ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№4. 2010

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Автоматизированная обработка и защита персональных данных в медицинских учреждениях

Авторы: П.П.К узнецов, А.П. Столбов
Под редакцией: академика РАМН В.И. Стародубова
ISBN 978-5-903834-10-5
Количество страниц: 270.
Год издания: 2010
Издательство:
ИД «Менеджер здравоохранения»

Книга посвящена одной из очень актуальных сегодня для медицинских учреждений проблем — организации защиты информации о пациентах при её компьютерной обработке в соответствии с требованиями федерального закона «О персональных данных».

Последние дни 2009 года были отмечены двумя важными событиями: во-первых, на сайте Минздравсоцразвития России были опубликованы методические документы по организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости, и, во-вторых, было принято решение о переносе до 1 января 2011 года срока приведения всех информационных систем в соответствие с требованиями закона № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 (Федеральный закон от 27.12.2009 № 363-ФЗ). В то же время проблемы с практическим выполнением всех положений и норм этого закона в здравоохранении по-прежнему остаются очень актуальными. В книге:

- Приведены основные понятия в области автоматизированной обработки и защиты персональных данных в учреждениях здравоохранения.
- Рассмотрены основные принципы организации обработки персональных данных.
- Перечислены основные нормативно-методические и нормативно-технические документы, регламентирующие эти процессы.
- Даны методические рекомендации по реализации установленных требований к обеспечению конфиденциальности медицинской информации при её автоматизированной обработке.
- Приведены примеры соответствующих организационно-распорядительных и иных документов.

Книга представляет исключительный практический интерес дляруководителей ЛПУ и других учреждений сферы здравоохранения и призвана оказать консультационную помощь при решении проблем проблемы соответствия медицинских информационных системтребованиям закона «О персональных данных».

По вопросам приобретения обращаться: **(495) 618-07-92, idmz@mednet.ru**

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Подходы к оценке эффективности деятельности системы здравоохранения
- ☑ Объемы и структура расходов учреждений здравоохранения при оказании бесплатной медицинской помощи
- ☑ Использование метода проектного управления в условиях амбулаторного учреждения здравоохранения
- ☑ Первичная медицинская профилактика в структуре профилактической медицины
- ☑ О работе Третейского суда медицинского страхования и здравоохранения при Санкт-Петербургской торгово-промышленной палате
- ☑ Критерии выбора медицинской информационной системы

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 4
2010

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

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

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

Редакционная коллегия:
ВИНОГРАДОВ Константин Анатольевич,
д.м.н., профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и фармации Красноярской государственной медицинской академии

ВИШНЯКОВ Николай Иванович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения медицинского факультета Санкт-Петербургского университета

В номере:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2010 4–7

- *Разработаны концептуальные подходы к применению социальной карты в здравоохранении*
- *Утверждено «Положение о методах и способах защиты информации в информационных системах персональных данных»*
- *Введен в действие образовательный стандарт высшего профессионального образования 060400 «Общественное здравоохранение (квалификация (степень) «магистр»)»*
- *Минздравсоцразвития РФ направило на рассмотрение в Правительство законопроект, предусматривающий наказания для врачей и аптечных работников за рекомендацию лекарств и медтехники по договоренности с компаниями-производителями*

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Антикризисные организационные технологии в системе ОМС: реализованный и нереализованный опыт 8–20
И.А. Гехт

От менеджмента качества к стратегическому управлению медицинской организацией с использованием сбалансированной системы показателей 21–29
Н.Ф. Князюк

О проблемах лекарственного обеспечения в онкологии 30–35
Е.А. Тельнова

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Государственно-частное партнерство в здравоохранении: почему нет историй успехов? 36–39
Интервью с В.Г. Варнавским, главным научным сотрудником Института мировой экономики и международных отношений РАН

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Состояние и тенденции развития частного здравоохранения в РФ 40–44
О.В. Гончарова

НА КОНТРОЛЕ РЕДАКЦИИ

Изменение статуса государственных (муниципальных) учреждений 45

МАРТЫНЧИК Светлана Александровна,
д.м.н., заведующий лабораторией проблем эффективности труда в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ЦНИИОИЗ Росздрава

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВ, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения

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

СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА
Актуальная проблема и ее судебное решение
Территориальный фонд ОМС не вправе взыскивать с медицинского учреждения средства даже через суд 46–51

ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА
Что такое Федеральный портал управленческих кадров 52

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»
Основные направления реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2010 году
Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров 53–60

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 61–63

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ
Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 ноября 2009 г. № 6010/30-3/и «О направлении информационных материалов» 64–73

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ 74

КНИЖНАЯ ПОЛКА
Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации 75

ОРГАНАЙЗЕР 78–79

АКТУАЛЬНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ 80–96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:
127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92, +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
ООО «Принт сервис групп»:
125438, г.Москва, 2-й Лихачёвский пер., д.7
тел./факс 797-81-24

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

15 февраля 2010 г.

РАЗРАБОТАНЫ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ СОЦИАЛЬНОЙ КАРТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

По поручению Президента РФ Дмитрия Медведева в ближайшие несколько лет в России будет выстроена система оказания государственных и муниципальных услуг на всей территории страны в электронном виде. Ключевым элементом системы станет электронная социальная карта — идентификационный ключ гражданина, организованная на основе национальной платежной системы (проект единой федеральной платежно-информационной системы в настоящее время также разрабатывается).

С помощью социальной карты будут существенно расширены возможности по оплате госуслуг и получению социальных выплат в безналичной форме: карта откроет доступ граждан к государственным электронным сервисам всех ведомств на всей территории страны. По оценкам экспертов, создание системы для использования социальных карт может стоить более 75 млрд руб.

Председатель Правительства РФ Владимир Путин, выступая на заседании правительственной комиссии по вопросам регионального развития в Уфе, поручил руководителям регионов взять под личный контроль внедрение электронных госуслуг, а на федеральном уровне — как можно быстрее урегулировать все законодательные и организационные вопросы внедрения электронных социальных карт.

Первый этап самого масштабного проекта по информатизации социальной сферы в России завершен: разработан системный проект использования соцкарт в РФ, который станет основой для дальнейшей работы. Конкурс на разработку системного проекта был проведен Минздравсоцразвития в ноябре 2009 г. Победителем стала компания «АйТи», а членами консорциума — производитель микроэлектроники «Ангстрем», интеграторы «Компьюлинк», «КОРУС Консалтинг» и IBS, платежная система «Сберкарта» и ФГУП НТЦ «Атлас».

Задачей «КОРУС Консалтинг» стала разработка концептуальных подходов к использованию соцкарты как идентификатора личности в системе здравоохранения, медицинского страхования и лекарственного обеспечения.

Созданы регламенты и технические задания для практической разработки соцкарты при планировании и оказании медицинской помощи, учета оказанных услуг, выписки льготных рецептов и обеспечения лекарствами «льготников». Были разработаны прототипы информационных систем для использования соцкарт в поликлиниках и больницах, при оказании скорой помощи, при выписке и отпуске льготных лекарств.

«С помощью электронной карты ее владелец сможет быстрее записаться на прием к врачам в регистратуре поликлиники, информационном киоске, а также через Интернет. Ряд медицинских информационных систем, которые мы внедряем в лечебно-профилактических учреждениях, уже сегодня позволяют записаться на прием через Интернет, без личного посещения. Карта еще более упростит этот процесс», — рассказывает Геннадий Орлов, директор направления медицинских информационных систем «КОРУС Консалтинг». «На электронной карте будет храниться только идентификационная и витальная (аллергии, лекарственная непереносимость) информация, необходимая при оказании экстренной помощи — то есть врач «скорой помощи» или любой медицинский специалист сможет быстро узнать, какие у пациента противопоказания». Используя эту же карту, врач выпишет электронный рецепт, по которому гражданин может получить льготное лекарство в специальной аптеке. Персональные данные граждан при этом будут защищены в соответствии с 152 федеральным законом. При помощи карты

ведется и учет расходов на медицинскую помощь в части обязательного медицинского страхования, то есть карта должна заменить собой страховой полис.

Введение такой электронной карты должно происходить на федеральном уровне, с участием всех заинтересованных ведомств: Минздравсоцразвития, Пенсионного фонда, Фонда социального страхования, МВД, налоговых служб и так далее. Только в этом случае удастся реализовать наиболее полный набор электронных услуг, которые сможет получать гражданин при помощи соцкарты. Если получится создать систему, при которой все идентификационные данные гражданина будут находиться на такой социальной карте, а различные ведомства будут иметь доступ к единым электронным базам данных, то это облегчит процесс получения госуслуг гражданами, а государство сможет сократить бюрократический аппарат.

Сейчас в сфере социального обеспечения множество проблем связано с тем, что различные системы и базы данных государственных органов разрознены, между ними нет никакой связи. Отсутствуют четкие и прозрачные механизмы определения прав на льготное обеспечение, эффективные механизмы начисления и предоставления льгот. При этом важно отметить, что существует большое количество федеральных, муниципальных и ведомственных льгот, в то время как граждане очень слабо информированы о возможностях их получения.

Обслуживание и взаимодействие с гражданами строятся в основном за счет непосредственного «личного» взаимодействия, «ручной» идентификации, ввода, поиска и обработки данных. Учитывая огромное количество граждан и возможных социальных услуг, обеспечить качественное обслуживание населения в таком режиме не удается. Отсюда очереди, жалобы на бюрократию, неэффективность взаимодействия общества и государства.

Один из ключевых вопросов оказания государственных услуг в электронном виде — это обеспечение юридической значимости действий и документов. Для ее обеспечения (то есть для того, чтобы гражданину можно было бы предоставить положенные социальные услуги и льготы) надо, чтобы гражданин был идентифицирован, то есть однозначно определено, кто он, обеспечена его аутентификация — подтверждение, что это именно тот человек, за которого он себя выдает. Соответственно необходимо обеспечить выполнение этих функций и защиту самой электронной цифровой подписи от неправомерного использования. Все эти задачи должны быть решены с помощью унифицированной социальной карты гражданина.

В некоторых регионах России уже работают региональные социальные карты, но почти все эти проекты имели существенные недостатки, не позволяющие масштабировать данные решения на все регионы России. Принципиальная ошибка некоторых проектов в регионах — например, размещение на карте медицинских данных пациентов. Это требует совершенно другого уровня защиты данных на карте, который не был реализован в этих проектах. Международный опыт показывает, что карта именно как идентификатор, а не карта как носитель большого количества медицинской информации, — наиболее правильный выбор. Если карта будет «собирать» на себя информацию о человеке в течение всей жизни, то стоимость носителя существенно увеличится за счет роста количества хранимой информации.

Кроме разработанных концептуальных документов, в рамках госконтракта с Минздравсоцразвития участники консорциума создали демонстрационный стенд, представляющий весь процесс изготовления универсальной социальной карты и ее применение в сфере здравоохранения и социального развития. В 2010 году планируется продолжение проекта в нескольких пилотных регионах. Заявки на участие в пилотном проекте поступили в Минздравсоцразвития от Астраханской, Архангельской, Воронежской и Московской областей, Ханты-Мансийского автономного округа, Республики Коми, Алтайского края и Москвы.

Источник: http://www.korusconsulting.ru/press-room/news/news_348.html

УТВЕРЖДЕНО «ПОЛОЖЕНИЕ О МЕТОДАХ И СПОСОБАХ ЗАЩИТЫ ИНФОРМАЦИИ В ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ»

Приказом Федеральной службы по техническому и экспортному контролю (ФСТЭК) от 05.02.2010 № 58 утверждено «Положение о методах и способах защиты информации в информационных системах персональных данных» (далее — Положение). Приказ зарегистрирован в Минюсте РФ 19.02.2010 № 16456, опубликован 5 марта 2010 г. в «Российской газете», вступил в действие с 15 марта 2010 г. Одновременно с этим в связи с изданием приказа ФСТЭК России от 5 февраля 2010 г. № 58 объявлено решение ФСТЭК от 05.03.2010 не применять с 15.03.2010 следующие методические документы ФСТЭК:

Основные мероприятия по организации и техническому обеспечению безопасности персональных данных, обрабатываемых в информационных системах персональных данных, утвержденные заместителем директора ФСТЭК России 15 февраля 2008 г.;

Рекомендации по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах (ИС) персональных данных, утвержденные заместителем директора ФСТЭК России 15 февраля 2008 г.

По сравнению с требованиями указанного выше методического документа «Основные мероприятия ...» в соответствии с новым Положением объем обязательных требований по защите персональных данных в ИС существенно сокращен, в том числе:

1. Отменены обязательные требования по: а) получению лицензии на техническую защиту информации, б) аттестации системы на соответствие требованиям безопасности информации, в) использованию средств криптографической защиты информации, г) управлению потоками информации с помощью меток конфиденциальности. Ранее лицензия была необходима для операторов систем классов К1, К2 и распределенных систем класса К3, аттестация была обязательной для систем классов К1 и К2, применение средств криптозащиты и меток конфиденциальности было предусмотрено для систем класса К1.

2. Отменены явные требования по обязательному использованию сертифицированных средств защиты информации, за исключением обязательного контроля отсутствия недекларированных возможностей в программном обеспечении средств защиты информации для ИС персональных данных класса К1.

3. Исключены требования по обязательному использованию специальных средств защиты от утечки информации за счет побочных электромагнитных излучений и наводок (ПЭМИН), что было предусмотрено ранее для систем классов К1 и К2. Необходимость использования указанных средств защиты определяется оператором, исходя из модели актуальных угроз безопасности персональных данных в каждом конкретном случае (на усмотрение оператора).

Для обеспечения безопасности персональных данных при межсетевом взаимодействии отдельных ИС через сеть связи общего пользования или Интернет в Положении предусмотрено:

— создание канала связи, обеспечивающего защиту передаваемой информации;

— осуществление аутентификации взаимодействующих ИС и проверки подлинности пользователей и целостности передаваемых данных.

При межсетевом взаимодействии ИС разных операторов персональных данных, кроме того, предусмотрено дополнительно обеспечение предотвращения возможности отрицания пользователем факта отправки персональных данных другому пользователю и(или) факта их получения от другого пользователя («учетность и неотказуемость»).

Источник: собст. корр. «МЗ»

ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ 060400 «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (КВАЛИФИКАЦИЯ (СТЕПЕНЬ) «МАГИСТР»)»

Приказом Минобрнауки РФ от 22.12.2009 № 800 утвержден и введен в действие федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки 060400 «Общественное здравоохранение (квалификация (степень) «магистр»)». Стандартом установлены требования, обязательные при реализации ВУЗами основных образовательных программ магистратуры по направлению подготовки «Общественное здравоохранение». Областью профессиональной деятельности магистров являются политика в области здравоохранения, экономика здоровья, социология и психология здоровья, государственное управление системой здравоохранения и обеспечения здоровья населения. Профессиональная деятельность осуществляется на основе разработки и реализации научно-исследовательских и практических программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции, организацию и менеджмент в области общественного здравоохранения и практической работы в правительственных, муниципальных и неправительственных организациях. Утвержденный образовательный стандарт устанавливает требования к структуре основных образовательных программ, к условиям их реализации, а также к оцениванию качества освоения программ.

Источник: собст. корр. «МЗ»

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ НАПРАВИЛО НА РАССМОТРЕНИЕ В ПРАВИТЕЛЬСТВО ЗАКОНОПРОЕКТ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ НАКАЗАНИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ ЗА РЕКОМЕНДАЦИЮ ЛЕКАРСТВ И МЕДТЕХНИКИ ПО ДОГОВОРЕННОСТИ С КОМПАНИЯМИ-ПРОИЗВОДИТЕЛЯМИ

Как следует из пояснительной записки к законопроекту, состоящие «в формализованных или неформальных отношениях с фармацевтической компанией или ее представителем» врачи могут выписывать лекарства с «нарушением принципа беспристрастности врача, а также иных требований медицинской этики». Такие отношения между врачами и фармпроизводителями, по мнению Минздрава, «не могут быть признаны эффективными и благоприятными для пациента».

В связи с этим авторы законопроекта предлагают запретить медицинским и фармацевтическим работникам принимать от производителей лекарств и медтехники подарки, денежные средства, а также оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха. Запрет коснется и участия в любых мероприятиях (научных, образовательных и развлекательных), которые профинансированы одной фармкомпанией, за исключением проводимых в рамках клинических испытаний. Полученные по договору вознаграждения за клинические испытания, педагогическую и научную деятельность не возбраняются.

Источник: http://medportal.ru/mednovosti/news/

И.А. Гехт,
заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, начальник информационно-аналитического управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области, заведующий кафедрой медицинского страхования Самарского государственного медицинского университета

АНТИКРИЗИСНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОМС: РЕАЛИЗОВАННЫЙ И НЕРЕАЛИЗОВАННЫЙ ОПЫТ

Экономический кризис, затронувший все страны мира, в том числе и Россию, не может не отразиться на состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения в целом и, в частности, на системе ОМС. Но подходы к этому нерадостному событию во всех странах разные, а в нашей стране, как всегда, есть свои особенности. С одной стороны, ну, подумаешь, кризис, ведь нам, если честно, не привыкать. Со дня введения в действие закона об ОМС на протяжении 16 лет только в 2007 и 2008 годах, по крайней мере, в Самарской области (а она не самая бедная в России) были приняты бездефицитные ТП ОМС, а в остальные годы дефицит колебался от 10 до 40%. Не думаем, что показатели в большинстве областей страны были лучше. Ничего, выжили, и немалую роль сыграли грамотные управленческие решения, которые разрабатывались на региональном уровне, иногда не благодаря, а вопреки федеральным нормативным документам.

Решения о переходе к одноканальному финансированию с наполнением тарифа за медицинскую услугу, подушевое финансирование поликлиник с элементами фондодержания, развитие стационарозамещающих технологий и т.д. — все это уже было опробовано в некоторых регионах и, в частности, в Самарской области, и даже широко разрекламированное и весьма дорогое проведение пилотного проекта, по сути, ничего нового не открыло. Поэтому весьма актуальным является пересмотр результатов антикризисных мер, которые существовали до этого, изучение опыта с решительным отказом от того, что себя не оправдало, пересмотр некоторых позиций в соответствии с новыми условиями, внедрение «без изобретения велосипедов» уже опробованных организационных технологий.

Но прежде, чем говорить о конкретных вещах, хотелось бы напомнить, что антикризисные мероприятия в конечном итоге должны быть направлены на основную цель — улучшение состояния здоровья населения. В нашу задачу не входит углубляться в показатели, характеризующие здоровье, лишь несколькими штрихами подчеркнем серьезность ситуации.

© И.А. Гехт, 2010 г.

В Докладе Национального разведывательного Совета США отмечается, что «население России не только сокращается, но и становится все менее и менее здоровым, а, значит, теряет способность служить движущей силой экономического возрождения» (МК 03.03.09).

Над этими словами следует задуматься. Ведь это не рассуждения какого-то кабинетного, оторванного от реальности ученого, а выводы нашего, как мы называли еще совсем недавно, «потенциального противника». Казалось, чего бы США беспокоиться, когда Россия слабеет, это должно было снять напряжение в наших взаимоотношениях, уменьшить расходы на вооружение. Но все наоборот: умело обыгрывается ситуация, когда слабый, больной соперник становится еще более опасным, так как ему нечего терять, и он может идти на крайние меры. Это и становится одним из поводов нового витка гонки вооружений. Мы предстаем перед всем миром как страна с больным населением, населением, страдающим не только физическими, но и психическими болезнями, населением, пораженным алкоголем, наркотиками, населением, ВИЧ-инфицированным, недоедающим, но зато обладающим громадными неосвоенными территориями с полезными ископаемыми и пресной водой и мощным арсеналом ядерного оружия.

Таким образом, здоровье населения России становится фактором международной безопасности. Вот почему о нем беспокоятся и ООН, и ВОЗ, и Всемирный банк, и другие организации и страны. Похоже все, кроме... нас самих. Сложившуюся ситуацию можно охарактеризовать одной фразой: «состояние здоровья населения страны характеризуется высокими показателями смертности, что, наряду с низкой рождаемостью, ведет к уменьшению численности населения на фоне его старения».

Экономический кризис может, наконец, заставит понять высшее руководство страны то, что господствующая длительное время теория увеличения выделения средств на здравоохранение параллельно с ростом экономики потерпела крах. Речь должна идти совсем о другом. Комиссия ВОЗ по макроэкономике и здоровью опубликовала Доклад (2001), где говорится о «двухсторонней взаимосвязи между ЗДОРОВЬЕМ и ЭКОНОМИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ». ЕЕ формула выглядит так: «Средства, вложенные в укрепление здоровья, снижают бремя болезней, что способствует ЭКОНОМИЧЕСКОМУ росту, который в свою очередь даст возможность выделять еще большие средства на укрепление здоровья». Вот такой предлагается не порочный, а ЭКОНОМИЧЕСКИ ПОЛЕЗНЫЙ и ЭФФЕКТИВНЫЙ круг.

Итак, финансовое обеспечение ТП ОМС. Если со взносами за работающее население все ясно, есть нормативы (конечно, не 11,5%, как предполагалось, а намного ниже, но они есть), (кстати, наши специалисты подсчитали, что при сборе взносов фондами до передачи этой функции налоговым органам уровень поступающих средств был на 15–20% выше, то есть система потеряла от таких перемен, недаром решился вопрос об уходе от ЕСН). Со взносами за неработающее население сложнее. После многочисленных судов по поводу их неуплаты муниципалитетами 10 лет назад в области было принято решение о том, что страховать всех неработающих будет областная администрация, которая полностью и своевременно с тех пор перечисляет деньги в фонд. Весь вопрос, сколько. Ведь методика расчета этой суммы приводится только в письмах МЗ и ФОМС, но надо признать, что это — не уровень для губернатора. На наш взгляд, такие нормативы должны содержаться или в законе, или, по крайней мере, в постановлении Правительства. Итак, деньги собраны, и далее ТФОМС финансирует СМО. В области это делается по половозрастному принципу с помощью собственных коэффициентов ресурсопотребления в ОМС, рассчитанных по базе данных счетов за несколько лет. (Нет худа без

добра: нас заставили 4 года назад оплачивать амбулаторную помощь по услугам и посещениям вместо подушевого метода, и мы смогли более точно посчитать для отдельных половозрастных групп затраты на медицинскую помощь). Ежегодно эти коэффициенты обновляются. С одной стороны, хорошо иметь свои, адаптированные к местным условиям, коэффициенты, с другой, они рассчитываются по сложившимся фактическим показателям, а те в свою очередь зависят от того, какими ресурсами была наполнена ТП ОМС. Хорошо бы эти коэффициенты привязать, не к факту, а к потребности в медицинской помощи, но этого сделать пока не удается потому, что никак не определяется эта потребность. Поэтому они правильно называются «коэффициенты ресурсопотребления», а не «ресурсопотребности». Казалось бы, на этом этапе все понятно, но не так все просто. Администрация области как страхователь, использующий деньги бюджета, объявила конкурс и из 7 СМО выбрало только 2, которые являются страховщиками неработающего населения. При такой ситуации очень трудно соблюсти принцип солидарной ответственности, ведь риск заболеть и получить более дорогую помощь всегда более выражен у детей и пожилых. В то же время у остальных СМО, хоть они и получают средства по меньшему подушевому нормативу, всегда более благоприятная ситуация, ведь они работают с более здоровым контингентом. А так как механизма перераспределения денег между СМО нет, то деньги свои они непременно израсходуют, хотя потребность в медицинской помощи у их застрахованных гораздо меньше. Наш опыт говорит о том, что предпочтительнее, чтобы у страховщиков были все возрастные группы застрахованных, что даст больше возможности для маневра при оплате медицинских услуг. То есть выбор только одной или двух кампаний для страхования неработающего населения — не самый верный путь.

Проследим дальнейший путь средств ОМС. Самарская область длительное время работала, используя не идеальные, но, на наш взгляд, наиболее рациональные методы оплаты. Кстати сказать, каких-либо нормативных документов по этому вопросу не существует. Сейчас, когда мы собираемся внедрять повсеместно одноканальное финансирование, подушевой метод оплаты с фондодержанием, самое время вернуться к этому вопросу и посмотреть на него без победных реляций, а с критической стороны, отметив все положительное и отрицательное.

Итак, подушевое финансирование: в его основе — численность прикрепленного к ЛПУ населения. Деньги, поступающие из СМО, рассчитывались исходя из половозрастной структуры с учетом соответствующих коэффициентов. Мы считаем, что нужна более детальная дифференциация. Нами разработана и опубликована методика расчета дифференцированного подушевого норматива («Экономика здравоохранения», 2008 г., № 2), внедрить ее, к сожалению, не успели. Там учитываются не только пол и возраст, но и состояние здоровья населения (смертность, первичная инвалидность), экологическая и санитарно-эпидемиологическая обстановка, доступность медицинской помощи.

Поликлиники и ЦРБ, получив деньги по подушевому принципу, становились хозяевами этих денег и далее оплачивали сами или делегировали это право СМО за стационарную помощь, консультации, скорую медицинскую помощь, оказанную прикрепленным жителям.. Мы убедились, что оплата через СМО имеет свои преимущества, и остановились на ней, так как здесь чувствуется положительная роль экспертизы, во-первых, а во-вторых, прекратились бесконечные задержки с оплатой вторичных услуг поликлиниками, которые сначала решали свои финансовые проблемы, а потом расплачивались со стационарами и скорой помощью.

Но вот некоторые проблемы, которые не успели решить, так как в 2004 году был изменен порядок оплаты за медицинские услуги. Следует внимательнейшим образом отне-

стись к формированию амбулаторно-поликлинической сети, ибо опять встают с достаточной остротой вопросы солидарной ответственности. Мы убедились, что при половозрастном подушевом методе финансирования в каждом ЛПУ должны быть представлены все три основные группы населения: дети, пенсионеры и лица трудоспособного возраста, иначе, например, МСЧ получали сразу же экономические привилегии, у них не было групп медико-социального риска.

1. Должна быть соблюдена оптимальная возрастная структура прикрепленного населения. Постоянно имели экономические трудности те поликлиники, где удельный вес детей превышал 15–17%, а пожилого населения 23–25%, им нужна была финансовая помощь и значительная.

2. Имеет большое значение и общее число прикрепленных жителей. Ведь поликлиники, где отмечался непредвиденный рост, например, онкологической заболеваемости (кстати, часто из-за хорошей выявляемости на ранних стадиях), оказывались «наказанными» за хорошую работу, так как оплачивали дорогую онкологическую помощь в стационарах, особенно это было чувствительно там, где число прикрепленных было невелико (5–10 тысяч человек). Опыт г. Тольятти, где были организованы всего 3 муниципальных поликлиники на 600 тысяч человек населения, показал, что эти проблемы нивелируются гораздо успешнее.

3. Вообще наш опыт создания ТМО (территориальные медицинские объединения) показал, что в них много было положительного. Может, следовало не отменять все наработанное, а совершенствовать. Ведь объединения, если их организация связана с улучшением помощи населению, должны осуществляться, по нашему мнению, исходя из следующих принципов: экономическая выгода, технологичность, улучшение доступности, добровольность. Территориальная близость тоже имеет значение, но это не главное, особенно в пределах одного города, да и на селе, где заметно улучшилось сообщение между поселениями, теперь не проблема доставка пациентов. Не потеряли своего значения, а, наоборот, стали более актуальными создание и укрепление имеющихся межмуниципальных медицинских учреждений и подразделений.

4. Не все нозологические формы надо было включать в систему фондодержания. Например, никуда не годится, когда женская консультация, оплачивая за беременных, больше заинтересована в абортах, нежели в родах. Вызывают сомнения экономические потери поликлиник при непредсказуемом увеличении инфекционной заболеваемости (в то же время при этом отмечалась экономическая заинтересованность в росте этого вида болезней у инфекционных стационаров, в том числе кожно-венерологических, противотуберкулезных). Некоторые коллеги предлагают исключить из системы фондодержания онкологическую патологию. Это спорный вопрос, так как с таким же успехом можно исключить инфаркты, инсульты, травмы и т.д. (то есть всю непредсказуемую заболеваемость).

5. Если вопросы фондодержания за амбулаторной психиатрической службой были понятны, так как они позволили значительно сократить число круглосуточных коек, открыть дневные стационары, отделения пограничных состояний и т.д. (кстати, очень большой интерес у иностранцев вызвало фондодержание именно в этой службе), то фондодержание при финансировании других социально значимых болезней вызывает много вопросов. Ведь это связано с экономической заинтересованностью противотуберкулезной и венерологической служб в увеличении заболеваемости, а первичные амбулаторные звенья, наоборот, не мотивируют к выявлению этой патологии.

В фондодержании много положительного, но идеальным этот метод не назовешь. Выскажем крамольную мысль: иногда при тяжелых заболеваниях поликлиникам экономически выгоднее, чтобы больной умер. При

этом уменьшится поступление на 750 рублей в квартал и все. А если пациент выжил и остался инвалидом, иногда глубоким, то он потребует регулярного лечения, которое обойдется поликлинике не менее 20–30 тысяч в год. Представим, что в поликлинике зарегистрировано 300 инфарктов миокарда, все они попадают в стационар. При 100% летальности убыток поликлиники составит 3 млн. руб., при 50% — не менее 4,5–5 млн., при 10% — 7–8 млн. Вообще ни в коем случае нельзя руководствоваться только экономическими интересами, так можно дойти до абсурда, потому, что самое выгодное для поликлиники, оказывается, это когда тяжелый хронический больной умирает скоропостижно и на дому, да еще желательно в начале квартала (у нас и сейчас смертность на дому в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения не менее 70–75%!). В общем, как в известной песне Гражданской войны: «я желаю всей душой, если смерти, то мгновенной, если раны — небольшой». Об этом надо говорить, чтобы поликлиника знала, что выгоднее всего, чтобы больных вообще было бы как можно меньше, особенно хронических, то есть усиленно заниматься профилактикой, выявлением на ранних стадиях ИБС, активной диспансеризацией! Может быть, правы наши коллеги в Дании, где подушевое финансирование при амбулаторной помощи составляет только одну треть от суммы, выделяемой на этот вид помощи, а две трети — это оплата за фактически оказанные амбулаторные услуги?

6. Весьма сомнительна методика оплаты скорой медицинской помощи, основанная на числе вызовов, когда последняя экономически заинтересована, чтобы их стало больше. Ведь мы не оплачиваем труд пожарников или работников МЧС по числу пожаров и чрезвычайных ситуаций. Эта служба должна финансироваться пусть из средств ОМС, но по смете и иметь, что очень важно, возможность получать дополнительные деньги от СМО при обнаружении дефектов работы поликлиник и больниц за счет последних, если это вызывает удорожание оказания скорой помощи.

7. Финансирование родовспоможения также должно быть построено на другой основе. За родившегося ребенка деньги должны получать и роддом, и женская консультация, и поликлиника, куда будет прикреплен ребенок. При этом можно при обнаружении дефектуры в работе женских консультаций применять к ним штрафные санкции.

