

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№1. 2005



Менеджер
здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

ЧИТАЙТЕ НА НАШЕМ САЙТЕ:

WWW.IDMZ.RU

- ☞ Законопроект «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях»
- ☞ Законопроект «Об автономных учреждениях»
- ☞ Законопроект «Об установлении порядка, условий и критериев реорганизации государственных и муниципальных учреждений»
- ☞ Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»
- ☞ Постановление Правительства РФ от 26 ноября 2004 г. №690 «О Программе Государственных Гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год»
- ☞ Стандарты медицинской помощи. Часть 1

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

Менеджер здравоохранения

№1
2005

Главный редактор:

СТАРДУБОВ 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,
к.б.н., ведущий научный сотрудник ВИНТИ

Редакционная коллегия:

КИРИЛЛОВ Александр Викторович,
к.м.н., директор программы «Менеджмент в здравоохранении» СПбВЭШ
МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, директор ЦНИИОИЗ МЗ РФ
МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н., заместитель Главы администрации г.Ставрополя

В номере:

**Заседание Коллегии Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
«Модернизация здравоохранения»**

С места событий

4-11

**Рабочее совещание «Пути совершенствования
здравоохранения в России»**

С места событий

12-20

Учреждена Ассоциация медицинской информатики

С места событий

21-23

**Система кодирования пациентов в зависимости
от источника финансирования**

Я.А.Накатис, О.К.Николаева, М.В.Бондаренко

24-28

**Экономические аспекты работы стационара
или экономическая эффективность неэффективных
методов лечения**

И.Н.Мартьянов

29-32

**Опыт работы Научного центра акушерства, гинекологии
и перинатологии РАМН по оказанию дорогостоящих видов
медицинской помощи**

Н.П.Кирбасова

33-34

**Проблемы бизнес-образования в сфере
общественного здоровья**

И.А.Тогунов

35-38

ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик МАНЭП, заведующий курсом менеджмента и экономики здравоохранения Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова, начальник кафедры морской медицинской подготовки плавсостава Государственной морской академии им. адм. С.О.Макарова

ПОПОВИЧ Виктор Константинович,

к.м.н., начальник Муниципального управления здравоохранения г.Нерюнгри, Республика Саха (Якутия)

РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,

д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.И.Баумана

СКЛЯР Михаил Семенович,

к.м.н., министр здравоохранения Свердловской области

ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,

д.м.н., профессор Владимирского государственного университета

ОРЛОВ Олег Игоревич,

д.м.н., генеральный директор Фонда «Телемедицина»

ШЕЙМАН Игорь Михайлович,

профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале, посетив страницу электронного форума «Менеджер здравоохранения» в Интернете по адресу:

www.idmz.ru

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения».

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель – ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:
127254, г.Москва,
ул. Добролюбова, д.11, офис 234
idmz@mednet.ru
(095) 218-07-92, 979-92-45

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

Директор отдела распространения и развития:
к.б.н. Л.А.Цветкова
(095) 218-07-92
idmz@mednet.ru

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
Л.А.Михалевич
Администратор сайта:
В.С.Лебова
vs@mail.ru
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать» – 82614
Российский медицинский каталог – М 3475

Отпечатано
в ООО «ТРИМЕД-Групп»
Заказ № 010105

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

**Информационный бюллетень
для руководителей здравоохранения**

39-43

**Реализация задачи учета медицинского
оборудования в автоматизированной
информационной системе «Интрамед»**

Е.А.Берсенева

44-47

**Являются ли медицинские сберегательные
счета жизнеспособным вариантом для
финансирования здравоохранения?**

Анна Диксон

48-53

**Международное сотрудничество: гранты,
профессиональные обмены, обучение**

54-56

Вопросы и ответы

57-59

**Медицинская этика
Глоссарий**

60-61

Органайзер

62-64

Для корпоративных баз данных

Проект Федерального закона «О государственных
(муниципальных) автономных некоммерческих организациях»
Проект Федерального закона «Об автономных учреждениях»

65-79



ЗАСЕДАНИЕ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» 26 ноября 2004 года, г.Москва

На заседание были приглашены представители Аппарата Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, Государственной Думы, Федерального Собрания Российской Федерации; руководители федеральных служб, агентств, государственных внебюджетных фондов; органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации; исполнительные директора территориальных фондов обязательного медицинского страхования; представители Минфина России, Минэкономразвития России; РАМН; ЦК профсоюза работников здравоохранения; руководители высших учебных медицинских учреждений, федеральных медицинских центров и научно-исследовательских учреждений; представители страховых медицинских организаций.

С докладом выступил Михаил Зурабов, Министр здравоохранения и социального развития РФ. Он отметил, что основной стратегической целью развития отечественного здравоохранения является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан России. В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 26 мая 2004 года обозначенная цель признана приоритетной и определена в качестве основной для реализации всеми уровнями государственной власти и муниципального управления. Министр с сожалением констатировал, что современное социально-экономическое состояние страны негативно сказывается на основных показателях здоровья населения и в первую очередь на показателях

смертности и ожидаемой продолжительности жизни. Наименьшие показатели смертности за всю историю России зарегистрированы в 60-х годах XX века (1960 год – 7,4 случая на 1000 населения, 1965 год – 7,6). В 2003 году отмечен более чем двукратный рост – 16,4 случая на 1000 населения. Отставание России по ожидаемой продолжительности жизни сорок лет назад у мужчин составляло от США – 2,3 года, от Франции – 3 года и от Японии – 3,2 года, у женщин соответственно от США – 0,5 года, от Франции – 1,4 года, а Японии по данному показателю Россия даже опережала на 0,5 года. В дальнейшем ситуация с каждым годом ухудшалась и отставание России от передовых стран увеличивалось. В 2003 году ожидаемая продолжительность жизни в России составила 65,1 года, в том числе у мужчин – 59 лет, у



женщин – 72 года (Япония – 82 года, Франция – 80 лет, Испания – 80 лет, Германия – 79 лет). Россия по ожидаемой продолжительности жизни у мужчин отстает от США, Франции, Японии на 15,4–19,5 года, у женщин – на 7,6–13,1 года.

В Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2008 года определены мероприятия, направленные на создание условий для повышения уровня жизни населения, содействие развитию «человеческого капитала», что должно отразиться и на важнейших показателях состояния здоровья населения, в том числе на ожидаемой продолжительности жизни (увеличение до 67,0 лет к 2008 году и до 68,0 лет к 2010 году).

В свою очередь повышение доступности и качества медицинской помощи может быть достигнуто только при создании следующих условий.

1. Увеличение объема финансирования здравоохранения и внедрение прогрессивных методов финансового обеспечения отрасли

В настоящее время государственные расходы на здравоохранение в России равны 2,9% от ВВП, тогда как в других странах Европы они колеблются от 7,3% в Великобритании до 10,7% в Швейцарии.

В целом на здравоохранение в 2001 году расходы составили – 255,0 млрд. рублей, в 2002 году – 335,7 млрд. рублей, в 2003 году – 391,5 млрд. рублей, что в пересчете на душу населения 2735 рублей (Германия – 2476\$, Франция – 2125\$). В том числе за счет средств единого социального налога – 155,7 млрд. рублей, средств бюджетов всех уровней – 235,9 млрд. рублей. Расходы на реализацию Программы государственных гарантий равны 355,6 млрд. рублей и составляют 90,8% от всех расходов на систему здравоохранения.

Средства федерального бюджета в финансировании Программы государственных гарантий в 2003 году составили 7,8% от всех расходов

(2002 год – 8%). 50,2% от всех расходов приходится на консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации, причем их доля постепенно снижается (2001 год – 54,6%, 2002 год – 52%), а на долю системы ОМС приходится 42% (2001 год – 37,9%, 2002 год – 40%). Объем платных медицинских услуг населению растет и составил в 2003 году 68,1 млрд. рублей (в 2002 году – 56,8 млрд. рублей), увеличились расходы населения на лекарственные средства – 147,9 млрд. рублей (в 2002 году – 125,3 млрд. рублей).

2. Повышение эффективности использования имеющихся ресурсов системы здравоохранения в Российской Федерации

До настоящего времени сохраняется приоритет затратной стационарной медицинской помощи. Так, до 60% консолидированного бюджета здравоохранения тратится на содержание круглосуточных стационаров (164 млрд. рублей), в то время как более 30% госпитализированных больных могли бы получать эффективную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Смещение части объемов медицинской помощи на внебольничный этап позволило бы создать необходимые условия для реализации механизмов повышения эффективности расходования средств в здравоохранении.

На амбулаторно-поликлиническую помощь приходится лишь 31% (85 млрд. рублей), скорую медицинскую помощь – 6% от консолидированных бюджетов всех уровней (16,4 млрд. рублей), на стационарозамещающую – 3% (6,4 млрд. рублей). При этом следует отметить наблюдающиеся тенденции к снижению объемов амбулаторно-поликлинической помощи (число посещений на одного жителя в год в 2003 году – 9,4, в 2002 году – 9,6) и увеличению объемов скорой медицинской помощи (в 2003 году – 371,3 случая на 1000 населения оказания скорой медицинской помощи, в





2002 году – 366,5). Уровень госпитализации не снижается: число поступивших в больничные учреждения на 100 человек населения в 2003 году – 23, в 2002 году – 22,9.

3. Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения

По данным специальных исследований выявлено, что износ основных фондов в здравоохранении составляет около 50%, в том числе транспорта – 62%, зданий – более 27%, медицинского оборудования – 64%. В результате многие современные и отработанные в федеральных центрах медицинские технологии не получают широкого распространения в регионах.

Для решения вышеобозначенных проблем прежде всего необходимо создать нормативную правовую основу и принять ряд подготовленных нормативных правовых актов.

1. Закон «Об обязательном медицинском страховании» должен упорядочить положения всех субъектов правоотношений по обязательному медицинскому страхованию (страхователей, страховщиков, застрахованных, медицинских организаций, фондов обязательного медицинского страхования).

Для обеспечения равенства прав застрахованных граждан, единства системы и ее финансовой устойчивости должна быть сформирована единая централизованная система органов управления обязательным медицинским страхованием, возглавляемая Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Федеральному фонду обязательного медицинского страхования будут административно подчиняться территориальные фонды обязательного медицинского страхования, создаваемые в субъектах Российской Федерации.

Централизация органов управления средствами обязательного медицинского страхования позволит обеспечить прозрачность системы управле-

ния фондами и привлечет общественные институты к ее управлению.

В соответствии с законом будет завершён перевод системы обязательного медицинского страхования и в целом отрасли здравоохранения на страховые принципы.

Впервые вводится понятие «стоимость страхового года», которое определит минимально необходимую сумму денежных средств на каждого застрахованного. Стоимость страхового года будет рассчитываться на основе минимального размера оплаты труда (МРОТ), а также актуарно, исходя из балансовой стоимости программы.

При этом должна существенно измениться роль страховых медицинских компаний, ответственных за организацию медицинской помощи населению.

Все это выдвигает новые требования к страховщикам, в частности, в плане реализации права выбора застрахованными страховщика и представления территориальному фонду обязательного медицинского страхования отчетов о выполнении договоров с медицинскими организациями. Кроме этого, будут разработаны механизмы планирования деятельности страховщиков по обязательному медицинскому страхованию на основе показателей базовой программы обязательного медицинского страхования, что позволит повысить требования к их финансовой устойчивости и оптимизировать сеть страховых медицинских организаций.

Впервые вводится система разделения финансовой ответственности между территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, которые возьмут на себя часть рисков, связанных с отклонениями фактических расходов за оказание медицинской помощи от плановых.

Государственные гарантии системы обязательного медицинского страхования будут укреплены за счет реализации территориальных программ и более жестких обязательств бюджетов субъектов



Российской Федерации по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения.

Возложение на субъекты Российской Федерации обязанностей страхователя позволит законодательно установить дополнительные требования к взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в том числе в судебном порядке.

В соответствии с законом будут установлены требования к расчету базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации на основе тарифов, рассчитанных в соответствии с федеральной методикой.

Централизация части средств единого социального налога, зачисляемой в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, должна привести к выравниванию финансовых условий реализации территориальных программ в целях нивелирования региональной дифференциации страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъектах Российской Федерации, которая колеблется в пределах от 4,9 рубля в Саратовской области и 35,4 рубля в Ярославской области до 898,4 рубля в Республике Татарстан.

Выравнивание условий бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации будет происходить не только за счет механизма субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования, но и средств федерального бюджета.

Внедрение новых форм сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования позволит привлечь дополнительные финансовые источники в систему здравоохранения Российской Федерации.

При этом за счет различных источников финансирования в программы обязательного медицинского страхования планируется включить лекарственное обеспечение, дополнительную медицинскую помощь отдельным категориям граждан, оказание

медицинской помощи в объемах, порядке или на условиях, превышающих стандарт оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и т.д.

В частности, в 2005 году начинается реализация программы дополнительного лекарственного обеспечения и санаторно-курортного лечения отдельных льготных категорий граждан. С этой целью в федеральном бюджете на 2005 год предусмотрены финансовые ресурсы в размере 50,8 млрд. рублей на лекарственное обеспечение и 9,5 млрд. рублей на санаторно-курортное лечение.

Привлечение средств добровольного медицинского страхования будет способствовать развитию страхового рынка, увеличению его емкости.

II. Закон «О государственных гарантиях медицинской помощи».

Данный закон позволит конкретизировать государственные гарантии оказания медицинской помощи населению. Впервые будут законодательно закреплены виды, объемы, порядок и условия оказания медицинской помощи населению, в том числе льготным категориям граждан, а также требования к качеству медицинской помощи.

Это позволит законодательно установить единую систему стандартизации медицинской помощи в стране и способствовать переходу от содержания лечебно-профилактических учреждений на принципы финансирования медицинской помощи по стандарту ее оказания вне зависимости от места предоставления.

III. Законы о расширении организационно-правовых форм медицинских учреждений («Об автономных учреждениях» и «О государственной (муниципальной) некоммерческой автономной организации»).

Существующие бюджетные медицинские учреждения находятся в рамках жесткого сметного финансирования и казначейского исполнения бюджета и не имеют практической возможности рационального использования имеющихся ресурсов.





Законы должны способствовать уходу от сметной модели финансирования, что позволит самостоятельно формировать доходную и расходную части бюджета медицинских организаций, появится большая гибкость в использовании имеющихся ресурсов, повысится конкурентоспособность лечебно-профилактических учреждений, расширится их хозяйственная самостоятельность.

Впервые вводится контроль за деятельностью медицинских организаций со стороны общественных институтов путем создания попечительских советов.

В прежней форме «государственного учреждения» (ГУ) останутся учреждения здравоохранения государственной ответственности, основная деятельность которых не всегда может быть адекватно оценена объемными (результатирующими) показателями. Это – центры санитарно-эпидемиологического надзора; инфекционные, психиатрические больницы; противотуберкулезные, наркологические диспансеры; центры по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе со СПИДом; дома ребенка и т.д. Остальные учреждения здравоохранения постепенно будут преобразовываться в новые организационно-правовые формы. Основное отличие автономного учреждения (АУ) от государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации (ГМАНО) заключается в режиме собственности. Так, если автономное учреждение наделяется имуществом на праве оперативного управления, то государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации передается имущество на правах собственности с ответственностью по своим обязательствам всем своим имуществом.

В автономные учреждения планируется перевести от 30 до 50% федеральных специализированных медицинских учреждений, от 20 до 40% больничных учреждений, от 20 до 60% амбулаторно-поликлинических учреждений.

Мотивацией преобразования в государственные (муниципальные) автономные некоммерческие организации должны быть следующие предпосылки: медицинская организация не является «монополистом», есть необходимость оптимизации мощностей учреждения данного профиля, имеются условия соответствующего управленческого потенциала для самостоятельного хозяйствования.

В данную организационно-правовую форму больницы могут быть преобразованы только в том случае, если на территории имеются два и более однотипных учреждения, оказывающих аналогичные виды медицинской помощи. Это касается и амбулаторно-поликлинических организаций, в том числе диагностических центров и городских поликлиник.

75% всех стоматологических поликлиник и до 15% федеральных специализированных медицинских учреждений также могут быть преобразованы в государственную (муниципальную) автономную некоммерческую организацию.

Все эти решения будут приниматься совместно коллективом и руководителями медицинских учреждений, собственниками и учредителями.

Одновременно необходимо принять ряд нормативных правовых актов, уточняющих и дополняющих отдельные положения действующих и вновь принимаемых законов. В первую очередь это относится к нормативным правовым актам по усилению контрольных и надзорных функций государства в отрасли здравоохранения по вопросам лицензирования и аккредитации, сертификации и усиления контроля за качеством предоставления медицинских услуг, повышения профессиональной ответственности персонала медицинских организаций. В этом случае потребуются принятие отдельного закона о страховании профессиональной ответственности медицинских работников.

Обязательным условием повышения качества и доступности медицинской помощи является укрепление материально-технической базы системы



здравоохранения Российской Федерации. В этом направлении необходимо, в первую очередь, создать и внедрить приоритетные программы развития отрасли с определением их инвестиционной привлекательности.

На базе головных (базовых) федеральных специализированных медицинских центров должны быть созданы условия для возможности тиражирования высокотехнологичных видов медицинской помощи (эндопротезирование, кардиохирургия, нейрохирургия, репродуктивные технологии, трансплантация органов и др.).

Планируется переход на прогрессивные формы закупок медицинских услуг для государственных (муниципальных) нужд, в том числе медицинской техники на условиях лизинга.

Намеченная модернизация отрасли научно обоснована, просчитана и имеет четкие планы реализации. Подготовлена, неоднократно обсуждена и одобрена на разных уровнях отраслевая программа «Повышение структурной эффективности здравоохранения».

Темпы реформирования могут быть значительно ускорены при более активном внедрении страховых принципов, основанных на стоимости страхового года, одновременном переходе учреждений здравоохранения на одноканальную систему финансирования и полный тариф, массовом переводе государственных и муниципальных учреждений в новые организационно-правовые формы, одномоментном переходе на единые федеральные стандарты оказания медицинской помощи и законодательном введении профессиональной ответственности медицинских работников, ужесточении административных требований на соответствие технической оснащенности.

Вместе с тем, система здравоохранения на сегодняшний день разбалансирована в финансовом и организационном плане, децентрализована в административном, методологическом и технологическом направлениях, не имеет эффективного как

внутриведомственного, так и вневедомственного контроля за оказанием медицинской помощи, и в итоге не готова к переходу на новые условия хозяйствования.

