, дочерние предприятия, представительства и т.п.					
	Головное предприятие (Центральное, Учредитель и т.д.)					
1.	Регион	Адрес	Реквизиты	Контактная информация		Руководитель
				(Наименование)		
2.						
3.						

Примечание:

В строках 2, 6–9, 11, 12, 14 оставить соответствующую позицию, остальные удалить. При отсутствии аналогов добавить необходимое (соответствующее действительности).

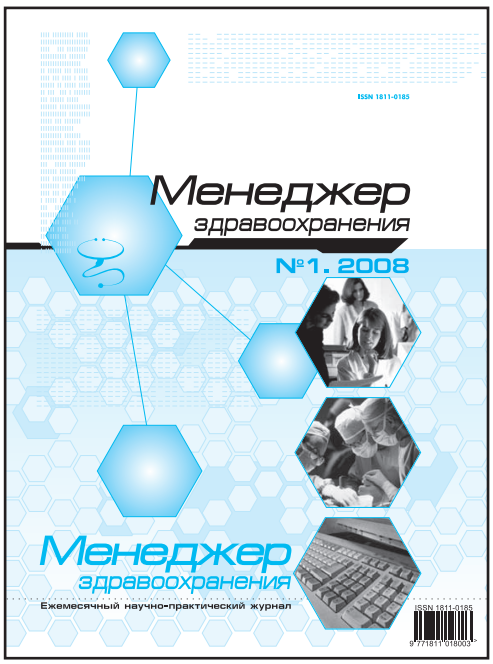
В строки 1, 3, 4, 5, 13 вносится индивидуальная информация каждого оператора (самостоятельно).

В строке 10 дополнить дату, № и название документа.

Строки 15.1., 15.2., 15.3. и т.д. заполняются при наличии указанных в заголовке операторов. В случае, если уведомление направляет оператор, не являющийся головным (центральным), ***в строке 15 написать - Головное предприятие*** (Центральное, Учредитель и т.д.). Заполняется ***только строка 15.1.,*** в ячейке «Контактная информация» проставляется «Наименование» и указывается полное и сокращенное наименование данного головного оператора. Остальные строки удаляются. В заполненной таблице перед отправкой ***УБИРАЕТСЯ ЗАЛИВКА ВСЕХ ЯЧЕЕК.***

Продолжается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на первое полугодие 2008 года

Уважаемые подписчики!
Если Вы не успели подписаться на первые номера журнала, Вы можете сделать это через редакцию.



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

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **270 руб.**
- на полугодие – **1620 руб.**

НДС не облагается.
Доставка включена в стоимость подписки.

Адрес редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д.11.
Тел./факс: (495) 618-07-92
Моб. тел.: 8(926)602-40-71
E-mail: idmz@mednet.ru,
idmz@yandex.ru
www.idmz.ru

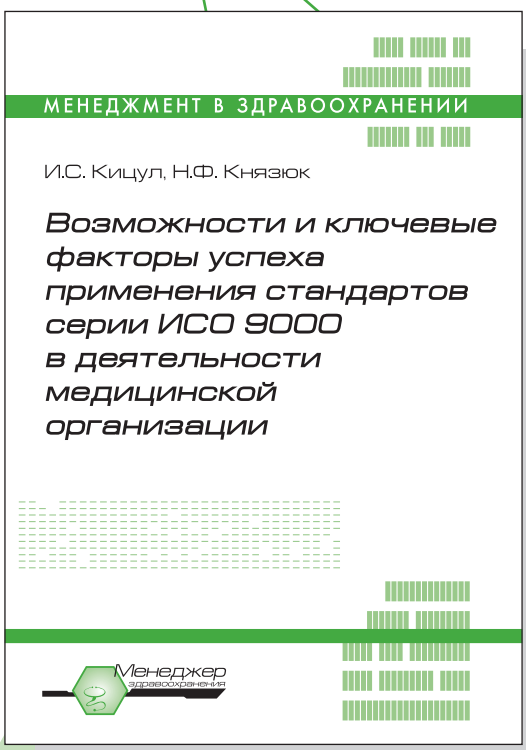
Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Р/с 40702810638050105256 в Марьинорощинском ОСБ № 7981 Сбербанка России, ОАО г. Москва
К/с 30101810400000000225
БИК 044525225
ИНН 7715376090
КПП 771501001
Получатель – ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

В платежном поручении указать полный почтовый адрес и телефон.