Особо следует остановиться на одноканальном финансировании, тем более, что вопрос о его внедрении практически решен на высоком уровне. Здесь также все не так просто. В настоящее время в условиях ограниченного ресурсообеспечения здравоохранения отмечается выраженная тенденция к децентрализации системы методом многоканального финансирования отрасли, когда источниками обеспечения ресурсами медицинских организаций выступают обязательное медицинское страхование, средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Федерации и муниципальных бюджетов, а также средства, выделенные в результате реализации различных краткосрочных программ (Пенсионным фондом, Фондом социального страхования, национальными проектами и т.д.). Консолидация финансовых потоков теоретически может проводиться непосредственно в МО, но перемешивание этих средств категорически запрещено различными нормативными документами.

Таким образом, руководитель МО практически лишен возможности маневрировать поступающими в учреждение деньгами. Средства ОМС можно расходовать только на пять направлений затрат, определенных Тарифным соглашением, в свою очередь средства, выделенные на содержание поликлиник и больниц из муниципальных и региональных бюджетов, должны расходоваться также только на утвержденные цели. Все это приводит часто к тому, что, имея деньги на счете ОМС, но испытывая дефицит бюджетных ассигнований, главный врач во избежание обоснованных обвинений в нецелевом

расходовании средств ОМС не использует последние, например, для ремонта вышедшего из строя медицинского оборудования, покупки комплектующих и расходных материалов, бензина для медицинских автомобилей и т.д. В то же время дефицит заработной платы и задержка с ее выплатой не могут быть компенсированы из имеющихся бюджетных средств, если это не предусмотрено утвержденными соответствующими сметами и т.д.. Справедливые нарекания организаторов здравоохранения вызывает и малая наполняемость тарифа на медицинские услуги в системе ОМС, из которого рассчитываются цены на конкретные медицинские услуги, утверждаемые в виде прейскуранта. Во-первых, тариф, как уже отмечалось, содержит только пять направлений затрат. Во-вторых, стоимость медицинской услуги по ОМС компенсирует лишь незначительную часть ее истинной стоимости, что создает иллюзию дешевизны оказываемой медицинской помощи. В-третьих, существующие федеральные нормативные акты позволяют при некоторых условиях расширять наполняемость тарифа, включая в него другие направления, кроме установленных обязательных пяти. В некоторых регионах России этим пользуются, что приводит к большому расхождению стоимости (цен) на различные медицинские услуги, а это ведет к запутыванию и без того сложной системы межрегиональных взаиморасчетов. В-четвертых, низкие тарифы косвенно тормозят проведение более эффективной работы по улучшению качества медицинской помощи, так как обусловливают низкие, практически символические, штрафные санкции, применяемые при обнаружении дефектов, а они привязаны к тарифам.

В связи с этим одним из острых вопросов дискуссии организаторов и экономистов системы здравоохранения стал вопрос о том, что должно входить в тариф на медицинскую услугу в системе ОМС. Другая сторона проблемы не менее важна: что должно входить в систему обязательного медицинского страхования из видов медицинской помощи. Ведь еще шесть лет назад в своем Послании Федеральному Собранию Президент страны В.В. Путин говорил о необходимости развития страхового принципа организации медицинской помощи, но никаких решительных шагов в этом направлении так и не было сделано. Наконец, следует подчеркнуть, что раздающиеся в последнее время призывы к организации одноканальной системы финансирования учреждений здравоохранения одновременно сопровождаются путаницей в толковании этого термина, многообразием предлагаемых вариантов, иногда полностью противоположных (от введения в систему ОМС всех видов медицинской помощи с полным тарифом, включающим все направления затрат, до одноканального финансирования с консолидацией всех средств здравоохранения на базе регионального бюджета). К сожалению, и пилотный проект, в котором наша область принимала участие, также не содержит четких критериев одноканального финансирования. Резюмируя сказанное, следует подчеркнуть, что вопрос о внедрении в деятельность системы здравоохранения одноканального финансирования является актуальным и поставлен своевременно. В то же время мы предлагаем свой взгляд на эту проблему, основанный на многолетнем опыте работы самарского здравоохранения в период внедрения и использования «нового хозяйственного механизма» и в системе ОМС.

Одноканальное финансирование можно условно разделить на два типа: 1) неполное (когда максимально наполняется тариф) и 2) полное (когда, помимо наполненного тарифа, в ОМС вводятся новые виды медицинской помощи).

Неполное одноканальное финансирование

Его суть в том, что, вследствие нового построения рентабельного тарифа на медицинскую услугу, в системе ОМС создается возможность использовать средства системы для всех основных направлений затрат, наи-

более полно обеспечивая компенсацию расходов на оказание медицинских услуг и функционирование лечебного учреждения *практически из одного источника финансирования — ОМС.* При этом типе не происходит расширения диапазона медицинской деятельности в системе ОМС за счет включения новых видов медицинской помощи.

Более полное наполнение тарифа осуществляется за счет включения в него затрат на коммунальные услуги, на приобретение оборудования и комплектующих узлов к ним, расходных материалов, на хозяйственные нужды, ремонтные работы, горючее и т.д.. Практически в тариф входят все виды затрат, кроме требующих серьезных инвестиций: на капитальный ремонт (реконструктивные работы) и на приобретение дорогостоящего оборудования. При обсуждении этого вопроса существуют разные мнения по поводу включения в тариф затрат на оплату коммунальных услуг. Дело в том, что в рыночных условиях очень трудно установить нормативы на эти виды затрат. Опыт Самарской области показал, что в период, когда коммунальные услуги оплачивались за счет средств ОМС, разница в цене на них в различных муниципальных образованиях (и даже в пределах одного) составляла разы. В сельской местности за счет медицинских организаций решали свои финансовые проблемы пришедшие в упадок сельскохозяйственные предприятия, имеющие котельные. Как только оплата коммунальных услуг стала обязанностью местных бюджетов, цены за водоснабжение, канализацию, отопление, электроэнергию значительно снизились. Таким образом, введение в тариф на медицинскую услугу затрат на оплату коммунальным службам возможно только при организации жесткого контроля за ценообразованием коммунальных услуг на уровне регионального правительства. Даже сейчас, когда существует некоторое регулирование цен, в нашей области цена на 1 гекакалорию колеблется у разных источников от 500 до 2000 рублей.

К вопросам, требующим детализации, относятся и расходы на приобретение оборудования. Здесь важную роль должно сыграть Министерство здравоохранения и социального развития области. Именно оно должно определить перечень оборудования, которое может приобретаться лечебными учреждениями за счет средств ОМС (следовательно, эти затраты войдут в тариф), а также установить, какое оборудование будет поставляться централизованно за счет федеральных и областных программ с соответствующими источниками финансирования на эти цели.

Полное одноканальное финансирование

Этот тип финансирования отличается от предыдущего тем, что здесь, наряду с наполненным рентабельным тарифом, предусматривается максимальное расширение диапазона медицинской помощи, оплачиваемой из средств обязательного медицинского страхования. Самарская область имеет опыт работы по системе одноканального финансирования с включением в систему ОМС социально значимых видов медицинской помощи, скорой медицинской помощи, службы крови, дорогостоящих видов помощи, оказываемой на региональном уровне, лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, санаторного лечения детей. Несомненно, эта система имеет много положительных сторон, но механический возврат к ней без устранения некоторых негативных явлений, ее сопровождавших, был бы весьма рискованным и поспешным. Можно выделить несколько аспектов, позволяющих считать, что максимально широкое введение в систему ОМС видов медицинской помощи вполне оправдано:

1. Технологический. Соблюдение разумной этапности и преемственности может быть достигнуто только в рамках одной системы. Например, реабилитация после лечения в стационаре; наблюдение за беременными и роженицами и лечение перинатальной патологии, работа поликлиник и скорой медицин-

ской помощи и т.д. Причем мы считаем, что вопрос об этапности нужно пересмотреть в настоящее время. Этапностью для сельского района долгое время считалось, когда с ФАП отправляли в участковую больницу, а оттуда в районную, а потом в областную, такая обязательная этапность себя изжила. Если есть необходимость, диагноз ясен, надо направить больного пока не поздно туда, где ему лучше всего помогут. А вот держать больного в дорогостоящем стационаре до полного выздоровления вряд ли рационально. И здесь хорошо бы организовать этапы долечивания и реабилитации на базе других более дешевых ЛПУ. Если пациент может получить сразу качественную квалифицированную помощь, зачем обрекать его на лечение по этапам, с одной стороны, а с другой, дефицит кадров в сельской местности привел к тому, что областные ЛПУ вынуждены себе в убыток оказывать помощь при болезнях, отнесенных к самому низкому третьему (сельскому) уровню, при дешевой патологии, ограничивая оказание высокотехнологичной дорогостоящей помощи по плановым показаниям. Это очень серьезная проблема, ее нельзя сбрасывать со счетов, ведь, например, в нашей области только за 2 последних года в сельской местности число хирургов и педиатров уменьшилось на 9,5%, акушеров-гинекологов — на 7%, офтальмологов — на 16%, врачей-лаборантов — на 24%. То, что у нас подготовлено много врачей общей практики (800), из которых на селе работают 170, не сглаживает проблему, а, наоборот, обостряет. Ведь чем больше таких врачей, подготовленных по ускоренной 6-месячной программе, тем больше возникает потребность в консультациях врачей-специалистов. Это совершенно точно доказано. Отрицательную роль сыграл и отказ в 2005 году от фондодержания, был снят экономический барьер, и больные с патологией, которые вполне могут лечиться в ЦРБ, стали отправляться в областные учреждения. Так называемая «внешняя госпитализация» для сельских районов увеличилась за 4 года с 30 до 40%. Катастрофическое положение отмечается в районах, близко расположенных от городов, там «внешние» услуги достигают 70%. Из поликлиник были переданы в стационары около 70 тысяч амбулаторных операций, цена экономического ущерба составила при этом не менее 200 млн. рублей. Госпитализированная заболеваемость в ОМС увеличилась со 160 до 195 на 1000 человек, а число вызовов скорой помощи — с 230 до 275.

2. Экономический. Одноканальная система позволяет развивать наиболее рациональные виды оплаты за медицинские услуги, в том числе элементы фондодержания, что дает возможность улучшить использование мощностей стационаров и скорой медицинской помощи, повысить экономическую заинтересованность ЛПУ в результатах своей работы. При этом мы предлагаем ввести оценку заказчиками услуг выполненного заказа, то есть поликлиника визирует счета, выставленные стационаром, а потом они направляются в СМО. И наоборот, стационар может выставлять дефектную ведомость на недостатки догоспитального ведения пациента, что вызвало удорожание лечения, и СМО может применить санкции к виновным. Вообще весьма полезным было бы введение «талона обратной связи», который бы заполнялся и поликлиникой, и стационаром.

3. Защита прав пациентов. Несомненно, в системе ОМС пациенты более защищены. Число обращений граждан в СМО и ТФОМС постоянно увеличивается, тогда как в медицинских организациях, финансируемых из бюджетов, подобного учета обращений граждан, отчетности, соответствующего анализа практически не проводится. В то же время страховые медицинские организации сейчас не могут оказать действенную помощь пациентам, страдающим несколькими заболеваниями, относящимися к разным системам (например, туберкулезом и сахарным диабетом). Между тем следует реально учитывать, что введение в систему ОМС почти вех видов медицинской помощи

значительно увеличит нагрузку территориальных фондов и страховых организаций по защите прав застрахованных и экспертизе качества медицинской помощи. Здесь хотелось бы оговориться. В последнее время предлагается при оценке качества медицинской помощи опираться на независимую экспертизу, приглашая внешних экспертов. Дело это хорошее, но в условиях, например, Самары и других городов не бывает практически независимых экспертов, все работают в одной системе и зависят от нее, а вернее, от ее руководителей (на Западе другая ситуация). Поэтому мы считаем, что в вопросах экспертизы качества и защиты прав пациентов должна неизмеримо выше подняться роль территориальных фондов и СМО, которые более независимы по статусу, нежели врачи лечебной сети. В области среди обращений граждан в системе ОМС очень высокий удельный вес (24%) занимают жалобы пациентов (по РФ 2,5%). Но давайте разберемся. Во-первых, как считаем. По РФ в расчет входят все обращения, включая обращения за полисами, у нас учитываются только обращения, связанные с оказанием медицинской помощи. Во-вторых, практика показала, что обращаются с претензиями больше там, где на эти обращения реагируют. В-третьих, это реальная, без прикрас картина, дающая повод задуматься и действовать.

4. Организационный. Так как почти все медицинские организации функционируют в ОМС, появляется возможность создания единой системы информационного взаимодействия с проведением эффективного мониторинга выполнения Программы государственных гарантий и нормативов Тарифного соглашения. Возникают предпосылки для организации единой системы оценки качества медицинской помощи. Единая система ресурсообеспечения позволяет разработать общие принципы планирования организации медицинской помощи и финансирования на уровне как всего региона, так и отдельных муниципальных образований. В лечебных учреждениях более рационально можно использовать вспомогательные и диагностические общебольничные подразделения (сейчас общебольничный персонал финансируется из 2–3 источников в крупных ЛПУ), организуется эффективная консультативная помощь, появляется больше возможности для маневрирования финансовыми средствами с использованием их по приоритетным направлениям.

В то же время при переходе к одноканальному финансированию с включением в систему ОМС большинства видов медицинской помощи необходимо разработать, как уже говорилось, *дифференцированную систему оплаты медицинской помощи.* Мы бы предложили в Территориальном фонде все финансовые средства разделить на несколько групп:

1) для финансирования социально значимых служб, инфекционных ЛПУ и подразделений;

2) для финансирования скорой медицинской помощи;

3) для финансирования акушерской службы;

4) для формирования подушевого норматива для СМО и остальных ЛПУ.

Таким образом, в подушевой норматив, который будет использоваться для финансирования СМО, а затем муниципальных поликлиник, а также ЦРБ и ЦГБ, не войдут средства, предназначенные для служб (указанных в п.п. 1, 2, 3 предыдущего абзаца), финансирование которых должно осуществляться по утвержденным сметам непосредственно из ТФОМС.

Для других служб, финансируемых преимущественно по сметам, целесообразно разработать систему дополнительных поступлений из средств, выделенных в поликлиники и стационары, когда обнаруживается, что последними были допущены серьезные дефекты в организации медицинской помощи или лечении пациентов. Например, когда по вине поликлиники, не организовавшей флюорографическое обследование, отмечается повышенная заболеваемость запущенными

формами туберкулеза или когда вызовы скорой медицинской помощи обусловлены дефектами качества медицинской помощи в поликлинике или в больнице. Возможны и другие (смешанные) варианты финансирования социально значимых служб, сочетающие в себе финансирование по смете и оплату некоторых медицинских услуг.

Таким образом, одноканальное финансирование с включением в ОМС большинства видов медицинской помощи и наполнением тарифа на медицинскую услугу имеет целый ряд преимуществ перед существующей многоканальной децентрализованной системой.

Но для его внедрения необходимо изменение ряда нормативных документов, в том числе:

1) *законов РФ;*

2) *Программы государственных гарантий, где не должно быть никакого двойного толкования по поводу источников финансирования;*

3) *Налогового кодекса (в части обложения налогом на прибыль средств, поступающих на финансирование медицинской помощи непосредственно из ТФОМС).*

Кроме того, предстоит разработать нормативно механизм поступления в систему ОМС ресурсов на организацию помощи в лечебных учреждениях, ранее финансирующихся из региональных и муниципальных бюджетов, ибо методика, применяемая ранее в Самарской области, когда эти средства проходили как взнос на неработающее население, вряд ли может быть сегодня признана корректной.

Особо хотелось бы остановиться на заданиях по выполнению ПГГ, которые формируются для всех ЛПУ, тем более, что Постановление Правительства № 255 никто не отменяет. Отношение к ним весьма противоречивое. С одной стороны, такое жесткое распределение объемов ПГГ, — конечно, не рыночный метод, тем более, что мы знаем, как применяются административные рычаги, чтобы обеспечить заданиями «свои» ЛПУ. Но давайте взглянем на проблему с другой стороны: в городе Самаре одновременно мирно сосуществуют медицинские организации, имеющие разных собственников. Это муниципальные ЛПУ, федеральные ЛПУ (клиники медицинского университета), областные, ведомственные, частные. А кто отвечает за состояние здоровья населения? Конечно, муниципальные органы здравоохранения. Но, как они могут отвечать, если, например, 40% коечного фонда им не подчиняется? О каком едином планировании использования коечного фонда в соответствии с потребностями населения может идти речь? И вот на этом фоне формирование заданий является единственным механизмом, с помощью которого можно это осуществить. Если хочет больница нефтяников участвовать в системе ОМС и получить задания на 300 коек, пожалуйста, но из них не 20, а 50 коек должно быть кардиологических с правом госпитализации на них пенсионеров города! А в клиниках необходимо увеличить число коек урологических и т.д. В этом положительное значение заданий! И даже при подушевом финансировании ЛПУ необходимо выполнять запланированные объемы, а их невыполнение должно вести к уменьшению подушевой ставки. Превышение же объемов, даже если оно обоснованное, должно оплачиваться по счетам с понижающим коэффициентом.

Но при формировании заданий опять встает крупная проблема, которая пока не решается. За основу планирования берутся фактические показатели, при этом упорно не определяется истинная потребность в различных видах медицинской помощи, ориентироваться же на официальные показатели заболеваемости просто нельзя (это тема отдельного разговора), мы тратим ресурсы на ее разработку, а на самом деле только делаем вид, что разрабатываем. Ведь заболеваемость по обращаемости, по сути, отражает только обращения по месту прикрепления (то есть одной поликлиники) и не учитывает обращения по месту работы, стационарное лечение, обращения в ведомственные ЛПУ, скорую помощь, консультации,

наконец, обращения в частные медицинские организации. Опубликованные показатели заболеваемости просто парадоксальны, на разных территориях они отличаются друг от друга в несколько раз, а заболеваемость взрослого населения намного меньше, чем подростков, в том числе по классу эндокринологические заболевания, болезни глаз, чего просто не может быть. Комплексные медицинские осмотры репрезентативного количества населения тоже не проводятся, социологический метод упорно не применяется. Кстати, предстоит вскоре перепись населения, и ее можно было бы использовать, чтобы получить очень ценную информацию о состоянии здоровья населения, но боимся, что это опять только наши мечты. Таким образом, мы убедились, что в заданиях мы закрепляем то, что у нас сложилось на сегодняшний день. И это — очевидный минус подобного подхода. Слабо используется для статистических разработок и базы счетов за медицинские услуги. Вообще пристальное внимание надо обратить на статистику. Внемлем призыву ВОЗ: «Взвешенные политические и управленческие решения в области здравоохранения должны быть основаны на достоверных данных. Восполнение информационного пробела должно быть одной из главных задач политики здравоохранения».

Следует отметить, что Самарская область одна из первых решительно включила частные медицинские организации в систему ОМС, и сегодня до 20% всех ЛПУ в системе — это частные МО. Но в условиях кризиса уменьшение объемов медицинской помощи в заданиях падает именно на эти организации. С одной стороны, понятно стремление, чтобы в первую очередь поддержать муниципальные ЛПУ, но с другой, если исходить из интересов пациентов, то качество медицинской помощи в «обиженных» учреждениях гораздо лучше, а доступность ее для пациентов мы заметно ухудшаем. Вот и возникает вопрос, для кого мы существуем? Для системы или для пациентов?

Большое число различных учреждений ставит перед нами необходимость решения еще одной проблемы, связанной со сбережением ресурсов. Это кратность оказания медицинской помощи. Экономическая мотивация стационаров в выполнении и наращивании объемов госпитализации привела к тому, что участковая больница лечит у себя, выставляет счет, ЦРБ потом лечит у себя этого же пациента и выставляет счета в СМО, а далее направляют пациента в областные ЛПУ или клиники, где его долечивают или заново лечат и вновь выставляют счета, уже более дорогие. Часто пациенты в этих случаях попадают по назначению поздно, с запущенными формами болезней. По нашим данным, кратность госпитализаций с одними и теми же диагнозами составляет до 15%. Это огромные экономические потери в системе ОМС. Вот, где поле деятельности для СМО, но они, к сожалению, плановой экспертной деятельностью в силу объективных и субъективных причин занимаются слабо.

Большие потери несет система и от того, что слабо используются диагностические возможности крупных больниц. Получается парадоксальная ситуация: для того, чтобы госпитализировать пациента, существует длинный список необходимых обследований и консультаций, но как только пациент попадает, наконец, в стационар, его опять начинают обследовать, повторяя все те же анализы, УЗИ, томографию и т.д.. Разве это разумно и рационально, это и экономические потери, и искусственное удлинение сроков лечения? Только в областной больнице ликвидация повторов при диагностике и уменьшение сроков пребывания на 1 день даст эффект в 60 млн. рублей в год.

Использование коечного фонда — важная проблема. Госпитализированная заболеваемость у нас совершенно не зависит от структуры смертности. В Дании — соответствует. У нас же у взрослых на первом месте — болезни мочеполовой системы (по причинам смерти — на 9-м месте). Лечим от одних болезней, умирают от других.

Очень сложный вопрос, связанный с деятельностью в системе ОМС, — это вопрос ценообразования на медицинские услуги. В нашей области, одной из первых в стране, с 1989 года, когда мы внедрили элементы НХМ, используется оплата по КСГ. Тогда это было революционное начинание. КСГ сформировали достаточно примитивно, используя в основном стоимость койко-дня и длительность лечения, поэтому на первых порах в одну КСГ входили представители разных классов болезней. Затем прейскурант совершенствовался, и теперь для оплаты стационарной помощи мы имеем около 700 КСГ, сформированных по классам болезней и близким нозологическим формам. Но и существующий прейскурант нас не может устраивать, так как постоянно меняется технология, необходимо решать вопросы с оплатой труда, учитывать инфляционные процессы, а теперь и кризисные явления. С самого начала в этом вопросе столкнулись с нерешаемым принципиальным вопросом: что должна отражать цена за медицинскую услугу: фактическую стоимость этой услуги в соответствии со стандартами или часть денег, выделенных на оплату медицинской помощи, содержащих дефицит 30–40%.

Что же касается оплаты амбулаторной помощи, то, несомненно, подушевой метод предпочтительнее. Но, чтобы быть справедливыми, следует сказать о том, что перевод области на оплату за посещения, хотя это был шаг назад, высветил интересные проблемы. По статистике было 30 млн. амбулаторных посещений в год. Когда попросили представить их в виде счетов, набрали в первый год 12 млн., во второй — 19 млн., в следующий год — 24 и с тех пор эта цифра по счетам проходит, хотя по статистике она на 4 млн. больше. Поэтому, по-видимому, для оплаты амбулаторной помощи целесообразно использовать комплексный метод: подушевая оплата + оплата за индивидуальные посещения, например, с профилактической целью, посещения на дому, число которых должно быть регламентировано заданиями. Если же оплачивать за посещения, то они должны быть дифференцированы, не может первичный прием врача с применением диагностических исследований и манипуляций стоить столько же, сколько повторный, когда больному иногда без осмотра просто продлевается больничный лист. Если же мы хотим заниматься по-настоящему профилактикой, то надо отойти от теории массовых осмотров по 100–150 человек в день одним врачом, а перейти к системе индивидуального обращения гражданина к врачу, которому он верит, с профилактической целью, и стоить такое посещение должно больше, чем обычное, чтобы у врачей был экономический стимул заниматься этой работой. При этом должен неукоснительно соблюдаться стандарт такого посещения, содержащий и перечень обязательных диагностических исследований.

Требует совершенствования и методика оплаты стационарной помощи, хотя, думается, что применяемая сейчас оплата ретроспективная за законченный случай лечения в больнице неплохая. И все же есть опыт, когда за выписанного больного выставлялся не один счет, а 3: за интенсивное лечение (самый дорогой), долечивание (дешевле) и реабилитацию (еще дешевле). Это означает, что медицинские работники стационара заинтересованы в том, чтобы лечить больше пациентов, требующих интенсивного лечения, а на долечивание и реабилитацию переводить в дневные стационары или на амбулаторное лечение, при этом возможно организовать так дело, чтобы больные периодически наблюдались лечащими врачами стационара. Преимущества налицо: уменьшаются очереди на плановую госпитализацию, растет оборот койки, происходит ресурсосбережение и т.д. Но, к сожалению, этот опыт, как и многое другое, не получил распространения...

Еще один антикризисный аспект — ***сохранение кадров***. Здесь складывается очень

интересная ситуация. Во-первых, никакой безработицы, в отличие от других отраслей, не отмечается, наоборот, в городских поликлиниках не хватает персонала, особенно врачей-специалистов, в сельской местности с врачами ситуация еще хуже. Об этом уже упоминалось. Но областные больницы критикуют за увеличение доли пациентов 3-го сельского уровня. А куда сельским больным деваться? Раньше в сельской местности в период работы по внедрению НХМ было распространено овладение смежными профессиями. Автор работал тогда в сельском районе, где, помимо ЦРБ, находились 6 участковых больниц, мощностью от 30 до 80 коек и в каждой врачи, пройдя первичную специализацию (4–5 месяцев), работали по 2–3 специальностям. Теперь сделать это просто невозможно, так как первичная специализация по основным специальностям заменена годовой интернатурой, а разве можно оторваться семейному человеку от дома на год в нынешних условиях, да еще значительно потеряв в заработной плате?

Некоторые проблемы на селе в свое время (90-е годы) наблюдались со средним персоналом, когда сокращались койки, но именно тогда в области начали организовываться медико-социальные отделения для одиноких престарелых людей на базе участковых и районных больниц, около 2 тысяч коек было открыто за 2 года. Что это дало. Во-первых, пациенты пожилого возраста до этого буквально блокировали койки в лечебных отделениях, так как госпитализировались не столько по медицинским, сколько по социальным показаниям, это удалось ликвидировать. Во-вторых, уменьшились очереди в дома-интернаты для престарелых. В-третьих, пожилые пациенты, помимо ухода, получали необходимую лечебную и консультативную помощь. В-четвертых, финансирование этих отделений осуществлялось за счет средств местных бюджетов и социальной защиты, если же возникал страховой случай, то выписывался счет по ОМС, так как пациент переводился на лечебную койку. В-пятых, удалось сохранить рабочие места для персонала. К сожалению, в последние годы вместо того, чтобы развивать медико-социальную помощь, ее начали свертывать, ссылаясь на дефицит средств. Но анализ ситуации показал, что одинокие пациенты пожилого и старого возраста, пользовавшиеся долговременной относительно дешевой медико-социальной помощью, опять стали занимать дорогостоящие койки в больницах, и это обойдется в целом системе намного дороже, чем раньше. Опять подтверждается старая истина о том, что «скупой платит дважды».

Таким образом, опыт работы в условиях ресурсного дефицита может иметь большое значение для организации здравоохранения и системы ОМС в кризисный период, если к нему подойти с пониманием и творчески.

Экономический кризис — это напряженный период в здравоохранении, когда необходима консолидация всего общества во имя единой цели — сохранения здоровья российского народа. Объединение наших знаний, опыта, желаний и возможностей позволит использовать очищающие особенности кризисного периода от неэффективных затратных методов управления отраслью и стимулировать эффективные рациональные организационные технологии на благо интересов не только больных людей, но и всего населения России. Конечно, здравоохранению России нужны ресурсы и немалые, но не менее нужны подготовленные менеджеры здравоохранения, которые хорошо знают, как эти деньги правильно применить. Дефицит управленцев, который сейчас наблюдается, не менее пагубен для отрасли, чем недостаток средств!

Н.Ф. Князюк,
к.м.н., доцент, заведующая кафедрой менеджмента Байкальской международной бизнес-школы Иркутского государственного медицинского университета, заместитель главного врача Иркутского диагностического центра

ОТ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА К СТРАТЕГИЧЕСКОМУ УПРАВЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СБАЛАНСИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

В основе современной концепции управления медицинской организацией лежит принцип управления на основе качества, который выдвигает на первое место запросы потребителей медицинских услуг и позволяет добиться конкурентных преимуществ. Инструментом организационного развития может быть система менеджмента качества, предусматривающая целенаправленные изменения, вводимые управленцами с целью увеличения эффективности работы организации, совершенствования его управляемой и управляющей систем. Любая организация, в том числе и медицинская, проходит определенные стадии жизненного цикла, которые отличаются друг от друга не только продолжительностью, но и определенными целями и результатами. Эффективность организации зависит от стадии жизненного цикла, на которой она находится. С внедрением системы менеджмента качества (СМК) организация выходит на новый виток роста. Внедрение системы менеджмента качества позволяет разрабатывать и внедрять качественно новые методики и подходы в теории и практике управления, среди которых оптимизация и инжиниринг бизнес-процессов, комплексная диагностика и совершенствование системы управления, система мотивирования персонала, управление операционными рисками, целый ряд IT-технологий и др. Формирование системы менеджмента качества выступает фактором развития организационно-экономических процессов с целью их оптимизации и повышения экономичности, минимизации затрат при производстве услуг и т.д. После подтверждения соответствия СМК требованиям стандарта появляется необходимость проведения диагностики изменений в организации, последовавших в ходе реализации проекта внедрения СМК, определения перспектив и ключевых компетенций, а также направлений совершенствования деятельности. С целью оценки качества менеджмента авторами предлагается использовать социологическое исследование руководящего состава по методике функциональной оценки менеджмента, ФМОМ (Management Functional Assessment Model — MFAM), разработанной П. Ватсоном, Н. Чилиши, Д. Масловым, адаптированной к российским условиям и позволяющей

© Н.Ф. Князюк, 2010 г.

руководителям проанализировать свою деятельность по управлению организацией, выявить сильные и слабые стороны, наметить области первоочередных улучшений, проследить динамику улучшений. Другими словами, предлагаемая модель является инструментом непрерывного совершенствования системы управления. Первые пять функций менеджмента соответствуют пяти оценочным критериям модели и формируют структуру управления, которая в свою очередь определяет характер взаимосвязей организации, то есть ее коммуникацию.

Планирование (прогнозирование). Этот критерий затрагивает проблемы определения будущей стратегии. Функция планирования призвана дать ответы на три следующих вопроса:

- Где организация находится сейчас относительно установленных целей и принятой миссии?
- В каком направлении организация намерена развиваться?
- Какими способами организация намерена достигнуть прогнозируемых целей?

Организация включает деятельность по реализации поставленных задач, формированию рациональной структуры медицинской организации, обеспечению производственного процесса всеми необходимыми ресурсами: трудовыми, материальными, финансовыми, информационными. Задача руководителя на этом этапе — построить процессы максимально эффективно.

Мотивация рассматривается как функция управленческой деятельности, направленная на побуждение конкретных работников к действиям по достижению целей организации через личную заинтересованность.

Контроль является формой постоянно действующей обратной связи, необходимой для своевременной проверки качества процессов на каждом этапе. Правильно налаженная система контроля позволяет повысить эффективность деятельности организации, избежать затрат, связанных с устранением несоответствий (дефектов), и повысить доверие со стороны потребителей, партнеров, органов управления здравоохранением, общества и других заинтересованных сторон.