Так, если сегодня провести сертификацию лечебных учреждений, то 70% из них не будут удовлетворять необходимым требованиям; если массово внедрить стандарты оказания медицинской помощи, то возникнет дефицит имеющихся финансовых ресурсов; переход на полный тариф может привести к закрытию ряда лечебно-профилактических учреждений.

Ускорение темпов реформирования создаст ряд экономических и политических рисков. В первую очередь, это может сказаться на объеме высвобождения работников из реструктуризированных звеньев лечебно-профилактических учреждений при переводе врачебного персонала из стационара в поликлинику, резком изменении территориальной доступности медицинской помощи и сроков ее оказания, что негативно отразится на обеспечении медицинской помощью населения в целом, возникновении дополнительной финансовой нагрузки на бюджеты субъектов Российской Федерации в части увеличения платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения и работодателей при софинансировании расходов на оказание медицинской помощи, ухудшении координационного управления в отрасли за счет изменения места и роли органов управления здравоохранением, усилении дифференциации в оплате труда медицинских работников и стратификации лечебной сети «для богатых» и «для бедных».

В связи с этим, предлагается ближайшие два года определить как переходный период для внедрения основных элементов современного хозяйственного механизма в систему российского здравоохранения.

За это время необходимо значительную часть лечебных учреждений подготовить к преобразова-





нию в новые организационные правовые формы, часть лечебно-профилактических учреждений укрепить и оставить на сметном финансировании.

Следует разработать и внедрить программы обучения и переобучения медицинских работников, программы подготовки современных управленцев высшего и среднего звена.

Необходимо создать информационное сопровождение процессов реформирования здравоохранения, сформировать благоприятное общественное мнение к проводимым преобразованиям, с

одной стороны, и повышению ответственности каждого гражданина за свое здоровье, с другой.

Завершить стандартизацию отрасли как в части оказания медицинской помощи, так и по вопросам обеспечения, развития и оснащения здравоохранения.

За переходный период необходимо сформировать в среде медицинских работников устойчивую мотивационную поддержку проводимых преобразований, в том числе с помощью механизмов экономического стимулирования.

РЕШЕНИЕ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Заслушав и обсудив доклад Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации М.Ю.Зурабова по вопросам модернизации здравоохранения, Коллегия отмечает, что поднятые в докладе Министра проблемы чрезвычайно актуальны, а предложенные пути их решения соответствуют основной стратегической цели отрасли – повышения доступности, качества и эффективности медицинской помощи гражданам России.

В настоящее время в отечественном здравоохранении имеется ряд системных проблем: медленные темпы реформирования, декларативность государственных гарантий медицинской помощи, недостаточное развитие стандартизации, отсутствие эффективных механизмов финансового обеспечения, недостаточная структурная эффективность, отсутствие четкого порядка предоставления гражданам высокотехнологической (дорогостоящей) медицинской помощи.

Вместе с тем развитие отрасли может быть достигнуто только при создании следующих условий:

- ♦ увеличение объема финансирования здравоохранения и внедрение прогрессивных методов финансового обеспечения отрасли;
- ♦ повышение эффективности использования имеющихся ресурсов системы здравоохранения;
- ♦ укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения.

Для решения этих проблем необходимо сформировать нормативную правовую основу и в обязательном порядке принять ряд подготовленных нормативных правовых актов:

- ♦ Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании»;
- ♦ Федеральный закон «О государственных гарантиях медицинской помощи»;
- ♦ Федеральные законы «Об автономных учреждениях» и «О государственной (муниципальной) некоммерческой автономной организации».

Одновременно следует подготовить более 20 нормативных правовых актов, уточняющих и дополняющих отдельные положения действующих и вновь принимаемых законов. В первую очередь это относится к нормативным правовым актам по усилению



контрольных и надзорных функций государства в отрасли здравоохранения по вопросам лицензирования и аккредитации, сертификации и усиления контроля за качеством предоставления медицинских услуг, повышения структурной эффективности здравоохранения, усиления профессиональной ответственности медицинских работников.

Исходя из вышеизложенного, **Коллегия решает:**

- ♦ определить ближайшие два года (2005–2006 гг.) переходным периодом для внедрения основных элементов современного хозяйственного механизма в систему российского здравоохранения;
- ♦ одобрить в основном проекты Федеральных законов «Об обязательном медицинском страховании» и «О государственных гарантиях медицинской помощи», «Об автономных учреждениях» и «О государственной (муниципальной) некоммерческой автономной организации».

Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

- ♦ продолжить работу над проектами Федеральных законов «О здравоохранении», «О частной медицинской деятельности» и «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников» – срок 2005 г.;
- ♦ разработать нормативную правовую базу в целях реализации Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» – срок 2004–2005 гг.;
- ♦ завершить первый этап стандартизации в здравоохранении Российской Федерации – срок 2006 г.;

- ♦ разработать и внедрить соответствующие механизмы преобразования медицинских учреждений в новые организационные правовые формы – срок 2005–2007 гг.;

- ♦ создать информационное сопровождение и обеспечить мониторинг процессов модернизации здравоохранения – срок – начиная с 2005 г.;

- ♦ разработать и внедрить программы подготовки современных специалистов в области управления высшего и среднего звена – срок 2005–2007 гг.

Органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

- ♦ продолжить работу по приведению структуры регионального здравоохранения в соответствие с разделением полномочий между всеми уровнями государственной власти и муниципальным управлением – срок 2005–2006 гг.;

- ♦ принять активное участие в реализации основных положений Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» в части предоставления социальных услуг льготным категориям гражданам – срок 2005 г.;

- ♦ разработать территориальные программы повышения структурной эффективности здравоохранения – срок 2005 г.;

Федеральным специализированным медицинским учреждениям:

- ♦ ускорить переход на работу в условиях формирования государственного заказа, направленного на максимальное внедрение высокотехнологичных методов оказания медицинской помощи – срок 2005–2006 гг.



РАБОЧЕЕ СОВЕЩАНИЕ «ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ» 18–19 декабря 2004 года, г.Москва

В Москве 18–19 декабря 2004 года состоялось рабочее совещание «Пути совершенствования здравоохранения в России», организованное Советом при Президенте Российской Федерации по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека совместно с Советом Федерации, Государственной Думой, Министерством здравоохранения и социального развития РФ и общественными организациями.

В рабочих группах совещания приняли участие представители из всех регионов России по 20–25 человек по отдельному профилю в каждой группе. **Здравоохранение сельского муниципального района** представляли: фельдшеры ФАП, врачи врачебных амбулаторий, главные врачи участковых больниц, руководители ЦРБ, специалисты скорой медицинской помощи, руководители органов управления сельских муниципальных образований. **Здравоохранение городских муниципальных образований представляли:** руководители городских больниц (детских и взрослых), главные врачи поликлиник (детских и взрослых), руководители скорой медицинской помощи и санитарной авиации, руководители органов управления здравоохранением города. **ЛПУ субъектов федерации** представляли: руководители областных, краевых и республиканских больниц, руководители органов управления здравоохранением областью,

руководители органов управления здравоохранения края и республики. **Лечебно-профилактические и научные учреждения федерального уровня** представляли: руководители федеральных медицинских учреждений (больниц, Центров), директора НИИ, руководители РАМН, ректоры медицинских ВУЗов.

Для обсуждения вопросов финансирования здравоохранения были приглашены: представители планово-финансовых подразделений медицинских учреждений и органов управления здравоохранением (республики, края, области, города, ЛПУ разного уровня), представители территориальных фондов ОМС, представители страховых компаний ОМС и ДМС, эксперты Министерства экономического развития и торговли РФ, Министерства финансов РФ, Фонда «Центр стратегических разработок». В работе совещания также приняли участие **общественные и медицинские объединения:** Профсоюз медицинских работников, Российский Красный Крест, Лига здоровья нации, профильные медицинские ассоциации: педиатров, акушер-гинекологов, пульмонологов, кардиологов, аллергологов и иммунологов, хирургов, урологов, Ассоциация больных и родителей больных детей, Благотворительные Фонды, Российская медицинская ассоциация, Российское медицинское общество, Российская фармацевтическая ассоциация и другие общественные объединения.



Для дискуссии были предложены следующие вопросы:*



Что мешает рациональному использованию финансовых ресурсов здравоохранения в настоящее время?



Какие ваши предложения по улучшению использования финансовых ресурсов здравоохранения в настоящее время, кроме увеличения бюджетов?



Какие пути Вы видите для улучшения финансирования государственного и муниципального здравоохранения при отсутствии возможности увеличения бюджета и ОМС?



Какую форму финансирования здравоохранения Вы предпочитаете (бюджетную, ОМС или смешанную) и почему?



Мешает ли Вам сметная система финансирования лечебно-профилактических учреждений здравоохранения?



Считаете ли Вы правильным законодательное закрепление за государственными и муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями ограниченной возможности получения финансовых средств за счет платных услуг для улучшения финансирования лечебно-профилактических учреждений?



Каков должен быть механизм разграничения бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях?



Считаете ли Вы возможным планирование видов бесплатной медицинской помощи на уровне субъектов РФ и оценки деятельности учреждений здравоохранения по объемным показателям (койко-день, число посещений и вызовов по профилям) или необходимо введение других показателей?



Должен ли стандарт оказания медицинской помощи включать в себя цену оказываемых услуг (медико-экономический стандарт, клинико-экономический стандарт и прочее) или стоимость медицинской помощи должна формироваться исходя из объема простых медицинских услуг на стандарт отдельно?

*** От редакции:**

Мы предлагаем продолжить дискуссию по перечисленным вопросам на страницах нашего журнала, для чего открываем новую рубрику «Обсуждаем реформу». Ваши мнения будут опубликованы и доведены до сведения экспертов и лиц, принимающих решения.





Каков на Ваш взгляд, объем финансовых средств, необходимых для материально-технического перевооружения здравоохранения страны?



Считаете ли Вы оптимальной предложенную схему финансирования лекарственным обеспечением льготников?



Какие пути вы видите в финансировании лекарственным обеспечением населения, имеющего доход несколько выше и ниже прожиточного минимума и не входящего в систему «льготников»?



Как Вы относитесь к применяемой методике квот на высокотехнологичную специализированную помощь?



Считаете ли вы правильными предложения по реформированию ОМС?



Считаете ли вы возможным объединение в России ОМС и ДМС?



Необходимо ли совершенствовать формы оплаты труда медицинским работникам и как?



Необходима ли структурная перестройка отечественного здравоохранения?



Какие Ваши предложения по улучшению функционирования государственного и муниципального здравоохранения в условиях административной реформы?



Роль и место врача общей практики в системе отечественного здравоохранения?



Видите ли Вы разницу в терминах – врач общей практики и семейный врач. Возможно ли введение семейного врача в широком понимании этого слова в отечественное муниципальное здравоохранение. Экономические и социальные последствия повсеместного введения врача общей практики?



Предложения по улучшению лицензионной деятельности в системе здравоохранения.

Пути улучшения медицинской помощи жителям сельских районов.

Пути улучшения медицинской помощи населению в первичном звене здравоохранения.

Проблемы функционирования ФАПов, участковых больниц, ЦРБ, городских, областных, краевых, республиканских больниц и федеральных медицинских учреждений.



-  Пути улучшения медицинской помощи населению, проживающего в условиях Крайнего севера и приравненных к ним территорий.
-  Как Вы относитесь к интеграции ведомственных медицинских учреждений в систему территориального здравоохранения?
-  Нужно ли и как уменьшать число коек в России?
-  Какие конкретные предложения по улучшению помощи городского и сельского населения скорой медицинской помощью Вы предлагаете и какие пути улучшения работы скорой помощи Вы видите?
-  Считаете ли вы правильными предложения по реформированию здравоохранения ввести одновременно во всей стране или целесообразно провести эксперимент в нескольких регионах?
-  Кто в стране должен разрабатывать стратегию совершенствования здравоохранения и механизм обсуждения гражданским обществом намечаемых преобразований?
-  Готово ли Ваше учреждение к работе в условиях чрезвычайных ситуаций и если нет, то что Вы предлагаете сделать?
-  Каким образом ликвидировать кадровый дефицит в первичном звене на селе, в городе и на скорой медицинской помощи. Ваши предложения по закреплению специалистов на рабочих местах, особенно в первичном звене здравоохранения и сельской местности, при отмене обязательного распределения выпускников?
-  Нужно ли и как уменьшить или увеличить число врачей и среднего медицинского персонала в России?
-  Удовлетворены ли Вы подготовкой медицинских кадров в стране?
-  Ваши предложения по улучшению системы подготовки и переподготовки медицинских кадров в России.
-  Удовлетворяет ли Вас существующая система сертификации в здравоохранение и если нет, то какие Ваши предложения по ее улучшению?
-  Ваше мнение к подготовке специалистов с высшим сестринским образованием, их место в системе здравоохранения.





Ваше мнение о роли специалистов сестринского дела в повышении качества оказания медицинской помощи населению.



Удовлетворяет ли Вас существующая система аттестации специалистов на присвоение и подтверждение квалифицированных категорий. Предложения по ее совершенствованию?



Ваше мнение о качестве подготовки специалистов в системе последипломного обучения кадров (интернатура, ординатура, циклы повышения квалификации).



Зависит ли Ваше продвижение по службе от результатов переподготовки и повышения квалификации, если нет, то какую причину Вы видите в этом?



Удастся ли Вам своевременно, не реже одного раза в пять лет, пройти подготовку в системе повышения квалификации специалистов отрасли. Востребованность полученных знаний и навыков в вашей повседневной работе?



Ваши предложения по улучшению лекарственного обеспечения населения России.



Ваши предложения по контролю за качеством продуктов и лекарственных препаратов.



Какие Ваши предложения по организации гарантированного лекарственного обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи в рамках федеральной программы «Льготы – 2005»?



Ваши предложения по стабилизации и снижению цен на лекарственные средства.



Оптимальные методы внедрения научных достижений в практику в современных условиях.



Правильно ли в настоящее время до выработки стандартов использовать рекомендации, созданные совместно представителями ведущих коллективов в конкретной области?



Какие простые и быстрые предложения по введению стандартов по лечению больных Вы предлагаете?

Кто, по вашему мнению, должен создавать и утверждать стандарты?

Готово ли наше практическое здравоохранение к использованию разработанных стандартов?



С докладом «Концепция развития здравоохранения в России» выступил Министр здравоохранения и социального развития **Михаил Зурабов**. Он дал анализ причин, по которым в течение более шести лет не была реализована принятая и одобренная постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 года № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». По мнению министра, одной из главных причин является сохранение сметной модели финансирования здравоохранения. «Все мы с надеждой смотрим на растущий стабилизационный фонд, но если сохраним старые модели финансирования, старые организационно-правовые формы медицинских организаций, то есть останемся в старой конструкции, самым идеальным концепциям развития отрасли будет уготовлена судьба Концепции 1997 года. Расширение самостоятельности лечебно-профилактической сети – это реальное право заявить об истинной стоимости медицинской помощи». Министр выразил уверенность, что здравоохранение может и должно стать локомотивом российской экономики, поскольку располагает уникальным кадровым потенциалом. Он сообщил, что в течение 2–3 лет предполагается строительство 15–16 крупных медицинских комплексов, обеспеченных высокотехнологическим оборудованием, использующих самые передовые лечебные технологии, которые при сопоставимом качестве будут оказывать медицинские услуги по ценам, существенно более низким, чем в индустриально развитых странах, что позволит российским медикам выйти на международный рынок медицинских услуг и привлечь в российское здравоохранение огромные дополнительные средства (5–8 млрд. долларов США).

Члены рабочей группы по здравоохранению Фонда «Центр стратегических разработок»,

Владимир Шевский, Андрей Слепнев и Сергей Шишкин выступили с комментариями по обсуждаемым законопроектам: «О государственных гарантиях», «Об обязательном медицинском страховании», «Об автономных учреждениях» применительно к здравоохранению (в следующих номерах журнала мы опубликуем эти комментарии).

С докладом «Реформа здравоохранения и гражданское общество» выступил член Совета при Президенте РФ по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека **Леонид Рошаль**. Он подчеркнул, что на фоне сложившейся в России демографической ситуации 130-е место в мире по уровню финансирования здравоохранения следует признать недопустимым и призвал приостановить реформы отрасли, увеличить уровень финансирования российского здравоохранения до 5–6% от ВВП, сохранить российскую структуру здравоохранения, улучшить его материально-техническую базу, создать систему социальных стимулов для полной укомплектованности амбулаторно-поликлинической сети медицинским персоналом, провести совершенствование системы ОМС и довести уровень оплаты медицинских работников до уровня государственных служащих.

После секционных заседаний в группах по различным направлениям организации медицинской помощи и обсуждения новых законопроектов и дискуссионных вопросов участники совещания признали своевременность и необходимость предлагаемых мер по реформированию здравоохранения и внесли ряд замечаний и дополнений в законопроекты.

На момент завершения верстки этого номера журнала последняя редакция резолюции рабочего совещания еще не была готова, поэтому предлагаем ознакомиться с проектом резолюции. Окончательную редакцию резолюции и комментарии к ней читайте в следующем номере журнала.

Подготовила Н.Куракова



РЕЗОЛЮЦИЯ Рабочего совещания «Пути совершенствования здравоохранения в России»

18–19 декабря 2004 г.
г.Москва

Заслушав и обсудив выступления представителей федеральных органов исполнительной власти, руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, представителей лечебно-профилактических учреждений, территориальных фондов ОМС, страховых организаций, общественных организаций, участники Рабочего совещания отмечают:

В настоящее время имеет место нарушения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, ухудшение материально-технической базы лечебных учреждений, низкая оплата труда медицинских работников. Сложившаяся ситуация обусловлена прежде всего дефицитом финансовых средств, выделяемых государством на здравоохранение, а также неэффективностью существующей системы здравоохранения.

Не удалось достичь цели по реализации государственной политики в области здравоохранения, определенной «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», одобренной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 года № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Не решены задачи первого этапа реализации Концепции, не реализованы основные направления реформирования отрасли.

Участники рабочего совещания считают, что отсутствие эффективных механизмов управления системой здравоохранения и недостаточное ее финансирование требуют безотлагательной выработки государственных приоритетов в вопросах совершенствования организации здравоохранения.

Основным приоритетом государства должно стать преобразование государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь из декларативных в реальные объемы качественной меди-



цинской помощи, доступной населению Российской Федерации.