Издательский дом
Менеджер здравоохранения

представляет книги серии
«МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»



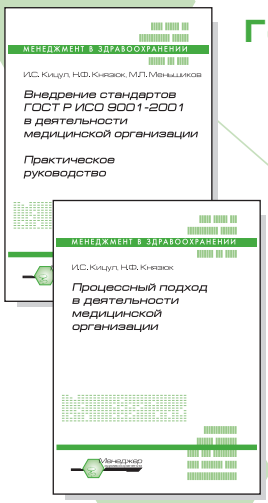
Возможности и ключевые факторы успеха применения стандартов серии ИСО 9000 в деятельности медицинской организации.
Кицул И.С., Князюк Н.Ф. —
М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. — 289 с.
ISBN 978-5-903834-01-4

Данной монографией авторы открывают трилогию изданий, посвященных разработке нового вопроса в сфере управления медицинскими организациями — менеджмента качества.

Издание посвящено анализу основных положений теории менеджмента качества и возможностей их применения в сфере здравоохранения. В главах книги раскрываются потенциальные возможности и ключевые факторы успеха применения международных стандартов ИСО в деятельности медицинских организаций.

Монография предназначена для широкого круга читателей, интересующихся вопросами менеджмента: руководителей здравоохранения всех уровней, заместителей руководителей медицинских организаций, экономистов, практических врачей, преподавателей и студентов медицинских вузов и др.

Она будет полезна также всем тем, кто интересуется проблемой качества медицинской помощи.



Готовятся к изданию следующие книги трилогии:

Внедрение стандартов ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в деятельности медицинской организации. Практическое руководство.
Князюк Н.Ф., Кицул И.С., Меньшиков М.Л. —
М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. — 270 с.
ISBN 978-5-903834-01-5

Процессный подход в деятельности медицинской организации.
Князюк Н.Ф., Кицул И.С. —
М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. — 320 с.
ISBN 978-5-903834-01-6

По вопросам приобретения книг обращайтесь по тел. **(495) 618-07-92**
или электронной почте: **idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru**
Дополнительная информация опубликована на сайте **www.idmz.ru**

Менеджер здравоохранения

InterSystems – признанный мировой лидер в разработке программного обеспечения для здравоохранения. Наши продукты надежны и экономичны, именно поэтому они поддерживают работу критически важных приложений в крупнейших лечебных учреждениях 87 стран мира, включая Россию и США.

Наши продукты:

- **Caché®** Высокопроизводительная объектная СУБД, технология #1 на рынке систем управления базами данных для здравоохранения. В России на базе Caché создано несколько десятков тиражируемых программных продуктов для медицины.
- **Ensemble®** Платформа для интеграции приложений. По отчетам ведущего независимого аналитического агентства KLAS, специализирующегося на рынке организаций здравоохранения, Ensemble второй год становится лучшим средством интеграции.
- **HealthShare™** Платформа для построения региональных и национальных электронных историй болезни, HealthShare была выбрана для инновационных проектов по созданию единых медицинских информационных пространств в таких странах как Нидерланды, Финляндия, Бразилия, США и другими.
- **TrakCare™** Медицинская информационная система нового поколения, воплотившая в себе многолетний опыт эксплуатации информационных систем в лечебных учреждениях 25 стран мира.

InterSystems.ru

© 2008 InterSystems Corporation. All rights reserved. InterSystems Caché and InterSystems Ensemble are registered trademarks of InterSystems Corporation. InterSystems HealthShare is a trademark of InterSystems Corporation. TrakCare is a trademark of TrakHealth Pty Limited, a wholly owned subsidiary of InterSystems Corporation.