Координация как функция менеджмента чрезвычайно важна для регулирования и постоянной диагностики системы управления. Анализ отклонений в работе и корректировка текущих планов и задач в соответствии с изменяющейся ситуацией — одна из основных задач координации.

Коммуникация — это жизненная энергия деятельности организации, и уровень этой энергии определяется состоянием первых пяти функций. Таким образом, коммуникационный профиль организации отражает общее состояние системы менеджмента организации.

Исследование в медицинской организации может иметь цель оценки причин неполного достижения показателей в области качества, которые зачастую определяются ошибками планирования, организации, функционирования системы мотивации персонала, контроля исполнения, непрерывности мониторинга выполнения работ по соответствующим программам развития, информированности конкретных исполнителей, нечеткой координации, построения и разъяснения целей для непосредственных исполнителей. На *рисунке 1* представлен пример оценки реализации основных функций управления в медицинской организации.

По результатам функциональной оценки менеджмента руководством разрабатывается план корректирующих действий, после реализации которых проводится повторное исследование и новый коммуникационный профиль накладывается на предыдущий с целью определения эффективности улучшений и динамики построения конкурентоспособной системы управления. Таким образом, в рамках функциональной модели на практике реализуется методология постоянного совершенствования Деминга — цикл PDCA (планируй — выполняй — проверяй — дей-

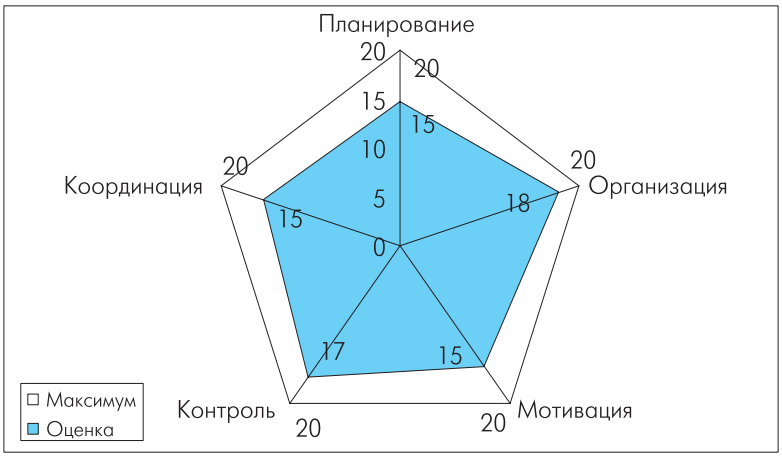


Рис. 1. **Коммуникационный профиль функциональной модели оценки менеджмента**

ствуй). Дальнейшее практическое применение модели ФМОМ позволило скорректировать критерии и оценочные показатели, использовать показатели для самооценки организации.

В ходе проведения исследования появляется необходимость проведения SWOT-анализа, выявления сильных и слабых сторон медицинской организации, возможностей и угроз внешней среды, учитывая которые формулируются цели и ключевые задачи, последовательное достижение которых позволит организации двигаться в желаемом направлении. Для существующих условий функционирования, обеспечения высокого качества медицинских услуг необходимо выбрать те варианты менеджмента, которые отвечают особенностям и задачам этапа жизненного цикла, обеспечению поддержания эффективной деятельности в настоящем и сохранению устойчивого положения на рынке в стратегическом плане. Авторы учитывали и то, что на организацию воздействуют разные факторы как внутренней, так и внешней среды, в том числе общее состояние экономики и отрасли. Для перехода на новый виток роста организации используются различные варианты организационного развития, наиболее популярным из которых в последние годы является внедрение системы стратегического управления (ССУ) *(рис. 2)*.

Как показывает практика, внедрение стандартов ИСО является достаточно сложным, трудоемким и длительным во времени процессом. Успех этой работы во многом зависит от того, насколько правильно понимаются и воплощаются на практике методические и организационные подходы стандартов с учетом отраслевой специфики. Для успешного внедрения системы менеджмента качества прежде всего необходимо, чтобы принятие СМК было стратегическим решением руководства организации с обязательным участием всех руководителей структурных подразделений в процесс управления качеством. Таким образом, процесс управления качеством все более относится к области стратегического менеджмента. Данная перспектива требует развития аналитических инструментов, которые бы могли соответствовать новому подходу.

Одним из мощных инструментов, с помощью которого внедрение СМК может быть ускорено, является применение методики Balanced ScoreCard (системы сбалансированных показателей, ССП). Balanced ScoreCard (BSC) — система управления организацией, обеспечивающая возможность реализовывать ее стратегические планы за счет оперативного контроля и управления реализацией стратегии на основе ключевых показателей эффективности деятельности. BSC делает

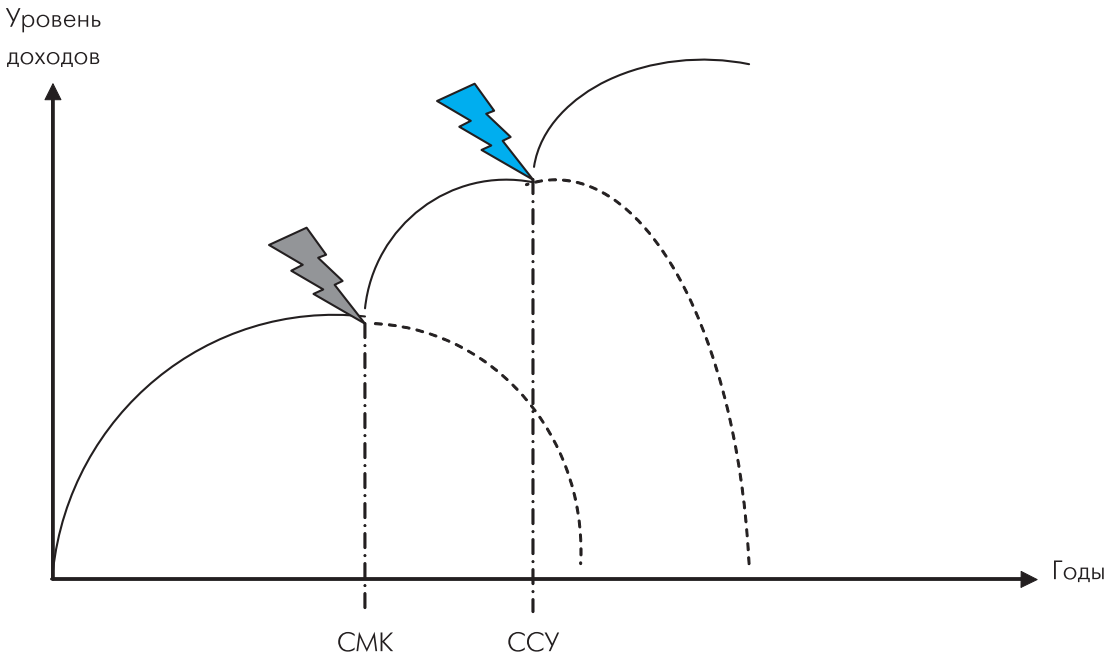


Рис. 2. **Планирование организационных изменений в медицинской организации (планирование роста при внедрении инновационных управленческих технологий)**

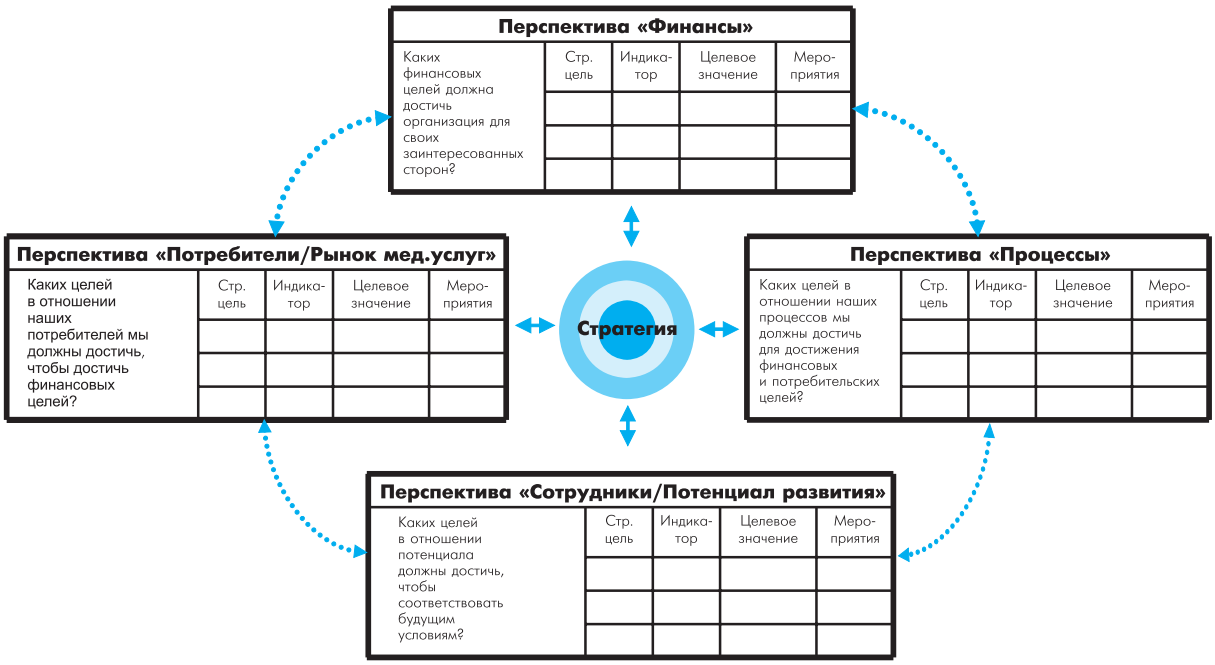


Рис. 3. **Составляющие ССП (Д. Нортон, Р. Каплан, 1996)**

акцент на нефинансовых показателях эффективности, позволяя оценить такие аспекты деятельности, как степень удовлетворенности клиентов, инновационный потенциал организации и пр. Этот инструмент позволяет отслеживать функционирование стратегии на всех временных этапах внедрения и тем самым своевременную разработку программ развития. Эти качества могут позволить Balanced ScoreCard стать хорошей основой для разработки стратегии медицинской организации в области управления качеством. Решение о внедрении системы сбалансированных показателей принимается, как правило, в связи с трудностями формирования стратегического плана-проекта развития, необходимости дальнейшего совершенствования системы менеджмента качества, формирования стратегии развития информационной системы; разработки и реализации маркетинговой стратегии и других направлений развития.

Основной задачей на данном этапе организационного развития становится интеграция сбалансированной системы показателей и действующей СМК. Именно поэтому авторами ставится задача изучения элементов BSC, которые находят свое отражение и в международных стандартах ИСО 9000 серии 2008г. (новая версия стандарта).

BSC, Balanced ScoreCard — метод управления, позволяющий переводить стратегию организации в систему четко поставленных и взаимосвязанных целей, мер, задач и инициатив, а также оценивать деятельность подразделений и сотрудников с помощью ключевых показателей эффективности. Как известно, авторами концепции Д.Нортоном и Р. Капланом выделены четыре равновесных относительно друг друга плоскости рассмотрения: финансы, клиенты, процессы и потенциалы. Основные составляющие ССП представлены на *рис.3.*

Стандарт ИСО 9001:2008г., являющийся основной для разработки и внедрения систем менеджмента качества в медицинской организации, по мнению ряда авторов, содержит ряд требований, соответствующих BSC. Так, например, восемь принципов менеджмента качества: ориентация на потребителя, лидерство руководителя, вовлечение сотрудников, процессный подход, системный подход к менеджменту, постоянное улучшение, принятие решений, основанное на фактах, взаимовыгодные отношения с поставщиками, могут быть интегрированы в стратегию качества благодаря использованию BSC. В перспективе «потенциал» могут быть закреплены области: ориентация на потребителя, вовлечение персонала и отношения с поставщиками. Процессный подход и постоянное улучшение являются составными частями перспективы «процесса». Область «лидерство руководителя» находит выражение в общей концепции BSC. Системный подход к управлению и основанный на фактах подход к принятию решений будут интегрированы в процессе возникновения, то есть в процессе формулирования системы сбалансированных показателей. Интересным является то, что при таком преобразовании основные принципы менеджмента качества, согласуясь с главной целью медицинской организации, переводятся в BSC.

Поскольку одна из основных задач менеджмента качества будет лежать в перспективе «процесса», для медицинской организации это может быть представлено следующим образом *(таблица 1).*

Учитывая постоянный поиск и внедрение инновационных методов диагностики и лечения, система менеджмента качества будет находить свое выражение в перспективе «потенциал». BSC-план, кроме того, помогает перейти от стратегического планирования к конкретному внедрению выбранной стратегии. Благодаря такому плану, появляется возможность разбить основную стратегию медицинской организации до индивидуальных целей для каждого отдельного сотрудника.

При подготовке проекта внедрения сбалансированной системы показателей мы рас-

Таблица 1.

Перспектива «Процессы»

№	Цели	Расчет	Показатель	Мероприятия
1	Проведение внутренних исследований, оценка ресурсов	% оборудования, для которого просчитаны максимальные мощности	0,6	1. Создание рабочей группы и назначение ответственных 2. Разработка плана мероприятий
2	Достижение снижения количества несоответствий по результатам внутренних аудитов	% по сравнению с фактом предыдущего года	на 5%	1. Проведение анализа несоответствий 2. Разработка плана мероприятий
3	Увеличение объема медицинской помощи	% по сравнению с фактом предыдущего года	на 20%	1. Увеличение квот 2. Открытие новых направлений
4	Увеличение доходов от платных услуг за счет эффективного использования оборудования в отделе	% по сравнению с фактом предыдущего года	3%	1. Оценка ресурсов 2. Проект по эффективному использованию
5	Увеличение доходов от платных услуг за счет внедрения новых методик	% по сравнению с фактом предыдущего года	на 5%	1. Проведение анализа внешнего окружения 2. Определение актуального списка услуг
6	Разработка методов оценки высшего руководства	% сотрудников, чьи цели и задачи определены с точки зрения корпоративной ССП	60%	1. Создание рабочей группы и назначение ответственных 2. Разработка плана мероприятий
7	Повышение надежности функционирования информационной системы	Уменьшение количества отказов информационной системы	на 30%	1. Проведение анализа отказов ИС 2. Разработка плана мероприятий по сокращению

сматривали соответствие элементов (целей) BSC требованиям международного стандарта ИСО 9001:2008 более подробно. Так, например, разработка и разъяснение принятой в организации стратегии интегрируются с разделом 5.1. «Обязательства руководства» стандарта ИСО 9001:2008, который содержит следующее требование: высшее руководство должно разработать политику и цели организации в области качества. Реализация данного пункта стандарта означает разработку политики в области качества, отражающую стратегические приоритеты организации в области качества. Данный документ носит декларативный характер и служит инструментом формализованного отражения направлений развития организации в области качества. Таким образом, базовый принцип BSC о формулировке стратегии организации находит свое отражение в требованиях стандарта ИСО 9001:2008 г. с той лишь разницей, что стратегия развития медицинской организации в форме политики распространяется только на область обеспечения качества.

Необходимость согласования со стратегией задач подразделений и персональных целей сотрудников медицинской организации при внедрения ССП находит отражение в следующих разделах:

Раздел 5.3. «Политика в области качества» стандарта ИСО 9001:2008 устанавливает, что высшее руководство должно обеспе-

чить, чтобы политика в области качества соответствовала целям организации.

Раздел 5.4.1. «Цели в области качества» содержит требования к высшему руководству организации по определению целей в области качества.

На основе политики (стратегии развития медицинской организации в области качества) разрабатываются цели в области качества. Цели организации представляют собой конкретные задачи (действия), которые необходимо выполнить для реализации данной стратегии. Цели носят количественный характер, то есть содержат показатели (конкретные числовые значения), с помощью которых возможна оценка (измерение) выполнения политики в области качества (например, обеспечить уровень коэффициента качества предоставляемых медицинских услуг не менее 0,99). Необходимо также разработать цели для подразделений, причем обеспечить их согласование с целями организации. Наличие такой системы показателей позволяет осуществлять анализ соответствия предпринятых действий стратегическим задачам организации в рамках целей в области качества.

Данное требование стандарта ИСО 9001:2008 согласуется с принципами BSC в том, что создание и дальнейшее развитие стратегии организации должны формулироваться высшим менеджментом и/или собственниками организации на основе измеримых показателей (коэффициентов); стратегия развития организации должна находить свое отражение в конкретных измеримых целях, которые в свою очередь должны найти свое отражение на уровне подразделений.

Так же, как и в случае с проекциями BSC, между целями существует причинно-следственная связь. Например, увеличение дохода на 20% — сокращение затрат на 8% — проведение маркетингового исследования (срок) — привлечение новых клиентов (увеличение на 10%) — разработка и внедрение инновационных медицинских услуг (11 услуг в течение 6 мес.) — повышение квалификации персонала (охват 100% персонала обучением в СМК) — разработка программы карьерного роста (руководители — 100%) — снижение текучести кадров (на 2%) — повышение уровня удовлетворенности сотрудников (по 16 атрибутам на 5%) и т.д. Показатели результативности позволяют отслеживать реализацию стратегии и корректировать ее в соответствии с изменяющимися условиями, в то же время обеспечивают основу для планирования и оценки бюджета и деятельности каждого сотрудника. В лучшем варианте показатели должны исчисляться ежедневно в автоматическом режиме. Возможности информационной системы позволяют получить любые сводные данные на заданный период времени. С целью облегчения представления большого количества данных и наглядного представления причинно-следственных связей по перспективам должна быть разработана концепция стратегической карты медицинской организации с учетом причинно-следственных связей *(рис. 4)*.

Необходимость доведения стратегии до сотрудников организации и установление обратной связи для корректировки стратегии находят свое отражение в разделе 5.5.3. «Внутренняя коммуникация», который содержит следующее требование: высшее руководство должно обеспечить создание в организации соответствующих процессов коммуникации (процессов обмена информацией) с целью эффективного функционирования системы менеджмента качества. Политика и цели в области качества как документы, отражающие стратегическое направление развития, должны доводиться до персонала организации с помощью системы внутренней коммуникации (обмена информацией). В качестве элементов системы используются информационные стенды, на которых вывешивается организационно-распорядительная документация. Более совершенными, с точки зрения быстроты, доступности и возможности своевременной корректировки и обновления информации, являются в настоящее время

Рис. 4. **Концепция стратегической карты**

корпоративные информационные системы. Система коммуникаций должна быть достаточно простой, удобной для использования и может быть реализована с использованием внутреннего сайта, корпоративной электронной газеты, системы электронного хранилища документов, системы общих информационных ресурсов, а также во время проведения специализированных семинаров, тренингов, деловых игр при обучении в рамках системы менеджмента качества.

BSC также предусматривает процедуру по установлению коммуникаций между персоналом, обеспечивающую возможность получать информацию для корректировки стратегии организации, что полностью соответствует требованию стандарта ИСО 9001:2008. Раздел 5.6. «Анализ со стороны руководства» стандарта предусматривает следующее требование: высшее руководство организации должно через запланированные промежутки времени проводить анализ системы менеджмента качества с целью проверки (подтверждения) ее результативности. Анализ со стороны руководства должен охватывать соответствие политики и целей в области качества современным потребностям организации, а также степень достижения поставленных целей в области качества на всех уровнях организации. При этом входные данные для анализа со стороны руководства включают в соответствии с требованиями ИСО 9001-2008 информацию о результатах внутренних аудитов; обратной связи от потребителей; функционирования процессов и соответствия продукции; состоянии корректирующих и предупреждающих действий; действиях, предпринятых по результатам предыдущих анализов со стороны руководства. Результаты же такого анализа включают мероприятия по повышению результативности системы менеджмента качества и ее процессов, улучшению медицинских услуг по отношению к требованиям потребителей, а также потребности в ресурсах.

BSC в случае развертывания стратегии организации до конкретных исполнителей требуется анализ эффективности предпринятых действий. Стандартом ИСО 9001:2008 предусматривается периодический анализ эффективности функционирования системы менеджмента качества. При этом оба метода используют числовые измерители целей (коэффициенты) в качестве базы для проведения такого анализа.

Еще одним общим элементом требований BSC и стандарта ИСО 9001:2008 можно считать наличие системы иерархии документации. Так, в BSC развертывание целей осуществляется за счет карт стратегических задач, логически связанных со стратегическими целями; карт сбалансированных показателей (количественно измеряющих эффективность бизнес-процессов, результаты и сроки их достижения); целевых проектов (инвестиции, обучение и т.п.), обеспечивающих внедрение необходимых изменений; «приборных панелей» руководителей различных уровней для контроля и оценки деятельности. В свою очередь стандарт ИСО 9001:2008 также предлагает собственную систему иерархии документации: политика и цели в области качества, руководство по качеству; процедуры; карты процессов; должностные инструкции, рабочие инструкции, нормативно-техническая документация организации; записи по качеству (отчетные документы, подтверждающие выполнение организацией требований стандарта).

Таким образом, как BSC, так и стандарт ИСО 9001:2008 используют сходные по своей сути формализованные инструменты, которые позволяют выверить стратегию (иерархия документов), поддерживать коммуникации между отдельными структурными подразделениями и сотрудниками организации, а также оперативно вносить изменения в созданную систему. При интеграции сбалансированной системы показателей в действующую систему менеджмента качества стало возможным практически на процедурном уровне перейти от стратегии к конкретной деятельности на уровне бизнес-процессов и применить к ним цикл PDCA, связать политику в области качества со стратегией, определить причинно-следственные связи целей в области качества для процессов и показатели выполнения этих целей, а также определить мероприятия, ресурсы, сроки и ответственность, необходимые для реализации установленных целей. Данные системы, затрагивая различные области (ИСО 9001:2008 более узкую — область обеспечения качества, BSC более широкую — стратегическое развитие всех направлений деятельности), направлены на максимизацию эффективности организации, повышение удовлетворенности потребителей и всех заинтересованных сторон, достижение стратегических целей медицинской организации.

Литература

1. *Kaplan R.S., Norton D.* Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System//Harvard Business Review. — 1996. — January/February. — P. 82.

2. *Watson P., Chileshe N., Maslow D.* A New Model For Obtaining Sustainable Competitive Advantage//In: Construction Industry Development 2nd Postgraduate Conference. Cape Town, South Africa, 10–12 October 2004. — P. 129–141.

3. *Бугарь С.* Взаимосвязь элементов balanced scorecard и требований стандарта ИСО 9001:2000 г.//Эл.ресурс: http://o-fin.ru/index.php?id=162.

4. *Маслов Д.* Функциональная модель оценки менеджмента//Ред. Д. Маслов, П. Ватсон, Н. Чилиши//Методы менеджмента качества. — 2005. — № 3.

5. *Ященко В.В.* Инструмент, который ждали»//Эл. ресурс http://www.akf.spb.ru/.

Е.А. Тельнова,
профессор, доктор фармацевтических наук, заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, г. Москва

О ПРОБЛЕМАХ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ

За последние годы наметилась устойчивая тенденция роста онкологических заболеваний как в мире, так и в России. Уже сейчас в мире каждый шестой житель болеет раком. По статистике злокачественные образования в большинстве стран мира занимают второе место среди причин смерти после сердечно-сосудистых заболеваний. Прогноз динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями в мире (2007–2030 гг.) неутешительный *(рис. 1)*. Предполагается, что к 2030 году число случаев смертности от онкологических заболеваний может увеличиться до 17 млн. ежегодно, а число новых случаев заболеваемости до 27 млн.

Заболеваемость онкологическими заболеваниями в России:

- 2,5 млн. человек страдают различными онкологическими заболеваниями;
- 450–480 тыс. новых случаев выявляется ежегодно, что составляет практически 1 диагноз в минуту;
- около 300 тыс. человек ежегодно умирают от онкологических заболеваний, а это почти 14% от всех смертей, 11% умирают в трудоспособном возрасте, 14% — потери в репродуктивном возрасте у женщин. Ежегодный прирост показателя смертности в последние 10 лет колеблется в пределах 1,5%;
- 150 тыс. человек ежегодно становятся инвалидами по онкозаболеваниям.

Снижение смертности и инвалидизации может быть достигнуто в результате комплекса мер, в которые входят:

— диспансеризация населения;
— ранняя диагностика;
— своевременное начало лечения;
— широкое применение инновационных противоопухолевых препаратов.

Классическая триада лечения онкологических заболеваний:

— хирургическое лечение;
— лучевая терапия;
— химиотерапевтическое лечение.

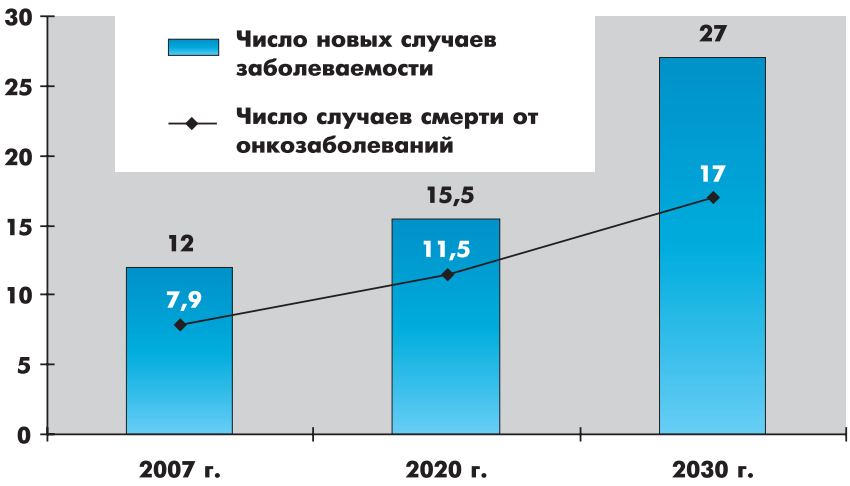


Рис. 1. **Прогноз динамики заболеваемости онкологическими заболеваниями в мире (2007–2030 гг.)**

© Е.А. Тельнова, 2010 г.

При этом сохраняют свое значение альтернативные методы лечения, в том числе фотосенсибилизаторов.

С каждым годом применение химиотерапевтических препаратов, особенно инновационных, приобретает все большее значение. Например, в США и странах ЕС в 1995–2003 гг. в результате применения инновационных противоопухолевых препаратов смертность от онкозаболеваний снизилась на 30%.

Группой специалистов Шведского Королевского института доказано влияние применения инновационных препаратов на снижение смертности от онкологических заболеваний в 20 странах Европы *(рис. 2)*.

В России доступ к инновационным препаратам пациенты получили с началом реализации Программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО — ОНЛС).

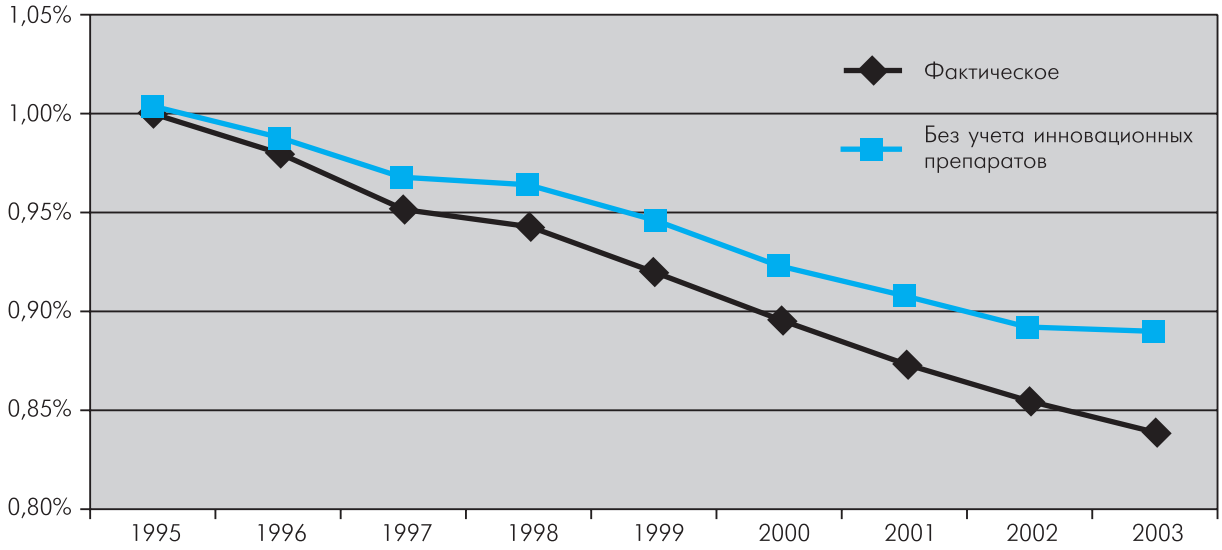
Рынок онкологических препаратов в Российской Федерации представлен 335 регистрационными удостоверениями (РУ) лекарственных средств (ЛС) (в соответствии с базой государственного реестра), из них 107 — на отечественные препараты и 227, то есть в 2 раза больше, — на импортные. 335 РУ соответствуют 93 МНН.

Онкология — это область медицины с максимальной скоростью создания и количеством новых лекарственных средств.

В 2009 году в России количество регистрационных удостоверений на онкологические препараты увеличилось по сравнению с 2008 годом на 4,5%, в том числе на отечественные лекарственные средства — на 5%, а на зарубежные — на 8,6%, а количество МНН увеличилось на 9,4%, с 85 до 93 МНН.

В мире с 1971 года арсенал лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний утроился, в связи с этим 2,5-летняя выживаемость в США увеличилась на 44%, а смертность уменьшилась в США и в 20 странах Европы на 30%.

Лидерами продаж в химиотерапии как в России, так и в мире *(рис. 3, табл. 1)* являются такие препараты, как гливек, мабтера, аримидекс, герцептин, таксол, элоксатин, авастин, таксотер, люпрон, велкейд, флудара и другие.



Источник: (B.Jonsson & N.Willking, «The Cost and Burden of Cancer», Stokholm School of Economics, Karolinska Institute Report, Annals of Oncology 18 (supplement 3): iii2–iii7, 2007

Рис. 2. **Влияние инновационных препаратов на снижение смертности от онкологических заболеваний в 20 странах (1995–2003)**

Представляем десять ведущих онкопрепаратов в мире и их позиции в России *(табл. 1)*, а также процент мировых продаж.

При этом видно, что по ряду наименований позиции близки (гливек, таксол, гемзар и др.), а по ряду они резко различаются (люпрон, таксотер, авастин и др.). Причинами этого являются значительные различия в потреблении и использовании лекарственных средств между странами (в зависимости от состояния экономики и системы здравоохранения).

Анализ рынка онкологических препаратов (по данным DSM-групп, 2008 год) показал:

— отечественные лекарственные средства занимают практически половину (47%) рынка онкологических препаратов в натуральном выражении, но в стоимостном выражении — это всего лишь 5%. Аналогичная ситуация в госпитальном сегменте рынка и в сегменте ОНЛС (ДЛО);

— соотношение долей сегментов ДЛО, коммерческого и госпитального, за последние 4 года не претерпело существенных изменений. Наибольшую долю занимает сегмент ОНЛС (около 70% в стоимостном выражении), причем 72% объема в этом сегменте формируют три препарата: велкейд, гливек, мабтера (7 высокозатратных нозологий).