Также участники Совещания признали важность и необходимость разработки государственных стандартов оказания бесплатной медицинской помощи населению России. Это позволит субъектам Российской Федерации реально осуществлять перспективное планирование средств на здравоохранение, что, в свою очередь, повысит доступность и качество оказания медицинской помощи, увеличит уровень оплаты труда медицинских работников.

Стандартизация в отрасли может быть применена в качестве одного из механизмов финансового планирования, управления качеством медицинской помощи, оценки уровня ресурсной обеспеченности отрасли в целом и медицинских технологий в частности.

Вместе с тем, мероприятия, которые будут проводиться после принятия законопроектов должны быть оценены с учетом готовности системы здравоохранения к данным новациям и, прежде всего, с учетом финансовых возможностей государства по увеличению объема финансирования здравоохранения. Законопроект «О государственных гарантиях медицинской помощи» требует доработки в части уточнения механизма и реализации объемов медицинской помощи, расчета стоимости программы государственных гарантий.

В то же время участники совещания отмечают декларативный характер многих положений законопроектов и отсутствие расчетов экономических и социальных последствий их реализации.

Необходимо пересмотреть ряд норм, уточнение которых не приведет к изменению идеологии законопроектов, но изменит подходы, заложенные в качестве механизмов реализации этой идеологии:

- ♦ В законопроекте «Об обязательном медицинском страховании» наряду с обязательным медицинским страхованием предусмотрено регули-

рование и добровольного медицинского страхования. Кроме того, вводится термин «дополнительное медицинское страхование», не определенный четко ни с юридической, ни с функциональной позиции, не подкрепленный экономическими расчетами и обоснованиями.

Вместе с тем принципы и подходы к организации оказания и финансированию медицинской помощи в рамках программ обязательного и добровольного страхования различны по своей сути.

Особая проблема механизма финансирования здравоохранения – взаимоотношения государства и страховщиков. Законопроект указывает, что только страховые медицинские организации могут выступать страховщиками по обязательному медицинскому страхованию.

Страховщики, согласно проекту, – это коммерческие организации частной формы собственности (статья 16), что противоречит действующему законодательству об обязательном социальном страховании, согласно которому страховщиками должны быть некоммерческие организации. Территориальные фонды, по законопроекту, становятся организациями с неопределенным правовым статусом, которым отводится неясная роль обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования. При этом проект предусматривает, что средства обязательного медицинского страхования, передаваемые ФФОМС и территориальными фондами страховщикам, становятся собственностью страховщиков. Таким образом, государственные средства – без всяких условий и соответствующего контроля – передаются частным организациям в доверительное управление, что противоречит действующему законодательству, согласно которому страховые средства медицинского страхования не могут переходить в собственность частных страховых компаний.

Реализация указанного законопроекта может привести в дальнейшем к монополизации стра-





хового рынка в данной сфере. Вызывает настоятельную потребность большое количество прав, предоставляемых страховым медицинским организациям, являющимися в основном частными, при фактическом государственном финансировании.

Расширение прав частных медицинских страховых организаций по извлечению прибыли из государственных финансовых источников приведет к окончательной коммерциализации Российского здравоохранения, когда здоровье граждан становится товаром, и провозглашенное ст. 41 Конституции Российской Федерации право граждан на бесплатную медицинскую помощь навсегда останется нереализованным.

В законопроекте «О государственных гарантиях медицинской помощи» вызывает сомнение включение в «клинико-экономический стандарт» «расчетной стоимости оказания медицинской помощи», то есть конкретной цифры. Учитывая, что в рыночных условиях цены на медицинские услуги дифференцированы в зависимости от типов лечебных учреждений и уровня предоставляемых услуг, а также имеет место частое изменение цен, появляется риск постоянного изменения стандартов, снижения их действенности и как следствие – возможности снижения бесплатной медицинской помощи.

Участники Совещания определили ближайшие два года, как переходный период для внедрения основных элементов современного хозяйственного механизма в системе Российского здравоохранения и считают необходимым поддержать проводимые в отрасли преобразования. За это время необходимо значительную часть лечебных учреждений подготовить к переводу в новые организационные правовые формы. Часть лечебно-профилактических учреждений укрепить и оставить на сметном финансировании (центры санэпиднадзора, инфекционные и психиатрические больницы, туберкулезные, онкологические, наркологические диспансеры, центры СПИД), создать

информационное сопровождение процессов реформирования здравоохранения, сформировать благоприятное общественное мнение к проводимым преобразованиям с одной стороны, и повышению ответственности каждого гражданина за свое здоровье, с другой, завершить стандартизацию отрасли, как в части оказания медицинской помощи, так и по вопросам обеспечения, развития и оснащения здравоохранения.

Участники Совещания считают:

- ♦ необходимо сформировать среди медицинских работников устойчивую мотивационную поддержку проводимых преобразований, в том числе с помощью механизмов экономического стимулирования;

- ♦ обратить особое внимание на специфику отрасли здравоохранения, которая во всем мире регулируется не законами рынка, а в которой преобладает государственный подход. Это – организационная основа и материально-техническая база предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи, гарантированной Конституцией Российской Федерации. Важно не утратить конституционные права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Участники совещания рассмотрели, обсудили законопроекты об «Обязательном медицинском страховании», о «Государственных гарантиях медицинской помощи». Данные законопроекты представляются перспективными и рекомендуются их принятие после доработки.

В условиях отсутствия обоснованных расчетов государственных и муниципальных заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и расчетов экономических и социальных последствий реализации этих двух законопроектов переход государственных и муниципальных медицинских учреждений на работу в условиях новых организационно-правовых форм является преждевременным.



**АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАТИКИ**

УЧРЕЖДЕНА АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАТИКИ

24 ноября в Москве учреждена национальная Ассоциация медицинской информатики (АМИ). В Учредительном съезде приняли участие директора региональных МИАЦ, специалисты медицинских ВУЗов и НИИ, руководите-

ли Госсанэпиднадзора, представители фирм, производителей программных продуктов для медицинских организаций. Президентом Ассоциации единодушно избрана **Ю.В. Михайлова**, руководитель Центрального НИИОИЗ МЗ и СР РФ.

В состав Президиума вошли:

- ♦ **Виноградов Константин Анатольевич**, к.м.н., доцент, начальник Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра, заслуженный врач РФ;
- ♦ **Гасников Владимир Константинович**, д.м.н., профессор, директор РМИАЦ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, академик МАИ и РАМТН;
- ♦ **Гаспарян Сурен Ашотович**, президент МАИ, д.м.н., академик МАИ, профессор кафедры медицинской кибернетики и информатики РГМУ, заслуженный деятель науки;
- ♦ **Джурбаева Мавлюда Кахрамановна**, директор Новосибирского МИАЦ;
- ♦ **Зарубина Татьяна Валентиновна**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской кибернетики и информатики Российского ГМУ;
- ♦ **Зекий Олег Егорович**, д.м.н., профессор ММА им. И.М.Сеченова, академик МАИ, начальник отдела автоматизации клинического центра ММА им. И.М.Сеченова;
- ♦ **Калиниченко Владимир Иванович**, д.э.н, к.т.н., академик МАИ, директор Краснодарского медицинского информационно-вычислительного центра;





- ♦ **Кобринский Борис Аркадьевич**, д.м.н., профессор, руководитель Медицинского центра новых информационных технологий МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ;
- ♦ **Красильников Игорь Анатольевич**, д.м.н., директор СПб ГУЗ медицинского информационно-аналитического центра;
- ♦ **Кудрина Валентина Григорьевна**, д.м.н., профессор, академик МАИ, заведующий кафедрой медицинской статистики и информатики РМАПО;
- ♦ **Кузнецов Петр Павлович**, д.м.н., директор МИАЦ РАМН;
- ♦ **Куракова Наталия Глебовна**, к.б.н., шеф-редактор журнала «Врач и информационные технологии»;
- ♦ **Лебедев Георгий Станиславович**, к.т.н., заместитель директора ЦНИИОИЗ МЗ РФ;
- ♦ **Михайлова Юлия Васильевна**, руководитель Центрального НИИОИЗ МЗ и СР РФ;
- ♦ **Столбов Андрей Павлович**, к.т.н., руководитель службы информационно-технического обеспечения системы ОМС РФ, член Экспертного совета по стандартизации в здравоохранении МЗ РФ;
- ♦ **Шифрин Михаил Абрамович**, к.ф.-м.н., руководитель медико-математической лаборатории НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н.Бурденко;
- ♦ **Чеченин Геннадий Ионович**, д.м.н., профессор, член-корр. РАЕН, директор Кустового медицинского ИВЦ, заведующий кафедрой медицинской кибернетики и информатики ГИДУВ;
- ♦ **Фокин Марат Васильевич**, д.м.н., профессор, заместитель главного врача ФЦ Госсанэпиднадзора.

При создании любой ассоциации преследуются, по крайней мере, три цели: формирование среды общения членов ассоциации; продвижение в жизнь идей, разделяемых членами ассоциации; защита прав членов ассоциации.

По мнению участников Учредительного съезда, миссией созданной Ассоциации является продвижение идеи единой информационной среды здравоохранения во всех ее аспектах. Говоря о продвижении идей информатизации здравоохранения, учредители и собравшиеся отмечали, что оно будет эффективным, когда пользу информатизации почувствуют работники всех уровней здравоохранения, когда совре-

менные информационные технологии станут неотъемлемой частью их повседневной деятельности. Поэтому АМИ должна содействовать внедрению информационных технологий всюду: от фельдшерско-акушерского пункта до министерства. Понимание необходимости информатизации на «верхних», управленческих этажах здравоохранения, будет способствовать выделению ресурсов на цели информатизации. Осознание роли информатизации на «нижних», исполнительских этажах, приведет к стремлению использовать информационные технологии в повседневной деятельности и затратить некоторые усилия на их освоение.



Другой важный аспект задачи продвижения идей информатизации – это повышение уровня разработок в области ИКТ. Здесь АМИ может сыграть весьма существенную роль как общественная организация, которая может установить те стандарты *de facto* качества ИКТ-систем, без соблюдения которых создаваемая система станет просто экономически невыгодной.

Задача защиты прав членов АМИ имеет множество аспектов, самыми важными из которых представляются два.

Первое – это довести до осознания органов управления, что специалисты по информатизации необходимы для любого медицинского учреждения так же, как инженеры, обслуживающие медицинское оборудование; что задачи информатизации не могут решаться силами врачей-энтузиастов, а заниматься ими должны профессионалы.

Второе – это придание медицинской информатике статуса самостоятельной науки. Прежде всего это должно проявиться в появлении в перечнях ВАК соответствующих специальностей (аналогично биологической информатике) и создании ученых советов по этим специальностям.

И еще один важный момент, который отличает АМИ от многих других профессиональных объединений, был очевиден всем собравшимся. Существуют много наук, название которых, как и у медицинской информатики, получается комбинацией названий двух других наук. Они образовались либо при применении методов одной науки для изучения объектов другой (биохимия, биофизика), либо для использования специфических методов одной науки для решения задач другой (математическая физика). В то же время медицинская информатика имеет дело, как правило, не с главным объектом здравоохранения – человеком, а со специалистами здравоохранения. Медицинская информатика

призвана помочь врачу в лечении больного, менеджеру медицинского учреждения – в его деятельности по организации труда врачей, организатору здравоохранения – в создании системы медицинской помощи населению и формировании здорового образа жизни и т.д. И это определяет то важнейшее обстоятельство, что развитие медицинской информатики возможно только при очень тесном взаимодействии профессионалов здравоохранения с профессионалами в области информационно-коммуникационных технологий (ИКТ).

Соответственно и сообщество членов АМИ будет бипрофессиональным и состоять из врачей и других специалистов с медицинским образованием, с одной стороны, и специалистов в области ИКТ, имеющих техническое или естественнонаучное образование, с другой. На заре медицинской информатики они взаимодействовали чаще всего как соисполнители научной работы или технической разработки, то есть как союзники, идущие вместе к общей цели. В наше время они все чаще выступают как заказчики и исполнители некоторой работы, то есть в ролях, в интересы которых изначально заложено противостояние. В этой ситуации очень важной может стать роль РАМИ как клуба, в котором пользователи и разработчики информационных технологий могут встретиться, не будучи еще заказчиками и исполнителями, обсудить волнующие их проблемы и выработать общий взгляд на пути их решения.

Хочется надеяться, что профессионализм и энтузиазм членов АМИ сделают ее важным фактором развития медицинской информатики, без которой невозможно становление современного здравоохранения в России.

С Уставом и условиями вступления в АМИ можно ознакомиться на сайте: www.rusmedinfo.ru.

Подготовил М.Шифрин



Я.А.НАКАТИС,

начальник медсанчасти, д.м.н., профессор

О.К.НИКОЛАЕВА,

начальник планово-экономического отдела

М.В.БОНДАРЕНКО,

и.о. начальника отдела маркетинга,

Государственное учреждение здравоохранения ЦМСЧ № 122 Федерального управления «Медбиоэкстрем», г.Санкт-Петербург

СИСТЕМА КОДИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСТОЧНИКА ФИНАНСИРОВАНИЯ

Статья посвящена системе кодирования пациентов в целях упорядочения учета пациентов по источникам финансирования; направившим страховым организациям, предприятиям; наличию дополнительных сервисных и иных услуг; наличию или отсутствию доплат со стороны пациентов и т.д. На примере работающей много лет системе кодирования показаны принципы ее создания и функционирования.

В эпоху социализма проблема финансирования бюджетных учреждений решалась довольно просто. На все нужды учреждение получало средства из конкретных источников. Например, в нашем случае для лечебных целей выделялось финансирование из федерального бюджета, а, кроме этого, содержание здания и развитие нашей деятельности осуществляли из дополнительно выделенных средств предприятий, ради которых мы были созданы и их сотрудники получали медицинскую помощь в нашем учреждении.

Но сегодня все изменилось. Бюджетное финансирование уже сократилось. Все чаще возникает вопрос о развитии финансовых источников по внебюджетной деятельности учреждения.

У медицинских учреждений появилась законная дополнительная возможность и необходимость по оказанию платных услуг, в том числе и при работе в системе добровольного медицинского страхования. Появилась необходимость строгого учета этих услуг.

Система кодирования пациентов достаточно привлекательна для учреждений, которые изначально не являются коммерческими.

Причины, которые привели наше учреждение к разработке внутренней системы кодирования всех потоков пациентов, следующие:

© Я.А.Накатис, О.К.Николаева, М.В.Бондаренко, 2005 г.



- ♦ разграничение услуг (на платные и бесплатные для пациента);
- ♦ необходимость вести детальный статистический учет оказанных медицинских услуг (в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 27 от 13.01.1996 г.);
- ♦ предусмотреть отдельный бухгалтерский учет;
- ♦ финансово-экономический учет – для последующего распределения дополнительной зарплаты между конкретными исполнителями медицинских услуг.

Мощность учреждения – это клиническая больница на 530 коек (до 1500 пролеченных пациентов в месяц) и поликлиника с диагностическим центром (до 1000 посещений в рабочий день). Вести в таком объеме разноплановый учет всей работы вручную невозможно – это по силам только при компьютерной обработке данных. При этом наличие системы кодирования пациента в зависимости от источника финансирования, дает возможность отслеживать весь перечень услуг, который может быть оказан пациенту в соответствии с условиями договора.

Представим источники финансирования обслуживаемых пациентов:

1. Бюджетный контингент – работники специальных производств, для лечения которых выделяется конкретное бюджетное финансирование. Лечение этой группы пациентов осуществляется по специальной программе (сверх оказания услуг по программе обязательного медицинского страхования – ОМС).

2. Пациенты, обслуживаемые по программе обязательного медицинского страхования. Применительно к нашему учреждению это достаточно ограниченный поток пациентов, что является следствием разных причин. Как учреждение федерального подчинения мы работаем исключительно в рамках тройственного договора между Комитетом по здравоохранению города, Терри-

ториальным фондом ОМС и нашим учреждением. По этому договору оказание услуг по ОМС в медсанчасти производится только в стационаре и только по экстренной помощи, а в поликлинике – только в Центре амбулаторной хирургии и дневном стационаре.

3. Пациенты по внебюджетному источнику финансирования («коммерческие пациенты»):

3.1. Пациенты, оплачивающие лечение за наличный расчет.

3.2. Оплата за лечение по безналичному расчету (прямые договора с предприятиями, добровольное медицинское страхование, гарантийные письма).

Информационная служба располагает локальной компьютерной сетью, включающей более 160 ПК и семь программ. В том числе программу статистического и финансового учета.

Изначально при введении информации о пациенте для дальнейшей компьютерной обработки использовались названия организаций-поставщиков пациентов, по которым вводилась та или иная информация. Но в реальных условиях работы возникли проблемы чисто технического характера. Дело в том, что информацию, подвергающуюся дальнейшей обработке, вносят операторы. И для одной и той же организации (например, Балтийский завод) один оператор название напишет в кавычках («Балтийский завод»), второй – напишет сокращенно (Балтийский з-д), третий – с заглавной буквы все составляющие названия (Балтийский Завод) и пр. Те же проблемы возникли и с функцией поиска.

В связи с создавшейся ситуацией было принято решение обозначать организации цифрами – вместо названий использовать цифровые коды, так как цифры все пишут одинаково. Но при данной системе возникла новая проблема – каким образом непосредственные исполнители (медицинские работники) будут определять вид организации, разрешенный объем услуг, по-





Рис. 1. Общий вид кода

рядок обслуживания и пр. (то есть «Как присваивать конкретный код пациенту?»).

Учитывая интересы всех исполнителей, была создана сложная система кодирования. Каждый код состоит максимально из 8 цифр, которые делятся на три группы (части). Зная значение каждой части кода, даже не проверяя по компьютеру, любой сотрудник может определить основные параметры организации (рис. 1).

1-я часть кода (1- или 2-значная) показывает, к какой группе принадлежит организация (табл. 1).

Это могут быть: прикрепленная организация или заключившая прямой договор, страховая компания (СК), как по ОМС, так и по ДМС, медицинский центр и пр.

2-я часть кода (2- или 3-значная) – порядковый номер организации в группе по источнику финансирования.

Данные цифры не несут никакой информационной нагрузки – просто порядковый номер названия организации, который присваивается в хронологическом порядке по мере заключения договоров.

Таблица 1

Правила определения кодов

1 часть кода	3 часть кода	Формы оплаты
1,2,3,4,5 (прикрепленные предприятия)	1 – сотрудники прикрепленных предприятий	бюджет + средства от прикрепленной организации в соответствии с Положением о МСЧ
1,2,3,4,5 (прикрепленные предприятия)	8 – пенсионеры-льготники, имеющие право обслуживаться в тех медицинских организациях, где обслуживались ранее, после выхода на пенсию	бюджет + средства от прикрепленной организации в соответствии с Положением о МСЧ
6 (СК по ДМС, организации-посредники)	4 – коммерческий договор 44 – коммерческий договор по сервисной программе	оплата по безналичному расчету по преискуранту оплата по безналичному расчету по преискуранту с сервисным коэффициентом
7 (организации, заключившие прямые договора)	4 – коммерческий договор 44 – коммерческий договор по сервисной программе	оплата по безналичному расчету по преискуранту оплата по безналичному расчету по преискуранту с сервисным коэффициентом
8-(договора на проведение профосмотров)	4 – коммерческий договор на профилактический осмотр 6, 66 – гарантийное письмо на разовую медицинскую услугу или на профосмотр	оплата по безналичному расчету по преискуранту оплата по безналичному расчету по преискуранту с коэффициентом
8.00.5 – амбулаторные услуги 28.хх.5 (стационарные услуги по отделениям) 8.00.57 (медицинские услуги по программе «Сестринский уход»)		наличная оплата
9 (договора с СК по ОМС)	7 (стационар), 9 (ЦАХ)	оплата через Территориальный Фонд ОМС
18 (договора за наличный расчет)	5 – договор за наличный расчет	оплата в кассу



6. СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ (ДМС) и другие медицинские организации

6.01. СК «_____» (ДМС)

6.01.4 – договор

Услуги по договору: Стационарные . Амбулаторные услуги. Диагностические

6.05. СК «_____» (ДМС)

6.05.4 – договор

Услуги по договору: Стационарные. Амбулаторные услуги. Диагностические

Комментарии для стационарных услуг:

Плановая госпитализация по согласованию с диспетчером СК.

Копии программ находятся:

- 1) регистратура поликлиники
- 2) приемное отделение
- 3) координаторы поликлиники и стационара

Комментарии для амбулаторных услуг:

Оказание медицинских услуг производится по согласованию с диспетчером СК

Копии программ находятся:

- 1) регистратура поликлиники
- 2) приемное отделение
- 3) координаторы поликлиники и стационар

Комментарии для диагностических услуг:

Оказание медицинских услуг производится по согласованию с диспетчером СК

Копии программ находятся:

- 1) регистратура поликлиники
- 2) приемное отделение
- 3) координаторы поликлиники и стационара

6.05.44 – дополнительное соглашение на сервис

Услуги по договору: Стационарные . Амбулаторные услуги. Диагностические

Комментарии для стационарных услуг:

Только госпитализация с целью комплексного обследования на 3 хирургическое отделение в течение 1–2-х дней.

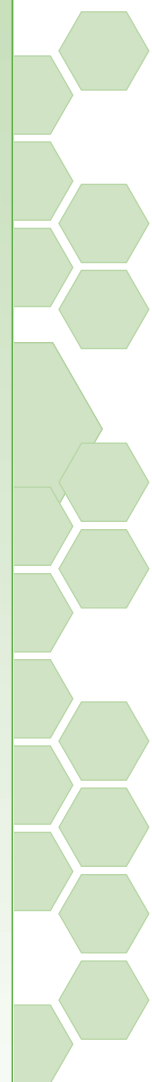


Рис. 2. Пример раздела кодификатора



3-я часть кода (1-, 2- или 3-значная) – показывает, какого вида финансовые взаимоотношения организации с медицинским учреждением: бюджетная организация, договорная с оплатой по безналичному расчету, с оплатой за наличный расчет и пр.

Источник финансирования

В данном разделе указывается источник финансирования (кто платит за данного пациента).

На лечение пациента может выделяться финансирование из:

- ♦ бюджета;
- ♦ из внебюджетных источников – ОМС, ДМС;
- ♦ из внебюджетных источников – личные средства пациента, оплата организации за лечение пациента, по гарантийному письму или прямому договору.

Например:

1.06.1 – группа 1 – прикрепленные предприятия, источник финансирования 1 – (бюджет).

6.192.44 – группа 6 – страховая компания по ДМС, источник финансирования 44 – оплата по безналичному расчету по преискуранту с сервисным коэффициентом.

28.01.5 – группа 28 – нахождение в стационарном отделении с оплатой за наличный расчет (источник финансирования 5).

В итоге мы имеем четкое представление о том, за счет каких средств обслуживается данный конкретный пациент.

При создании системы кодирования внутри учреждения достаточно важным документом является кодификатор.

В нашем понятии, это документ, в котором собраны все созданные и действующие коды и соответственно условия медицинского и сервисного обслуживания всех категорий пациентов.

В кодификаторе кратко, но информативно отражены условия конкретных договоров как с пациентом, так и с организацией-партнером.

Указанная система кодификации удобна своей «пластичностью». В ней возможно создавать коды, удобные для различных групп пользователей. У одной организации может быть несколько кодов, например, договор на комплексное и сервисное обслуживание или с оплатой только за наличный расчет. Для каждого договора создается отдельный код (практически это штрих-код, но выраженный в цифрах). Первые две части кода остаются неизменными (организация одна и та же), а третья часть кода в каждом случае разная: Х.ХХ.4, Х.ХХ.44, Х.ХХ.5, то есть номер организации в группе остается неизменным, также и организация остается в своей группе, не переходя в другую (рис. 2).

Заключение

Создание системы кодирования всей деятельности учреждения позволяет достаточно оперативно реагировать на сложившуюся ситуацию, а именно:

1. Производить оперативный анализ работы конкретного структурного подразделения в разрезе источников финансирования.

2. Корректно рассчитывать дополнительную заработную плату сотрудников данного конкретного подразделения, установив ее взаимосвязь с достигнутыми результатами.

3. Избежать финансовых потерь (так, например, исключается возможность оказания услуг, которые не предусмотрены условиями договора и соответственно не будут оплачены заказчиком).

Постоянное совершенствование систем учета финансовых потоков целиком и полностью зависит от логично созданной информационной базы.



И.Н.МАРТЬЯНОВ,

к.м.н., Федеральное государственное учреждение Клиническая больница УД Президента РФ,
г.Москва

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА, ИЛИ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Развивающиеся рыночные отношения в здравоохранении приводят к тому, что зависимость заработной платы работников стационаров от «продажи» медицинской услуги становится очевидной для каждого сотрудника. Эта очевидность обусловлена способом оплаты медицинских услуг как по системе обязательного, так и добровольного медицинского страхования. Способ оплаты может существенно влиять на выбор методов лечения пациентов. Для примера рассмотрим заболевание, которое нередко встречается в хирургической и колопроктологической практике, эпителиальный копчиковый ход. Это сравнительно неопасное заболевание, во-первых, имеет склонность к рецидивированию; во-вторых, для излечения от него требуется довольно продолжительное время. Поэтому до сих пор существуют различные точки зрения о наиболее оптимальных способах лечения данной патологии.

Итак, подробнее.

Краткие сведения о сущности заболевания и методах его лечения

Анатомия

Эпителиальный копчиковый ход – врожденная аномалия кожи, связанная с неполной редукцией мышечно-эпителиальных структур каудального отдела. В подкожной клетчатке в межъягодичной

складке находятся ткани эпителия, открывающиеся наружу одним или несколькими точечными отверстиями вблизи заднего прохода.

Течение заболевания

Все неприятности этого порока развития связаны с нагноениями: отек, краснота, боли, температура. После эвакуации гноя наружу (самопроизвольный прорыв или после хирургического вскрытия) воспалительные явления купируются, рана заживает, больной выздоравливает. Однако, из-за того, что при вскрытии гнойника удаляется только гной, а ткани эпителиального хода в ране остаются, нагноения, как правило, рецидивируют. Сроки рецидивов от 2–3 месяцев до нескольких лет. Постепенно возникают многоходовые свищевые ходы, гноетечение, деформация тканей межъягодичной области.

Лечение

Излечение возможно только путем выполнения радикальной операции – иссечение всех тканей копчикового хода с затеками и ушиванием раны (разными способами) или без ушивания.

Основные варианты течения заболевания и лечения:

1. Первичное нагноение хода – вскрытие гнойника – купирование воспаления – выписка больного из стационара. Повторное нагноение – вскрытие гнойника – купирование воспаления –





выписка. Третье нагноение – вскрытие гнойника – купирование воспаления – выписка и т.д.

2. Чтобы прервать эту цепочку, надо выполнить радикальную операцию. Обычно она делается в холодном периоде после купирования воспаления (так называемое двухэтапное лечение). Операцию можно выполнить, не выписывая больного из стационара, или возможна повторная плановая госпитализация для радикальной операции. После радикального иссечения тканей эпителиального хода (большим блоком до копчиковой фасции) остается большая рана, с которой можно поступить так:

2.1. Ушить рану наглухо. При гладком течении швы снимаются **на 8–9-е сутки**. Однако без высокого риска осложнений может быть ушито не более 5% таких ран. Частота осложнений зависит от величины раны, от особенностей анатомического строения (плоские, высокие ягодицы), от степени бактериального загрязнения раны. Если рана большая, ягодицы высокие, бактерий много, тогда более чем в 50% случаев рана нагнаивается и время ее заживления составляет **от 4 до 6 недель** [1].

2.2. Из-за риска осложнений глухого шва раны была разработана методика «подшивания краев раны ко дну». При этой методике процент нагноений снижается до 5–15 и средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составляет **18,8 дня**. Но общий срок заживления может составлять **до 4 недель** из-за того, что между краями раны имеется диастаз до 0,5 см, который заживает вторичным натяжением [2,3].

2.3. В последние годы разработана методика ушивания раны наглухо по Донати с оставлением на дне сквозного перфорированного дренажа для промывания антисептиками. При этом риск осложнений (даже при наличии указанных выше факторов риска) снижается до 4%. Дренаж удаляется на 3–5 сутки. Рана заживает первичным натяжением. Швы снимаются на **8–9–11 сутки** [4].

2.4. Возможна ситуация, когда рана не зашивается, а тампонируется с мазями. Заживление вторичным натяжением в течение **4–6 недель** [5].

3. При не очень больших гнойниках возможно одноэтапное лечение, то есть при первом обращении по поводу нагноившегося копчикового хода сразу производится радикальная операция – иссечение гнойника вместе с тканями кисты и затеками одним блоком. Рана ушивается по Донати с оставлением дренажа. Средние сроки лечения – **11 дней** [4].

Приведенные варианты лечения отражают эволюцию совершенствования методов лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом. Как видно из вышесказанного, сроки лечения могут варьировать от 8 суток до 6 недель. А, учитывая, что лечение может быть двухэтапным, трехэтапным и более, то общее время нетрудоспособности (даже без учета перерывов) в некоторых случаях может составить не один месяц. Выбор метода лечения в каждом конкретном случае – задача непростая и решается индивидуально. Более старые методы операций не ушли в прошлое, при определенных медицинских ситуациях они вполне обоснованно используются и в настоящее время.

Оценка методов лечения с точки зрения экономической заинтересованности стационаров

В эпоху дорыночной экономики была только одна цель лечения – эффективно и быстро добиться выздоровления пациентов. При постоянном уровне бюджетного финансирования стационаров последние были заинтересованы в быстрой выписке пациентов и не были экономически заинтересованы в поступлении новых больных. Негативные последствия такой ситуации хорошо известны.

Изменение способа финансирования лечебных учреждений изменило и отношение к пациентам. Врачи «поставлены» в рыночные условия и теперь думают не только о лечении, но и о том, как за-



работать. Чем больше пациентов, тем больше заработков. Кроме того, зачастую величина заработка зависит от метода лечения и поэтому влияет на его выбор. Рассмотрим, как это происходит.

Есть два основных «рыночных» потока финансовых поступлений в лечебные учреждения:

- ♦ средства обязательного медицинского страхования (ОМС);
- ♦ средства добровольного медицинского страхования (ДМС) (а также перечисления по договорам с предприятиями и физическими лицами).

Сам факт существования ОМС, ДМС считается самодостаточным для перехода здравоохранения к рыночным условиям хозяйствования, так как лечебные учреждения этим «зарабатывают» себе деньги. При этом используется механизм прямой оплаты за оказанные медицинские услуги. Чем больше оказано услуг, тем выше заработок.

Есть некоторые различия в оплате услуг стационаров между ОМС и ДМС.

В первом случае, как правило, производится некая средняя оплата по нозологии (по диагнозу) за каждую госпитализацию независимо от фактического объема выполненных лабораторных и инструментальных методов исследований. Основное требование страховой компании – это уложиться в регламентируемую продолжительность пребывания пациента в стационаре для данного заболевания. Превышение сроков лечения (без должного обоснования) страховой компанией не оплачивается. В случае слишком быстрой выписки пациента (если он пролежал в стационаре меньше половины регламентируемого срока госпитализации) оплата производится в пропорциональной доле за фактический срок лечения. Максимальная материальная выгода для стационара будет получена при минимальном объеме обследований и при выписке больного немного раньше регламентируемой продолжительности госпитализации.

При ДМС обычно производится оплата за каждую выполненную процедуру, операцию, за каж-

дое исследование, за каждый проведенный койко-день. Максимальная материальная выгода для стационара в этом случае состоится при наиболее полном объеме обследований и процедур и при максимально возможной продолжительности госпитализации.

Исходя из вышесказанного, складываются следующие наиболее выгодные для лечебных учреждений подходы к лечению эпителиального копчикового хода:

1. При оплате по ОМС и ДМС выгодно больного неоднократно госпитализировать с нагноением хода и не спешить с выполнением радикальной операции. Наличие таких случаев подтверждается практикой: у нас лечился пациент, которому на протяжении нескольких лет в различных учреждениях 10 раз производили вскрытие нагноившегося хода и не заходила речь о выполнении радикальной операции. Выполнив ему радикальную операцию и таким образом излечив больного, мы лишили стационары перспектив заработка на этом пациенте.

2. Выбор метода радикальной операции также может в какой-то степени зависеть от способа оплаты: при оплате по ОМС (оплачивается нозология) необходимо выполнить такую операцию, чтобы уложиться в регламентированные сроки госпитализации (12 суток для эпителиального копчикового хода). Наиболее оптимальным в этой ситуации является выполнение операции с ушиванием раны наглухо (2.1) или по Донати с дренажом (2.3). При оплате по ДМС (оплата по калькуляции за операции, за койко-дни и т.д.) выгодно больного держать в стационаре подольше. Поэтому методом выбора могут быть операции с подшиванием краев раны ко дну (2.2) или с неполным ушиванием ран и тампонированием (2.4).

3. Ни при каких условиях не выгодно выполнять одноэтапную операцию иссечения гнойника с тканями копчикового хода (3).





От частного к общему

Аналогичные ситуации можно проследить и при других хирургических заболеваниях. Например, практически во всех лечебных учреждениях уже отказались от проведения одномоментной радикальной операции при острых парапроктитах – лечение почти всегда двухэтапное: сначала операция вскрытия парапроктита, затем плановая радикальная операция. Невыгодно выполнять операцию Лонго при хроническом геморрое, когда больной выписывается из стационара уже на 2–3-й день после операции, лучше выполнить традиционную геморроидэктомию по Миллигану–Моргану с лечением в стационаре до 10 суток. Невыгодно делать одномоментные операции на двух органах (грыжесечение+резекция щитовидной железы, резекция толстой кишки+холецистэктомия и др.). Даже если оплачиваются обе операции, выгоднее сделать это за две госпитализации, чем за одну.

Если врачи старшего поколения еще порой следуют единственному принципу: «все во благо пациента», то новое поколение людей в белых халатах уже мыслят по-новому.

Ни для кого не секрет, что принцип оплаты за фактически оказанные медицинские услуги при-

водит к расширению показаний к различным методам исследований и лечения. Дошло до того, что отсутствие противопоказаний к ним уже является показанием к назначению этих методов. Больных просто «раскручивают», особенно если больной платит за все самостоятельно. Страховые компании в какой-то мере сдерживают от назначения излишнего обследования и лечения. Однако врачи знают, что многое можно грамотно обосновать.

Выводы

Существующие системы «рыночного» финансирования стационаров: по нозологиям или по факту за каждую медицинскую услугу, являются порочными. Они действуют не в интересах больного и не в интересах государства.

Более того, они являются тормозящим фактором для совершенствования методов лечения и внедрения новых технологий. Клиническое мышление врачей подвергается деформации вследствие давления фактора материальной выгоды.

Назрела необходимость разработки новых принципов финансовых отношений между лечебными учреждениями, страховыми компаниями и пациентами.



ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов Т.З. Лечение эпителиально-копчикового хода//Проблемы колопроктологии. Вып. 17. – М., 2000. – С. 63.
2. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход. – М., 1988. – 128 с.
3. Копталадзе А.М., Проценко В.М., Ким С.Д., Камаева Д.К., Алекперов Э.Э., Стригунова Л.В. Выбор тактики лечения больных острым нагноением эпителиального копчикового хода//Проблемы колопроктологии. Вып. 16. – М., 1998. – С.63–65.
4. Кургузов О.П., Соломка Я.А., Башанкаев Н.А., Шумай И.П. Глухой шов в хирургическом лечении острого воспаления эпителиального копчикового хода//Проблемы колопроктологии. Вып. 17. –М., 2000. – С.117–120.
5. Лаврешин П.М., Муравьев А.ВВ., ГобеджишвилиВ.К., Линченко В.И., Вартанов И.Е., Алчаков А.М., Лаврешин М.П., Шопен Г.Н., Арканникова Т.В. Оптимизация методов лечения эпителиального копчивого хода//Проблемы колопроктологии. Вып. 17. – М., 2000. – С. 126–131.



Н.П.КИРБАСОВА,

Главный врач Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, г.Москва

ОПЫТ РАБОТЫ НАУЧНОГО ЦЕНТРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ РАМН ПО ОКАЗАНИЮ ДОРОГОСТОЯЩИХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Наряду с другими научно-исследовательскими и научными центрами Минздравсоцразвития России и Российской академии медицинских наук (РАМН), ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (далее Центр) принимает участие в оказании высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи жителям субъектов Российской Федерации.