Госпитальный сегмент — около 30%, коммерческий — 3–5% в стоимостном выражении.

В натуральном выражении картина иная: госпитальный сегмент занимает около половины рынка онкологических препаратов, на коммерческий приходится около 25% и рынок ОНЛС (ДЛО) — менее 20%, причем доля трех препаратов (велкейд, гливек, мабтера) в сегменте ОНЛС составляет 17%.

Препараты в ценовом сегменте от 50 до 100 тыс. рублей в натуральном выражении составляют лишь 5%, а в стоимостном — 62% всего рынка онкопрепаратов, при этом в эти 62% входят всего 16 препаратов.

Основная часть препаратов ценового сегмента от 50 до 100 тыс. рублей сосредоточена в Программе ОНЛС, доля их составляет 74% в стоимостном выражении.

Среди брендов явными лидерами в России в стоимостном выражении являются велкейд, гливек, мабтера. Все три препарата являются оригинальными и назначаются при заболеваниях, входящих в федеральную программу «7 нозологий», которая после начала реализации Программы ДЛО явилась следующим шагом к улучшению доступности лекарственного обеспечения онкобольных.

В то же время, несмотря на все усилия, которые предпринимаются государством для улучшения лекарственного обеспечения онкобольных, по данным результатов социологического исследования «Лекарственное обеспечение онкологических больных в Рос-

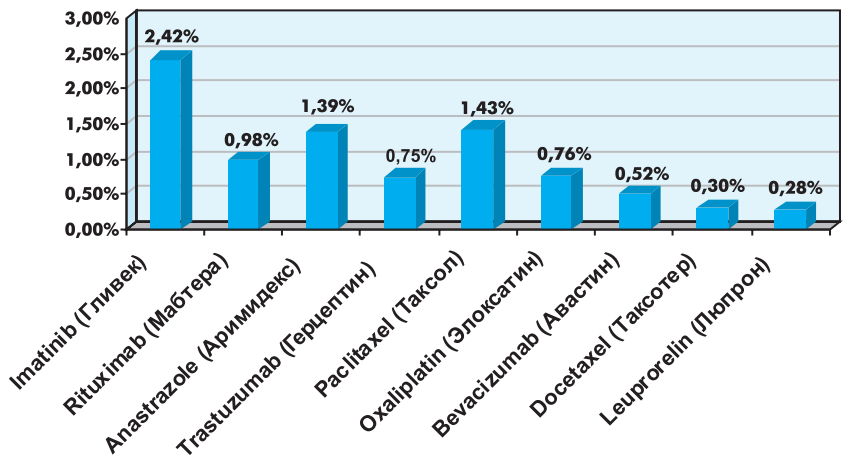


Рис. 3. **Процент мировых продаж лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний**

Таблица 1

Десять ведущих онкологических препаратов в мире и их позиции в Российской Федерации

Место в РФ	*Место в мире*	*Наименование*
11	10	Gemcitabin (Гемзар)
7	9	Paclitaxel (Таксол)
5	8	Anastrazole (Аримидекс)
23	7	Leuprorelin (Люпрон)
22	6	Docetaxel (Таксотер)
15	5	Bevacizumab (Авастин)
9	4	Oxalihlatin (Элоксатин)
1	3	Imatinib (Гливек)
6	2	Trastuzumab (Герцептин)
4	1	Rituximab (Ритуксимаб)

сии», проведенного фондом «Общественное мнение», обеспеченность онкобольных лекарственными средствами оценивается как низкая, при этом отмечается, что:

— полностью обеспечены только 8% нуждающихся;

— частично обеспечены — 32%;

— совсем не обеспечены — 42%.

Причины этого положения следующие.

С одной стороны, Программа ОНЛС (ДЛО) в 2005–2009гг. впервые дала возможность многим онкобольным в Российской Федерации лечиться с помощью инновационных лекарственных препаратов. Были спасены жизни десятков тысяч онкобольных, увеличилась продолжительность и качество жизни пациентов.

В то же время (по данным социологического опроса фонда «Общественное мнение») ДЛО (ОНЛС) обеспечивает не всех онкобольных. Программа рассчитана только на «льготников». Онкобольные включаются в ДЛО (ОНЛС) и получают доступ к инновационным препаратам лишь после получения инвалидности, когда многих уже нельзя спасти, а стоимость поддерживающей терапии высока. За пределами системы остаются трудоспособные граждане, шансы выздороветь у которых при своевременном лечении потенциально велики.

В целом по стране около 800 тыс. человек с ранними стадиями рака до инвалидности не включены в ДЛО (ОНЛС).

Кроме того, пациенты сталкиваются с проблемами при получении прописанных лекарств. В отсутствие бесплатных лекарств онкобольным приходится либо покупать их самостоятельно, либо делать перерывы в лечении.

Начиная с 2008 года, Программа ОНЛС (ДЛО) была модернизирована, из нее в отдельную программу была выделена Программа лекарственного обеспечения 7 высокозатратных нозологий. Из онкозаболеваний в программу вошли ряд онкогематологических заболеваний (миелолейкозы), а из препаратов четыре препарата: велкейд, гливек, мабтера и флудара. За два года реализации программы количество участвующих пациентов по онкологии с 25 тыс. увеличилось до 40 тыс., то есть практически на 60%.

В то же время при реализации Программы «7 нозологий» возникли определенные проблемы:

— отсутствие эпидемических расчетов (ожидаемое количество больных по каждой нозологии);

— некачественное составление заявки субъектами Российской Федерации, в результате дополнительные заявки от субъектов РФ;

— значительные остатки лекарственных средств в субъектах РФ, в том числе с ограниченным сроком годности;

— некорректное ведение регистров пациентов и другие.

По результатам изложенного, необходимо выделить факторы, влияющие на рынок онкологических препаратов:

- общая социально-экономическая ситуация в стране;
- общая ситуация на фармацевтическом рынке России;
- политика государства в отношении реализации государственных Программ ОНЛС и «7 высокозатратных нозологий» национального проекта по развитию онкологической службы;
- привлекательность фармацевтического рынка, в том числе госпрограмм для иностранных производителей;
- реализация программы развития отечественной промышленности, в том числе развития производства инновационных препаратов;
- динамика увеличения онкологических больных;
- общая ситуация на мировом фармацевтическом рынке;
- перспективы к расширению ассортимента онкологических препаратов (в настоящее время более 60 фармацевтических компаний занимаются разработкой онкологических вакцин, около 70 препаратов проходят клинические испытания. К 2014 году объем рынка онкологических вакцин может достичь 633 млн. долл. в мире);
- увеличение роли фармакоэкономических исследований в онкологии.

Во всем мире фармакоэкономические исследования являются важнейшим, хотя и не всегда определяющим, фактором принимаемых решений о допуске лекарственных средств (ЛС) на рынок (закупке).

Внимание к фармакоэкономическим исследованиям в мире растет.

Во Франции в 2008 году создан новый государственный орган — Комиссия по экономической оценке вопросов здравоохранения (Commission Evaluation Economique et de Sante Publique — CEESP), которая будет в том числе заниматься рассмотрением вопросов клинической и экономической эффективности медикаментозной терапии, политики разделения рисков и возмещения. Сегодня данные фармакоэкономических исследований являются обязательными к учету при принятии решений о возмещении в 10 странах ЕС, соответствующие требования готовятся еще в 5 странах.

При онкологических заболеваниях в большинстве случаев пациент приобретает не здоровье, а продолжение жизни.

Это необходимо иметь в виду при разработке, регистрации и фармакоэкономических исследованиях онкопрепаратов:

— продолжительность жизни должна стать главным критерием оценки онкопрепарата.

Однако пациентам сегодня необходима не просто выживаемость, а выживаемость без прогрессирования, когда уменьшается симптоматика, улучшаются трудоспособность, условия и качество жизни.

Исходя из этого направления фармакоэкономических исследований, применительно к онкопрепаратам, при определении эффективности можно анализировать:

— данные по общей выписываемости пациентов в сравнении с лекарственными средствами (ЛС) конкурентами или иной применяемой терапией по определенной нозологии;

— данные по качеству жизни пациентов, которое получает пациент при применении инновационного препарата;

— оценка различных схем лечения, включающих сочетания и последовательное использование растущего числа ЛС (в настоящее время на поздней стадии разработки находится 95 онкологических препаратов, половина из них — таргетированные). Рост числа возможных схем лечения как расширяет возможности онкологов, так и ведет к относительному снижению общей стоимости лечения.

Среди перечисленных факторов, оказывающих влияние на лекарственное обеспече-

ние в онкологии, особой расшифровки требует политика государства в отношении реализации государственных Программ ОНЛС и «7 нозологий» — это прежде всего финансирование госпрограмм.

Доля расходов на лечение онкологических заболеваний в Европе и США колеблется от 5–6% в Великобритании и США до 7–8% в Швеции, доля прямых расходов на пребывание в стационарах, зарплату врачам, операции, радиотерапию в Европе доходит до 55–50%, доля затрат на применение инновационных препаратов в прямых расходах составляет 10–20%.

В России финансирование лекарственного обеспечения онкобольных осуществляется из различных источников:

— из федерального бюджета — это Программы ОНЛС и «7 нозологий» (на основании Федерального закона от 17.07.1999 № 178 «О государственной социальной помощи»; Федерального закона от 18.10.2007 № 230 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» и др.);

— из бюджетов субъектов Российской Федерации (на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»);

— из средств федерального и территориального фондов ОМС осуществляется финансирование по программе госгарантий госпитальной помощи гражданам;

— из личных средств граждан.

Необходимо отметить, что за последние пять лет в России затраты на лекарственное обеспечение онкобольных значительно возросли.

В 2000 году затраты на лекарственное обеспечение онкобольных в России составляли 4 евро на одного пациента.

В 2009 году затраты на каждого онкобольного без учета 7 ВЗН составили 43,6 евро; затраты на каждого онкобольного с учетом ОНЛС + 7 ВЗН составили 151,6 евро.

Начиная с 1 января 2009 года, начала реализовываться национальная онкологическая программа.

Цель реализуемой программы:

— развитие и усовершенствование данной отрасли медицины;

— обеспечение более раннего выявления злокачественных новообразований, быстрого информационного обеспечения пациентов на доспециализированном этапе и своевременного направления в онкологические медицинские учреждения.

Финансирование программы за счет бюджета Российской Федерации — 28 млрд. рублей, из которых 6,3 млрд. рублей в 2009 г.

Участники программы в 2009 году — 11 субъектов с последующим вовлечением остальных.

Программа — это еще один этап в развитии онкологической службы и лекарственного обеспечения, так как за выявлением заболевания, безусловно, следует принятие решения о лечении.

Ожидаемый результат национального проекта в области онкологии:

— развитие сети онкологических диспансеров с укреплением их кадровой и материально-технической базы;

— программа позволит увеличить процент раннего выявления злокачественных новообразований, в том числе I и II стадии до 75%;

— позволит снизить инвалидность от онкологических заболеваний.

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПОЧЕМУ НЕТ ИСТОРИЙ УСПЕХОВ?

От редакции:

В феврале 2010 года в рамках Общероссийского Форума «Инфраструктурные проекты России: сложные условия — новые возможности» прошла рабочая сессия «Государственно-частное партнерство в здравоохранении: механизмы реализации». Принявший участие в ее работе заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья академик Сергей Иванович Колесников без иллюзий оценил текущий статус государственно-частного (ГЧП) в здравоохранении, заметив, что «главная проблема ГЧП в здравоохранении — это длительный срок отдачи инвестиций, составляющий 20–25 лет, поэтому увлечение ГЧП выражается только на словах».

Андрей Лобанов, председатель Комитета по медицине Московской ассоциации предпринимателей, не согласился с озвученными Колесниковым параметрами доходности и возвратности инвестиций медицинского бизнеса. По его оценкам, сроки возвратности инвестиций в 3–8 млн. долл. США, необходимые для запуска среднего по размерам (до 2 тыс. кв. м) медицинского центра, составляли до кризиса 5–7 лет, а во время кризиса и вовсе сократились до 3–5 лет. А прибыльность подобных проектов (прибыль до налогообложения, отнесенная к общему объему выручки) составляет 12–20%. Поэтому, по мнению Лобанова, «главным направлением ГЧП в здравоохранении должна стать передача в концессионное управление государственных клиник и создание больничных касс. А главные риски — смена технологий и конкуренция без координации».

На рабочей сессии В.Г. Варнавский, главный научный сотрудник Института мировой экономики и международных отношений РАН, выразил решительное несогласие с тем, что любой совместный проект государства и бизнеса в сфере здравоохранения можно и нужно называть «частно-государственным партнерством». Сегодня В.Г. Варнавский — гость рубрики «Актуальное интервью».

Наталия Куракова: Владимир Гаврилович, чем и кому выгодно ГЧП?

Владимир Варнавский: Согласно принятым во всем мире расчетам, используя формат ГЧП, государство существенно сокращает бюджетное финансирование таких проектов. Более того, общественные затраты на проекты ГЧП на 10–15% ниже тех совокупных издержек, которые несет общество при финансировании проектов только из государственных источников. Достигается такая экономия за счет того, что бизнес более оперативен и более свободен в выборе инструментов реализации проектов, он может оптимизировать издержки, повышать эффективность расходования средств, снижать сроки строительства и т.д.

Частные же компании, участники проектов ГЧП, получают гарантированный государством доход и рынок. Несмотря на то, что планируемая прибыльность таких проектов, как правило, невысока, часто компании получают и дополнительную сверхприбыль за счет частнопредпринимательской инициативы, использования ноу-хау, инноваций, оптимизации производства и других факторов.

Н.К.: Сегодня понятие ГЧП сильно размыто и не определено в законодательстве РФ. Только ли это — терминологическая и методологическая проблема?

В.В.: Действительно, сегодня ГЧП не определено на уровне федерального законодательства. Часто к ГЧП относят и государственные закупки в рамках № 94-ФЗ, и государственное кредитование, и субсидирование процентных ставок банковского и реального секторов, и льготное налогообложение, и льготные таможенные тарифы, и вообще все то, что государство делает для бизнеса, особенно сейчас — в период экономического кризиса. Такой подход не совсем правильный. Государственно-частное партнерство — это специфический инструмент реализации СОВМЕСТНЫХ инвестиционных проектов, когда осуществляется их софинансирование государством и бизнесом, происходит разделение рисков, создание совместных компаний и иная совместная деятельность.

Я предлагаю следующее определение: государственно-частное партнерство представляет собой юридически закрепленную на определенный срок форму взаимодействия между государством и частным сектором в отношении объектов государственной и муниципальной собственности, а также услуг, исполняемых и оказываемых государственными муниципальными органами, учреждениями и предприятиями в целях реализации общественно значимых проектов в широком спектре видов экономической деятельности.

Н.К.: Какие из перечисленных характеристик ГЧП, по Вашему мнению, следует выделить как родовые?

В.В.: Прежде всего предметом ГЧП является государственная и муниципальная собственность, а также услуги, оказываемые государством, муниципальными органами власти и бюджетными организациями.

Во-вторых, предполагается юридическое оформление партнерства между государством и участниками со стороны частного сектора специальным соглашением (договором, контрактом). Само партнерство заканчивается со сроком действия соглашения.

В-третьих, предполагаются софинансирование проектов ГЧП в определенных долях государством и частными компаниями, разделение рисков между участниками и фиксированный срок партнерства.

Инвестиционные проекты становятся проектами ГЧП только в том случае, когда частная компания финансирует строительство и (или) эксплуатацию объектов государственной собственности. Поэтому подавляющее большинство российских проектов, финансируемых из Инвестиционного фонда, не являются примерами ГЧП: государство финансирует объекты своей собственности (автомобильные и железные дороги, мосты, трубопроводы и т.п.), бизнес строит свои объекты — заводы, комбинаты и пр. Примерами ГЧП являются только две концессии на строительство автомобильных дорог: Москва — Петербург (15–58 км) и участок дороги Москва — Минск от МКАД в обход г. Одинцово.

Н.К.: Если говорить о ГЧП в здравоохранении, какие бы страны и модели партнерства Вы бы выделили?

В.В.: Прежде всего, конечно, интересен опыт Великобритании, в которой на ГЧП в здравоохранении приходится 12% от всех отраслевых проектов.

Очень продуктивно ГЧП используется в системе здравоохранения Австралии. В этой стране каждая провинция разрабатывает свое законодательство. Типичная схема: больницы строятся на средства частного инвестора, три четверти коек остаются государственными, четверть коек временно (до 40 лет) находится в частном управлении инвестора. Таких больниц построены десятки в каждой провинции.

Примером параметров таких проектов может быть капитальный ремонт больницы Joondalup Health Campus и ее последующая эксплуатация на условиях аренды. Больница является государственно-частной: в ней 265 койко-мест — государственных, 70 — частных. Государство обязалось компенсировать частной компании стоимость услуг, оказываемых на государственных койко-местах. За остальные койко-места компания должна была получать коммерческую плату с пациентов. Государственная часть больницы должна быть возвращена правительству штата через 20 лет. Частные койко-места должны перейти под контроль правительства штата через 40 лет. Гарантии правительства, предоставленные частному оператору: его чистый приведенный доход за весь период эксплуатации должен составить 21 млн. долл.

Н.К.: Имеют ли проекты ГЧП в сфере здравоохранения какую-либо специфику?

В.В.: Сегодня каждый говорит о болевых точках в здравоохранении, рассматривая ГЧП как универсальную панацею. Это неправильно. ГЧП — достаточно узкий спектр в деятельности отрасли и распространяется оно главным образом на основные фонды. А специфика такого партнерства связана в первую очередь с особым предметом договора государства с бизнесом — это больницы, поликлиники, фармацевтические предприятия. По формам, содержанию, структуре договоров, механизмам гарантий со стороны государства, методам регулирования ГЧП в здравоохранении мало, чем отличается от аналогичных договоров в других отраслях.

Также особыми, отличными от ГЧП в других отраслях являются инвестиционные и операционные риски контрактов ГЧП в здравоохранении. Более того, риски специфичны для каждого отдельно взятого проекта. По-существу, матрица рисков, которая описывается в договоре ГЧП, уникальна и может быть перенесена на другой контракт в этой же отрасли лишь как прототип, образец.

Вообще концепция рисков, их корректного отражения в контракте ГЧП, возможности предвидения дальнейших тенденций развития здравоохранения являются ключевыми. Очевидно, что контракт на 40 лет в сфере, где быстро меняются технологии (а здравоохранение — это именно такая сфера), сопряжен с высокими рисками. Часто расчетам эффективности таких проектов свойственна некорректность. Много сложностей возникает при разработке нормативной базы и текста контрактов.

Если государство осуществляет слабое регулирование качества медицинской помощи в проекте ГЧП, оно, как правило, сразу падает. Иногда из-за слабого уровня государственного регулирования построенные в рамках ГЧП клиники отличают нерациональное расположение корпусов и палат, стесненность в операционных комнатах, использование дешевого оборудования, высокие цены коммерческого обслуживания при низком качестве услуг, чрезмерная экономия частным партнером на эксплуатационных расходах. Также часто эксплуатационные затраты в таких проектах оказываются существенно выше запланированных.

Н.К.: Сегодня можно говорить об отсутствии убедительных историй успеха формата ГЧП в здравоохранении. Что нужно сделать для операционализации ГЧП в отрасли?

В.В.: Нет, это не совсем верно. Есть успешные проекты в здравоохранении на Западе. Но они реализованы там, где, во-первых, обеспечены гарантии бизнесу, а, во-вторых, разработаны механизмы государственного регулирования. Поэтому Правительству России, если оно решает создать систему ГЧП в здравоохранении, прежде всего необходимо создавать организационную и управляющую (с серьезными полномочиями) структуру по вопросам ГЧП в составе Минздравсоцразвития. Без специальной оргструктуры ГЧП в здравоохранении не развить. В транспортной отрасли появились первые концессии только после создания госкомпании «Росавтодор».

Кроме того, нужна серьезная нормативная база и программа ГЧП. Причем эта база должна писаться не по конкурсу с привлечением аффилированных структур, а профессионалами высокого уровня.

И, наконец, следует готовить специалистов по специальности «ГЧП для государственного сектора». Сегодня в госслужбе нет кадров, которые могли бы расписать такие контракты.

Н.К.: Спасибо, Владимир Гаврилович! Я была свидетелем дискуссии с Вашим участием по поводу терминологической некорректности использования понятий «государственно-частного» и «частно-государственного» партнерства, а также взаимозаменяемости этих словосочетаний. Ваши оппоненты пытались доказать, что любой совместный проект государства и бизнеса в сфере здравоохранения можно и нужно называть «частно-государственным партнерством» потому, что «яйцо сверху — круг, а сбоку — овал». Абсолютно разделяю Вашу позицию и так же, как и Вы, полагаю, что понятийная определенность порождает методологию.

О.В. Гончарова,
главный специалист ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, г.Москва

СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЧАСТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Согласно ст. 41 Конституции РФ, в стране гарантировано развитие трех систем отечественного здравоохранения: государственной, муниципальной и частной. В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан (в редакции Федерального закона от 02.03.98 № 30-ФЗ), раздел III «Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 12, 13, 14, даны определения существующих систем здравоохранения.

Так, «к частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью». Кроме того, в нее входят образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Но опыт многих стран мира свидетельствует, что система здравоохранения одна. Она должна носить государственный характер и пониматься как система обязательств государства в организации и обеспечении своих граждан доступной, высококачественной и эффективной медицинской помощью. Очевидно, правильным шагом могло бы стать внесение поправки в п. 2 статьи 41 Конституции РФ, разделившей отечественное здравоохранение на государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения. Это предложение было внесено в Резолюцию Пироговского съезда врачей, состоявшегося в сентябре 2006 года [2].

Формально история российской частной медицины не прерывалась с дооктябрьских времен: советская власть не решилась полностью запретить работать частнопрактикующим стоматологам: их облагали высокими налогами, частыми проверками, вызывали на допросы по подозрению в незаконном обороте золота, но не ликвидировали. В большинстве стран мира стоматология почти целиком частная, и государство выделяет минимальные средства на базовые гарантии (все, что не входит в гарантии, оплачивается пациентом). По мнению заместителя Председателя Государственной Думы РФ, академика РАМН Н.Ф. Герасименко, «в ближайшем будущем стоматология может приватизироваться. Если денег не хватает даже на содержание скорой помощи, нужно выбирать какие-то отрасли, которые можно коммерциализировать. Стоматология и сейчас уже фактически платная на 90%, поэтому она вполне справится. Надо сказать, что приватизация сектора не исключает и возможности

© О.В. Гончарова, 2010 г.

размещения определенного социального государственного заказа» [1].

Впервые, в 2006 году, сведения о частных медицинских организациях Российской Федерации были выделены в форме государственного статистического наблюдения № 1-здрав, формирующегося территориальными органами статистики. Число частных амбулаторно-поликлинических учреждений в Российской Федерации в этом году составило 4206 (по сравнению с 13 583 государственными и муниципальными амбулаторно-поликлиническими учреждениями), а число частных больничных учреждений — 148 (по сравнению с 7478, соответственно). Специализация коечного фонда частных организаций представлена следующим образом: хирургические койки — 29,7% от всех коек, терапевтические — 26,1%, гинекологические — 10,4%, офтальмологические — 6,8%, неврологические — 10,0%, наркологические — 3,2%. Дальнейшее развитие частного сектора здравоохранения происходило высокими темпами [4].

Размещение его субъектов по федеральным округам характеризовалось неравномерностью. Так, в Центральном федеральном округе, по состоянию на 2007 год, их число составило 1529 (28,5% от общего количества), в Приволжском округе — 1031 (19,2%), в Сибирском — 818 (15,2%), в Северо-Западном — 596 (11,1%), в Уральском — 487 (9,1%).

Что касается кадровых ресурсов, то в медицинских организациях частного сектора здравоохранения в 2008 году работало более 32 тысяч врачей и 37 тысяч среднего медицинского персонала, что составило 4,5 и 2,4%, соответственно, от общей численности этих категорий медицинских работников. Среди всех врачей около 14% составляли терапевты, 5,5% — акушеры-гинекологи, 4,6% — хирурги, 3,4% — офтальмологи, 3,3% — дерматовенерологи, 3,0% — врачи ультразвуковой диагностики, по 2,5% — неврологи и педиатры, 2,3% — врачи лабораторной диагностики.

Важной новой тенденцией развития частного сектора здравоохранения в Российской Федерации являются формирование и расширение частных медицинских сетей. В настоящее время в России действуют следующие типы частных медицинских сетей:

- *корпоративная сеть* — медицинское предприятие, в состав которого входят более двух клиник, принадлежащих одному владельцу (сетевые клиники «Медэкспресс», «Евромедпрестиж», «Центр флебологии», «Медси», «Ортос», «Центродент», Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем, «Национальный медицинский центр» и др.);
- *франчайзинговая сеть организаций* (стоматологические клиники «Дента Вита», сеть лабораторий «Инвитро» и др.);
- *некоммерческий альянс* — сеть организаций, использующих единый брэнд без выплаты франшизы за его применение (сеть клиник, объединенных брендом «Эксимер», и др.);
- *сеть организаций с правом использования торговой марки* (без соблюдения единой с головной клиникой технологии ведения бизнеса и выплат роялти). В такой форме существует сеть клиник «Он Клиник».

Детальная типология частных медицинских организаций представлена С.В. Шишкиным в 2009 году [4]:

- *многопрофильные клиники* — организации, аналогичные традиционной поликлинике по набору медицинских специальностей;
- *разнопрофильные клиники* — организации, объединяющие врачей нескольких медицинских специальностей, не являющихся смежными. В большинстве случаев они называют себя многопрофильными клиниками, однако число специальностей в них недостаточно для функционирования в качестве поликлиники. Диагностические возможности таких клиник, как правило, уже, чем у многопрофильных; лабораторная диагностика часто отдается на аутсорсинг;
- *специализированные клиники* — организации, работающие в определенной меди-

цинской области (или в нескольких, но, в отличие от «разнопрофильных» клиник, набор специальностей не случаен, а отражает определенную концепцию оказания медицинской помощи).

Преобладающими в Российской Федерации являются специализированные клиники, доля которых превышает 80%. Однако наблюдается тенденция к расширению спектра медицинских специальностей, предлагаемых частными клиниками, поэтому доля специализированных частных медицинских организаций может снизиться.

Примерно 70% из специализированных клиник работают в областях: стоматология, гинекология, акушерство, андрология, венерология, дерматология, репродуктология, урология, косметология; около 30% составляют клиники, занимающиеся лечением офтальмологических болезней, наркотической, алкогольной и никотиновой зависимостей, снижением веса. Клиники, специализирующиеся на лечении болезней нервной, сердечно-сосудистой систем, ЛОР-органов, аллергических болезней, представлены в единичном числе. В области гомеопатии и мануальной терапии работают, как правило, частнопрактикующие врачи. Развиваются частные медицинские организации, занимающиеся лабораторной диагностикой. Часто они создаются при предприятиях, производящих тест-системы для лабораторной диагностики, при исследовательских учреждениях, где, кроме выполнения исследований, предлагают дополнительные услуги врачей-консультантов.

Что касается состояния частного сектора здравоохранения г. Москвы, то в нем преобладают организации, основным видом деятельности которых является стоматология (59,2%), на втором месте — акушерство и гинекология (13%), на третьем — многопрофильные (9,8%) и др.

Проведенный анализ форм собственности частных медицинских организаций г. Москвы свидетельствует о значительном преобладании обществ с ограниченной ответственностью (ООО) — 84,6% по сравнению с другими формами.

Среди новых тенденций в развитии частного сектора здравоохранения г. Москвы важно отметить создание поликлиник семейного типа и педиатрических отделений. С чем это связано? Как известно, государственная поликлиническая служба последние 10–15 лет переживала нелучшие времена. В странах, где большинство населения получало медицинскую помощь в первичном звене, основные финансовые средства (до 50%) направляли именно ему. В Российской Федерации этому направлению длительное время выделяли не более 20%, поэтому, например, в отдельных административных округах г. Москвы укомплектованность участковыми терапевтами и педиатрами снизилась до 35%, причем работали в этой службе в основном люди предпенсионного и пенсионного возраста. Участковые терапевты и педиатры государственных учреждений оказались не готовыми выполнять многие вполне доступные им функции узких специалистов (так, например, до 80% детей участковые педиатры направляли на консультации к этим специалистам, в то время как в зарубежных странах эта цифра составляет не более 15–20%, и они привлекаются только для радикальных вмешательств). Соответственно значительную часть финансовых средств «поглощали» узкие специалисты, а это снизило финансовую обеспеченность участковых врачей, и они стали исчезать.

Частная медицина г. Москвы мгновенно отреагировала на эту ситуацию созданием семейных поликлиник в разных административных округах г.Москвы, где одновременно функционируют взрослые и детские отделения.

Но что мешает развитию частной медицины? Согласно данным Интернет-опроса, проведенного в 2007 году региональными отделениями Первой общероссийской ассоциации врачей частной практики, это:

- современный порядок лицензирования — 40%,

- несовершенство законов — 22,86%,
- коррупция — 17,4%,
- непредсказуемость нормативов — 8,57%,
- налоги — 8,57%,
- прессинг санитарно-эпидемиологической службы — 2,86%.

Но, очевидно, что проблемы частной медицины регионов РФ и г. Москвы различаются по значимости. Среди основных проблем частного сектора здравоохранения г. Москвы можно выделить следующие.

- ***Проблема помещений***

Одним из главных факторов, сдерживающих развитие частной медицины в г. Москве, является проблема помещений. Строительство собственных зданий большинству частных клиник не по карману, а без подходящего помещения клиника никогда не получит лицензии на соответствующий вид медицинских услуг, каковы бы ни были ее кадровые и «аппаратные» возможности. Сегодня большинство частных медицинских организаций выходит из положения с помощью аренды, но спрос на этом рынке пока еще явно превышает предложение.

- ***Проблема «взаимодействия» государственного и частного секторов здравоохранения***

Очевидно, что для развития здравоохранения необходимо наличие конкуренции. Учреждениям, опирающимся на систему обязательного медицинского страхования, теоретически должны составить конкуренцию клиники, сотрудничающие с системой добровольного медицинского страхования и частный сектор здравоохранения.

Нужно признать, что ни в одной стране мира не удалось создать систему здравоохранения, которая бы полностью удовлетворяла интересам общества и правительства, но секрет идеальной системы здравоохранения состоит в сбалансированном развитии секторов, особенно государственного и частного. При этом у каждого из них, конечно, есть свои недостатки и достоинства.

Но возможна ли вообще в Российской Федерации и, в частности, в г. Москве частная медицина в тех объемах, в которых она существует на Западе? И заинтересовано ли государство в развитии частного сектора медицинских услуг? Оно, как никто другой, должно быть в этом заинтересовано, так как, во-первых, через частный сектор здравоохранения привлекаются личные средства граждан, что позволяет повернуть теневой оборот в легальное налогооблагаемое русло и увеличить поступления в бюджетные фонды всех уровней; во-вторых, увеличиваются отчисления во внебюджетные фонды (пенсионный, ОМС, социального страхования) за счет создания высокооплачиваемых рабочих мест для врачей.