Приказом Минздрава России и РАМН от 19.03.04 № 125/13 «Об организации оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения» определен перечень предоставляемых Центром дорогостоящих видов медицинской помощи, который включает хирургические и терапевтические виды медицинской помощи, в том числе по педиатрии, акушерству и гинекологии. Впервые в Приказе отдельной строкой выделены «Вспомогательные репродуктивные технологии при абсолютной форме трубного бесплодия (отсутствие маточных труб), при трубоперитонеальной форме непроходимости маточных труб». Определено, что Центр может выполнить 50 пациентам ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение).

Для упорядочения приема пациентов Министерством здравоохранения Российской Федерации и Российской академией медицинских наук (РАМН) 10.10.01 г. утвержден «Порядок направления, приема и учета пациентов в Центре». Настоящий документ определяет порядок направления, отбора и вызова на консультацию и/или лечение в Центр, а так-

же порядок приема пациентов, учета медицинских услуг.

Цель разработки документа – восстановление этапности оказания медицинской помощи пациентам из субъектов Федерации, преемственности лечения и исключения дублирования на территориальном и федеральном уровне, укрепление связи с главными специалистами территорий.

Направить на консультацию или лечение в Центр за счет средств федерального бюджета имеют право:

- ♦ органы управления здравоохранением субъектов Федерации в счет квот и в порядке, утвержденном Приказом Минздрава России и РАМН «Об организации оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения»;
- ♦ Минздравсоцразвития России и РАМН в счет своего резерва;
- ♦ руководитель Центра направляет больных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, и больных с заболеваниями, соответствующими тематике планов научно-исследовательских работ.

При направлении больных на консультацию или лечение органы управления здравоохранением субъектов Федерации должны придерживаться «Примерного закрепления субъектов Федерации за учреждениями здравоохранения федерального подчинения для оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи» (Приказ Минздрава России и РАМН от 19.03.04 № 125/13).



Перед направлением больного на консультацию и/или лечение в Центр орган управления здравоохранением субъекта Федерации предварительно высылает в Центр подробную выписку из истории болезни. Выписка должна включать заключение главного специалиста и данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований (не более чем месячной давности). Выписка сопровождается письмом руководителя органа управления здравоохранением субъекта Федерации (в произвольной форме) непосредственно в Центр.

Направления Минздравсоцразвития России и РАМН являются документами строгого учета со сквозной нумерацией.

Все документы рассматриваются Комиссией по госпитализации.

Главный врач как председатель Комиссии контролирует движение больного в Центре, обеспечивает подготовку ежемесячного отчета об оказании высокотехнологических (дорогостоящих) видов медицинской помощи.

Одной из главных задач является обеспечение достоверности формируемых баз данных по пациентам и оказанным объемам медицинской помощи за счет средств федерального бюджета.

В Центре разработана и внедрена технология автоматизированного, персонифицированного учета оказанных медицинских услуг. Разработана специальная структура баз данных, включающих данные о наименовании, количестве оказанных услуг, их стоимости. Разработанный с учетом особенностей лечебно-диагностической и хозяйственно-финансовой деятельности Центра программный продукт адаптирован для учета деятельности в условиях сложившейся модели финансирования. Информация, полученная в результате компьютерной обработки, имеет решающее значение для обоснования и планирования объемов медицинской помощи, в том числе по дорогостоящим видам помощи. За 9 месяцев 2004 г. основная доля высокотехнологических видов медицинской помощи приходится на лечение тяжелых гинекологических

заболеваний с использованием дорогостоящего лапароскопического оборудования, а также заболеваний пороков сердца и соединительной ткани, осложняющих течение беременности и роды, стоимость лечения которых составляет в среднем от 101 960 до 353 373 руб. на одного пациента.

Хотелось бы отметить, что Приказ о высокотехнологических (дорогостоящих) видах помощи далек от совершенства и нуждается в доработке.

Существующие редакции Приказа не достаточно полно отражают раздел акушерства, гинекологии и перинатологии. Кроме того, мы сталкиваемся с трудностями, когда заранее сложно определить будет лечение дорогостоящим или нет. Особенно это касается детей, когда направление (одна квота) дается женщине на лечение и родоразрешение с применением высокотехнологических (дорогостоящих) видов медицинской помощи, а в итоге дорогостоящим оказывается еще и ребенок. Поэтому приходится использовать две и более квоты (в случае рождения двойни, тройни или длительного пребывания на койке).

Необходимо приказом определить резерв лечебного учреждения на оказание помощи за счет средств федерального бюджета по дорогостоящим видам помощи. Это позволит избежать ситуаций, когда родители вынуждены обращаться в инстанции в надежде взять направление на лечение своего ребенка за счет средств федерального бюджета.

Необходимо отметить и то, что на местах плохо организован отбор и направление пациентов на лечение по дорогостоящим видам медицинской помощи, только 15% больных, направленных субъектами Российской Федерации, полностью соответствовали требованиям Приказа № 125/13.

Таким образом, на данном этапе для повышения эффективности оказания высокотехнологических (дорогостоящих) видов медицинской помощи необходимо усиление взаимодействия с главными специалистами территорий, в том числе по заочному консультированию пациентов на основании медицинской документации.



И.А.ТОГУНОВ,

д.м.н., профессор кафедры управления Владимирского филиала Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации

ПРОБЛЕМЫ БИЗНЕС-ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

В современных реалиях изменений, которые происходят в отечественной системе здравоохранения, мыслящий руководитель медицинского учреждения все чаще задает себе ряд вопросов, вольно или невольно ставит перед собой задачи, решение которых связано с эффективным управлением и стабильным функционированием конкретного предприятия.

Попытаемся примерно очертить круг этих вопросов и задач.

Что необходимо предпринять, чтобы медицинское учреждение не стало банкротом? Как разработать и реализовать на практике эффективную организационную структуру поликлиники или больницы? Как эффективно организовать лечебно-профилактический процесс? Как разработать реальные должностные инструкции медицинских работников и вспомогательного состава? Куда уходят деньги, как научиться планировать доходы и расходы, как научиться эффективно распределять денежные потоки? Как продавать большее количество качественных медицинских услуг, чем конкуренты? Как снизить затраты и управлять ими? Как продвинуть медицинские услуги учреждения на рынок? Как провести современную рекламную кампанию в медицине? Как разработать стратегию медицинского учреждения? Как профессионально составить бизнес-план?

Мало вероятно, что решение этих и подобных задач может быть обеспечено кадрами, методами и формами административного управления. Поиск альтернатив приводит к выводу, что проблема про-

цветания конкретного медицинского учреждения как современного предприятия по производству и сбыту медицинских услуг решается лишь в рамках **современного менеджмента**.

Как известно, **менеджмент – это деятельность (планирование и принятие решений, организация, руководство, контроль) направленная на ресурсы организации (трудовые, финансовые, материальные, информационные) для достижения поставленной цели наиболее эффективно (экономично) и результативно**.

Именно менеджмент в здравоохранении позволяет (в определенной степени) при управлении предприятием, организующим и предоставляющим медицинскую помощь потребителю, учесть все возможные состояния и стороны рынков медицинских услуг, в среде которых приходится на равных конкурировать с аналогичными структурами.

Одно из узких мест развития менеджмента в здравоохранении в сложнейшем переходном периоде – это проблема управленческих кадров.

Порою «у нас руководят медицинскими учреждениями люди, которые не имеют образования в области медицинского управления. Они не знают, как позиционировать свое учреждение на рынке медицинских услуг, как продвинуть свои услуги на рынок, как получить деньги и эффективно потратить их, скажем на рекламу того, что делается специалистами данного медицинского учреждения» (В.Д.Володин, «Здоровая жизнь, 2003, № 3).

Сформировать современный корпус управленцев нового типа – задача исключительно сложная.





Само собой разумеется, что сама жизнь, практика рыночной экономики, предпринимательства будут способствовать ее решению, помещая тех, кто сегодня у руля медицинских учреждений, и тех, кто входит в эту новую для себя роль, в ситуацию естественно протекающего социального отбора. Но многое, конечно, зависит и от целенаправленной деятельности по подготовке и переподготовке кадров, по изучению и распространению передового опыта управления, по применению достижений управленческой науки на практике здравоохранения.

Как известно, в социалистической системе здравоохранения основной миссией руководства лечебно-профилактическим учреждением вне рамок рыночных отношений является обязанность главного врача и его подчиненных по организации лечебно-профилактического процесса методами классического администрирования.

Жесткие рамки создания соответствующей организационной структуры, форм и методов для реализации лечебно-профилактического процесса в конкретном учреждении задавались (и, к сожалению, продолжают задаваться) в соответствии с установленными свыше нормативами бюджета, штата, объемов медицинской помощи – планов числа амбулаторно-поликлинических посещений или койко-дней. Решение вопросов экономики конкретного лечебно-профилактического учреждения в административном подчинении находится во внешней среде этого учреждения и не является жизненно насущным для самого учреждения и его руководства. В таких системах нет места мотивации заниматься бизнесом, а следовательно, и нет потребности знать и реализовывать в полной совокупности методы менеджмента. В среде же рыночных отношений классических методов управления становится недостаточно. Один из очевидных путей приспособления к рынку состоит в освоении опыта стран, живущих в его условиях уже не одну сотню лет. Весьма ценным аспектом этого опыта в XX веке является сфера деятельности и область

знаний, охватываемая емким понятием «менеджмент», которое стало уже интернациональным.

Приоритетное направление менеджмента в здравоохранении – решение вопросов, касающихся эффективного управления бизнесом.

Следует признать, что бизнес в здравоохранении, как форма экономической деятельности, дающая прибыль, или любой вид деятельности, приносящий доход или иные личные выгоды, имеют свои особенности. Но вместе с тем, основные закономерности и наработанные практикой методы и формы бизнеса корректно соотносятся и с медицинской деятельностью. Практика мировых систем здравоохранения подтверждает, что при разумном регулировании бизнеса в здравоохранении достигается наивысшее качество предоставляемых медицинских услуг.

По нашему глубокому убеждению, отсутствие коммерции (от английского «Merchandising – торговля, сбыт») в системе предоставления медицинской помощи отрицательно влияет на лечебный процесс и тормозит внедрение передовых технологий в медицине. Перспектива заключается в организационно-финансовых преобразованиях, которые связаны с внедрением интегрированной системы и ресурсосохраняющего менеджмента.

Сегодня предприятиям и организациям в здравоохранении нужны квалифицированные экономисты-менеджеры, которые могут успешно работать как в области проектирования и внедрения новых форм и методов управления их деятельностью, так и в различных областях экономической и управленческой деятельности с профессиональным использованием компьютерных технологий.

Менеджеру в здравоохранении необходимы знания по общественному здоровью и организации здравоохранения.

Но вместе с тем, нужна основательная экономическая, управленческая, финансовая, бухгалтерская и правовая подготовка. Необходимо изучение экономики медицинского учреждения, бизнес-



планирования, организации медицинского страхования, диагностики финансово-хозяйственной деятельности и управления инновационными процессами.

«Исторически так сложилось, что у нас руководители лечебных учреждений – врачи-клиницисты с минимальной экономической и юридической подготовкой, хотя сегодня руководитель лечебного учреждения – современный менеджер, которого не готовили для выполнения таких функций. Конечно, подготовка руководителей медицинских учреждений – одна из сложных задач. Их нужно учить, да и сами они должны учиться современным подходам к организации медицинской помощи, маркетингу и экономике» (В.И. Стародубов, «В отрасли грядут перемены?» – «Медицинская газета», 2004, № 46).

Сегодня как никогда актуальны образовательные программы, дающие руководителю медицинского учреждения фундаментальное образование в области менеджмента без отрыва от работы с акцентом на изучение основ различных областей управленческих знаний в их взаимосвязи, технологий, бизнес-моделей, стратегий и методов их долгосрочного анализа и прогнозирования.

Определенная проблема организации предоставления и получения подобных знаний заключена в, якобы, противоречивости совмещения коммерции в форме определенной выгоды и бескорыстной медицинской помощи. В данной проблемы существуют как психологический компонент, который со временем, по всей видимости, будет безболезненно преодолен, так и организационно-правовой, решение которого должно обеспечивать основные механизмы и подходы к регулированию предпринимательства в области здравоохранения.

На законодательном уровне в здравоохранении должны быть решены вопросы соблюдения баланса между свободным предпринимательством и жестким государственным контролем; выделены аспекты регулирования предпринимательской деятельности в отдельных сферах, например, в работе больниц,

на рынках медикаментов, в социальной медицине и в стоматологии; рассмотрены принципы государственной политики и проблемы коррупции.

В подготовке современных менеджеров в системе здравоохранения и медико-социальной сфере существует и частная проблема: кто и как должен готовить в менеджеры современных руководителей медицинского учреждения и сотрудников структурных подразделений? Как правило, преподаватели дисциплин общественного здоровья и управления здравоохранением имеют медицинское образование и порою не принимают бизнес в лечебном деле, а преподаватели группы так называемых бизнес-составляющих дисциплин (экономисты, маркетингологи, юристы) не всегда владеют глубокими знаниями о сущности и специфике системы здравоохранения.

Следует предположить, что данная проблема в сегодняшней действительности решается в рамках совмещенных образовательных программ с компонентами двух направлений, условно обозначенных нами как «Бизнес-технологии» и собственно «Менеджмент в здравоохранении и медико-социальной сфере». Опыт реализации подобного совмещения двух образовательных модулей – базового и модуля специальности – в практике некоторых образовательных учреждений имеется.

Следует предположить, что жизнь может выдвинуть новые формы как непрерывного обучения менеджеров ЛПУ всех уровней управления, так и постоянного дальнейшего консультирования обученных менеджеров в рамках предоставленных образовательных программ и за этими рамками. Один из множества возможных вариантов таких учебно-консультационных структур бизнес-направления в здравоохранении могут стать консалтинговые компании. Отдельные сравнительные характеристики деятельности базовых учебных заведений и консалтинговых компаний, имеющих лицензию на образовательную деятельность, представлены на рис. 1.



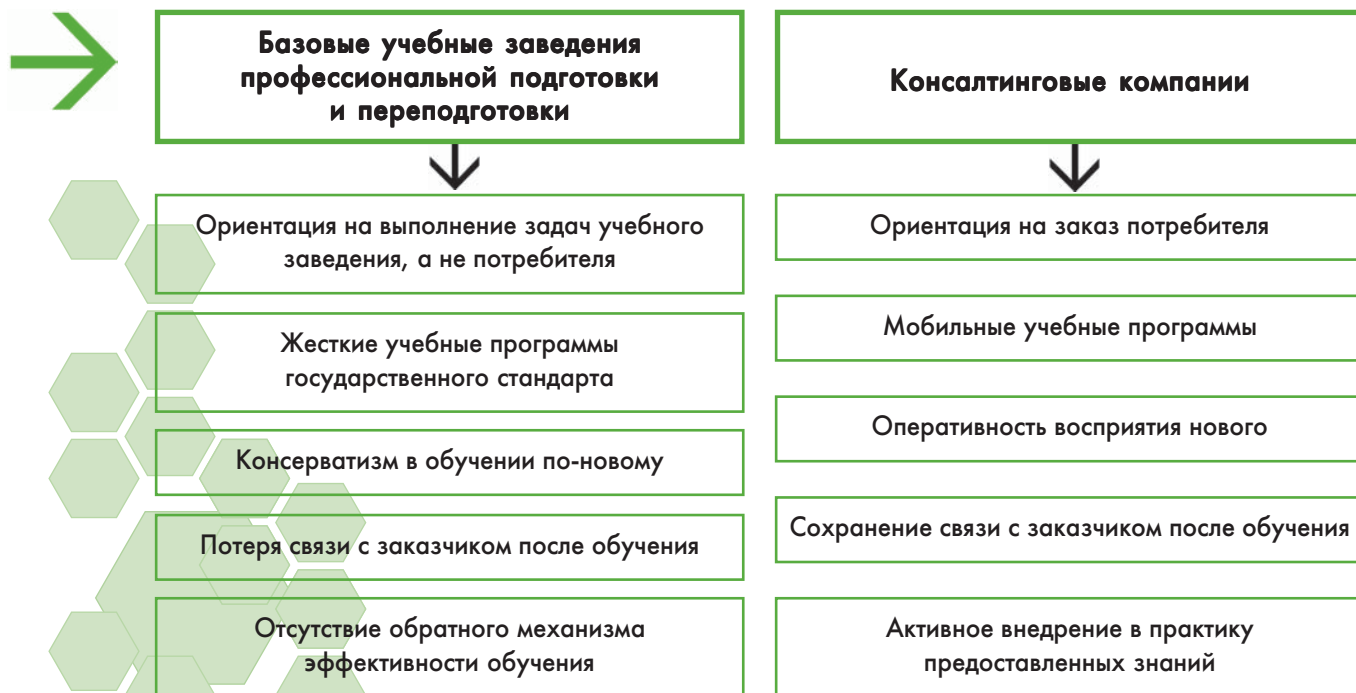


Рис. 1. Сравнительные характеристики деятельности базовых учебных заведений и консалтинговых компаний, имеющих лицензию на образовательную деятельность

Прикладное решение частной задачи по реализации форм и методов обучения и переподготовки современных менеджеров учреждений и предприятий системы здравоохранения и медико-социальной сферы может явиться, наряду с прочим, определенным шагом в направлении формирования отраслевой многоуровневой структуры медико-социального менеджмента.

Резюме

Экономические преобразования в обществе создают потребность управления лечебными учреждениями в условиях становления рынка медицинских услуг. Осуществление реформ в здравоохранении не мыслимо без формирования многоуровневой структуры медико-социального менеджмента. Приоритетным направлением менеджмента

в здравоохранении является решение вопросов, касающихся эффективного управления бизнесом. Одним из узких мест развития менеджмента в здравоохранении является проблема управленческих кадров, поиск и реализация современных форм и методов их профессиональной подготовки. Решение обозначенной проблемы обеспечивают образовательные программы «Менеджмент в здравоохранении и медико-социальной сфере» (в рамках специальности 0602 «Менеджмент»), дающие руководителю медицинского учреждения фундаментальное образование в области менеджмента с акцентом на изучение основ различных областей управленческих знаний в их взаимосвязи, технологий, бизнес-моделей, стратегий и методов долгосрочного анализа и прогнозирования.



Программа ВОЗ/CIDA
«Политика и управление в области
здравоохранения в Российской Федерации»

Документационный центр ВОЗ

Библиотека проектов
реформы здравоохранения
«ЗдравИнформ»

на страницах журнала
«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
НАЧИНАЕТ ВЫПУСК ИНФОРМАЦИОННЫХ
БЮЛЛЕТЕНЕЙ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ РОССИИ

Уважаемые коллеги!

Цель Информационного бюллетеня – регулярное и прямое обеспечение лиц, принимающих решения, аналитической информацией о международных проектах и документах ВОЗ по реформе здравоохранения.

Удаленность от Москвы и огромное количество информации в Интернете требуют больших затрат времени на ее поиск и получение, а тем самым затрудняют ее использование. Кроме того, большинство информации о международных проектах и документов ВОЗ имеются лишь на английском языке, что ограничивает их доступность для российских специалистов.

Учитывая все это, было принято решение инициировать выпуск Информационного бюллетеня для лиц, принимающих решения, в виде кратких,

но информативных резюме. Планируется представлять информацию о международных проектах, осуществляемых на территории Российской Федерации. Аналогично этому будут представляться документы ВОЗ, в которых содержится анализ политики и реформ здравоохранения в разных странах, особенно в странах с переходной экономикой. При этом предусматривается перевод основной информации с английского языка на русский, если документы ВОЗ и материалы международных проектов представлены только на английском языке.

В резюме планируется включать информацию о целях, задачах и результатах проектов, снабженную при необходимости наглядными иллюстрациями в виде графиков, таблиц или диаграмм.





Аналогичный подход планируется для подготовки резюме по документам ВОЗ. В каждое резюме будет включен адрес документа в Интернете, что значительно облегчит доступ к документу в оригинале.

Мы также планируем установить обратную связь с нашими адресатами, с помощью которой Вы сможете высказать свои пожелания о том, какая информация Вам необходима, что следует осветить более подробно и т.д.

Информационный бюллетень будет выходить ежемесячно и рассылаться по электронной почте, а также публиковаться на страницах журнала

С уважением

Мэри Коллинз, советник Программы ВОЗ/CIDA «Политика и управление в области здравоохранения в Российской Федерации»;

Павел Михеев, руководитель Библиотеки проектов реформы здравоохранения «ЗдравИнформ», заведующий отделением мониторинга международных проектов ЦНИИОИЗ МЗ РФ;

Татьяна Кайгородова, руководитель Документационного центра ВОЗ при Центральном НИИ организации информатизации здравоохранения МЗ РФ.

Краткая информация о Библиотеке «ЗдравИнформ»

Бiblioteca проектов реформы здравоохранения «ЗдравИнформ» (<http://zdravinform.ru>) является информационным ресурсом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, разработанным Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ (ЦНИИОИЗ). Работа по обновлению базы данных ведется специалистами ЦНИИОИЗ при поддержке Всемирной Организации Здравоохранения.

Большое количество проектов реализуется в Российской Федерации на федеральном, региональном или муниципальном уровне. Многие из этих проектов добиваются хороших результатов. Библиотека «ЗдравИнформ» призвана собрать

«Менеджер здравоохранения» и сайтах: <http://zdravinform.ru> и <http://mednet.ru/whodc>. Включить Ваш адрес электронной почты в список рассылки Вы можете, отправив запрос на адрес: bulletin@zdravinform.ru.

Сегодня мы предлагаем Вашему вниманию вводный выпуск Бюллетеня, включающий информацию о деятельности Документационного центра ВОЗ и Библиотеки «ЗдравИнформ». Именно они будут заниматься информационным наполнением Бюллетеня.

Надеемся, что подготовленная нами информация будет полезна в Вашей работе.

и обработать информацию о текущих и завершенных проектах по реформированию здравоохранения, которые осуществляются или осуществлялись на территории РФ. Благодаря этому, руководители органов здравоохранения, ученые и консультанты могут получить полное представление о последних шагах реформы здравоохранения и оптимально использовать имеющийся в России опыт. Опираясь на данный опыт, можно осуществлять тиражирование и реализацию мероприятий реформы; его также можно использовать для того, чтобы придать новым инициативам мощное поступательное движение и избежать дублирования мероприятий в области реформирования здравоохранения.



Информация, имеющаяся в данной библиотеке, предоставлена непосредственно организациями-донорами, компаниями, которые вели данные проекты, и органами управления здравоохранением, участвовавшими в реализации проекта.

Раздел **«Проекты»** базы данных позволяет вести поиск и просматривать подробную информацию о проектах по реформированию здравоохранения. Доступна информация об их продолжительности, пилотных регионах, основных результатах и разработанных документах.

Раздел **«Документы»** позволяет Вам найти материалы и публикации конкретных проектов. Вы можете вести поиск документов по ключевым словам, названию проекта или типу документа. Документы, которые отсутствуют в электронной фор-

ме, можно получить в Библиотеке «ЗдравИнформ», расположенной в ЦНИИОИЗ.

В разделе **«Контакты»** Вы можете получить информацию о сотрудниках проектов, органах управления здравоохранением, организациях, финансировавших или осуществлявших проекты.

Кроме информации о проектах и документах, на сайте работает новостная лента, публикующая информацию о новостях реформы здравоохранения, конференциях и семинарах, деятельности текущих международных проектов. Зарегистрированные пользователи могут подписаться на еженедельную рассылку новостных блоков, а также воспользоваться другими дополнительными возможностями (форум, формирование индивидуальных запросов и т.д.).

Краткая информация о Документационном центре ВОЗ

Документационный центр Всемирной Организации Здравоохранения при Центральном научно-исследовательском институте организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) МЗ РФ создан в 1994 г. на основании Приказа Министра здравоохранения России № 124 от 22.06.1994 г.

Целью документационных центров ВОЗ, созданных в странах, является широкое распространение информации ВОЗ среди различных категорий пользователей на уровне регионов.

Политика Европейского регионального бюро ВОЗ по информационному обслуживанию ставит своей целью – обеспечение качественной и своевременной информацией лиц, принимающих решения на уровне стран и их регионов.

Документационный центр выполняет следующие задачи:

1. Сбор, индексирование, каталогизация и хранение информации ВОЗ, обеспечение информацией ВОЗ по различным проблемам по запросам специалистов, сотрудничество с библиотеками.

2. Распространение информации ВОЗ (на электронных и бумажных носителях) для целевых групп на уровне страны и ее регионов, сотрудничество с национальными медицинскими изданиями и медицинскими библиотеками, предоставление им копий документов ВОЗ.

3. Оценка использования документов ВОЗ потребителями информации и установление с ними обратной связи.

4. Перевод информации ВОЗ на национальный язык страны, в которой он функционирует (при наличии ресурсов).

5. Сотрудничество со СМИ и участие в национальных кампаниях, проводимых ВОЗ в стра-





не, в которой работает Документационный центр ВОЗ.

В настоящее время Документационный центр располагает более чем 1700 документами Всемирной Организации Здравоохранения, получаемыми из Европейского регионального бюро ВОЗ в Копенгагене и Штаб-квартиры ВОЗ в Женеве. Кроме того, в Центре имеется электронный каталог всех документов ВОЗ с рефератами на русском языке.

Публикации ВОЗ (на русском и английском языках) представлены:

1. Основными документами об Уставе, программах и деятельности ВОЗ.
2. Документами сессий Всемирной ассамблеи здравоохранения, Исполнительного комитета и Европейского регионального бюро ВОЗ.
3. Книгами (руководствами, монографиями и др.).
4. Материалами конференций, семинаров, рабочих групп и других совещаний ВОЗ по различным вопросам медицины и здравоохранения.
5. Статистическими сборниками по мировой санитарной статистике.
6. Сборниками по международному законодательству.
7. Журналами: «Всемирный форум здравоохранения», «Бюллетень Всемирной Организации Здравоохранения», «Здоровье мира».

В 2004 г. Документационный центр ВОЗ открыл свою страницу в Интернете по адресу: <http://mednet.ru/whodc>.

Основной целью создания этой страницы было предоставить максимум информации на русском языке. На странице Центра содержится **основная информация** о Центре и **разделы**, по которым возможен более углубленный поиск информации (указатель разделов дан слева):

- ♦ основные публикации ВОЗ, размещенные по рубрикам, соответствующим проблемам здравоохранения;

- ♦ новые поступления в Центр;
- ♦ услуги;
- ♦ анкета для российских пользователей;
- ♦ контактная информация;
- ♦ ссылки (в том числе на адреса страниц ВОЗ в Женеве и Европейского регионального бюро ВОЗ).

Страница создана на русском и английском языках. Однако основной целевой группой являются российские потребители информации. В разделе **«Основные публикации ВОЗ»** содержится электронный каталог документов ВОЗ, имеющихся в Документационном центре. Эти документы размещены по рубрикам.

При нажатии на определенную рубрику можно получить список документов, которые представлены в виде библиографического описания.

Выбрав документ и нажав на указатель «Полная информация о документе», можно получить полное библиографическое описание с рефератом на русском языке. Реферат дает пользователю представление о документе. Если документ имеется в электронном виде, к нему дается электронный адрес, при нажатии на который можно сразу получить электронную копию.

В разделе **«Новые поступления»** содержится информация о последних документах, полученных Документационным центром ВОЗ. Представление информации о каждом документе аналогично тому, что описано в разделе «Основные публикации ВОЗ».

В разделе **«Услуги»** указаны виды услуг, которые Документационный центр ВОЗ оказывает российским пользователям.

В разделе **«Анкета»** размещена анкета для изучения информационных потребностей российских специалистов. Ее можно заполнить непосредственно на странице и отослать в Центр, нажав на команду **«Отправить анкету»**.

В разделе **«Контактная информация»** представлены адрес, телефон и электронная почта До-



кументационного центра ВОЗ для связи с потребителями информации.

В разделе «Ссылки» указаны адреса страниц ВОЗ и Европейского бюро ВОЗ в Интернете, на которых имеются полные тексты документов.

Пополнение списка документов происходит регулярно, не реже 1 раза в месяц, как за счет новых поступлений, так и из архива. В следующем году планируется создание системы поиска документов по ключевым словам, что существенно расширит возможности поиска необходимых материалов.

В Документационном центре ВОЗ постоянно ведется работа по улучшению информирования раз-

личных категорий потребителей информации ВОЗ, поиска адекватных форм предоставления материала, повышения качества информационного обслуживания. С этой целью Документационным центром с 2001 г. началось изучение информационных потребностей российских специалистов в документах ВОЗ. Анализируются все запросы потребителей и анкеты, заполненные пользователями информации на web-сайте. Результаты анализа информационных потребностей специалистов используются в дальнейшей работе Центра, а также направляются в Европейское региональное бюро ВОЗ.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Документационный центр ВОЗ

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, комната 206

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) МЗ РФ

Кайгородова Татьяна Вадимовна

Тел.: (095) 219-38-43; факс: (095) 219-38 -40

E-mail: kaidoc@mednet.ru

WWW: <http://mednet.ru/whodc>

Библиотека «ЗдравИнформ»

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, комната 202

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) МЗ РФ

Михеев Павел Анатольевич

Тел. (095) 979-92-64, 218-11-09; факс: (095) 218 -11-09, 219-38-40

E-mail: info@zdravinform.ru

WWW: <http://zdravinform.ru>

Программа ВОЗ/CIDA «Политика и управление в области здравоохранения в РФ»

119034, г. Москва, ул. Остоженка, 28, 2 этаж

Тел: (095) 787-77-15; факс: (095) 787-77-19

E-mail: v.benediktova@who.org.ru

Подписка на Информационный бюллетень

E-mail: bulletin@zdravinform.ru



Е.А.БЕРСЕНЕВА,
ООО «Медкор-2000»,
г.Москва

РЕАЛИЗАЦИЯ ЗАДАЧИ УЧЕТА МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ «ИНТРАМЕД»

В настоящее время изменившиеся условия работы медицинских учреждений привели к значительному увеличению объема вспомогательного документооборота, ведущегося медперсоналом лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), а также новым требованиям к анализу деятельности ЛПУ. В обеспечении выполнения таких требований важную роль играет автоматизация деятельности.

Современный уровень развития вычислительной и медицинской техники, с одной стороны, и необходимость создания большого количества отчетов и аналитических сводов, с другой стороны, создают предпосылки для перехода к комплексному решению проблемы информационного обеспечения деятельности ЛПУ как наилучшего варианта автоматизации.

Предлагаемым нами решением для комплексной автоматизации является внедрение следующих систем (рис. 1):

- ♦ больничной информационной системы «Интрамед»;
- ♦ Автоматизированной лабораторной информационной системы (АЛИС);
- ♦ Автоматизированной информационной системы «Морфология» – для автоматизации

деятельности цитологической и гистологической лабораторий;

- ♦ Автоматизированной телемедицинской радиологической информационной системы (АТРИС);
- ♦ Автоматизированной информационной системы «Административно-хозяйственный комплекс»;
- ♦ Автоматизированной телемедицинской системы.

Ядром комплексной автоматизации лечебно-профилактического учреждения является больничная информационная система «Интрамед». Одной из задач, решаемых этой системой, является учет медицинского оборудования. Учет медицинского оборудования должен быть реализован в больничной информационной системе, так как при отсутствии данного функционала в системе невозможно будет автоматически сформировать отчетную форму № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении», те ее разделы, в которых приводятся данные по используемому медицинскому оборудованию: 5117, 5118, 5126, 5301, 5404, 5405; а также карту технико-экономических параметров (ТЭП).

Проблема состоит в том, что принцип классификации, положенный в основу представления

© Е.А.Берсенева, 2005 г.



данных в приведенных выше отчетных формах, различных. Соответственно просто взять их и использовать одну из имеющихся классификаций в системе в качестве общего классификатора медицинского оборудования не представляется возможным.

Вместе с этим классификатор должен быть построен таким образом, чтобы была возможность свести как таблицы 30-ой отчетной формы, так и карты ТЭП. Использование Универсальной номенклатурной системы медицинской техники (UMDNS) американского информационного агентства ECRI для этих целей не является оптимальным.

В силу вышесказанного при создании модуля «Учет медоборудования» мы встали перед необходимостью создания классификатора медицинского оборудования в системе, который удовлетворял бы вышеперечисленным требованиям. Данный классификатор был нами разработан.

В настоящее время в системе «Интрамед» создан модуль, обеспечивающий:

- ♦ ведение учета медицинского оборудования в ЛПУ;
- ♦ формирование отчетов по медицинскому оборудованию;
- ♦ администрирование доступа к функциям подсистемы.

В рамках модуля реализована автоматизация следующего:

- ♦ регистрации медицинского оборудования в системе (рис.2);
- ♦ ведения классификатора медицинского оборудования (рис.3);

Структура АИС ЛПУ



Рис. 1. Решение по комплексной автоматизации деятельности ЛПУ

- ♦ списания медицинского оборудования (рис. 4);
- ♦ регистрации перемещений медицинского оборудования в ЛПУ (рис.5);
- ♦ занесения информации об осуществлении проверок медицинского оборудования (рис. 6);
- ♦ занесения сведений о состоянии медицинского оборудования (рис. 7);
- ♦ регистрации остаточной стоимости оборудования (рис. 8);
- ♦ внесения сведений о техническом обслуживании медицинского оборудования (рис. 9);
- ♦ формирования отчетов и таблиц:
 - отчет об оборудовании, поставленном на баланс;
 - отчет об оборудовании, снятом с баланса;
 - карточка ТЭП;
 - отчет об оборудовании, введенном в эксплуатацию;



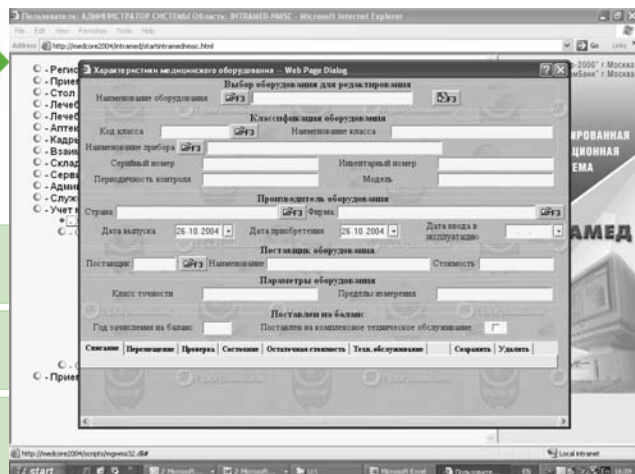


Рис. 2. Диалоговое окно пользователя при регистрации медицинского оборудования в системе «Интрамед»



Рис. 3. Диалоговое окно пользователя при работе с классификатором оборудования

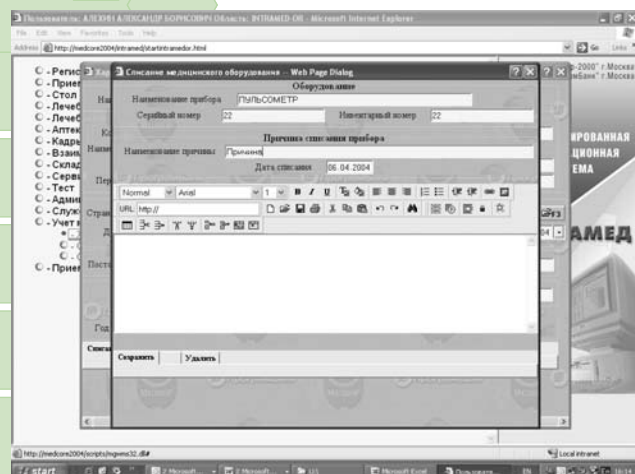


Рис. 4. Диалоговое окно пользователя при оформлении списка медицинского оборудования

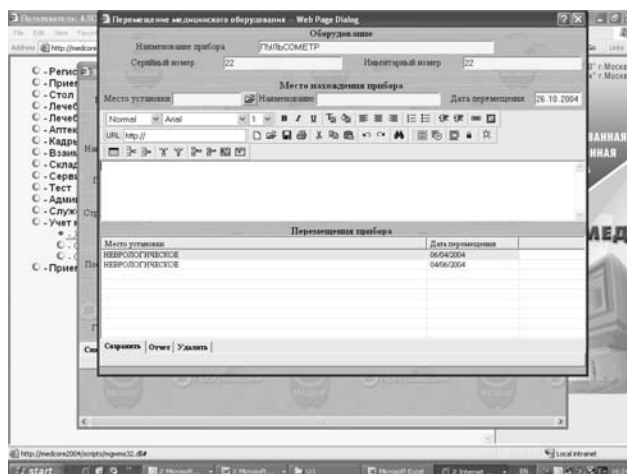


Рис. 5. Регистрация перемещения медицинского оборудования в АИС «Интрамед»