- ***Проблема демпингования рыночных цен***

Ни для кого не секрет, что бюджетное здравоохранение недостаточно финансируется государством и поэтому вынужденно нарушает Конституцию РФ, занимаясь оказанием платных медицинских услуг на базе бюджетных (федерального и муниципального подчинения) лечебно-профилактических учреждений. Получается, что фактически в России существуют две «системы» платной медицины. Причем проблемы прямой «оплаты-благодарности» пациента медицинскому персоналу, порой превращающиеся в практику вымогательства, в значительной степени компрометируют и снижают эффективность платных услуг в здравоохранении.

Реальное противодействие бюджетных медицинских учреждений частным организациям наиболее широко проявляется в практике демпингования рыночных цен. Статус государственных и муниципальных учреждений дает им возможность пользоваться значительными материальными благами бесплатно, «частники» же за все вынуждены платить сами. По этой причине врачи частной практики вынуждены отказываться от некоторых видов медицинских услуг не потому, что на них нет спроса, а потому, что их оказывать невыгодно в условиях отсутствия

антидемпинговых механизмов. Вот почему профиль работы большинства частных медицинских организаций в г. Москве ориентирован на оказание лишь высокодоходных видов медицинской помощи (стоматология, гинекология, урология и др.). Нельзя забывать и о вероятности исковых претензий к частной клинике. С одной стороны, врач частной практики несет персональную моральную, финансовую и юридическую ответственность за недобросовестность или несоответствие предъявляемым к нему требованиям. С другой стороны, есть и недобросовестные пациенты, желающие извлечь финансовую выгоду. Такая практика существует повсеместно, но особенно это выражено в г. Москве. При этом прежде всего страдают владельцы частных медицинских центров, с которых, как считает обыватель, в отличие от «бедных» государственных, всегда есть что получить. Поэтому, наряду с постоянным повышением качества медицинских услуг и необходимостью четкого соблюдения стандартов медицинской помощи, вынужденной является практика частичного закладывания в цену медицинских услуг издержек на страхование от подобных исков [3].

Таким образом, платные услуги в здравоохранении — это не столько доходное предпринимательство, сколько предпринимательство наиболее высокого риска.

• ***Проблема страхования в частном секторе здравоохранения***

Социальное страхование в западных странах основано на принципе солидарности: здоровые платят за больных, богатые за бедных, молодые за старых. И это сочетается с отрегулированными схемами контроля и расчетов между страховыми организациями и медицинскими учреждениями. В настоящее время в России фонды ОМС мало заинтересованы в «установлении отношений» с частным сектором здравоохранения. Это явилось причиной того, что частные клиники с целью доступности цен на медицинские услуги часто отказываются от посреднических услуг страховых компаний (которые нередко заинтересованы просто в «снятии» денег за оказанные медицинские услуги) и работают напрямую с пациентами.

Очевидно, что развитие частного сектора здравоохранения, здоровая конкуренция качества медицинских услуг, разумное использование потенциала и возможностей частного сектора могут способствовать реализации конституционных гарантий граждан на получение качественной медицинской помощи.

Литература

1. *Герасименко Н.Ф.* Реформы в стоматологии//Dental-revue. — Информационный стоматологический сайт. — 2005.

2. Резолюция VI (XXII) Всероссийского Пироговского съезда врачей. — М., 2006.

3. *Мисюлин С.С.* Платные медицинские услуги в государственных учреждениях в современной системе здравоохранения России//Вестник Росздравнадзора. — 2009. — № 1. — С. 24–29.

4. *Шишкин С.В.* Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения//Научные труды Института экономики переходного периода. — № 125Р. — М.: ИЭПП, 2009. — 112 с.

ИЗМЕНЕНИЕ СТАТУСА ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЙ

От редакции:

В прошлом номере нашего журнала в рубрике «Консультирует Менеджер здравоохранения» был опубликован материал И.С. Хайруллиной, посвященный законопроекту по изменению статуса государственных (муниципальных) учреждений. Публикация вызвала огромный интерес у наших читателей.

Мы обещали внимательно следить за ходом принятия закона и сегодня даем очередную информацию по законопроекту.

Законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», как и прогнозировалось, был рассмотрен в феврале. Он был принят Государственной Думой в первом чтении 12.02.2010 и включен в календарь рассмотрения Государственной Думой на 19.03.2010.

После первого чтения указанный законопроект направлен Президенту Российской Федерации, в Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, комитеты и комиссии Государственной Думы, во фракции в Государственной Думе, в Правительство Российской Федерации, законодательные (представительные) органы государственной власти субъектов Российской Федерации.

Поправки к законопроекту должны быть представлены в Комитет Государственной Думы по бюджету и налогам до 13 марта 2010 года.

В постановлении Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, принятом по поводу данного законопроекта, Комитету Государственной Думы по бюджету и налогам было поручено доработать указанный законопроект с учетом поступивших поправок и внести его на рассмотрение Государственной Думы во втором чтении 19 марта 2010 года.

В соответствии с протоколом № 185 заседания Совета Государственной Думы принято решение перенести рассмотрение проекта Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» во втором чтении с 19 марта на 7 апреля 2010 года.

Таким образом, идет активная работа над законопроектом.

Напоминаем, что ознакомиться с законопроектом и сопутствующими документами можно на официальном сайте Государственной Думы (http://www.duma.gov.ru/) в разделе «Законодательная деятельность ГД» (подраздел «Законопроекты»).

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОМС НЕ ВПРАВЕ ВЗЫСКИВАТЬ С МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СРЕДСТВА ДАЖЕ ЧЕРЕЗ СУД

От редакции:

Практически каждое учреждение, работающее в системе ОМС, сталкивалось с ситуацией, когда по итогам проверки, проведенной Территориальным фондом ОМС (ТФОМС), определенные расходы медицинского учреждения признавались нецелевыми, и ТФОМС требовал возврата (восстановления) средств. Результаты проверок ТФОМС далеко не всегда можно признать бесспорными. В нашем журнале мы неоднократно касались таких случаев. Однако сегодня речь идет о другом — о самом праве территориальных фондов ОМС взыскивать с учреждений здравоохранения через суд денежные средства в счет возмещения использованных, по мнению ТФОМС, не по целевому назначению. Как видно из материалов данного судебного дела, арбитражные суды различных инстанций отказали фонду в этом праве.

Разумеется, это не касается ситуаций, когда в силу тех или иных причин (например, при выполнении Территориальным фондом ОМС функции страховщика) между ТФОМС и учреждениями здравоохранения заключен договор, предусматривающий возмещение средств, использованных учреждением нецелевым образом, обратно в ТФОМС.

Напоминаем, что эти документы, как и многие другие, касающиеся злободневных проблем здравоохранения, приложены в виде CD к книге «Управление ЛПУ в современных условиях: 2009–2010 гг.», недавно выпущенной нашим Издательским Домом «Менеджер здравоохранения».

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

Постановление Федерального арбитражного суда Северо-Западного округа от 26 января 2009 г. № А26-3637/2008

Федеральный арбитражный суд Северо-Западного округа в составе председательствующего Михайловской Е.А., судей Алешкевича О.А., Клириковой Т.В.,

при участии от государственного учреждения — Карельского территориального фонда обязательного медицинского страхования Блиновой Л.А. (доверенность от 24.12.2008 № 07-26-147), Андреевской Е.С. (доверенность от 24.12.2008 № 03-06/865), от муниципального учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 4» Коршуновой В.В. (доверенность от 10.09.2008),

рассмотрев 20.01.2009 в открытом судебном заседании кассационную жалобу государственного учреждения — Карельского территориального фонда обязательного медицинского страхования на решение Арбитражного суда Республики Карелия от 05.08.2008 (судья Шалапаева И.В.) и постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 24.10.2008 (судьи Буды-

лева М.В., Горбачева О.В., Семиглазов В.А.) по делу № А26-3637/2008,

установил:

государственное учреждение — Карельский территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее — Фонд) обратилось в Арбитражный суд Республики Карелия с иском к муниципальному учреждению здравоохранения «Городская поликлиника № 4» (далее — Поликлиника) о взыскании 1 479 773 руб. средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению.

Решением суда от 05.08.2008, оставленным без изменения постановлением апелляционной инстанции от 24.10.2008, в удовлетворении иска отказано.

В кассационной жалобе Фонд, ссылаясь на неправильное применение норм материального права, просит отменить принятые по делу судебные акты.

В отзыве на кассационную жалобу Поликлиника просит обжалуемые судебные акты оставить без изменения, считая их соответствующими действующему законодательству.

В судебном заседании представитель Фонда поддержал доводы жалобы, а представитель Поликлиники возражал против ее удовлетворения.

Законность обжалуемых судебных актов проверена в кассационном порядке. Как следует из материалов дела, Фонд провел проверку целевого и рационального использования Поликлиникой средств обязательного медицинского страхования за период с 1 января 2006 года по 31 декабря 2007 года.

В результате проверки выявлено нецелевое использование Поликлиникой средств обязательного медицинского страхования в сумме 1 572 934 руб., о чем составлен акт от 03.04.2008.

Фонд направил Поликлинике предписание от 14.04.2008 № 13 об устранении выявленных нарушений, в котором обязал Поликлинику возместить до 14.05.2008 средства обязательного медицинского страхования, использованные не по целевому назначению.

Поскольку Поликлиника возместила спорные средства не в полном объеме, Фонд обратился в арбитражный суд с исковым заявлением.

Суды первой и апелляционной инстанций отказали в удовлетворении иска, сделав вывод, что Фонд является ненадлежащим истцом по делу.

Кассационная инстанция считает судебные акты законными и обоснованными.

В силу абзаца 2 статьи 9 Федерального закона от 05.08.2000 № 118-ФЗ «О введении в действие части второй Налогового кодекса Российской Федерации и внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах» порядок расходования средств, уплачиваемых в государственные социальные внебюджетные фонды, а также условия, связанные с использованием этих средств, устанавливаются законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании.

В соответствии со статьей 1 Закона Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» (далее — Закон № 1499-1) обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Статьей 4 Закона № 1499-1 предусмотрено, что медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования, к которым относятся гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение, выполняют обязатель-

ства по заключенному договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статьями 20 и 23 Закона № 1499-1 установлено, что медицинские учреждения оказывают медицинскую помощь в системе медицинского страхования на основании договоров со страховыми медицинскими организациями, в которых должен быть предусмотрен в том числе порядок контроля за использованием страховых средств.

В соответствии со статьей 27 указанного Закона медицинские учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

Суды установили, что в спорном периоде Поликлиника осуществляла деятельность на основании договоров, заключенных со следующими страховыми медицинскими организациями: обществом с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М» (договор от 28.12.2004) и обществом с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «РЕСО-МЕД» (договор от 24.06.2005).

В соответствии с условиями указанных договоров установлена обязанность страховых медицинских организаций оплачивать оказываемую медицинским учреждением лечебно-профилактическую помощь по тарифам или финансовым нормативам, установленным тарифным соглашением, и установлен порядок оплаты выставляемых Поликлиникой счетов.

Из материалов дела следует и в судебном заседании представители Фонда подтвердили, что Фондом заявлено требование о взыскании с Поликлиники 1 479 773 руб. денежных средств (ввиду их нецелевого использования), которые перечислены страховыми медицинскими организациями Поликлинике в рамках вышеуказанных договоров, участником которых Фонд не является.

При таких обстоятельствах суды сделали правильный вывод о том, что ***у Фонда отсутствуют полномочия на предъявление требования о взыскании с Поликлиники денежных средств, перечисленных ей по договорам, заключенным со страховыми медицинскими организациями, за оказанные медицинские услуги и он является ненадлежащим истцом*** по настоящему делу.

Согласно пункту 6 части 8 раздела 3 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857, и пункту 9 части 3 Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденного Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 № 4543-1, функцией Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также его территориальных органов является осуществление контроля за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок.

Пунктом 1 Указа Президента Российской Федерации от 25.07.1996 № 1095 «О мерах по обеспечению государственного финансового контроля в Российской Федерации» (далее — Указ № 1095) предусмотрено, что в Российской Федерации государственный финансовый контроль включает в себя контроль за исполнением федерального бюджета и бюджетов федеральных внебюджетных фондов, организацией денежного обращения, использованием кредитных ресурсов, состоянием государственного внутреннего и внешнего долга, государственных резервов, предоставлением финансовых и налоговых льгот и преимуществ.

В силу пункта 4 Указа № 1095 средства на обязательное медицинское страхование, израсходованные незаконно или не по целевому назначению, а также доходы, полученные от их использования, подлежат возмещению по предписаниям соответствующих органов государственного финансового контроля в течение одного месяца после выявления указанных нарушений.

Указанными нормативными актами не предусмотрено право Фонда на взыскание в судебном порядке с медицинского учреждения средств обязательного медицинского страхования, полученных в рамках договора, заключенного со страховыми медицинскими организациями, и использованных не по целевому назначению.

Обжалуемые судебные акты соответствуют нормам материального и процессуального права, оснований для их отмены не имеется.

Учитывая изложенное и руководствуясь статьей 286, пунктом 1 части 1 статьи 287 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Федеральный арбитражный суд Северо-Западного округа

постановил:

решение Арбитражного суда Республики Карелия от 05.08.2008 и постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 24.10.2008 по делу № А26-3637/2008 оставить без изменения, а кассационную жалобу государственного учреждения — Карельского территориального фонда обязательного медицинского страхования без удовлетворения.

Председательствующий Е.А. Михайловская
Судьи О.А. Алешкевич,
Т.В. Клирикова

Определение Высшего Арбитражного Суда РФ от 27 марта 2009 г. № 2897/09

Коллегия судей Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации

в составе председательствующего судьи Ксенофонтовой Н.А., судей Балахничевой Р.Г., Воронцовой Л.Г.

рассмотрела в судебном заседании заявление государственного учреждения «Карельский территориальный фонд обязательного медицинского страхования» (185034, г. Петрозаводск, ул. Торнева, 5-а) от 09.02.2009 о пересмотре в порядке надзора решения Арбитражного суда Республики Карелия от 05.08.2008 по делу № А26-3637/2008, постановления Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 24.10.2008 и постановления Федерального арбитражного суда Северо-Западного округа от 26.01.2009 по тому же делу по иску государственного учреждения «Карельский территориальный фонд обязательного медицинского страхования» к муниципальному учреждению здравоохранения «Городская поликлиника № 4» (185034, г. Петрозаводск, ул. Нойбранденбургская, 1) о взыскании денежных средств обязательного медицинского страхования в размере 1 479 773 рублей, использованных не по целевому назначению.

Суд установил:

решением Арбитражного суда Республики Карелия от 05.08.2008, оставленным без изменения постановлением Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 24.10.2008, государственному учреждению «Карельский территориальный фонд обязательного медицинского страхования» отказано в удовлетворении иска.

Принимая указанные акты, суды исходили из того, что в результате проведенной Территориальным фондом документальной про-

верки целевого и рационального использования МУЗ «Городская поликлиника № 4» средств обязательного медицинского страхования за период с 01.01.2006 по 31.12.2007 выявлено нецелевое использование учреждением средств ОМС в сумме 1 572 934 рублей. Территориальным фондом медицинскому учреждению направлено предписание от 14.04.2008 № 13 об устранении выявленных нарушений и возмещении денежных средств, использованных не по целевому назначению.

Часть средств была восстановлена. Невозмещенный остаток составил 1 479 773 рублей.

Возмещение спорных денежных средств медицинским учреждением не в полном объеме послужило основанием для обращения Территориального фонда ОМС в арбитражный суд с настоящим иском.

Отказывая в удовлетворении иска, суды, руководствуясь статьями 4, 20, 23 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», исходили из того, что в спорный период медицинское учреждение осуществляло деятельность на основании договоров, заключенных с ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» и ООО «Страховая медицинская компания «РЕСО-МЕД».

Условиями договоров, заключенных медицинским учреждением с указанными страховыми медицинскими организациями, установлена обязанность последних оплачивать оказываемую медицинским учреждением лечебно-профилактическую помощь по тарифам или финансовым нормативам, установленным тарифным соглашением, а также установлен порядок оплаты выставляемых учреждением счетов.

Принимая во внимание, что взыскиваемые денежные средства были перечислены медицинскому учреждению названными страховыми медицинскими организациями в рамках договоров, участником которых Территориальный фонд не является, суды пришли к выводу о том, что последний является ненадлежащим истцом по данному иску.

Федеральный арбитражный суд Северо-Западного округа постановлением от 26.01.2009 оставил решение от 05.08.2008 и постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 24.10.2008 без изменения.

Заявитель (государственное учреждение «Карельский территориальный фонд обязательного медицинского страхования») просит о пересмотре указанных судебных актов в порядке надзора, ссылаясь на допущенные нарушения в применении норм права.

В частности, по мнению заявителя, отсутствие прямого указания в Законе РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» на возможность возмещения средств, израсходованных не по целевому назначению, а также отсутствие договорных отношений Фонда и медицинского учреждения не запрещают Фонду реализовать свои права путем подачи в судебные органы иска о возмещении средств ОМС, поскольку на медицинские учреждения нормативными актами возложена обязанность по возмещению денежных средств, полученных для целей страхования граждан и израсходованных не по целевому назначению.

Ознакомившись с доводами заявителя и имеющимися материалами, суд не усматривает оснований, предусмотренных статьей 304 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, для пересмотра оспариваемых судебных актов в порядке надзора.

В силу статьи 4 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» отношения субъектов медицинского страхования, к которым относятся гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение, регулируются договорами.

Определяя в статьях 20, 23 функции каждого субъекта обязательного медицинского страхования, названный Закон устанавливает, что медицинские учреждения оказывают медицинскую помощь в системе медицинского страхования на основании договоров со

страховыми медицинскими организациями, в которых должен быть предусмотрен в том числе порядок контроля за использованием страховых средств.

Тот же договорный порядок взаимоотношений медицинских учреждений со страховыми медицинскими организациями (и/или территориальным фондом обязательного медицинского страхования) закреплен в пункте 5.2 Типовых правил обязательного медицинского страхования граждан, утвержденных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 03.10.2003 № 3856/30-3/и.

Спорные денежные средства получены ответчиком по договору со страховыми медицинскими организациями за оказанные услуги, поэтому суды пришли к обоснованному выводу об отсутствии оснований для взыскания их как использованных не по целевому назначению.

Руководствуясь статьями 299, 301, 304 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Высший Арбитражный Суд Российской Федерации определил:

в передаче в Президиум Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации дела № А26-3637/2008 Арбитражного суда Республики Карелия для пересмотра в порядке надзора решения от 05.08.2008, постановления Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 24.10.2008 и постановления Федерального арбитражного суда Северо-Западного округа от 26.01.2009 по этому делу отказать.

Председательствующий судья Н.А. Ксенофонтова
Судьи Р.Г. Балахничева, Л.Г. Воронцова

Органайзер

II Российский конгресс «Управление качеством медицинской помощи и системой непрерывного образования медицинских работников»

Место и дата проведения: 27–28 мая 2010 года, г. Москва, здание Мэрии Москвы (ул. Новый Арбат, д. 36)

Организаторы: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) России, Комитет ТПП РФ по предпринимательству в здравоохранении и медицинской промышленности.

Основные направления научной программы:

- Система непрерывного медицинского образования в РФ.
- Аттестация и сертификация специалистов в сфере здравоохранения.
- Государственный контроль качества оказания медицинской помощи населению.
- Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении.
- Вопросы качества лекарственного обеспечения лечебного процесса.
- Медицинское страхование в России: состояние и перспективы.
- Управление качеством терапевтической, урологической, ревматологической и неврологической помощи.
- Ведение пациентов с ЛОР-патологией в практике участкового терапевта, семейного врача, оториноларинголога.
- Система качества оказания высокотехнологичной медицинской помощи в РФ.

Оргкомитет мероприятия: *(495) 617-3679,43,44; e-mail: gigexpo@mail.ru*
Подробная информация на www.expodata.ru

http://rezerv.gov.ru

ЧТО ТАКОЕ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПОРТАЛ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ

На повестке дня — необходимость создания целостной системы воспроизводства и обновления профессиональной элиты в нашей стране.
Д. Медведев

Решение задач по обеспечению эффективности государственного управления, развитию инновационной экономики и гражданского общества невозможно без формирования высококвалифицированного кадрового состава государственной службы. Важным условием для этого является приход на государственную службу мотивированных и целеустремленных профессионалов из разных сфер общественной жизни. Именно эту задачу — привлечение на государственную службу «лучших из лучших» — будет по-новому решать Федеральный портал управленческих кадров.

Пилотная версия сайта Портала была размещена в сети Интернет 1 апреля 2009 года на основании Распоряжения Правительства Российской Федерации от 27 января 2009 года № 62-р и во исполнение перечня поручений Президента Российской Федерации, в рамках которого предполагалось, в частности, формирование базы данных вакансий на государственной гражданской службе в рамках разработки и внедрения Программы формирования резерва управленческих кадров.

Создание Портала предполагает решение нескольких задач:

— формирование полноценного информационного ресурса по вопросам государственной гражданской службы;

— создание единой системы кадрового мониторинга;

— формирование базы данных о вакансиях на государственной гражданской службе;

— обеспечение возможности для граждан России, заинтересованных в поступлении на государственную гражданскую службу, сообщить о себе информацию, которая будет доступна кадровым службам государственных органов.

Центральным разделом Портала являются «Вакансии». В этом разделе содержится актуальная информация о вакантных должностях государственной гражданской службы. Портал обеспечивает возможность заинтересованным лицам осуществить поиск вакансий, соответствующих интересам претендентов, а также ознакомиться с данными о вакантной должности государственной гражданской службы: уровень денежного содержания, месторасположение государственного органа, служебное время, квалификационные требования к вакантной должности и пр. Пользователи могут не только узнать об открытых вакансиях государственной гражданской службы, но и заполнить анкету, которая будет доступна сотрудникам кадровых служб государственных органов. Для заполнения анкеты необходимо зарегистрироваться на Портале.

Таким образом, Федеральный портал управленческих кадров призван стать уникальной информационной площадкой, которая позволяет обеспечить эффективное взаимодействие между гражданами России, заинтересованными в поступлении на государственную гражданскую службу, и кадровыми службами государственных органов, с одной стороны, и открывает доступ к полной и регулярно обновляемой информации о государственной гражданской службе, с другой стороны. Выполняя эту миссию, Портал будет способствовать становлению открытой, профессиональной и эффективной государственной гражданской службы Российской Федерации.

От редакции:

Приоритетный национальный проект «Здоровье» реализуется уже не первый год. И, несмотря на значительные суммы, выделяемые ежегодно на информационное обеспечение проекта, получить о нем четкую информацию подчас является проблемой. Например, закономерно встает вопрос, какие направления проекта предусмотрены к реализации в 2010 году. Если обратиться к официальному сайту, посвященному приоритетным национальным проектам (www.rost.ru), то под заголовком «Какие новые направления появятся у приоритетного национального проекта «Здоровье» в будущем?» мы с интересом можем прочитать: «На 2008–2009 годы запланировано...». И это в конце 1 квартала 2010 года! Комментарии, как говорится, излишни.

Сегодня мы знакомим наших читателей с основными направлениями реализации проекта в 2010 году, составленного на основе «Сетевого графика мероприятий по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и мероприятий по улучшению демографической ситуации в 2010 году».

С полным текстом сетевого графика можно ознакомиться на сайте нашего Издательского дома: www.idmz.ru. По нашей информации, этот документ нигде больше в Интернете не представлен.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2010 ГОДУ

КОНСУЛЬТАНТ:
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Минздравсоцразвития России Письмом от 02.02.2010 № 14-1/10/2-656 разослал по субъектам Российской Федерации «Сетевой график мероприятий по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и мероприятий по улучшению демографической ситуации в 2010 году».

Он включает в себя мероприятия с 01.11.2009 по 10.02.2011. Планируется, что общая сумма финансирования

на этот период составит 144 410 858,7 тыс. рублей.

В данном обзоре, представленном ниже в табличном виде, мы укажем только мероприятия, относящиеся к 2010 и 2011 гг.

В рамках реализации соответствующих направлений, как правило, предусматривается разработка соответствующих нормативных актов Правительства РФ, Минздравсоцразвития России и т.д. (большинство из которых принимаются ежегодно); проведение мониторинга; составление отчетов. В данном обзоре мы все это опускаем, упоминая лишь наиболее значимые, по нашему мнению, или наименее известные позиции. Обращаем внимание на то, что в связи с этим нумерация мероприятий может не совпадать с используемой в сетевом графике.

Сетевой график мероприятий по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и мероприятий по улучшению демографической ситуации в 2010 году

Мероприятия	*Плановое финансирование*	*Дата начала*	*Дата окончания*
1. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	*820 000,0 тыс. рублей*	*1 января 2010 г.*	*10 февраля 2011 г.*
1.1. Блок «Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан, включая сокращение потребления алкоголя и табака (2010 г.)»	*820 000,0 тыс. рублей*	*1 января 2011 г.*	*10 февраля 2011 г.*
1.1.1. Разработка и утверждение приказа Минздравсоцразвития России «О мерах по реализации Постановления Правительства РФ «О финансовом обеспечении в 2010 году мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»	0,0	11 января 2010 г.	20 февраля 2010 г.
1.1.2. Создание и оснащение центров здоровья	470 000,0 тыс. рублей	1 апреля 2010 г.	25 июня 2010 г.
1.1.2.1. Предоставление в 2010 году из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ субсидий на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, связанных с закупкой и дооснащением медицинским оборудованием, созданных в 2009 году центров здоровья в учреждениях здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан, включая сокращение потребления алкоголя и табака	226 467,0 тыс. рублей	1 апреля 2010 г.	25 июня 2010 г.
1.1.3. Проведение коммуникационной кампании по формированию приоритетов здорового образа жизни населения России в 2010 году	350 000,0 тыс. рублей	1 декабря 2009 г.	31 декабря 2010 г.

Продолжение таблицы

	Плановое финансирование	*Дата начала*	*Дата окончания*
1.1.3.1. Разработка и запуск специальных телевизионных проектов для различных аудиторий	0,0		31 декабря 2010 г.
1.1.4. Повышение квалификации медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний в 2010 году	28 224,0 тыс. рублей	1 марта 2010 г.	10 февраля 2011 г.
1.1.4.1. Разработка, согласование и внесение в Правительство Российской Федерации проекта постановления «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2010 году мероприятий, направленных на дополнительную подготовку врачей»	0,0	1 ноября 2009 г.	31 декабря 2009 г.
1.1.4.2. Разработка и утверждение приказа Минздравсоцразвития России «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2010 году мероприятий, направленных на дополнительную подготовку врачей»	0,0	11 января 2010 г.	25 февраля 2010 г.
1.1.4.3. Подготовка медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний	28 224,0 тыс. рублей	1 апреля 2010 г.	31 декабря 2010 г.
2. РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ	*58 381 887,0 тыс. рублей*	*1 ноября 2009 г.*	*10 февраля 2011 г.*
2.1. Блок «Денежные выплаты медицинскому персоналу первичного звена»	*30 988 246,9 тыс. рублей*	*1 ноября 2009 г.*	*10 февраля 2011 г.*
2.1.1. «Осуществление денежных выплат участковым врачам-терапевтам, участковым врачам-педиатрам, врачам общей (семейной) практики, а также медицинским сестрам, работающим с названными врачами» (2010 г.)	21 296 787,4 тыс. рублей	1 ноября 2009 г.	10 февраля 2011 г.
2.1.2. «Осуществление денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, а также врачам, фельдшерам и медсестрам скорой медицинской помощи» (2010 г.)	9 691 459,5 тыс. рублей	1 ноября 2009 г.	10 февраля 2011 г.
2.2. Блок «Подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых» (2009 г.)	*0,0*	*1 января 2010 г.*	*10 февраля 2010 г.*
2.3. Блок «Диспансеризация взрослого населения»	*4 141 426,1 тыс. рублей*	*1 ноября 2009 г*	*10 февраля 2011 г.*

Продолжение таблицы

	Плановое финансирование	*Дата начала*	*Дата окончания*
2.3.1. «Дополнительная диспансеризация работающих граждан» (2010 г.)	4 141 426,1 тыс. рублей	1 ноября 2009 г	10 февраля 2011 г.
2.3.2. «Проведение углубленных медицинских осмотров работающих граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (2009 г.)	0,0	1 января 2010 г.	15 марта 2010 г.
2.4. Блок «Профилактика инфекционных заболеваний, иммунизация населения (поддержание высокого уровня охвата профилактическими прививками в рамках Национального календаря профилактических прививок)»	***19 146 290,0 тыс. рублей***	***1 ноября 2009 г.***	***10 февраля 2011 г.***
2.4.1. Мероприятия, направленные на иммунизацию населения	5 642 790,0 тыс. рублей	1 ноября 2009 г.	10 февраля 2011 г.
2.4.1.1. «Иммунизация населения в рамках Национального календаря профилактических прививок» (2009 г.)	0,0	1 января 2010 г.	10 февраля 2010 г.
2.4.1.1.1. Мероприятия, направленные на иммунизацию населения в 2010 году	0,0	1 января 2010 г.	2 марта 2011 г.
2.4.1.1.1.1. Иммунизация против полиомиелита	0,0	11 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
2.4.1.1.1.2. Иммунизация против гепатита В (дети, подростки, взрослые, не привитые ранее в рамках Национального календаря профилактических прививок)	0,0	11 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
2.4.1.1.1.3. Иммунизация против краснухи (дети до 14 лет, лица до 25 лет, не привитые ранее в рамках Национального календаря профилактических прививок)	0,0	11 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
2.4.1.1.1.4. Иммунизация против гриппа (дети дошкольного возраста, учащиеся, взрослые старше 60 лет, медработники и работники образовательных учреждений)	0,0	11 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
2.4.1.1.1.5. Иммунизация против дифтерии, коклюша, столбняка (дети до 1 года, в возрасте 18 мес., 6 лет и 14 лет, взрослые в возрасте 25, 35, 45, 55 лет и старше)	0,0	11 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
2.4.1.1.1.6. Иммунизация против кори и эпидемического паротита (дети в возрасте 1 года и 6 лет)	0,0	11 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
2.4.1.1.1.7. Иммунизация против кори (взрослые до 35 лет)	0,0	11 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
2.4.1.1.1.8. Иммунизация против туберкулеза (новорожденные и дети в возрасте 7 и 14 лет)	0,0	11 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.