- отчет о перемещении оборудования;
- отчет о поверках оборудования;
- отчет об остаточной стоимости оборудования;
- отчет о состоянии оборудования;

- отчет о техническом обслуживании оборудования;
- отчет об установленном оборудовании;
- отчет об установленном оборудовании по выбранным классам;

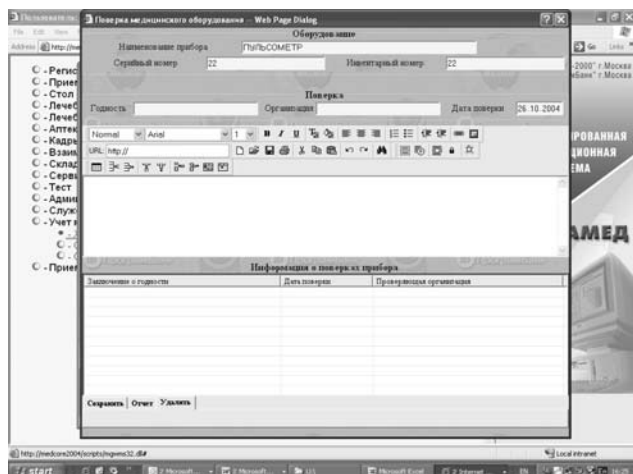


Рис. 6. Занесение информации об осуществлении проверок и их результатах в АИС «Интрамед»

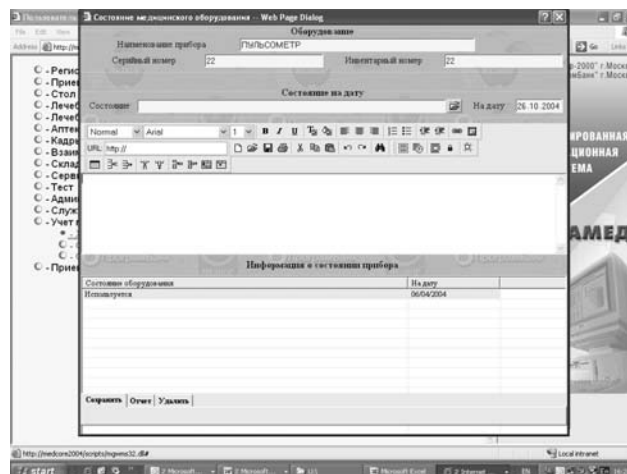


Рис. 7. Занесение сведений о состоянии медицинского оборудования

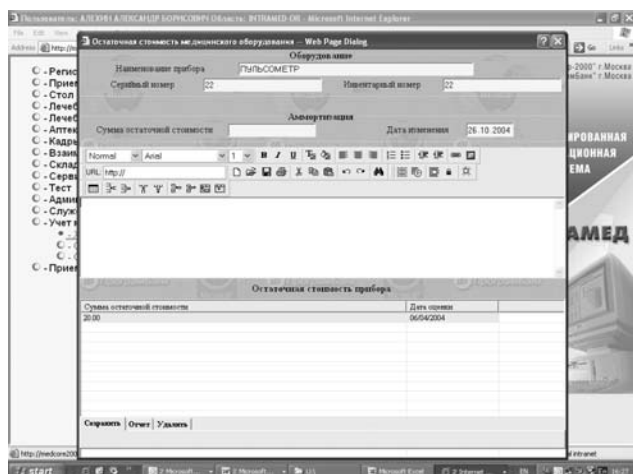


Рис. 8. Диалоговое окно пользователя при регистрации остаточной стоимости медицинского оборудования

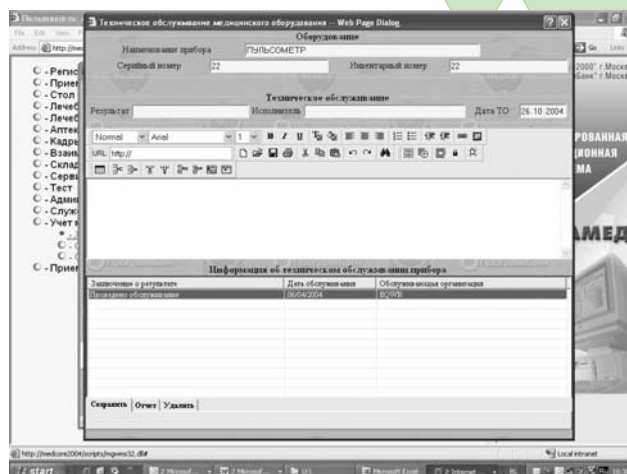


Рис. 9. Внесение сведений о техническом обслуживании медицинского оборудования

– таблиц 5117, 5118, 5126, 5301, 5404, 5405 в составе отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».

Таким образом, в системе «Интрамед» в настоящее время реализован модуль учета медоборудо-

вания, позволяющий как вести учет медицинского оборудования, так и формировать все необходимые официальные отчеты, а также внутренние отчеты для ведения соответствующей аналитики на уровне лечебно-профилактического учреждения.



АННА ДИКСОН,

Европейская обсерватория систем здравоохранения, Лондонская школа экономики и политической науки, Лондон, Великобритания

ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ МЕДИЦИНСКИЕ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА ЖИЗНЕСПОСОБНЫМ ВАРИАНТОМ ДЛЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Введение

Большинство систем здравоохранения по всему миру финансируются из различных источников: налоги, взносы из системы социального страхования, средства, получаемые от потребителей медицинских услуг [1]. За последнее десятилетие медицинские сберегательные счета были внедрены как способ финансирования здравоохранения в ряде стран. Медицинские сберегательные счета схожи с банковскими счетами: деньги принадлежат владельцу счета, но их цель – платить за медицинские расходы человека (или семьи). Хотя внедрение системы медицинских сберегательных счетов до сих пор ограничено, они уже вызвали широкий международный интерес. Однако опубликованные статьи на тему медицинских сберегательных счетов были преимущественно теоретическими.

Цель данной статьи – суммировать международный опыт медицинских сберегательных счетов. После изложения типологии финансирования систем здравоохранения, показывающего как устроены медицинские сберегательные счета по сравнению с другими общепризнанными методами финансирования и какие существуют вариации в схемах медицинских сберегательных счетов, представлен короткий обзор теоретической литературы, подчеркивающий по-

тенциальные преимущества и недостатки медицинских сберегательных счетов. Для четырех стран – КНР, США, ЮАР и Сингапура – представлены схемы работы медицинских сберегательных счетов. Рассматривается предварительная оценка эффективности медицинских сберегательных счетов, а также возможность их внедрения в других странах, в частности, в Центральной и Восточной Европе.

Материалы

Данная статья является обзором вторичных источников. Главным образом она написана, исходя из данных, представленных в академических журналах, книгах и другой «унылой литературе», такой, как отчеты правительств и исследовательских институтов. Поиски по ключевым словам в системах PubMed/MEDLINE и Международной библиографии социальных наук выявили 93 ссылки. Из них 10 были отклонены, поскольку были далеки от нужной тематики. Словосочетания «медицинские сберегательные счета», «гибкие сберегательные счета» и «индивидуальные сберегательные счета и здоровье» были использованы для поиска в этих двух электронных базах данных. В итоге лишь 20 статей были включены в обзор, поскольку они были опубликованы в престижных журна-



лах и содержали информацию по четырем вышечтенным странам. Статьи были отобраны по критерию – были ли они теоретическими (включая комментарии и обзоры) или же эмпирическими (включая анализ первичных данных и микромоделирование). Дальнейшие источники и материалы были идентифицированы библиографически, через библиотечные каталоги и поиск в сети Интернет.

Как отметили Николс и его коллеги [4] в своем обзоре, включающем литературу до 1997 года, «практически вся литература по медицинским сберегательным счетам за пределами Сингапура была теоретической». Большинство литературы, опубликованной после 1997 года, также находилось в этом русле. Вследствие недостатка эмпирических статей, в настоящей работе также имеются ссылки на материалы, опубликованные в сети Интернет. Большинство из них поступило из весьма компетентных источников, например, министерств здравоохранения или правительственных департаментов, известных исследовательских институтов или от авторов, которые ранее публиковались в престижных журналах по данной тематике. Департамент медицинского страхования при Министерстве труда и социальной безопасности КНР предоставил дополнительную информацию по Китаю.

Типология методов финансирования

Большинство методов финансирования здравоохранения могут быть классифицированы в соответствии с тем, являются ли они формами предоплаты или оплаты уже оказанных услуг [5]. Определяющей характеристикой систем предоплаты является добровольное или обязательное предоставление средств индивидом, семьей или фирмами третьим лицам, которые управляют финансовыми рисками для получения участником наибольшей выгоды [5]. Данная система противопоставляется системам, в которых

пациенту необходимо платить за потребляемые услуги на момент их получения. В странах со средним или низким доходом, в которых системы предоплаты не дают существенных доходов, оплата потребленных услуг является основным компонентом финансирования здравоохранения [6]. Большинство систем предоплаты, такие как налогообложение, социальное страхование или добровольное страхование здоровья, объединяют риски среди участников, что не свойственно для систем оплаты уже потребленных услуг.

Медицинские сберегательные счета – это своего рода гибриды между предоплатой и оплатой уже потребленных услуг: хотя деньги уже положены на сберегательный счет, эти счета персонафицированы и отсутствует слияние средств (или рисков). Поэтому медицинские сберегательные счета могут быть определены как добровольное или обязательное предоставление средств индивидом, семьей или фирмами на персонафицированные сберегательные счета, которые управляют финансовыми рисками в течение времени.

Вариации в построении медицинских сберегательных счетов

На практике медицинские сберегательные счета обычно комбинируются с некоторыми формами медицинского страхования от катастрофических затрат. Иногда термин «медицинские сберегательные счета» относят к специфическим мероприятиям в стране (включая мероприятия страхования). Организация как сберегательных счетов, так и элементов страхования значительно варьирует.

«Резервный» механизм финансирования может быть полностью или частично общественным или частным [4]. Также может существовать финансируемый государством резервный механизм в форме страховки для бедных (например,





в Сингапуре) или услуги, финансируемые из налоговых сборов (в Гонконге). Резервный финансирующий механизм может быть обязательным (США, ЮАР) или добровольным (Сингапур). Взносы на медицинские сберегательные счета могут быть обязательными для всех или для части населения (Сингапур, Китай) или добровольными (США, ЮАР). Табл. 1 иллюстрирует различия в системе медицинских сберегательных счетов.

Другие возможные вариации в дизайне схем медицинских сберегательных счетов зависят частично от степени регулирования. Например, размер взноса может либо устанавливаться правительством, либо граждане сами могут выбрать любое количество средств, которые они желают положить на свой счет. Размер взноса может быть установлен на уровне единообразной ставки либо может варьировать в зависимости от возраста или дохода лица, вносящего взнос. Обычно существуют определенные пределы, основывающиеся на максимуме месячного или годового взноса и на максимуме накопленного баланса. Это имеет место особенно в случае, когда медицинские сберегательные счета выигрывают со скидок с налога, которые могут быть привлечены на счета или использоваться для расходов. Гражданин, работодатель или государство (например, в форме налоговой скидки) могут сделать вклад на этот счет.

Управление этими фондами также может варьировать. В Сингапуре схема осуществляется государством, и накопленные средства инвестируются, например, в правительственные долговые обязательства. В противоположность этому, в США, где медицинские сберегательные счета предлагаются как часть частной системы страхования, страховщик или банк обычно управляют фондами. В США работодатели управляют некоторыми фондами, так называемыми гибкими расходными счетами, созданными для стимулирования рабочих в предпочтении высоких франшизных страховых планов [7].

Чтобы гарантировать, что эти счета используются для здравоохранения, а вовсе не служат для укрытия доходов от налогообложения, существуют пределы, основанные на том, какие суммы могут быть использованы для расходов. Например, в ЮАР расходы могут использоваться на «важные услуги», хотя они до сих пор четко не определены. В Сингапуре как типы услуг, так и платы на них четко определены. Там часто практикуется взимание штрафов, если средства используются не для медицинских целей. Бенефициары счета также могут быть четко определены: лицо, делающее взносы, или его или ее иждивенцы, супруги или другие члены семьи (например, родители). Также возможно любую неистраченную сумму завещать родственникам.

Таблица 1

Варианты медицинских сберегательных счетов

Резервное финансирование	Медицинские сберегательные счета	
	обязательные	добровольные
отсутствует	Сингапур (до 1990 года)	-*
добровольное	Сингапур, схема Медишилд (после 1990 года)	-*
обязательное	Китай (городские рабочие)	США (федеральный уровень) ЮАР

* Теоретически возможно комбинировать вклады на медицинские сберегательные счета либо без резервного финансирования, либо с добровольным резервным финансированием. Однако на практике данная схема не внедрена.



Медицинские сберегательные счета не вписываются изящно в разделение систем финансирования, но комбинируют элементы систем предоплаты и оплаты уже потребленных услуг. Существует много различных способов сочетать медицинские сберегательные счета с другими элементами финансирования и регулировать их. Здесь приводятся основные теоретические доводы как в пользу, так и против медицинских сберегательных счетов.

Теоретические аргументы

Медицинские сберегательные счета привлекли внимание как альтернатива существующим преобладающим системам финансирования, которые предоставляют полное страховое обеспечение, благодаря их способности решать проблемы моральных рисков. Согласно экономической теории, моральные риски возникают, когда акт страхования увеличивает вероятность свершения события, от которого индивид застрахован. Потребитель моральных рисков может превращаться в жертву чрезмерных услуг и провайдера моральных рисков, приобретая чрезмерное лечение. Потребитель и провайдер моральных рисков имеет место при общественном и частном страховании. Адвокаты полагают, что медицинские сберегательные счета уменьшают моральные риски, увеличат выбор, улучшат эффективность страхования и приведут к снижению стоимости услуг здравоохранения [9]. Аргумент такой, что без медицинских сберегательных счетов индивиды должны оплачивать услуги здравоохранения за полную цену, таким образом, не будет стимула участвовать в управлении рисками и сверхзатратными услугами. Повышенная осведомленность потребителя о цене отпугнет его от неоправданных расходов [10]. Однако критики привлекают доказательства того, что распределение затрат, которые показывают, что высокие наличные платежи отпуг-

нут пациентов от использования необходимых услуг, особенно профилактического характера [11, 12].

В основе поддержки медицинских сберегательных счетов лежит вера в индивидуальную ответственность и уверенность в своих силах. Сторонники внедрения медицинских сберегательных счетов полагают, что данная система предоставит пациентам больший выбор и стимул искать более низкие цены, что в целом должно снизить стоимость всех затрат [13]. Критики аргументируют, что вследствие информационной неравномерности будет отсутствовать конкуренция цен. Вместо этого конкуренция будет основана на красотах отелей и высокой технологии [«качественная» конкуренция], приводя к завышенным стоимостям [14]. Также платы за сервис будут способствовать стимулированию избыточного использования услуг дорогих специалистов и избыточному лечению этими услугами [12].

Другим источником сбережений, предракаемых защитниками медицинских сберегательных счетов, являются более низкие административные сборы. Из-за того, что пациенты платят прямо за частые недорогостоящие услуги, существует меньшая выручка или сличение страховщиком [13]. С другой стороны, потребитель может столкнуться с более высокими операционными издержками, исходящими из увеличенного выбора и провайдеров. Цены могут быть завышенными, поскольку рыночная сила провайдеров будет увеличивать *vis a vis* плохо информированных потребителей, и стимулирование платы за услуги будет избыточным.

Теоретически страхование наиболее эффективно для высоко стоящих событий с низкой вероятностью. Таким образом, ограничивая страховые требования к катастрофическим эпизодам, медицинский сберегательный счет планирует быть более эффективным, чем традиционное страхо-





вание. Теория также гласит, что где существует выбор между медицинскими сберегательными счетами и традиционными планами страхования, медицинские сберегательные счета будут сегментировать страховой рынок, снижая его эффективность. Высокопроизводительные налогоплательщики, люди с избыточным достатком предпочитают тех, кто имеет низкий риск недомогания, и высоко информированные люди будут предпочитать медицинские сберегательные счета [15]. Таким образом, введение медицинских сберегательных счетов может сосредоточить повышенные риски в традиционных оплачиваемых услугах и управляемых лечебных планах, создавая «спираль смерти» [16], что в конце концов может увеличить число незастрахованных людей [17].

Защитники полагают, что медицинские сберегательные счета допускают префинансирование (накопление ресурсов для оплаты будущих потребностей на здравоохранение) и вневременное перераспределение (увеличение риска

недомогания в течение продолжительности жизни от периодов здоровья до болезни и периодов от богатства до бедности). Однако критики аргументируют, что вследствие неравномерного распределения недомогания (то есть меньшая часть счетов населения для большинства расходов за здравоохранение), система без межличностного перераспределения означает, что тяжесть затрат ляжет на небольшую пропорцию населения, которая, по крайней мере должна быть обеспеченной из-за взаимосвязи между доходом и здоровьем [18].

За исключением микромоделирования, используя данные США, на сегодняшний день проведено недостаточно экспериментальной работы, чтобы протестировать эти теоретические предположения. В следующем параграфе представлены схемы медицинских сберегательных счетов, которые уже были внедрены, а также ограниченное число эмпирических работ по их влиянию.