Продолжение таблицы

	Плановое финансирование	*Дата начала*	*Дата окончания*
2.4.2. «Обследование населения с целью выявления инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, включая их лечение»	9300,0 тыс. рублей	1 ноября 2009 г.	10 февраля 2011 г.
2.4.2.1. «Обследование населения с целью выявления инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также лечение больных ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С» (2010 г.)	13 503 500,0 тыс. рублей	21 ноября 2009 г.	10 февраля 2011 г.
2.5. Блок: «Обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, профилактические мероприятия» (2010 г.)	*4 077 700,0 тыс. рублей*	*1 ноября 2009 г.*	*31 марта 2010 г.*
3. ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	*60 067 871,7 тыс. рублей*	*1 ноября 2009 г.*	*20 апреля 2011 г.*
3.1. Блок: «Реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» (2009 г.)	*0,0*	*1 января 2010 г.*	*10 февраля 2010 г.*
3.2. Блок: «Реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» (2010 г.)	*3 134 185,8 тыс. рублей*	*1 ноября 2009 г.*	*10 февраля 2011 г.*
3.2.1. Предоставление в 2010 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с закупкой медицинского оборудования для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями	3 134 185,8 тыс. рублей	1 июля 2010 г.	31 августа 2010 г.
3.2.2. Внедрение и ведение федерального регистра стационарного больного с острым коронарным синдромом в субъектах Российской Федерации	0,0	1 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
3.3. Блок «Мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» (2010 г.)	*3 382 905,0 тыс. рублей*	*1 ноября 2009 г.*	*31 декабря 2011 г.*

Продолжение таблицы

	Плановое финансирование	*Дата начала*	*Дата окончания*
3.3.1. Поставка санитарного автотранспорта в субъекты РФ в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП, в 2010 году	0,0	1 июля 2010 г.	15 сентября 2010 г.
3.3.2. Предоставление в 2010 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с закупкой медицинского оборудования для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях	2 950 405,0 тыс. рублей	1 августа 2010 г.	30 августа 2010 г.
3.4. Блок «Мероприятия, направленные на совершенствование организации онкологической помощи населению» (2010 г.)	***5 897 887,6 тыс. рублей***	***1 января 2010 г.***	***10 февраля 2011 г.***
3.4.1. Предоставление в 2010 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с закупкой медицинского оборудования для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации, в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями	4 337 627,6 тыс. рублей	21 марта 2010 г.	20 апреля 2010 г.
3.4.2. Обеспечение оказания специализированной медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями в рамках реализации подпрограммы «Онкология» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)»	137 300,0 тыс. рублей	15 марта 2010 г.	31 декабря 2010 г.
3.4.3. Оснащение медицинским оборудованием окружных и региональных онкологических диспансеров в субъектах РФ и муниципальных образований, участвующих в реализации мероприятий по организации онкологической помощи населению	0,0	1 октября 2010 г.	31 декабря 2010 г.

Продолжение таблицы

	Плановое финансирование	*Дата начала*	*Дата окончания*
3.5. Блок «Повышение доступности и качества оказываемой населению Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи»	***43 152 893,3 тыс. рублей***	***15 апреля 2009 г.***	***10 февраля 2011 г.***
3.5.1. «Строительство и ввод в эксплуатацию новых федеральных центров высоких медицинских технологий» (2010 г.)	6 924 077,3 тыс. рублей	3 января 2008 г.	31 декабря 2011 г.
3.5.2. «Подготовка и повышение квалификации медицинских работников федеральных центров высоких медицинских технологий, в том числе модернизация образовательного процесса» (2010 г.)	50 000,0 тыс. рублей	1 января 2010 г.	10 февраля 2010 г.
3.5.3. «Обеспечение населения Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощью» (2010 г.)	36 178 816,0 тыс. рублей	1 ноября 2008 г.	10 февраля 2011 г.
3.5.3.1. Предоставление субсидий федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях, находящихся в ведении субъекта РФ	4 000 000,0 тыс. рублей руб.	20 февраля 2010 г.	30 апреля 2010 г.
3.6. Блок «Мероприятия по развитию службы крови» (2010 г.)	***4 500 000,0 тыс. рублей***	***1 января 2010 г.***	***10 февраля 2011 г.***
4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРЯМ И ДЕТЯМ	***25 041 100,0 тыс. рублей***	***1 ноября 2009 г.***	***10 февраля 2011 г.***
4.1. Блок «Развитие программы Родовый сертификат»	***17 500 000,0 тыс. рублей***	***1 января 2010 г..***	***10 февраля 2011 г.***
4.1.1. «Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения» (2010 г.)	17 500 000,0 тыс. рублей	1 ноября 2009 г.	10 февраля 2011 г.
4.1.1.1. Оплата государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных на учет в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев	17 500 000,0 тыс. рублей	1 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.

Окончание таблицы

	Плановое финансирование	Дата начала	Дата окончания
4.2. Блок «Развитие сети перинатальных центров» (2010 г.)	*6 040 000,0 тыс. рублей*	*1 января 2009 г.*	*10 февраля 2011 г.*
4.2.1. Блок «Пренатальная и неонатальная диагностика» (2010 г.)	*767 100,0 тыс. рублей*	*1 января 2010 г.*	*10 февраля 2011 г.*
4.2.1.1. «Пренатальная диагностика в 2010 году»	136 500,0 тыс. рублей	1 января 2010 г.	10 февраля 2011 г.
4.2.1.2. «Неонатальный скрининг на галактоземию, муковисцидоз и адреногенитальный синдром, аудиологический скрининг детей первого года жизни» (2010 г.)	630 600,0 тыс. рублей	1 ноября 2009 г.	10 февраля 2011 г.
4.2.1.2.1. Обследование новорожденных детей		1 января 2010 г.	10 февраля 2011 г.
4.2.1.2.1.1. Поставка оборудования и расходных материалов в субъекты РФ	0,0	1 мая 2010 г.	31 декабря 2010 г.
4.2.1.2.1.2. Проведение обследования новорожденных детей на галактоземию и адреногенитальный синдром и муковисцидоз	0,0	1 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
4.2.1.2.1.3. Проведение аудиологического скрининга новорожденных в субъектах РФ	0,0	1 января 2010 г.	31 декабря 2010 г.
4.2.1.2.1.4. Профессиональная подготовка специалистов, осуществляющих аудиологический скрининг	0,0	1 апреля 2010 г.	14 октября 2010 г.
4.3. Блок «Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (2010 г.)	*734 000,0 тыс. рублей*	*29 декабря 2007 г.*	*10 февраля 2011 г.*
5. БЛОК «РЕАЛИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ И УПРАВЛЕНИЯ ПРОЕКТОМ»	100,0 тыс. рублей	1 января 2010 г.	10 февраля 2011 г.
5.1. «Информационное сопровождение деятельности Министерства в рамках реализации проекта» (2010 г.)	*0,0*	*1 января 2010 г.*	*10 февраля 2011 г.*

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

Мы имеет генеральное разрешение на осуществление приносящей доход деятельности. Обязательно ли нужно иметь еще и специальное разрешение на оказание платных медицинских услуг? Ведь это, по сути, одно и то же.

Действительно, внешне эти разрешения близки. Однако необходимо иметь в виду, что в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. То есть указанное требование установлено Правительством РФ, форма генерального разрешения утверждается финансовыми органами, а само разрешение выдается главным распорядителем бюджетных средств. Таким образом, статус требования наличия специального разрешения выше. При этом специальные разрешения касаются конкретных видов оказываемых медицинских услуг, что, естественно, не может быть отражено в генеральном разрешении. Но в генеральном разрешении должна быть ссылка на документ, в соответствии с которым выдано специальное разрешение.

Таким образом, государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения требуется наличие и генерального, и специального разрешения.

Мы — федеральное учреждение здравоохранения. В соответствии с Приказом Минфина РФ от 1 сентября 2008 г. № 88н «О порядке осуществления федеральными бюджетными учреждениями операций со средствами, полученными от приносящей доход деятельности» установлен новый порядок выдачи генеральных разрешений на осуществление приносящей доход деятельности. Действуют ли в связи с изданием этого прика-

за генеральные разрешения, выданные раньше, или нужно обязательно получать новые?

Указанный приказ Министерства финансов Российской Федерации предусматривал, что ранее выданные генеральные разрешения действуют до 1 декабря 2009 года. Однако Приказом Минфина РФ от 11.11.2009 № 116н «О внесении изменений в Приказ Министерства финансов Российской Федерации от 1 сентября 2008 г. № 88н» было установлено, что генеральные разрешения на открытие лицевых счетов по учету средств, полученных от приносящей доход деятельности, в территориальных органах Федерального казначейства главному распорядителю средств федерального бюджета и подведомственным ему учреждениям и разрешения на открытие лицевого счета по учету средств, полученных от приносящей доход деятельности, в территориальных органах Федерального казначейства, выданные (оформленные) в соответствии с Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 21 июня 2001 г. № 46н «О порядке открытия и ведения территориальными органами Федерального казначейства лицевых счетов для учета операций со средствами, полученными получателями средств федерального бюджета от приносящей доход деятельности», действуют до 1 января 2011 года в случае отсутствия генерального разрешения главного распорядителя средств федерального бюджета на осуществление приносящей доход деятельности подведомственными ему учреждениями и разрешения на осуществление приносящей доход деятельности, оформленного в соответствии с Порядком, утвержденным Приказом № 88н.

Исключение составляют ситуации, когда срок действия генеральных разрешений был установлен постановлениями Правительства РФ.

Какие документы нужны для подтверждения представительских расходов в целях уменьшения налогооблагаемой базы по налогу на прибыль?

В качестве ответа можно сослаться на Постановление по этому поводу 13-го Арбитражного апелляционного суда от 19 октября 2009 года № А56-60357/2008: отсутствие документов, подтверждающих проведение налогоплательщиком представительских мероприятий (сведений о дате, месте, программе, целях проведения деловых встреч, списков представителей налогоплательщика и приглашенной стороны, отчетов с подтверждающими первичными документами), влечет обоснованный отказ налогового органа в принятии расходов, связанных с производством и реализацией, затрат на мероприятия, определяемые налогоплательщиком как представительские.

Вправе ли бюджетные учреждения сдавать в аренду земельные участки, находящиеся в их распоряжении?

В соответствии с п. 1 ст. 20 Земельного кодекса РФ государственным и муниципальным учреждениям земельные участки могут предоставляться в постоянное (бессрочное) пользование.

Пункт 4 этой же статьи устанавливает, что граждане или юридические лица, обладающие земельными участками на праве постоянного (бессрочного) пользования, не вправе распоряжаться этими земельными участками.

Таким образом, государственные и муниципальные учреждения, которым земельные участки предоставлены в постоянное (бессрочное) пользование, не вправе сдавать их в аренду.

Проверяющие предъявили к нам претензии по поводу того, что отсутствует информация о том, что собой представляют палаты повышенной комфортности. Обоснованы ли эти претензии? Ведь это не медицинские услуги и информированного согласия пациентов не требуется.

Статья 10 Закона «О защите прав потребителей» устанавливает необходимость предоставления информации о товарах (работах, услугах). В частности, в п. 1. указанной статьи записано: «Изготовитель (исполнитель, продавец) обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию о товарах (работах, услугах), обеспечивающую возможность их правильного выбора». Поэтому учреждение здравоохранения должно предоставить потребителям информацию не только о медицинских услугах, но и о том, что собой представляют палаты повышенной комфортности, сервисные услуги и т.д.

Полезная ссылка

www.znopr.ru

На официальном сайте Всероссийского форума «Здоровья нации — основа процветания России» появилась интерактивная карта Центров здоровья России. Теперь посетители сайта смогут найти ближайший для себя Центр здоровья, а также получить контактную информацию о нем, кликнув на указатель «Карта Центров здоровья».

После того, как посетитель зайдет на вышеуказанный адрес, нужно в специальные графы ввести город или населенный пункт, название улицы и нажать клавишу «найти». На экране появится карта района города или поселка, а также окошко с ближайшим к вашему адресу Центром здоровья. Кликнув на указатель, появятся контактные данные: адрес, телефон, название лечебного учреждения, Ф.И.О. руководителя центра. Поэтому можно позвонить в ближайший центр и записаться на прием в удобное для себя время. Причем обследование можно пройти даже в обеденный перерыв на работе, при условии если Центр здоровья находится недалеко от офиса. Ведь главное преимущество Центров здоровья состоит в том, что пациент может пройти обследование в любом из них, и не важно, проживает ли он в зоне действия Центра или нет, главное, иметь при себе полис ОМС.

От редакции:

Одна из главных задач нашего журнала — защита учреждений здравоохранения от необоснованных действий многочисленных управляющих, проверяющих, контролирующих и других подобных структур. Основной способ защиты — это информирование учреждений, в том числе и об их правах («кто просвещен, тот защищен»).

Но не стоит забывать, что в конечном счете деятельность медицинских учреждений направлена на охрану здоровья граждан. А это невозможно без защиты их прав. С другой стороны, четкое знание прав граждан позволяет медицинским учреждениям избежать ошибок и тем самым защитить себя от ненужных проблем.

Поэтому сегодня мы публикуем информационный материал Федерального фонда ОМС, в обобщенном и достаточно компактном виде освещающий проблему защиты прав граждан в системе ОМС.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П И С Ь М О

30 ноября 2009 г. № 6010/30-3/и

О НАПРАВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования направляет для использования в работе информационный материал «Об организации защиты прав граждан в системе ОМС».

Просим довести данные материалы до сведения страховых медицинских организаций и медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

Председатель
А.В. ЮРИН

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ «ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОМС»

I. Общие положения

Одной из основных задач Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее — ФОМС) является организационно-методическая деятельность по созданию эффективных механизмов защиты территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее — ТФОМС) и страховыми медицинскими организациями (далее — СМО) прав застрахованных и организации контроля качества оказания медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее — ОМС).

За период функционирования системы ОМС ФОМС разработан ряд нормативных документов, определяющих порядок и механизмы организации защиты прав застрахованных.

В данном Информационном материале обобщена и систематизирована действующая на территории Российской Федерации нормативная практика по реализации защиты прав граждан в системе ОМС, принятая во исполнение Конституции Российской Федерации, Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод, ратифицированной Федеральным законом от 30 марта 1998 г. № 54-ФЗ, Бюджетного кодекса Российской Федерации, Гражданского кодекса Российской Федерации, Основ законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, Федерального закона от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», Закона Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах», других федеральных законов, Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537, Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, Основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденных Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р, иных нормативных правовых актов.

В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 12 ноября 2009 года сказано, что «нужно ориентироваться на реальные потребности людей, связанные с улучшением здоровья и с доступом к информации. В пилотном режиме начнется внедрение социальных карт граждан, обеспечивающих получение государственных услуг и облегчающих участие в программах медицинского и социального страхования».

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 3 июня 1996 г. № 803 «Об основных положениях региональной политики в Российской Федерации» одной из основных целей региональной политики в Российской Федерации является обеспечение равной социальной защиты, гарантирование социальных прав граждан, установленных Конституцией Российской Федерации, независимо от экономических возможностей регионов.

Статьей 1 Закона Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в редакции Федерального закона от 18 июля 2009 г. № 185-ФЗ) (далее — Закон о медицинском страховании) определено, что ОМС является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской

Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС.

Согласно статье 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации, в которой также предусматриваются условия оказания медицинской помощи, а также критерии качества и доступности медицинской помощи, в том числе в части удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью.

Взаимоотношения субъектов ОМС (гражданина, страхователя, СМО, медицинской организации (далее — МО)), права и обязанности застрахованных в системе ОМС, действие страхового медицинского полиса ОМС определяются Типовыми правилами обязательного медицинского страхования граждан, утвержденными ФОМС 3 октября 2003 г. № 3856/30-3/и (в редакции Приказа ФОМС от 21 марта 2007 г. № 56) зарегистрированными в Министерстве юстиции Российской Федерации 24 декабря 2003 г. № 5359.

II. Права застрахованных

В системе ОМС закреплены следующие права застрахованных, определяемые Законом о медицинском страховании и подзаконными нормативными актами:

— на обязательное медицинское страхование;

— на выбор СМО, выбор МО, выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача в соответствии с договором ОМС;

— на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объема в государственной и муниципальной системах здравоохранения, предоставляемую в рамках территориальных программ ОМС, на всей территории Российской Федерации;

— на проведение контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи;

— на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

— на информированное добровольное согласие (отказ) на медицинское вмешательство;

— получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

— на обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу медицинской организации, в которой ему оказывается медицинская помощь, в орган управления здравоохранением муниципального образования или субъекта Российской Федерации, в СМО, ТФОМС, ФОМС, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, арбитражную экспертную комиссию либо в суд.

Согласно части 3 статьи 17 Конституции Российской Федерации, осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц.

Кроме того, граждане, застрахованные в системе ОМС, должны:

— получить и хранить страховой медицинский полис;

— при изменении постоянного места жительства возвратить полученный ранее страховой медицинский полис с последующим получением другого полиса по новому месту жительства (для застрахованных неработающих граждан);

— в случае утраты страхового медицинского полиса ОМС написать заявление на получение дубликата полиса в СМО, выдавшую полис.

— ***Правовые аспекты защиты прав некоторых категорий граждан***

Медицинское страхование иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Российской Федерации регулируется статьями 7 и 8 Закона о медицинском страховании и разъясняется письмами ФОМС от 11 июля 1995 г. № 3-1146 «О правовом статусе иностранных граждан в системе ОМС» и от 3 ноября 1999 г. № 5545/30-3/и «О медицинском страховании иностранных граждан».

На территории Российской Федерации лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации.

Иностранные граждане, постоянно проживающие в Российской Федерации, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации, если международными договорами не предусмотрено иное.

Медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, осуществляется в порядке, устанавливаемом Советом Министров Российской Федерации (Постановление Правительства Российской Федерации от 11 декабря 1998 г. № 1488 «О медицинском страховании иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, и российских граждан при выезде из Российской Федерации», Приказ Минздрава России от 6 августа 1999 г. № 315 «О минимальном перечне медицинских услуг, оказываемых в системе медицинского страхования застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации»).

Порядок ОМС иногородних студентов и учащихся дневных отделений образовательных учреждений высшего и среднего профессионального образования, а также студентов-иностранцев разъясняется в Письмах ФОМС от 5 октября 2000 г. № 4647/30-3/и «Об ОМС студентов, учащихся и аспирантов образовательных учреждений» и от 2 сентября 2002 г. № 3237/30-3/и «Об ОМС иногородних студентов и учащихся дневных отделений образовательных учреждений».

Порядок оказания медицинской помощи в условиях ОМС военнослужащим, сотрудникам милиции, органов налоговой полиции, уголовно-исполнительной системы и членам их семей поясняется в Письмах ФОМС от 19 марта 1997 г. № 1129/33-и «Об ОМС пенсионеров Минобороны России и других. министерств (ведомств), в которых законом предусмотрена военная служба», от 3 марта 2000 г. № 1089/30-3/и «Об оплате медицинской помощи, оказанной военнослужащим, сотрудникам милиции, органов налоговой полиции и уголовно-исполнительной системы», от 31 июля 2001 г. № 2971/30-3/и «Об оплате медицинской помощи военнослужащим, занимающимся другой оплачиваемой деятельностью» и от 11 августа 2003 г. № 3163/30-3/и «Об оплате медицинской помощи, оказанной курсантам военных и иных образовательных учреждений профессионального образования».

Порядок организации медицинской помощи осужденным представлен в совместных Разъяснениях МВД России от 16 декабря 1996 г. № 1/21284 и ФОМС от 19 декабря 1996 г. № 5171/33-и «О страховых взносах в фонды ОМС в условиях функционирования уголовно-исполнительной системы МВД России», а также Разъяснениях ФОМС от 21 июня 2003 г. № 2507/30-3/и «О медицинском страховании осужденных, содержащихся в колониях-поселениях» и от 18 июля 2007 г. № 5079/30-3 «Об обязательном медицинском страховании осужденных».

Работники религиозных организаций, а также священнослужители, согласно Федеральному закону от 26 сентября 1997 г. № 125-ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях» (в редакции от 23 июля 2008 г. № 160-ФЗ), подлежат социальному обеспечению, социальному страхованию и

пенсионному обеспечению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок организации ОМС граждан, работающих в религиозных организациях, проживающих на территории культовых зданий, а также священнослужителей разъясняется Письмом ФОМС от 30 августа 2000 г. № 4081/30-3/и «О медицинском страховании работников религиозных организаций».

III. Механизмы защиты прав граждан

— Обеспечение страховыми медицинскими полисами ОМС

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного. Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашения о медицинском страховании граждан.

Типовые договоры ОМС работающих и неработающих граждан утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 октября 1993 г. № 1018 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (в редакции от 1 апреля 2009 г. № 293), а форма страхового медицинского полиса и инструкция о его ведении — Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 января 1992 г. № 41 «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (в редакции от 11 сентября 1998 г. № 1096) и Приказом ФОМС от 15 августа 2000 г. № 67 «О введении единой системы формирования номера страхового медицинского полиса ОМС».

Рекомендации по организации обеспечения застрахованных граждан страховыми медицинскими полисами ОМС представлены в Методическом пособии ФОМС «Защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Вопросы организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС» (далее — Методическое пособие).

ТФОМС в установленном порядке ведет регистр застрахованных лиц в системе ОМС субъекта Российской Федерации и регистр выданных страховых медицинских полисов ОМС.

Порядок обеспечения страховыми медицинскими полисами ОМС работников организаций, в состав которых входят обособленные подразделения, разъясняется в совместном Письме Министерства Российской Федерации по налогам и сборам, Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации и ФОМС от 28 августа 2001 г. № БГ-6-05/658/ № МЗ-16-25/7003/ № 02-08/06-2065П/ № 3205/80-1/и «Об уплате ЕСН (взноса) организациями, в состав которых входят обособленные подразделения» и Письме ФОМС от 25 октября 2005 г. № 5185/20-2 «О регистрации страхователей».

— Выбор СМО

Для оценки показателей деятельности СМО по защите прав граждан, застрахованных в системе ОМС, ТФОМС могут использоваться Рекомендации ФОМС по интегрированной оценке деятельности СМО в системе ОМС по защите прав застрахованных граждан, опубликованные в Методическом пособии ФОМС.

Выбор (замена) СМО осуществляется застрахованным лицом в соответствии с порядком, принятым на территории субъекта Российской Федерации, из числа СМО, имеющих лицензию на проведение ОМС на территории субъекта Российской Федерации, перечень которых публикуется ТФОМС в официальных периодических изданиях.

В случаях, когда дееспособность гражданина ограничена по основаниям, изложен-

ным в Гражданском кодексе Российской Федерации, выбор (замена) СМО производится законным представителем гражданина.

— Выбор МО и врача

Граждане вправе в соответствии со статьей 6 Закона о медицинском страховании выбирать медицинскую организацию и врача в соответствии с договорами ОМС.

Гражданам представляется информация о показателях деятельности медицинских организаций в системе ОМС, мониторинг которых осуществляют ТФОМС и СМО (используются данные соцопросов по удовлетворенности населения медицинской помощью, результаты мониторинга по форме № ПГ, рейтинги МО).

— Обеспечение прав граждан на конфиденциальность информации

Фонды ОМС в соответствии со статьей 12 Закона о медицинском страховании ведут базы данных и иные информационные ресурсы в сфере обязательного медицинского страхования граждан.

ФОМС осуществляет защиту информации ограниченного доступа в целях выполнения основных задач, сформулированных в Постановлении Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 857 (в редакции от 22 июня 2009 г. № 509) «Об утверждении Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования».

Сотрудники ТФОМС и СМО в целях соблюдения конфиденциальности сведений, которые стали им известны при исполнении служебных, профессиональных и иных обязанностей, руководствуются действующими нормативными правовыми актами.

Механизм реализации права граждан на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью и иных передаваемых им при обращении за медицинской помощью сведений, на информированное добровольное согласие как предварительное условие для медицинского вмешательства и отказ от него, установленного Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, предложен в Методических рекомендациях ФОМС от 27 октября 1999 года «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него».

— Контроль объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС как основной механизм защиты прав граждан

Нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат определяются ежегодно в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также в территориальных программах ОМС.

Контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам медицинскими организациями в объеме и на условиях, соответствующих территориальной программе ОМС и договору на оказание медицинской помощи по ОМС, осуществляется СМО и ТФОМС в порядке, регламентированном Приказом ФОМС от 26 мая 2008 г. № 111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», Письмами ФОМС от 22 июля 2005 г. № 3491/30-3/и и от 1 августа 2007 г. № 5679/30-2/и «О лицензировании экспертной деятельности».

Расходование СМО финансовых средств, полученных по результатам контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС, осуществляется согласно Приказу ФОМС от 31 августа 2007 г. № 181 «О Правилах организации деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по установлению порядка и условий формирования резервов, состава и норматива расходов на ведение дела страховыми медицинскими организациями, осуществляющими

обязательное медицинское страхование» и Письму ФОМС от 29 декабря 2007 г. № 10018/30-2/и «О разъяснении ряда вопросов по реализации Приказа ФОМС от 31.08.2007 № 181».

При выявлении нарушений СМО и ТФОМС используют свои права по защите интересов застрахованных и могут требовать в установленном порядке от медицинской организации возмещения ущерба, причиненного застрахованному по вине учреждения или его работника.

Частичная или полная неоплата СМО медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи не освобождает МО от возмещения застрахованному лицу причиненного по вине МО материального вреда в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

В субъектах Российской Федерации с целью совершенствования обеспечения и защиты прав граждан на получение качественной медицинской помощи создаются территориальные советы по управлению качеством медицинской помощи, права и обязанности которых представлены в примерном положении о территориальном (межведомственном) совете по управлению качеством медицинской помощи, опубликованном в Методическом пособии.

— Порядок рассмотрения обращений (жалоб, заявлений) застрахованных и досудебного предъявления

Организация работы ТФОМС и СМО по обращениям и жалобам застрахованных осуществляется в соответствии с Федеральным законом «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Письмом ФОМС от 6 мая 2009 г. № 1530/30-3/и «О рекомендациях ФОМС о порядке рассмотрения обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования».

Застрахованный гражданин может избрать досудебную защиту своих прав и интересов, обратившись в МО, СМО, ТФОМС, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, профсоюзные организации, общество защиты прав потребителей и федеральные органы законодательной и исполнительной власти, участвующие в системе защиты прав застрахованных граждан.

ТФОМС, СМО и МО обязаны вести учет писем, заявлений, жалоб, поступающих в их адрес, в едином порядке, обеспечивающем возможность отслеживания сроков прохождения и подготовки ответов на поступающую корреспонденцию. Устные и письменные обращения принимаются от гражданина лично или через его представителя, заносятся в журналы регистрации устных и письменных обращений. Журналы обращений ведутся раздельно.

По обращению застрахованного СМО (ТФОМС) имеет право проводить экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС, не дожидаясь результатов ведомственной экспертизы МО, при необходимости с привлечением внештатных врачей-экспертов, порядок ведения регистра которых представлен в Примерном положении о регистре внештатных экспертов качества медицинской помощи в системе ОМС, опубликованном в Методическом пособии.

При выявлении в результате разбора жалобы неквалифицированных действий медицинских работников, повлекших за собой причинение вреда здоровью застрахованного, страховщик определяет размер ущерба и предъявляет МО претензию, включающую в себя возмещение размера вреда пострадавшему.

Способы и механизм разрешения конфликтов, порядок разбора жалоб и возмещения вреда (ущерба), создания третейских судов отражены в Методических рекомендациях ФОМС от 27 апреля 1998 года «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы ОМС».

Если МО не осуществило возврат денежных средств гражданину, СМО представляет интересы гражданина в суде.

— Порядок судебного предъявления и рассмотрения обращений (жалоб, заявлений) застрахованных

Согласно пункту 1 статьи 46 Конституции Российской Федерации, статье 11 Гражданского кодекса Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (в редакции Федерального закона от 18 июля 2009 г. № 181-ФЗ), Гражданскому процессуальному кодексу Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ (в редакции Федерального закона от 28 июня 2009 г. № 128-ФЗ), каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод.

Граждане Российской Федерации имеют право на предъявление иска страхователю, СМО, МО, в том числе на материальное и моральное возмещение причиненного по их вине ущерба, в соответствии со статьей 6 Закона о медицинском страховании.

Размер компенсации морального вреда определяется судом и не зависит от размера возмещения материального вреда. Компенсация морального вреда осуществляется независимо от возмещения имущественного вреда и понесенных потребителем убытков.

В соответствии со ст. 15 Закона о медицинском страховании, с п. 4 Положения о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 октября 1993 г. № 1018 (в редакции от 1 апреля 2009 г. № 293), СМО могут выступать истцом в отношениях по возмещению ущерба в случае нарушения прав застрахованных в системе ОМС. СМО вправе предъявлять в судебном порядке иск МО или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Подготовка дел, связанных с защитой прав застрахованных, к судебному разбирательству осуществляется на основании Методических рекомендаций для структурных подразделений по защите прав застрахованных территориальных фондов ОМС (СМО) по подготовке дел, связанных с защитой прав застрахованных, к судебному разбирательству, утвержденных Приказом ФОМС от 11 октября 2002 г. № 48.

Одним из направлений деятельности системы ОМС по организации защиты прав застрахованных является применение регрессных исков по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам в системе ОМС вследствие противоправных действий третьих лиц.

Перечень оснований для предъявления регрессных исков по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам в системе ОМС вследствие противоправных действий третьих лиц, а также порядок определения размеров и оформления таких исков регулируются статьей 28 Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и Методическими рекомендациями «Оценка и возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц», утвержденными ФОМС 15 мая 1998 г. № 2231/36-и.

Направление средств, взысканных с юридических и физических лиц, определяется Приказом ФОМС от 31 августа 2007 г. № 181 «О Правилах организации деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по установлению порядка и условий формирования резервов, состава и норматива расходов на ведение дела страховыми медицинскими организациями, осуществляющими обязательное медицинское страхование».

— Информирование граждан об их правах в системе ОМС

Информация населения о правах пациента в системе ОМС осуществляется путем публичного — через средства массовой

информации (телевидение, радио, Интернет-ресурсы), а также индивидуального информирования — путем личного обеспечения пациентов справочным материалом по защите прав застрахованных (выпуск наглядных материалов: календари, брошюры и т.д., размещение информации о правах пациентов на страховом медицинском полисе ОМС, в МО, СМО, ТФОМС).

Работа со средствами массовой информации заключается в регулярных публикациях в печатных изданиях, участии в телевизионных и радиопередачах, ведении социальных рубрик вопросов и ответов по организации медицинской помощи в условиях ОМС и защите прав застрахованных.

Особое место в организации информированности населения о правах граждан необходимо уделять доступности информации о защите прав застрахованных в медицинских организациях. С этой целью СМО совместно с МО обеспечивают наличие информации по организации медицинской помощи в условиях ОМС и защите прав застрахованных в приемных отделениях, регистратурах, холлах МО.

Кроме того, в ТФОМС, СМО и МО должны быть обеспечены условия для личного приема граждан.

Одна из форм защиты прав граждан СМО — это создание в МО представительств СМО, порядок организации работы которых рекомендован в Примерном положении о представителях СМО в лечебно-профилактических учреждениях системы ОМС и Письме ФОМС от 28 апреля 2008 г. № 2288/30-3 «О рекомендациях ФОМС по изучению опыта работы Ростовского областного фонда ОМС и ТФОМС Санкт-Петербурга по организации защиты прав граждан в системе ОМС», опубликованных в Методическом пособии ФОМС.

При организации мероприятий, направленных на изучение удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи в конкретных МО, работающих в системе ОМС, рекомендуется проводить социологические опросы (анкетирование) граждан для последующей оценки удовлетворенности работой МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационаров, амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) и дневных стационаров различного типа, работающих в рамках реализации территориальных программ ОМС.

Проведение социологических опросов регламентируется Приказом ФОМС от 29 мая 2009 г. № 118 «О Методических рекомендациях «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования».

ТФОМС и СМО проводятся мероприятия (совещания, семинары, плановая учеба) по информированию медицинских работников о законодательстве Российской Федерации по охране здоровья граждан, ответственности медицинских работников при оказании медицинской помощи и правах граждан при ее получении.

Обеспечение информированности граждан о правах при получении медицинской помощи в системе ОМС определяется Методическими рекомендациями, утвержденными Приказом ФОМС от 8 мая 2009 г. № 98 «Об утверждении рекомендаций «Об обеспечении информированности граждан о правах при получении медицинской помощи в условиях ОМС», и Письмом ФОМС от 21 октября 2009 г. № 5225/30-5/и.

— Мониторинг деятельности ТФОМС и СМО по защите прав граждан

ФОМС осуществляет мониторинг состояния защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи, на основании которого детально анализирует и систематизирует основные показатели деятельности ТФОМС и СМО по вопросам организации защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС (основ-

ные причины обращений граждан, результаты досудебной и судебной защиты, контроль объемов и качества медицинской помощи, данные социологических опросов по удовлетворенности качеством медицинской помощи и информированию граждан).

Отчетность по защите прав застрахованных представляется СМО в ТФОМС, ТФОМС в ФОМС в соответствии с Приказом ФОМС от 14 августа 2008 г. № 175 «Об утверждении формы ведомственного статистического наблюдения № ПГ и инструкции по ее заполнению», а также разъяснительными Письмами ФОМС от 11 ноября 2008 г. № 6234/30-3/и и от 19 февраля 2009 г. № 828/30-и, определяющими методологические подходы к организации работы ТФОМС и СМО по представлению отчетности по защите прав граждан. Итоговые информационно-аналитические справки ФОМС с соответствующими рекомендациями направляются в ТФОМС.

IV. Схема взаимодействия органов, участвующих в защите прав граждан, застрахованных в системе ОМС

В целях координации и разработки организационно-правовой и методической базы системы защиты прав граждан в условиях ОМС, оптимизации проведения контроля качества медицинской и лекарственной помощи при ФОМС в соответствии с Приказом ФОМС от 7 августа 2006 г. № 8 (в редакции от 19 мая 2008 г. № 108) создан Межрегиональный координационный совет по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Приказом ФОМС от 12 июля 2007 г. № 143 «О представителях ФОМС в федеральных округах» в каждом федеральном округе Российской Федерации назначается представитель ФОМС, который содействует координации деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, ТФОМС по реализации мероприятий в области ОМС, в том числе организации работы по защите прав граждан.

Организационные принципы формирования территориальной системы обеспечения и защиты прав граждан, в том числе создания координационного совета по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, сформулированы в Методических рекомендациях «Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования», утвержденных Приказом ФОМС от 6 сентября 2000 г. № 73, и Письмах ФОМС от 6 марта 2008 г. № 1203/30-3/и «О рекомендациях ФОМС по активизации деятельности координационных советов субъектов Российской Федерации по организации защиты прав граждан в системе ОМС» и от 15 мая 2008 г. № 2612/30-и «Об участии СМО в деятельности координационных советов по обеспечению и защите прав граждан в системе ОМС субъектов Российской Федерации».

Для использования опыта работы в области защиты прав граждан, обеспечения доступности и контроля качества медицинской помощи, накопленного участниками системы ОМС субъектов Российской Федерации, применяется практика совместной деятельности в рамках Соглашения о сотрудничестве в области защиты прав граждан, обеспечения доступности и контроля качества медицинской помощи при реализации территориальной программы ОМС в федеральных округах.

РЕЗУЛЬТАТЫ УЗИ МОЖНО БУДЕТ ПОСМОТРЕТЬ НА IPHONE

На выставке электронной продукции Consumer Electronics Show в Лас-Вегасе была представлена новая технология, позволяющая передавать видеозаписи с УЗИ-аппарата на телефоны, поддерживающие стандарт 3G, пишет The Daily Telegraph.

Главный медицинский специалист Западного института беспроводных технологий в здравоохранении Эрик Топол, известный пропагандист использования мобильной связи при оказании медпомощи, продемонстрировал работу изобретения, принимая на свой телефон результаты ультразвукового исследования, проводимого в Швеции.

Новая технология предназначена в первую очередь для передачи видеозаписей УЗИ врачам-консультантам, а также друзьям и родственникам (например, если будущий отец захочет посмотреть на УЗИ плода). По мнению Э. Топола, ее применение может стать еще шире, например, для вставки медицинских видео в личные профили в социальных сетях.

Кроме передачи УЗИ-изображений, Э. Топол продемонстрировал приложение для iPhone, позволяющее врачу оценить основные показатели жизненных функций пациента на расстоянии, сообщает МедПортал. Так, посетителям выставки показали пульс и температуру тела пациента, находящегося в Техасе.

По словам Э. Топола, на сегодняшний день разработаны приложения для мобильных телефонов, позволяющие выявить наиболее ранние признаки десяти заболеваний, которые являются основными причинами госпитализаций в США, в том числе сахарного диабета, рака груди и болезни Альцгеймера. Ученый также подчеркнул, что повсеместное внедрение мобильных технологий в здравоохранение позволит сэкономить сотни миллионов долларов.

Источник: АМИ-ТАСС

НАСТРОЕНИЕ ВРАЧЕЙ НАПРЯМУЮ ВЛИЯЕТ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВЫЯСНИЛИ ИССЛЕДОВАТЕЛИ

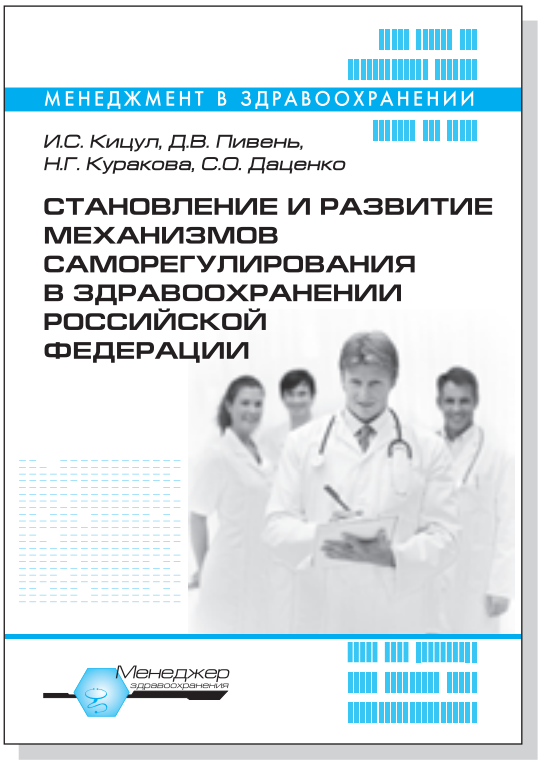
Сколько рецептов выпишет врач, какие анализы назначит и как проведет медицинское обследование — все это зависит от его настроения, уверены исследователи Университета Бен-Гуриона в Негеве /Израиль/.

Специалисты наблюдали за работой 188 врачей и отмечали, изменяли ли люди свое профессиональное поведение в зависимости от настроения, усталости, беспокойства или депрессии. Эксперты отслеживали, сколько времени проходил визит у доктора, как врачи разговаривали с пациентами, какие лекарства выписывали и какие анализы назначали для лечения.

Оказалось, что выполнение своих профессиональных обязанностей у врачей зачастую во многом зависит от их настроения в день приема. В те дни, когда медики находились в позитивном настроении, они больше общались с больными, выписывали меньше рецептов и тщательнее выясняли симптомы и причины недомогания. Полностью противоположная картина была замечена при плохом настроении. Также если уровни рабочего «выгорания» или стресса были высокими, настроение врача сильнее отражалось на его работе. Авторы обзора сделали вывод, что негативные эмоции и неблагоприятная атмосфера в кабинете врача могут иметь пагубные последствия для качества и расходов на лечение.

Источник: АМИ-ТАСС

Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации



Авторы: И.С. Кицул, Д.В. Пивень, Н.Г. Куракова, С.О. Даценко
Под редакцией: академика РАМН В.И. Стародубова
ISBN 978-5-9900-493-7-6
Количество страниц: 270. Год издания: 2010
Издательство: ИД «Менеджер здравоохранения»

Тема развития саморегулирования в здравоохранении стала одной из самых обсуждаемых в последнее время. Как показывает опыт Европы и США, саморегулируемые организации в здравоохранении, принимая на себя часть государственных функций по регулированию и контролю, становятся гарантами должной профессиональной квалификации врачей.

На совещании в Комитете по собственности Госдумы РФ в сентябре 2009 года впервые обсуждалась возможность применения федерального закона «О саморегулируемых организациях» (СРО) в сфере здравоохранения. Участники обсуждения были единодушны во мнении о целесообразности внедрения принципа саморегулирования и снижения роли государственного регулятора в системе оказания медицинской помощи.

В книге впервые в Российской Федерации рассматриваются разные аспекты, связанные с возможностью внедрения механизмов саморегулирования в отечественное здравоохранение:

- Какая из действующих систем здравоохранения: государственная, муниципальная или частная, наиболее перспективна для создания саморегулируемых организаций?
- Почему в развитии саморегулирования в здравоохранении заинтересованы государство и пациенты?
- Какие возможности предоставляет саморегулирование частным медицинским организациям для защиты своих профессиональных интересов?
- В чём заключаются принципиальные отличия саморегулируемых организаций в системе оказания медицинской помощи от медицинских ассоциаций?
- Какие направления медицинской деятельности наиболее предпочтительны для внедрения и развития механизмов саморегулирования?
- Решению каких проблем в области разработки и внедрения медицинских стандартов способствует саморегулирование?

Ответы на эти и многие другие интересные вопросы даны авторами книги.

Всероссийская научно-практическая конференция

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ И ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ УРОВНЯХ

Москва, 19–20 мая 2010 г.

Организатор: *ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава РФ*
Поддержка: *Министерство здравоохранения и социального развития РФ*

Кадровые ресурсы являются одним из главных компонентов ресурсного обеспечения системы здравоохранения; в последние годы нарастают проблемы в развитии кадрового потенциала здравоохранения России, которые связаны с сокращением финансирования, отсутствием государственной системы планирования подготовки кадров с учетом потребности населения в медицинской помощи, возникновением новых видов специализированной помощи.

Темы конференции:

- Состояние и перспективы развития врачебных кадров в РФ и субъектах.
- Методология оценки потребности в медицинских кадрах и прогнозы развития кадровых ресурсов здравоохранения в субъектах РФ.
- Кадровые ресурсы муниципального здравоохранения.
- Профессиональный отбор и целевая подготовка руководящих кадров в здравоохранении, работа с кадровым резервом.
- Технологии и показатели оценки деятельности медицинских работников, нормирование труда в здравоохранении.
- Развитие новой системы оплаты труда медицинских работников.
- Состояние и перспективы развития среднего медицинского персонала.
- Формирование нормативно-правовой базы и условий обеспечения населения России квалифицированной сестринской помощью.
- Разработка профессиональных стандартов деятельности среднего и младшего медицинского персонала.
- Совершенствование системы профессионального образования в области медицины.
- Организационно-управленческие задачи медицинской науки, состояние и перспективы развития.
- Разработка информационных технологий в мониторировании медицинских кадров, создание кадровых реестров.

Для участия в конференции Вам необходимо заполнить и прислать в оргкомитет анкету-заявку до 10 апреля 2010 года (форма на сайте: www.mednet.ru).

По материалам конференции будет издан сборник научных трудов. Требования к статьям: рукопись объемом 5 страниц, в бумажном варианте (А4) и на дискете (шрифт 14, Times New Roman, интервал 1,5, поля 30 мм, WORD for WINDOWS), телефон, адрес, E-mail автора, резюме на русском и английском языках 7–10 строк курсивом.

Оргкомитет: (495) 619-7649, 639-6040, 618-3268, факс: (495) 619-3840, confcnii@mednet.ru

3-й Петербургский медицинский форум

МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: УГРОЗЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ

Санкт-Петербург, 26–28 мая 2010 г., Отель «Азимут»

Организатор: *НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», НП «Единая медицина» при поддержке ООО «Келеанз Медикал»*

Цель Форума — *обсудить пути решения проблем, с которыми сталкивается каждое медицинское учреждение и выработать практические рекомендации руководителям по развитию клиник* в условиях недостатка финансирования и инвестиций, отсутствия реформ здравоохранения и медицинского страхования, разобщенности врачебного сообщества, несовершенного законодательства.

Темы Форума:

- государственная политика и законодательство в области здравоохранения и реформирование ОМС;
- федеральное антимонопольное законодательство в борьбе с административными барьерами и ущемлением прав государственных и частных клиник;
- перспективы привлечения инвестиций и развития государственно-частного партнерства в здравоохранении;
- роль медицинских ассоциаций в становлении саморегулирования и цивилизованный лоббизм интересов медицинского сообщества;
- этика в медицине.

Впервые на Форуме мы создаем «открытое пространство», когда сами участники смогут формировать программу обсуждения, решить практические вопросы в таких областях как:

- Юридические аспекты деятельности врача и клиники, потребительский терроризм и защита от проверяющих органов.
- Проблемы лицензирования медицинской деятельности.
- Частные клиники в ОМС и гос. программах финансирования высокотехнологичной помощи
- Государственные ЛПУ: от наследия прошлого к развитию конкурентных отношений (приватизация государственных ЛПУ, платные услуги, новые формы ЛПУ).
- Внедрение аутсорсинга в учреждениях здравоохранения.
- Организация работы со страховыми компаниями по программам ДМС и ОМС.
- Маркетинг, реклама, PR в клинике в период спада.
- Интернет-коммуникации в увеличении дохода клиники и привлечении пациентов.
- Информационные системы как способ управления медицинской организацией.
- Управление и мотивация персонала: врачи «звезды» и руководители подразделений.

Специальные дискуссии по темам:

- Модернизация российского здравоохранения: сценарии и возможные результаты.
- «Школа СРО в здравоохранении», включая 2-е заседание инициативной группы по созданию общероссийской организации содействия развитию саморегулирования (СРО) в здравоохранении.

Дополнительная информация: www.anoufriev.ru и www.privatmed.ru

Mirbis
МИРБИС
Московская международная высшая школа бизнеса
институт

Association of MBAs
MBA and MA Management

EFMD
EPAS
ACCREDITED
BA Economics programme

С 1988 года в бизнес-образовании

Семинар

«ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ»

Автор и ведущий:
д.т.н., профессор, заместитель директора Медико-аналитического информационного центра РАМН, автор книги «Автоматизированная обработка и защита персональных данных в медицинских учреждениях»
Андрей Павлович Столбов

Цель семинара:
Семинар ответ на вопросы руководителей медицинских организаций, как привести медицинские информационные системы в соответствие с требованиями федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006, вступающего в силу с 1 января 2011 года.

Целевая аудитория:
Семинар представляет исключительный практический интерес для руководителей ЛПУ и других учреждений сферы здравоохранения и призван оказать консультационную помощь при решении проблем проблемы соответствия медицинских информационных систем требованиям закона «О персональных данных».

В программе:
- Основные понятия в области автоматизированной обработки и защиты персональных данных в учреждениях здравоохранения.
- Основные принципы организации обработки персональных данных.
- Основные нормативно-методические и нормативно-технические документы, регламентирующие эти процессы.

Участникам семинара даются:
- Рекомендации по реализации установленных требований к обеспечению конфиденциальности медицинской информации при её автоматизированной обработке.
- Примеры соответствующих организационно-распорядительных и иных документов.

Дата и место проведения: 28 апреля 2010 г,
Москва, ул. Марксистская 34 корп. 7.
Продолжительность курса: 6 акад. часов, с 10:00 до 17:00 (с учетом кофе-брейка).
Предварительная регистрация до 18:00 ч. 20 апреля
по телефонам: 8 (495) 921-41-80, 8 (916) 0773280,
e-mail: mba-innovation@mirbis.ru (Тёркина Анна)

Лицензия № 4775 от 3 мая 2005 г. Свидетельство о государственной аккредитации № 1958 от 24 июня 2005 г.

Московская международная высшая школа бизнеса
институт
МИРБИС
Mirbis
Association of MBAs
MBA and MA Management
EFMD
EPAS
ACCREDITED
BA Economics programme

Семинар

МОДЕРНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО БИЗНЕСА В РОССИИ: СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ САМОРЕГУЛИРУЕМОЙ МОДЕЛИ

Авторы:
Создатели первой в Российской Федерации организации в сфере здравоохранения, действующей на принципах саморегулирования.

д.м.н., профессор **Дмитрий Валентинович Пивень**

д.м.н., профессор **Игорь Сергеевич Кицул**

Семинар предназначен:
для руководителей медицинских ассоциаций, обществ, надзорных и лицензирующих органов, органов управления здравоохранения.

В программе:
Впервые в Российской Федерации рассматриваются различные аспекты, связанные с возможностью внедрения механизмов саморегулирования в частную систему здравоохранения:

- Новые возможности саморегулирования для защиты профессиональных интересов частных медицинских организаций.
- Перспективы создания саморегулируемых организаций в частной системе здравоохранения и возможные направления взаимодействия с органами государственного контроля и надзора.
- Принципиальные отличия саморегулируемых организаций от медицинских ассоциаций.
- Саморегулирование в законодательстве РФ.
- Формирование саморегулируемой системы управления качеством как базовый механизм оптимизации медицинского бизнеса.
- Стандартизация медицинских услуг в условиях развития механизмов саморегулирования.

По окончании:
Сертификат Московской Международной Высшей школы бизнеса «МИРБИС»

Дата и место проведения: 22 апреля 2010 г,
Москва, ул. Марксистская 34 корп. 7.
Предварительная регистрация до 18.00 ч. 15 апреля
по телефону: 8 (495) 921-41-80, 8 (916) 0773280
e-mail: mba-innovation@mirbis.ru (Тёркина Анна).

Лицензия № 4775 от 3 мая 2005 г. Свидетельство о государственной аккредитации № 1958 от 24 июня 2005 г.

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

НАЧИНАЯ С 2009 Г. СВЕДЕНИЯ О СЕТИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОДАЮТСЯ ПО НОВОЙ ФОРМЕ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 11 января 2010 г. № 01/15-10-32 «О форме федерального статистического наблюдения № 47»

Органы управления здравоохранения субъекта Российской Федерации должны ежегодно представлять в Минздравсоцразвития России и территориальному органу Росстата в своем регионе сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения. Органу Росстата они представляются до 20 марта года, следующего за отчетным.

Сообщается, что за 2009 г. указанные сведения должны подаваться на бланке новой формы.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ — 2010: ПЕРЕЧЕНЬ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 февраля 2010 г. № 46н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 1160 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2010 году мероприятий, направленных на дополнительную подготовку врачей»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 25 февраля 2010 г. Регистрационный № 16 503.

В 2010 г. за счет федерального бюджета будет проводиться дополнительная подготовка врачей государственных и местных медучреждений по вопросам профилактики заболеваний.

Утвержден перечень специальностей, по которым запланирована допподготовка. Среди них — гигиеническое воспитание, аллергология и иммунология, восстановительная медицина, диетология, кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, акушерство и гинекология, психиатрия-наркология, терапия, педиатрия. Всего 19 специальностей.

Количество врачей, направляемых на подготовку, определится к 15 апреля 2010 г.

Уполномоченным региональным органам поручено обеспечить направление врачей на дополнительную подготовку в образовательные учреждения в соответствии с планами-графиками проведения циклов повышения квалификации (тематического усовершенствования).

КАК УЧЕСТЬ СУБСИДИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ТФОМС НА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В 2010 Г.?

Письмо ЦБР от 25 февраля 2010 г. № 27-Т «Об учете субсидий, предоставляемых в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Разъяснен порядок учета субсидий, предоставляемых ТФОМС на дополнительную диспансеризацию работающих граждан в 2010 г.

Субсидии учитываются на отдельных лицевых счетах с отличительным признаком «01» в 15–16-м разрядах номера лицевого счета, ранее открытых в учреждениях Банка России на балансовых счетах № 40403 «Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» и № 40404 «Территориальные фонды обязательного медицинского страхования» на аналогичные цели.

В связи с этим необходимо внести изменения в ранее заключенные договоры банковского счета. Если открытые счета отсутствуют, средства ТФОМС могут учитываться на вновь открываемых лицевых счетах.

РАЗРАБОТАНО ГОСЗАДАНИЕ НА ОКАЗАНИЕ В 2010 Г. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2009 г. № 1047н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2010 г. Регистрационный № 16 093.

Сформировано госзадание на оказание в 2010 г. высокотехнологичной медпомощи гражданам за счет средств федерального бюджета.

Госзадание, как и в 2009 г., формируется с учетом потребности населения, мощности медучреждений, нормативов финансовых затрат, ассигнований федерального бюджета.

В выполнении госзадания участвуют медучреждения Минздравсоцразвития России, ФМБА России, РАМН. Приведен их перечень. Региональные органы власти представляют заявки на оказание высокотехнологичной медпомощи по форме и в сроки, установленные Минздравсоцразвития России.

Определено более 30 профилей высокотехнологичной медпомощи. Установлено, сколько больных планируется пролечить, в том числе по каждому профилю.

Пациенты направляются в медучреждения на основании решений специально созданной комиссии регионального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения (в отдельных случаях — Минздравсоцразвития России). Определено, какие документы нужно подать гражданину.

Определен рекомендуемый перечень клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов перед направлением в медучреждения для оказания высокотехнологичной медпомощи.

РОССИЙСКИЕ ПАЦИЕНТЫ МОГУТ ОТПРАВИТЬСЯ НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖ! ЧТО ДЛЯ ЭТОГО НУЖНО?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 декабря 2009 г. № 1024н «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по направлению граждан Российской Федерации на лечение за пределами территории Российской Федерации»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 29 января 2010 г. Регистрационный № 16 145.

Установлен порядок направления граждан России на бесплатное лечение за рубеж.

Минздравсоцразвития принимает соответствующее решение, если больного невозможно лечить в России.

Гражданин, его законный представитель либо доверенное лицо (в случае тяжелого состояния больного) обращаются в министерство с письменным заявлением. К нему прилагается копия выписного эпикриза из медицинской карты больного. Эпикриз выдается ФГУЗ, участвующим в выполнении государственного задания на оказание высокотехнологичной медпомощи. В нем должны содержаться обоснованные рекомендации о необходимости диагностики и лечении за границей.

Далее Министерство запрашивает в Росздравнадзоре информацию о наличии (отсутствии) разрешения на применение в России медицинской технологии, рекомендованной пациенту в связи с имеющимся заболеванием. Одновременно делаются запросы в другие специализированные ФГУЗ о представлении медицинского заключения о наличии (отсутствии) показаний для направления пациента на лечение за границу. Приведены требования к такому медзаключению.

Для принятия окончательного решения созывается специальная комиссия.

В случае положительного результата между Министерством и иностранной медорганизацией заключается договор о проведении лечения.

Больному и его сопровождающему оплачиваются расходы по проезду и найму жилья.

Процедура по принятию решения о направлении на бесплатное лечение за рубеж не должна занимать более 92 рабочих дней. Однако в определенных случаях этот срок может приостанавливаться.

УТОЧНЕНЫ ПОЛНОМОЧИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ РОСЗДРАВНАДЗОРА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2009 г. № 1049н «О внесении изменения в Положение о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации (Управлении Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации), утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 205» (не вступил в силу)
Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2010 г. Регистрационный № 16 114.

Уточнены полномочия Управлений Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации.

Ранее предусматривалось, что Управления выдают лицензии на медицинскую деятельность. Исключение составляли медицинские учреждения республиканского, краевого и областного подчинения, учреждения Росздрава (этот орган впоследствии упразднили), РАН, РАМН, ФМБА России, Всероссийского центра медицины катастроф «Защита», а также другой ведомственной принадлежности, оказывающие специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь, медицинские учреждения центрального и окружного подчинения Минобороны России, МВД России, Минюста России, ФСБ России, ФТС России.

Теперь Управления выдают лицензии на медицинскую деятельность организациям государственной системы здравоохранения.

Организациям муниципальной и частной систем здравоохранения Управления выдают лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Прежде это полномочие не было закреплено.

Изменения связаны с тем, что органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации передали лицензирование медицинской деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения (кроме высокотехнологичной медицинской помощи).

УСТАНОВЛЕНА ФОРМА ТРЕБОВАНИЯ О ВОЗМЕЩЕНИИ РАСХОДОВ НА БОЛЬНИЧНЫЕ И ДЕКРЕТНЫЕ ПОСОБИЯ, НЕ ПРИНЯТЫХ К ЗАЧЕТУ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2009 г. № 1014н «Об утверждении формы решения о непринятии к зачету расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и формы требования об их возмещении»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2010 г. Регистрационный № 16 103.

С 1 января 2010 г. вступили в силу поправки к Закону об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством. Изменения предусматривают следующее.

Территориальный орган ФСС РФ, проверявший правильность расходов на выплату страхового обеспечения, в определенных случаях выносит решение о непринятии их к зачету в счет уплаты страховых взносов в ФСС РФ. Речь идет о случаях, когда расходы произведены с нарушением законодательства, не подтверждены документами, осуществлены на основании неправильно оформленных или выданных с нарушением установленного порядка документов.

В связи с этим установлена форма указанного выше решения (форма 28-ФСС).

Также определена форма требования о возмещении соответствующих расходов, не принятых к зачету (форма 29-ФСС).

Решение вместе с требованием направляется страхователю в течение 3 дней.

Приказ вступает в силу в установленном порядке, но не ранее 1 января 2010 г.

РЕГЛАМЕНТИРОВАН ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОВЕРОК В ОБЛАСТИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций от 1 декабря 2009 г. № 630 «Об утверждении Административного регламента проведения проверок Федеральной службой в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) за соответствием обработки персональных данных требованиям законодательства Российской Федерации в области персональных данных»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2010 г. Регистрационный № 16 035.

Урегулирован порядок контроля Роскомнадзором соответствия обработки персональных данных требованиям законодательства.

Регламент определяет сроки и последовательность действий, а также порядок взаимодействия Роскомнадзора с государственными и муниципальными органами, юридическими или физическими лицами, осуществляющими обработку персональных данных.

Документ регламентирует проведение следующих административных процедур: принятие решения о проведении проверок, порядок их проведения, составление акта проверки и выдача предписаний об устранении выявленных нарушений, принятия мер по результатам проверок.

В отношении операторов, осуществляющих обработку персональных данных, проводятся плановые и внеплановые проверки.

Информация о порядке проведения проверок размещается на официальном сайте Роскомнадзора и ее территориальных органов.

Основание для плановой проверки — начало осуществления деятельности по обработке персональных данных, а также истечение трех лет со дня государственной регистрации в качестве юридического лица, индивидуального предпринимателя.

Срок проведения плановой и внеплановой проверки не может превышать 20 рабочих дней, и в случае необходимости может продлеваться не более чем на 20 дней.

Действия и решения должностных лиц при проведении проверок могут быть обжалованы в территориальный орган Роскомнадзора и другие органы государственной власти.

Утвержден список территориальных органов Роскомнадзора, осуществляющих проведение проверок в области персональных данных.

РОСПОТРЕБНАДЗОР ПРОВЕРИТ, КАК В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ ВЫПОЛНЯЮТСЯ МЕРОПРИЯТИЯ НАЦПРОЕКТА ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 1 февраля 2010 г. № 23 «О проверке выполнения мероприятий в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ»

В Приморском крае, Иркутской, Костромской и Новосибирской областях будут проведены проверки выполнения мероприятий по выявлению и лечению ВИЧ-инфекции. Эти мероприятия предусмотрены приоритетным нацпроектом в сфере здравоохранения.

Для проведения проверок Роспотребнадзором создана специальная экспертная группа.

Утвержден график проверок.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ — ПОД КОНТРОЛЕМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 февраля 2010 г. № 61 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом»

Минздравсоцразвития России проводится мониторинг реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медпомощи больным туберкулезом (далее — мероприятия).

Цель — получить оперативную информацию о реализации мероприятий, проанализировать и оценить их результаты, выявить возникшие проблемы.

Для проведения мониторинга региональные органы управления здравоохранением представляют в Минздравсоцразвития России сведения о реализации мероприятий.

По результатам обработки и анализа сведений Министерством готовится сводная информация о реализации мероприятий.

Формируется отчетность о реализации мероприятий. Органы управления здравоохранением муниципальных образований составляют и представляют ее в региональные органы в определяемом им порядке, последние — в Минздравсоцразвития России. Для Министерства формируется годовая, полугодовая, квартальная и месячная отчетность.

В состав отчетности входят сведения о поставках медоборудования в региональные и муниципальные учреждения здравоохранения (форма № МТ-МО), информация об основных целевых показателях их деятельности (форма № МТ-ЦП).

Документы представляются по истечении отчетного периода в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, в бумажном и электронном видах.

КАК НУЖНО ОТЧИТЫВАТЬСЯ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 15 февраля 2010 г. № 01/2039-0-32 «О предоставлении оперативной информации по еженедельной заболеваемости ОКИ»

Роспотребнадзор просит отчитываться о заболеваемости острыми кишечными инфекциями по установленным формам, размещенным в интернет-портале.

Информацию по таблице «Еженедельная заболеваемость суммы ОКИ (единовременная)» следует представить однократно 17.02.2010 с 00:00 до 18:00 (МСК). Данные по таблице «Еженедельная заболеваемость суммы ОКИ (по датам регистрации)» нужно направлять по средам с 00:00 до 18:00 (МСК), начиная с 17.02.2010.

Все сведения необходимо вводить по системе электронного перевода отчетов на сайт report.gsen.ru с учетом логина и пароля.

КАК В ПФР, ФОМС И ФСС ДОЛЖНА БЫТЬ ОРГАНИЗОВАНА РАБОТА ПО СОСТАВЛЕНИЮ И ПРЕДСТАВЛЕНИЮ РЕЕСТРОВ РАСХОДНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2009 г. № 1133 «Об организации работы по составлению и представлению реестров расходных обязательств государственных внебюджетных фондов Российской Федерации»

Определены правила организации работы по составлению и представлению реестров расходных обязательств органами управления государственных внебюджетных фондов.

В реестрах отражаются все расходные обязательства бюджетов фондов и объемы средств, необходимые для финансового обеспечения их исполнения. Объемы средств указываются за отчетный год (в части плановых и фактических данных), текущий год (в соответствии со сводной бюджетной росписью бюджетов фондов с учетом изменений), очередной год и плановый период.

Реестры составляются по утвержденной Правительством РФ форме с использованием методических рекомендаций Минфина России и представляются в Финансовый департамент Минздравсоцразвития России (в электронном виде и 2 экземпляра на бумажном носителе).

Департамент в течение 3 дней с даты поступления реестров рассматривает их и в случае отсутствия замечаний направляет в Минфин России.

Кроме собственно реестров фондам необходимо представлять в Департамент предварительные, плановые и уточненные реестры расходных обязательств на очередной финансовый год и плановый период. Сроки их представления устанавливаются графиком, утверждаемым Правительственной комиссией по бюджетным проектировкам на очередной финансовый год и плановый период.

Приказ Минздравсоцразвития России об организации работы по составлению и ведению реестров расходных обязательств на 2009 г. и плановый период 2010 и 2011 гг. признан утратившим силу с 1 января 2010 г.

КАКИЕ ДОХОДЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА АДМИНИСТРИРУЮТ В 2010 Г. ГОСУЧРЕЖДЕНИЯ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫЕ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 января 2010 г. № 24 «Об осуществлении Министерством здравоохранения и социального развития

Российской Федерации полномочий главного администратора доходов федерального бюджета, осуществлении полномочий администраторов доходов федерального бюджета и утверждении перечня подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации администраторов доходов федерального бюджета»

Определены коды бюджетной классификации, по которым Минздравсоцразвития России и подведомственные ему федеральные госучреждения осуществляют в 2010 г. соответственно полномочия главного администратора и администраторов доходов федерального бюджета. Утвержден перечень таких учреждений.

К указанным доходам, в частности, отнесены пошлины за патентование изобретений и за совершение действий, связанных с лицензированием, прочие доходы от оказания платных услуг получателями средств федерального бюджета, прочие поступления от сумм в возмещение ущерба.

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

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СУБСИДИИ НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ РЕГИОНУ НУЖНО ЗАКЛЮЧИТЬ СОГЛАШЕНИЕ С МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2009 г. № 1048н «Об утверждении формы соглашения о предоставлении в 2010 году субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 2 февраля 2010 г. Регистрационный № 16 193.

В 2010 г. регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на софинансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам России. Субсидии предоставляются на основании соглашения с Минздравсоцразвития России.

Утверждена форма такого соглашения.

В соглашении прописываются порядок и условия предоставления субсидий, обязанности и ответственность сторон, основания и порядок приостановления и прекращения перечисления субсидий, срок действия соглашения, порядок рассмотрения споров.

ОБ ОСНАЩЕНИИ МАШИН СКОРОЙ ПОМОЩИ СИСТЕМАМИ ГЛОНАСС ИЛИ ГЛОНАСС/GPS НУЖНО ОТЧИТАТЬСЯ В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 января 2010 г. № 29-4/10/2-341

Минздравсоцразвития России просит сообщить сведения о парке автомобилей скорой медицинской помощи классов А, В, С, оборудованных аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS.

Данные следует отразить по состоянию на 1 января 2010 г.

Также нужно указать планируемое увеличение количества таких машин в течение 2010 г. по прилагаемой форме в формате Excel.

О РАБОТЕ С ЭЛЕКТРОННЫМИ ДОКУМЕНТАМИ В СИСТЕМЕ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 декабря 2009 г. № 1026н «О порядке формирования, использования, хранения, приема и передачи документов в электронной форме в установленной сфере деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, подведомственных Министерству федеральных служб, федерального агентства и координируемых им государственных внебюджетных фондов»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 2 февраля 2010 г. Регистрационный № 16 187.

Установлены правила формирования, использования, хранения, приема и передачи электронных документов в системе Минздравсоцразвития России, подведомственных ему федеральных служб и агентств и государственных внебюджетных фондов. Правила не распространяются на информационное взаимодействие органов ПФР с другими органами, страхователями, кредитными организациями, негосударственными пенсионными фондами.

Электронный документ имеет равную юридическую силу с документом, составленным на бумажном носителе. При этом должен соблюдаться Закон об электронной цифровой подписи (далее — ЭЦП).

Форматы электронных документов утверждаются участниками информационного взаимодействия. Они определяют тип используемых файлов (XML, ASCII, DBF, иные типы), графические образы, а также дополнительные технологические особенности обработки документа в электронной форме.

Участники информационного взаимодействия должны обеспечивать конфиденциальность информации, защиту ее от искажений и несанкционированного доступа, а также сохранность ЭЦП.

Нарушение формата электронного документа либо отсутствие подлинной ЭЦП являются основанием для отказа в его приеме.

УТОЧНЕНА ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СВЕДЕНИЙ О СРЕДСТВАХ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Приказ Федерального фонда ОМС от 28 декабря 2009 г. № 279 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 декабря 2005 года № 130»

С 1 января 2010 г. отменен ЕСН. Вместо него уплачиваются взносы на обязательное страхование, в том числе медицинское.

В связи с этим уточнена форма статистического наблюдения № ЕСО-ТФОМС «Ежемесячный сводный отчет о поступлении налоговых платежей и средств на ОМС неработающего населения в доходы бюджета ТФОМС».

Определено новое наименование формы. Это «Ежемесячный отчет о поступлении налоговых платежей и страховых взносов на ОМС в доходы бюджета ТФОМС».

Введена новая строка — страховые взносы на обязательное медицинское страхование, зачисляемые в ТФОМС. Данные по форме, как и ранее, приводятся нарастающим итогом с начала года в рублях, но не с одним, а с двумя десятичными знаками после запятой.

Периодичность представления формы не изменилась (ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным). Уточнено содержание отдельных строк. Так, по строке 07 отражаются средства бюджетов регионов, передаваемые бюджетам ТФОМС на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Изменения вводятся в действие с отчета по состоянию на 1 февраля 2010 г.

РОСЗДРАВНАДЗОР СОБИРАЕТ СВЕДЕНИЯ ПО ВСЕМ НАИМЕНОВАНИЯМ ПЕРЕЧНЯ ЖНВЛС

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 9 февраля 2010 г. № 04И-102/10 «О мониторинге ценовой и ассортиментной доступности лекарственных средств»

Правительством РФ был утвержден перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС). В рамках мониторинга ценовой и ассортиментной доступности лекарств Росздравнадзор проводит сбор информации по всем наименованиям такого списка.

Сведения по наименованиям перечня ЖНВЛС необходимо предоставлять с 15.02.2010 на сайт www.rznd.ru.

ВЫЧЕТ ПО НДФЛ В СУММЕ РАСХОДОВ НА ЛЕЧЕНИЕ: КАКИЕ ЗАТРАТЫ НЕ УЧИТЫВАЮТСЯ?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 1 февраля 2010 г. № 03-04-06/6-5 «О предоставлении социального налогового вычета по НДФЛ с суммы страховых взносов по договорам добровольного медицинского страхования, предусматривающим оплату страховой организацией помимо медицинских услуг иных сопутствующих услуг, а также предусматривающим лечение застрахованных лиц в зарубежных медицинских учреждениях»

Физическое лицо имеет право на налоговый вычет по НДФЛ в сумме, уплаченной в налоговом периоде за свое лечение, а также за лечение супруга (супруги), родителей и (или) детей в возрасте до 18 лет. Необходимое условие — лечение в медицинских учреждениях России.

При применении данного вычета учитываются суммы взносов по договорам добровольного страхования, согласно которым страховые организации оплачивают исключительно лечение.

Следовательно, в расчет не принимаются суммы взносов по договорам добровольного медицинского страхования, предусматривающим оплату не только медицинских, но и сопутствующих услуг.

Также не учитываются суммы страховых взносов по договорам добровольного личного страхования, предусматривающим лечение в зарубежных медицинских учреждениях.

ОРГАНЫ РОСПОТРЕБНАДЗОРА КАК ГЛАВНЫЕ АДМИНИСТРАТОРЫ ДОХОДОВ РЕГИОНАЛЬНЫХ И МЕСТНЫХ БЮДЖЕТОВ: НОВЫЙ ПОРЯДОК РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛНОМОЧИЙ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 15 января 2010 г. № 6 «Об утверждении порядка осуществления территориальными органами полномочий главного администратора доходов бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов»

Определен новый порядок осуществления территориальными органами Роспотребнадзора полномочий главных администраторов доходов региональных и местных бюджетов.

Перечень администрируемых доходов остался прежним. В их числе — денежные штрафы (взыскания) за нарушение земельного, водного законодательства, законодательства в области охраны окружающей среды, санитарно-эпидемиологического благополучия человека.

Заново установлены бюджетные полномочия. К ним относятся начисление платежей, их учет, взыскание задолженности, принятие решений о возврате излишне уплаченных (взысканных) сумм, открытие в территориальных органах Федерального казначейства лицевых счетов по учету администрируемых доходов и др.

По каждому плательщику штрафа ведется Карточка учета штрафов. Она открывается в течение 3 рабочих дней после получения решения судебного органа о наложении административного взыскания.

При уточнении невыясненных поступлений в территориальный орган Федерального казначейства представляется Уведомление администратора поступлений в бюджет об уточнении вида и принадлежности поступления (форма 0531809).

Закреплены обязанности главных администраторов. Они должны представлять в финансовый орган прогноз поступления доходов, аналитические материалы по исполнению бюджета, сведения для составления среднесрочного финансового плана или проекта соответствующего бюджета, бюджетную отчетность.

Ранее утвержденный порядок признан утратившим силу.

ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ ОКАЗАНИЕМ ИНОСТРАННЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ МЕДПОМОЩИ, УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ НАЛОГООБЛОЖЕНИИ ПРИБЫЛИ

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 27 января 2010 г. № 03-03-06/3/3 «Об учете в целях налогообложения прибыли расходов в виде страховых выплат, возмещаемых российским страховщиком иностранному медицинскому учреждению за оказанную медицинскую помощь страхователю или организации-посреднику, а также вознаграждения, уплачиваемого иностранному медицинскому учреждению»

Рассмотрена следующая ситуация. В рамках Программы добровольного медицинского страхования с участием зарубежных лечебных учреждений иностранное медучреждение оказывает российским страхователям медицинские услуги. Расходы возмещает организация-посредник, которой впоследствии их возмещает российский страховщик. Посреднику также выплачивается вознаграждение.

Минфин России считает, что суммы указанного возмещения могут учитываться в целях налогообложения прибыли.

В отдельных случаях страховщик возмещает расходы иностранному медучреждению, минуя посредника, в связи с направлением страхователей в другие иностранные организации. Кроме того, учреждению выплачивается вознаграждение.

По мнению Министерства, затраты в виде страховых выплат, возмещаемых российским страховщиком иностранному медучреждению, и вознаграждение также могут учитываться в расходах.

МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАСЧЕТЫ ТФОМС ЗА МЕДПОМОЩЬ, ОКАЗАННУЮ ГРАЖДАНАМ В РОССИИ ВНЕ ТЕРРИТОРИИ СТРАХОВАНИЯ: РАЗЪЯСНЕНИЯ ФОМС

Письмо Федерального фонда ОМС от 3 декабря 2009 г. № 6065/30-4/и «О разъяснениях к приказу ФОМС»

Даны разъяснения, как применять Порядок организации проведения ТФОМС межтерриториальных расчетов за медпомощь, оказанную гражданам в России вне территории страхования по видам, включенным в базовую программу ОМС.

Для финансирования расходов, возникающих в ходе расчетов, ТФОМС должны с 2010 г. предусмотреть в бюджете нормированный страховой запас. Его размер должен устанавливаться на 1 месяц исходя из условий достаточности. Межтерриториальные расчеты между ТФОМС должны проводиться только из средств запаса.

В состав запаса должны входить средства, резервируемые для межтерриториальных расчетов и для финансирования (если у страховых медорганизаций дефицит средств) расходов на реализацию территориальной программы ОМС.

Запас пополняется за счет средств, поступивших в расчетном месяце в бюджет ТФОМС по межтерриториальным расчетам от других ТФОМС в возмещение сумм, направленных на оплату оказанной медпомощи. Также на пополнение запаса могут направляться средства, полученные от медорганизации ТФОМС по месту оказания медпомощи в результате проведения контроля объемов, сроков и качества медпомощи по заданию ТФОМС по месту страхования или других причин.

Средства, направляемые на формирование и пополнение запаса, к расчету дифференцированных подушевых нормативов не принимаются.

Для обеспечения проведения вышеуказанного контроля в установленные сроки ФОМС рекомендует размещать на официальных сайтах ТФОМС и своевременно обновлять действующие на территории соответствующего региона нормативные правовые акты. Это территориальная программа ОМС, информация о тарифах по ОМС, условиях оказания медпомощи, способах ее оплаты и др.

При оформлении результатов медико-экономического контроля и экспертизы качества медпомощи следует использовать утвержденные образцы.

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ГРАЖДАН ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАДЕЖНО ЗАЩИЩЕНЫ!

Приказ Федеральной службы по техническому и экспортному контролю от 5 февраля 2010 г. № 58 «Об утверждении Положения о методах и способах защиты информации в информационных системах персональных данных»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 19 февраля 2010 г. Регистрационный № 16 456.

В целях реализации конституционного права граждан на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну установлены методы и способы обеспечения безопасности персональных данных при их обработке. Они обязательны для всех органов, организаций и физлиц, работающих с персональными данными граждан (далее — операторы).

Выбор методов и способов защиты информации зависит от определяемых оператором угроз безопасности персональных данных (модели угроз) и от класса применяемой информационной системы. Персональные данные надо защищать от несанкционированного, в том числе случайного доступа, в частности, от их уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения. Для защиты персональных данных могут привлекаться специализированные организации. Последние должны иметь лицензию на деятельность по технической защите конфиденциальной информации.

Среди методов и способов защиты персональных данных можно выделить следующие: наличие разрешительной системы допуска пользователей (обслуживающего персонала) к информационным ресурсам; ограничение доступа в помещения, где размещены технические средства для обработки персональных данных; регистрация и контроль действий пользователей персональными данными. Можно также учитывать и хранить съемные носители информации, использовать защищенные каналы связи.

КАКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ПЛАНИРУЕТСЯ ЗАКУПИТЬ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 февраля 2010 г. № 51н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской

Федерации от 31 декабря 2009 г. № 1153 «О финансовом обеспечении в 2010 году за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» (не вступил в силу)

Зарегистрировано в Минюсте РФ 4 марта 2010 г. Регистрационный № 16 551.

В 2010 г. регионам выделяются субсидии на софинансирование расходов, связанных с закупкой оборудования для оказания медпомощи при ДТП.

Оборудование предназначено для учреждений здравоохранения регионов и муниципальных образований.

Для получения субсидий Минздравсоцразвития России заключает с высшими органами исполнительной власти регионов соглашения о реализации мероприятий по совершенствованию организации медпомощи при ДТП. Утверждена его форма.

Помимо этого, определен перечень закупаемого оборудования.

СОЦПОДДЕРЖКА РАБОТНИКОВ ПСИХИАТРИИ, СФЕР БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ: КАКИЕ ПОПРАВКИ ПРЕДЛОЖЕНО ПРИНЯТЬ ГОСДУМЕ?

Досье на проект федерального закона № 341687-5 «О внесении изменений в статью 22 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в статью 22 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и статью 15 Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (внесен Правительством РФ)

12 марта 2010 г. в Государственную Думу внесен законопроект, уточняющий порядок реализации мер соцподдержки работников с вредными и (или) опасными условиями труда. Это оказание психиатрической и противотуберкулезной помощи, диагностика и лечение ВИЧ-инфицированных, работа с материалами, содержащими ВИЧ.

Предлагается закрепить, что сокращенная продолжительность рабочего времени и ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск таким работникам будут устанавливаться в определяемом Правительством РФ порядке. В настоящее время для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации порядок определяют региональные власти.

Указанные гарантии, а также повышенный размер оплаты труда, предположительно, будут устанавливаться с учетом условий труда по результатам аттестации рабочих мест.

СУБСИДИИ РЕГИОНАМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОНКОДИСПАНСЕРОВ: ПЕРЕЧЕНЬ ОБОРУДОВАНИЯ И ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СРЕДСТВ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 февраля 2010 г. № 53н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. № 1156 «О финансовом обеспечении в 2010 году за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 4 марта 2010 г. Регистрационный № 16 553.

В 2010 г. в рамках совершенствования медпомощи лицам с онкозаболеваниями выделяются субсидии регионам на софинансирование закупки медоборудования для учреждений здравоохранения.

Определен перечень такого оборудования. Оно разделено на 3 группы: для региональных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; региональных онкодиспансеров; федеральных учреждений здравоохранения и окружных онкодиспансеров.

Также утверждена форма соглашения с Минздравсоцразвития России о предоставлении субсидий. Соглашения должны быть заключены до 1 апреля 2010 г.

РАСШИРЕН ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТОВ, ПРИНИМАЕМЫХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Постановление Правительства РФ от 9 марта 2010 г. № 137 «О внесении изменений в Положение о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Уточнены функции Минздравсоцразвития России.

В частности, существенно расширен перечень нормативных правовых актов, принимаемых Министерством. Он в том числе закрепляет стандарты медицинской помощи и другие федеральные стандарты в сфере здравоохранения (ранее — виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в государственных или муниципальных учреждениях). Министерство определяет, в каком порядке негосударственный пенсионный фонд уведомляет ПФР об обращениях за установлением накопительной части пенсии. В перечень включены акты, содержащие правила аттестации рабочих мест по условиям труда, классификацию видов экономической деятельности с учетом профессионального риска, перечень услуг в области охраны труда, для оказания которых нужна аккредитация, и т. д.

Министерство определяет требования к комплектации аптечек, укладок, наборов и комплектов для оказания первой помощи (в части изделий медицинского назначения), а также первичной медико-санитарной, скорой и специализированной медицинской помощи (в части лекарств и указанных изделий).

Данный орган уполномочен принимать некоторые акты, связанные с предоставлением федеральным госслужащим единовременной субсидии на приобретение жилья. Он дает разъяснения по применению Правил ее предоставления, по вопросам формирования систем оплаты труда для работников федеральных бюджетных учреждений.

Подведомственным ФГУ Министерство выдает разрешения на оказание платных медицинских услуг.

ПРОБЛЕМА УТИЛИЗАЦИИ ЛЮМИНЕСЦЕНТНЫХ ЛАМП ПО-ПРЕЖНЕМУ АКТУАЛЬНА

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 15 января 2010 г. № 01/285-10-32 «О результатах надзора за оборотом ламповой продукции и задачах, связанных с реализацией Федерального закона от 23.11.2009 № 261-ФЗ»

Роспотребнадзор проанализировал результаты исполнения своими территориальными органами поручений в сфере контроля (надзора) за оборотом ламповой продукции.

Указанная работа велась в рамках принятых планов. В частности, этому способствовали отказы органов прокуратуры в согласовании проведения внеплановых проверок. Территориальными органами было выявлено много нарушений в области санитарно-эпидемиологического законодательства и законодательства о защите прав потребителей.

По-прежнему актуальна проблема утилизации и безопасности использования компактных

люминесцентных ламп. Ведь каждая из них содержит 3–5 мг ртути (в виде паров). В настоящее время отработанные лампы выбрасываются вместе с обычным мусором и размещаются на полигонах твердых бытовых отходов, что недопустимо.

В связи с запланированным поэтапным отказом от использования ламп накаливания вплоть до возможного запрета их оборота органам власти необходимо в кратчайшие сроки решить вопрос утилизации люминесцентных ламп.

Органам Роспотребнадзора следует участвовать в разработке и реализации региональных и муниципальных программ в области энергосбережения и повышения энергетической эффективности.

В 2010 Г. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТАЮЩИХ ПРОВОДИТСЯ В ТОМ ЖЕ ОБЪЕМЕ, ЧТО И РАНЕЕ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 4 марта 2010 г. Регистрационный № 16 550.

Определено, как в 2010 г. проводится дополнительная диспансеризация работающих, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования.

Она осуществляется государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения (кроме тех, что находятся в ведении ФМБА России).

По сравнению с 2009 г. объем дополнительной диспансеризации не изменился. Так, граждан осматривают терапевт, акушер-гинеколог, хирург, невролог, офтальмолог. Проводятся клинический и биохимический анализы крови, клинический анализ мочи, а работникам после 45 лет — также исследования на специфические онкомаркеры. Предусмотрены электрография, флюорография, маммография (женщинам после 40 лет), цитологическое исследование мазка из цервикального канала.

Разрешено использовать результаты предыдущих медосмотров, лабораторно-диагностических исследований, если давность не превышает 3 месяцев, флюорографии и маммографии — 2 лет.

Дополнительной диспансеризации подлежат работники, не проходившие ее в предыдущие годы; граждане, занятые на работах с вредными (опасными) условиями труда; те, кто прошел ее в 2006 г., но которых не взяли под диспансерное наблюдение в результате выявленного заболевания. Диспансеризация повторно не проводится в отношении лиц, которые проходили ее в 2007, 2008, 2009 гг.

По результатам диспансеризации гражданину определяют 1 из 5 групп здоровья.

Установлены формы учетных и отчетных документов о дополнительной диспансеризации.

Как и в 2009 г., норматив затрат на дополнительную диспансеризацию 1 работающего составляет 1042 руб.

ЧТО ПЛАНИРУЕТСЯ КУПИТЬ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕГИОНАХ В 2010 Г.?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 февраля 2010 г. № 54н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. № 1158 «О закупке и передаче в 2010 году лекарственных средств и медицинского оборудования для реализации в субъектах Российской Федерации мероприятий, направленных на обследование населения с целью

выявления туберкулеза и лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 1 марта 2010 г. Регистрационный № 16 529.

Утвержден перечень закупаемых в 2010 г. за счет ассигнований федерального бюджета лекарственных средств и медоборудования для обследования и лечения населения от туберкулеза.

В перечень лекарственных средств включены капреомицин, левофлоксацин, циклосерин, аминосалициловая кислота, протионамид.

Перечень медицинского оборудования включает томограф рентгеновский компьютерный 16 срезов, оборудование для хирургической операционной, аппараты наркозно-дыхательный, искусственной вентиляции легких, высокочастотной термоаблации, анализатор газового состава крови и др.

Указанные мероприятия проводятся на основе соглашения между Минздравсоцразвития России и высшими региональными органами государственной власти. Утверждена его форма.

ДОПОЛНЕН ЕДИНЫЙ КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ СПРАВОЧНИК ДОЛЖНОСТЕЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 марта 2010 г. № 122 «О внесении изменения в Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

В Единый квалификационный справочник должностей в сфере здравоохранения включена специальность врача скорой медицинской помощи с требованиями к его квалификации и должностным обязанностям.

Он должен уметь оценивать остроту и тяжесть состояния больного, оказывать необходимую помощь, ставить диагноз, знать основы организации работы скорой помощи, общей анестезии и диагностики, правила пользования аппаратурой и т. д.

На должность врач скорой медицинской помощи принимаются лица с высшим профессиональным образованием по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», интернатура или (и) ординатура по специальности «Скорая медицинская помощь» и др.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ГОСУСЛУГИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ПЕРЕВОДЯТСЯ В ЭЛЕКТРОННЫЙ ВИД В СООТВЕТСВИИ С КАЛЕНДАРНЫМ ПЛАНОМ РАБОТ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 января 2010 г. № 37 «О календарном плане работ по переводу в электронный вид приоритетных государственных услуг, оказываемых Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Утвержден календарный план работ по переводу в электронный вид приоритетных госуслуг, оказываемых Минздравсоцразвития России.

К указанным услугам относятся предоставление гражданам и организациям информации об оказании высокотехнологичной медпомощи за счет средств федерального бюджета и доступа к информации о квалификации медицинских и фармацевтических работников. По каждому мероприятию (работе) определены ответственные исполнители, дата начала и дата завершения.

Департамент информатизации, Департамент высокотехнологичной медпомощи и Департамент науки, образования и кадровой политики должны ежемесячно, не позднее 15 числа,

направлять информацию о ходе выполнения плана в Департамент госслужбы. Он, в свою очередь, должен ежемесячно обобщать полученную информацию и направлять ее в Минкомсвязь России.

СТАТОТЧЕТНОСТЬ ОБ АБОРТАХ И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОСТАВЛЕНИЮ И ПРЕДСТАВЛЕНИЮ

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 января 2010 г. № 14-6/10/2-224 «О порядке заполнения годовых статистических отчетов по форме № 13 и № 32»

Приведены рекомендации по заполнению годовых форм федерального статистического наблюдения № 13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)» и № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Форма № 13 заполняется на основании первичной учетной меддокументации. Основным источником информации при ее составлении являются статистическая карта выбывшего из стационара и журнал записи амбулаторных операций. Форма представляется ЛПУ, проводившими аборты и имеющими лицензию на этот вид деятельности.

Данные для формы N 32 берутся из индивидуальной карты беременной и родильницы, журнала учета приема беременных, рожениц и родильниц, истории родов, журнала записи родов в стационаре, статистической карты выбывшего из стационара, истории развития новорожденного. Ее заполняют лицензированные медорганизации, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Формы с пояснительными записками направляются 10 января года, следующего за отчетным, местному органу здравоохранения (форма № 32 — также в центральную районную (городскую) больницу). Последние представляют сводный отчет региональному органу здравоохранения.

Региональный орган направляет отчет с пояснительной запиской в 2-х экземплярах на бумажном и электронном носителях в Минздравсоцразвития России и территориальному органу Росстата.

В КАКИХ ЕЩЕ РЕГИОНАХ ОКАЖУТ МЕДПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 февраля 2010 г. № 44н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06 июля 2009 г. № 389н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 19 февраля 2010 г. Регистрационный № 16 472.

Минздравсоцразвития России был регламентирован порядок оказания медпомощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Помощь могла оказываться в специализированных лечебно-профилактических учреждениях при наличии соответствующей лицензии и необходимых специалистов.

Внесены изменения в указанный порядок. Расширен перечень регионов, на которые распространяется его действие.

В перечень включены республики Карачаево-Черкесская, Саха и Татарстан, Амурская, Владимирская, Калужская, Кемеровская, Магаданская, Нижегородская, Пензенская, Тамбовская, Тверская области, Краснодарский край и г. Санкт-Петербург.

СТАТСВЕДЕНИЯ О ПОСТУПЛЕНИИ И РАСХОДОВАНИИ СРЕДСТВ ПФР, ФСС РФ И ФОМС ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ ПО НОВЫМ ФОРМАМ

Приказ Федеральной службы государственной статистики от 29 января 2010 г. № 77 «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения за поступлением и расходованием средств государственных внебюджетных социальных фондов

С 1 января 2010 г. ЕСН заменен страховыми взносами на конкретные виды соцстрахования.

В связи с этим в новой редакции изложены квартальные статформы, по которым представляются сведения о поступлении и расходовании средств ПФР, ФСС РФ и государственных внебюджетных фондов ОМС. Приведены указания по их заполнению.

Новые формы применяются начиная с отчета за январь—март 2010 г.

Прежний статистический инструментарий признан утратившим силу.

НА ОТДЕЛЬНЫЕ ЖНВЛС ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ПРЕДЕЛЬНЫЕ ОТПУСКНЫЕ ЦЕНЫ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 17 февраля 2010 г. № 1089-Пр/10 «О государственной регистрации предельных отпускных цен производителей на ЖНВЛС»

Зарегистрированы предельные отпускные цены производителей на 111 жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Приведены сведения о данных лекарствах.

УТОЧНЕН ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СУБСИДИЙ НА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ-СИРОТ

Приказ Федерального фонда ОМС от 4 февраля 2010 г. № 19 «О внесении изменений в Приказ ФОМС от 16 апреля 2009 г. № 76» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 февраля 2010 г. Регистрационный № 16 511.

С 1 января 2010 г. действует уточненный порядок предоставления субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Установлено, что средства выделяются в 2010 г. (изначально — в 2009–2011 г.).

В связи с этим вносятся изменения в приказ ФФОМС, утвердивший порядок ведения реестра счетов по законченным случаям на оплату расходов по проведенной диспансеризации, формы заявки ТФОМС на предоставление субсидий, сведений для завершения расчетов по финансовому обеспечению мероприятий. Уточнена процедура заполнения документов.

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

ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

Международный Медицинский Форум-2010

с 20 по 23 апреля 2010 года

в КВЦ «Сокольники», павильон 4.1, состоится Международный Медицинский Форум — уникальный выставочный проект, объединяющий три специализированные выставки: *REHAMED, REHATECH* и *MEDPROJECT.*

Организатор проекта: *Международная выставочная компания «MVK».*

При поддержке: *Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Правительства Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента социальной защиты населения города Москвы, Управления Московской городской службы занятости, Торгово-промышленной палаты.*

С 20 по 23 апреля на площадке ЭЦ «Сокольники» будут представлены более 100 компаний производителей и дилеров современных средств реабилитации, протезирования и методов восстановительного лечения.

Традиционно в рамках деловой программы: научно-практические конференции, круглые столы, семинары с участием ведущих специалистов. В день открытия выставки состоится благотворительный концерт звезд российской эстрады. Организаторы уверены, что данный концерт непременно станет важным шагом к тому, чтобы наше государство оказало должное внимание проблемам инвалидов.

Международный медицинский Форум — это уникальная возможность для специалистов, руководителей, представителей российских и зарубежных компаний ознакомится с новейшими техническими средствами и программами восстановительной реабилитации.

До встречи на выставке!
www.med-expo.ru
20 по 23 апреля, ЭЦ «Сокольники»!

14-16 апреля 2010 г.

Выставка и конференция «Медицинские информационные технологии»

6-й Международный форум

MedSoft-2010

Москва, Центральный дом предпринимателя

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Ассоциация Развития Медицинских Информационных Технологий (АРМИТ)
- Центральный Дом Предпринимателя

ТЕМАТИКА ВЫСТАВКИ И КОНФЕРЕНЦИИ:

- Компьютерные системы для исследований и диагностики (функциональная и лучевая диагностика, лабораторные исследования и др.)
- Системы компьютеризации массовых обследований и профилактики
- Компьютерные системы в фармации
- Компьютерные системы в стоматологии
- Системы управления деятельностью медицинских учреждений и органов управления здравоохранением. Региональные системы
- Компьютерные системы медицинского страхования
- Телемедицинские системы
- Медицинский Интернет
- Обучающие системы. Электронные атласы. Мультимедийные средства
- Интеллектуальные медицинские системы
- Электронные истории болезни и амбулаторные карты
- Системы для научных исследований
- Системы обработки изображений и многое другое

Генеральный спонсор — InterSystems

Титульный спонсор — МЕДИАЛОГ Медицинская информационная система

Спонсоры — AKSiMED, smart delta systems

ВХОД НА ВЫСТАВКУ СВОБОДНЫЙ, УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ ДЕЛОВОЙ ПРОГРАММЫ БЕСПЛАТНОЕ

Адрес:
Центральный дом предпринимателя, ул. Покровка, 47/24
Проезд: ст. м. «Красные ворота», «Курская».
Информация по тел.: (499) 200-10-62
Программа конференции и список участников выставки опубликованы на сайте: www.armit.ru

Менеджер
здравоохранения