ЛИТЕРАТУРА



1. Funding health care: options for Europe/Eds. E.Mossialos, A.Dixon, J.Figueras, J.Kutzin. – Buckingham: Open Univ. Press, 2002.
2. Health and Welfare Bureau, Government of the Hong Kong Special Administrative Region//Lifelong investry of Health, 2000. Available from: [http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b\[A\].html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b[A].html). Accessed: January 12, 2001.
3. Parry J. Hong Kong wants adults to save for their health care in old age//BMJ. – 2001. – Vol. 322. – С. 816.
4. Nichols L.M., Prescott N., Phua K.H. Medical savings accounts for developing countries/ In: Eds. G.J.Schieber. Innovations in health care, financing. Proceedings of a World Bank



- conference, 1997 March 10–11, Washington (DC), USA/Washington (DC): The International Bank for Reconstruction & Development//The World Bank, 1997. – P. 255.
5. World Health Organization. The world health report 2000/Health systems: improving performance. – Geneva: WHO, 2000.
6. *Kutzin J.* The appropriate role for patient cost sharing//In: Eds. R.B.Saltman, J.Figuera, C.Sakellarides, Critical challenges for, health care reform in Europe (state of health series)//Buckingham: Open Univ. Press, 1998. – C. 78–112.
7. *Feldman R., Schultz J.* Who uses flexible spending accounts: effects of employee characteristics and employer strategies//Med. Care. – 2001. – Vol. 39. – C. 661–669.
8. *Botha C., Hensher M., Masobe P., Van der Heever A.* Medical savings accounts and the new medical schemes act (act 131 of act:regulatory issues). Health Financing, Department of Health, 2001/ Available from: http://actuary.uct.ac.za/students/reading_list.htm/ Accessed: November 26, 2001.
9. *Stano M.* Individual health accounts: an alternative health care financing approach// Health Care Financ Rev. – 1981. – Vol. 3 – C. 117–125.
10. *Pauly M.V., Goodman J.C.* Tax credits for health insurance and medical savings accounts//Health Aff (Millwood). – 1995. – Vol. 14. – C. 126–138.
11. *Rice T., Morrison K.R.* Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform//Med. Care. Rev. – 1994. – Vol. 51. – C. 235–287.
12. *Saltman R.B.* Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea//Eur. J. Public. Health., 1998. – Vol. 8. – C. 276–278.
13. *Scheffler R., Yu W.* Medical savings accounts: a worthy experiment//Eur. J. Public. Health. – 1998. – Vol. 8. – C. 274–276.
14. *Hsiao W.C.* Behind the ideology and theory: what is the empirical evidence for medical savings accounts?//J. Health. Polit. Policy. Law. – 2001. – Vol. 26. – C. 733–737.
15. *Jefferson R.T.* Medical savings accounts: windfalls for the healthy, wealthy and wise//Catholic. University Law. Review. – 1999. – Vol. 48. – C. 685–723.
16. *Zabinski D., Selden T.M, Moeller J.F., Banthin J.S.* Medical savings accounts: microsimulation results from a model with adverse selection//J. Health. Econ. – 1999. – Vol. 18. – C. 195–218.
17. *Moon M., Nichols L.M., Wall S.* Medical savings accounts: a policy analysis//The Urban. Institute., 1996. Available from: www.urban.org/pubs/HINSURE/medicalsavingsaccount.htm Accessed: June 11, 2000.
18. *Hurley J.* Medical savings accounts: approach with caution//J. Health. Serv. Res. Policy. – 2000. – Vol. 5. – C. 130–132.

Продолжение в следующем номере.

Право на публикацию статьи любезно предоставлено редакцией журнала:
«Croatian Medical Journal»



МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО: ГРАНТЫ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОБМЕМЫ, ОБУЧЕНИЕ

Исследовательская программа Фонда исследований паралича Кристофера Рива

Области здравоохранения: Исследования паралича.

Требования к соискателям: В качестве главного исследователя могут выступать ведущие ученые, молодые исследователи и постдокторские стажеры.

Описание: Изучение стратегий, которые могут способствовать росту и выживанию нейронов, стимулировать образование синапсов, повышать выработку миелина, восстанавливать проводимость или, иными способами, вызывать восстановление нарушенных нервных схем в спинном мозге при острых или хронических повреждениях.

Оценка действенности лекарств или других вмешательств, обеспечивающих защиту от вто-

ричного повреждения нейронов, или понимание механизмов такого повреждения.

Определение анатомических характеристик травм спинного мозга на хорошо определенных животных моделях и на человеческом спинном мозге, в особенности описание нейронных систем, которые наиболее уязвимы при повреждении спинного мозга, и возникающих в результате нарушений функций. Выяснение биологических механизмов, которые лежат в основе подходов к улучшению сопутствующих функций, затронутых повреждением спинного мозга (например, функции мочевого пузыря и половой функции), а также смягчению хронических болей и спазмов.

Дополнительная информация на сайте:
<http://www.christopherreeve.org/>

Проектные гранты фонда Chiron – Chiron Foundation Projects Grants

Интернет-адрес: http://www.chiron.com/aboutus/foundation/how_to_apply.html

Области здравоохранения: Помощь социально неадаптированным людям и обойденным вниманием категориям населения:

- ♦ меньшинства;
- ♦ неимущие взрослые;
- ♦ дети и молодежь из групп риска и другие группы населения в развивающихся странах.

Улучшение досягаемости и доступности высочайших стандартов помощи в профилактике, лечении и контроле заболеваний.

Совершенствование результатов помощи пациентам благодаря повышению качества связи между медицинскими работниками и пациентами.

Требования к соискателям: Организации здравоохранения.



Описание: Программа грантов фонда не ограничивается географическими рамками. Ее задача состоит в поиске решений, помогающих устранить вызванные болезнями страдания людей. С этой целью фонд поддерживает и выступает в качестве партнера организаций здравоохранения, действующих в США и по всему миру. При рассмотрении вопроса о поддержке таких организаций учитывается прежде всего соответствие их деятельности стратегическим целям Chiron, а

также проблемы здравоохранения, которые компания решает.

Срок представления заявок: Скользящий.

Информация для связи:

Grants Administration

Chiron Foundation

4560 Horton Street

Emeryville, CA 94608

Факс: (510) 601-6952

Эл. почта: Chiron_Foundation@chiron.com

Международная программа по снижению вреда – International Harm Reduction Development (IHRD)

Интернет-адрес: http://www.soros.org/harm-reduction/frame_grants.htm

Области здравоохранения: Деятельность по снижению вреда в странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза, включая предоставление прямых грантов и оказание помощи в натуральной форме.

Требования к соискателям: Соискателями могут быть организации, заинтересованные в осуществлении программ по снижению вреда или оказанию влияния на политику в отношении наркотиков в Восточной Европе и Центральной Азии. Среди примеров программ в сфере публичной политики и гражданской деятельности, получавших в прошлом поддержку IHRD: обучение практическим навыкам гражданской деятельности; создание организаций-потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ; участие в конференциях по снижению вреда; работа с населением и привлечение средств массовой информации к освещению проблем снижения вреда; создание сетей по снижению вреда; проекты, направленные на ослабление предрассудков по отношению к потре-

бителям наркотиков и/или людям, живущим с ВИЧ; правовая защита и помощь.

Описание: Международная программа по снижению вреда (IHRD) в сотрудничестве с отделениями Института «Открытое общество» (Фонда Сороса) в Восточной Европе и Центральной Азии предоставляет гранты для поддержки деятельности неправительственных организаций и правительственных ведомств, которые оказывают потребителям наркотиков помощь, направленную на снижение вреда, и противодействуют репрессивной политике, опирающейся на полицию и тюрьмы в ущерб здоровью и правам человека. В настоящее время национальные фонды и IHRD совместно финансируют более 180 проектов.

Срок представления заявок: Скользящий.

Информация для связи:

Open Society Institute

400 W. 59th Street

New York, NY 10019 USA

Телефон: (212) 548-0677

Факс: (212) 548-4617

Эл. почта: ihrd@sorosny.org





Конкурс ориентированных исследований: сотрудничество в области ВИЧ/СПИДа и сопутствующих инфекций – Targeted Research Competition: Cooperation in HIV/AIDS and Related Infections

Интернет-адрес: http://www.crdf.org/HIV/HIV_AIDS.htm

Области здравоохранения: ВИЧ/СПИД: базовые биологические механизмы, эффективные методы терапии, биомедицинские и поведенческие вмешательства для профилактики новых инфекций.

Требования к соискателям: Заявки могут направлять только участники из США и следующих стран бывшего СССР и Балтии: Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Молдова, Россия, Таджикистан, Туркменистан, Украина, Узбекистан и Эстония.

Описание: Данный конкурс включает две части: проведение совместных научных семинаров и последующий конкурс грантов на совместные исследования. Заявки по каждой из частей могут предусматривать исследования в любой области биологии, биомедицины, поведенческих наук или техники, связанные с ВИЧ/СПИДом.

Такие исследования могут охватывать эндемические сопутствующие инфекции, например, гепатит С и туберкулез. Допускаются также заявки на исследования по связанным с ВИЧ/СПИДом проблемам применительно к таким сопутствующим заболеваниям, как алкогольная или наркотическая зависимость, психические расстройства и т.д.

Срок представления заявок: 15 февраля 2005 г.

Информация для связи:

U.S. Civilian Research and
Development Foundation (CRDF)
1530 Wilson Boulevard, Suite 300
Arlington, VA 22209

Телефон: (703) 526-9720

Факс: (703) 526-9721

Эл. почта: health@crdf.org



НА ВОПРОСЫ ЧИТАТЕЛЕЙ ОТВЕЧАЕТ д.э.н., профессор Ф.Н.КАДЫРОВ

→ Должен ли в бюджетном учреждении здравоохранения существовать такой документ, как «Учетная политика»?

Наличие в бюджетном учреждении здравоохранения такого документа, как «Учетная политика», необязательно. В п.1 Положения по бухгалтерскому учету «Учетная политика организации» (ПБУ 1/98), утвержденном Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 9 декабря 1998 г. № 60н, сказано, что данное положение не распространяется на бюджетные учреждения. Предполагается, что Минфин РФ, устанавливая для бюджетных учреждений технику и методику ведения бухгалтерского учета, лишает бюджетные учреждения необходимости делать это самостоятельно. Тем не менее, это не означает, что бюджетные учреждения не имеют право самостоятельно формировать учетную политику. Как известно, под учетной политикой организации понимается принятая ею совокупность способов ведения бухгалтерского учета: первичного наблюдения, стоимостного измерения, текущей группировки и итогового обобщения фактов хозяйственной деятельности. В инструкциях же Минфина РФ многие вопросы ведения бухгалтерского учета остаются нерегламентированными. В первую очередь это касается налогового учета. Поэтому формирование учетной политики бюджетным учреждением (и утверждение соответствующего документа) является целесообразным.

→ Почему наше ГУЗ (государственное учреждение здравоохранения) должно предоставлять справки о том, что это бюджетное учреждение? Разве из самого названия это не очевидно? И вообще являются ли синонимами понятия «государственное учреждение здравоохранения» (ГУЗ) и бюджетное учреждение?

Понятия «государственное учреждение здравоохранения» (ГУЗ) и бюджетное учреждение близки по значению, но не являются синонимами.

Понятие «государственное учреждение здравоохранения» определяет два основных момента:

1. Организационно-правовую форму организации (некоммерческая организация в форме учреждения, созданная органом государственной власти);
2. Принадлежность учреждения к сфере здравоохранения.

Понятие же «бюджетное учреждение» определяет, что учреждение финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов. Определение, данное в статье 161 Бюджетного кодекса РФ, гласит: «Бюджетное учреждение – организация, созданная органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических или иных функций некоммерческого характера, деятельность которой финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов». Справки,





которые порой требуются от государственного учреждения здравоохранения, обычно необходимы для предоставления ему различных видов льгот (налоговых, по аренде и т.д.). Они предполагают подтверждение того, что данное учреждение действительно финансируется из бюджета или средств ОМС по смете доходов и расходов. Теоретически государственное учреждение здравоохранения должно быть бюджетным учреждением. Однако уставные документы могут не отражать реального положения вещей.

Учредитель (органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления) неизменен, пока действует устав, а вот порядок финансирования может измениться. Поэтому и нужны справки.

При этом следует обратить внимание на один юридический казус: если государственное учреждение здравоохранения будет финансироваться из средств ОМС не по смете доходов и расходов, а по счетам за пролеченных больных через страховые организации и не иметь финансирования из бюджета (что не редкость), то формально оно перестает быть бюджетным учреждением.

Что такое порядок (метод) признания расходов в целях налогообложения?

Для правильного определения прибыли необходимо сравнивать доходы и расходы, относящиеся только к текущему периоду. Отнесение возникших доходов и расходов к доходам и расходам текущего отчетного (налогового) периода подразумевает их учет при исчислении налоговой базы за текущий отчетный (налоговый) период. При этом следует различать моменты возникновения доходов и расходов, которые зависят от метода, применяемого налогоплательщиком для целей исчисления налога на прибыль, – метода начисления или кассового метода и порядка отнесения тех или иных видов доходов и расходов к доходам и расходам текущего отчетного (налогового) периода.

Метод начисления

При методе начисления доходы и расходы признаются в том отчетном (налоговом) периоде, в котором они имели место, независимо от фактического поступления (выплаты) денежных средств, иного имущества (работ, услуг) и (или) имущественных прав.

Моменты возникновения доходов и расходов при методе начисления определены, соответственно, статьями 271, 316, 317, 272 НК РФ.

Пунктом 3 статьи 271 НК РФ определена дата возникновения доходов от реализации для налогоплательщиков, применяющих этот метод. При этом необходимо учитывать, что датой реализации товаров признается день перехода права собственности на товары, определяемый в соответствии с гражданским законодательством. Дата реализации работ соответствует дате подписания документа, подтверждающего передачу результатов этих работ. Датой реализации услуг признается день оказания



этих услуг. Датой реализации имущественных прав следует признавать день перехода указанных прав приобретателю. Указанный порядок регулируется ГК РФ.

Даты возникновения прочих доходов при методе начисления определены пунктами 4 – 8 статьи 271 НК РФ. Статьями 316, 317 НК РФ уточнены даты возникновения конкретных видов доходов от реализации и внереализационных доходов.

Даты возникновения расходов при методе начисления определены статьей 272 НК РФ. При этом расходы учитываются в том периоде, к которому они относятся, исходя из условий сделки. То есть при осуществлении расходов период их учета (возникновения) определяется документом, в соответствии с которым подобные расходы осуществлены.

Моменты возникновения отдельных видов расходов предусмотрены пунктами 2 – 10 статьи 272 НК РФ.

Одновременно следует обратить внимание на то, что в случае, если условиями договора предусмотрено получение доходов в течение более чем одного отчетного периода и не предусмотрена поэтапная сдача товаров (работ, услуг), доходы распределяются налогоплательщиком самостоятельно с учетом принципа равномерности признания доходов и расходов.

В этом случае цена договора может быть распределена налогоплательщиком между отчетными периодами, в течение которых выполняется договор, одним из следующих способов: равномерно или пропорционально доле фактических расходов отчетного периода в общей сумме расходов, предусмотренных в смете.

При этом отнесение возникших расходов к расходам текущего отчетного (налогового) периода осуществляется в общеустановленном порядке.

Кассовый метод

Организации, у которых в среднем за предыдущие четыре квартала сумма выручки от реализации товаров (работ, услуг) этих организаций без учета налога на добавленную стоимость и налога с продаж не превысила 1 миллиона рублей за каждый квартал, имеют право учитывать дату возникновения доходов и расходов согласно статье 273 НК РФ (кассовый метод). По кассовому методу датой получения дохода (как от реализации, так и внереализационного) признается день поступления имущества (работ, услуг) или имущественных прав либо погашения задолженности иным способом. Для определения возможности применять кассовый метод организация ежеквартально исчисляет вышеупомянутый показатель путем суммирования выручки за предыдущие четыре квартала и деления суммы на четыре.

Расходами налогоплательщиков признаются затраты после их фактической оплаты. В целях налогообложения оплатой товара (работ, услуг и (или) имущественных прав) признается прекращение встречного обязательства налогоплательщиком – приобретателем указанных товаров (работ, услуг) и имущественных прав перед продавцом, которое непосредственно связано с поставкой этих товаров (выполнением работ, оказанием услуг, передачей имущественных прав).

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА



Врачебная этика – разновидность профессиональной этики, содержанием которой является определение и обоснование миссии врача, системы нравственных ценностей врачебной профессии, моральных качеств, необходимых ее представителям. Благодаря врачебной этике происходит передача от учителей к ученикам моральных принципов и норм, регулирующих врачебную практику, сохраняется традиция поддержания высоких этических стандартов этой профессии.

Сестринская этика – профессиональная этика медицинских сестер.

Деонтология – учение о долге, основанное на принципе «соблюдения долга» (греч. deon – должное + logos). Термин «деонтология» введен в философию И.Бентамом. Деонтология базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдении некоторого набора правил, устанавливаемых сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей человека для обязательного исполнения.



Деонтология медицинская – учение о должном в медицине, прежде всего о профессиональном долге врачей, всех медицинских работников по отношению к их пациентам. В профессиональной медицинской среде понятие деонтологии медицинской обычно употребляется как синоним понятия медицинской этики. В современной медицине употребляются и термин «медицинская этика», и термин «деонтология медицинская»; при этом термин «медицинская этика» обычно указывает на мировоззренческий контекст принципов и норм для врачей и других работающих в медицине специалистов, а термин «деонтология медицинская» – на моральные нормы и стандарты самой медицинской практики. Для каждой врачебной специальности существует свой «кодекс чести», несоблюдение которого чревато дисциплинарными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия.



Конфиденциальность – норма этики и права, запрещающая медицинским работникам разглашать определенную информацию. В том или другом виде норма конфиденциальности имеется в многочисленных кодексах профессиональной этики медицинских работников, юристов, психологов, журналистов и т.д. Данная норма распространяется на всех лиц, которые в силу своего служебного или профессионального положения стали обладателями указанной информации.

Врачебная тайна – обязанность врача не оглашать сведения о больном без его согласия, если речь идет о заболевании, связанном с интимной жизнью больного (женские болезни, психические нарушения, некоторые пороки развития и т.д.). Оглашение медицинской информации допустимо лишь с открытого согласия пациента или в случаях, прямо предусмотренных законом.



Биоэтика – междисциплинарная область знания, охватывающая широкий круг философских и этических проблем, возникающих в связи с бурным развитием медицины, биологических наук и использования в здравоохранении высоких технологий. Формирование и развитие биоэтики связаны с процессом трансформации традиционной этики вообще, медицинской и биологической этики, в частности. Они обусловлены прежде всего резко усиливающимся вниманием к правам человека (в медицине – это права пациента, испытуемого и т.д.) и созданием новых медицинских технологий, порождающих множество проблем, требующих решения, как с точки зрения права, так и морали. Существуют ли пределы оказания медицинской помощи и каковы они в поддержании жизни смертельно больного человека? Допустима ли эвтаназия? С какого момента следует отсчитывать наступление смерти? С какого момента зародыш можно считать живым существом? Допустимы ли аборт? Вот лишь некоторые из тех вопросов, которые встают перед врачом, а также перед широкой общественностью при современном уровне развития медицинской науки.



Этические комитеты (комиссии) – разнообразные по составу и статусу аналитически-консультативные, а в отдельных случаях и контролирующие органы, призванные вырабатывать нравственные правила функционирования конкретных исследовательских и медицинских учреждений, а также давать этическую экспертизу и рекомендации по конфликтным ситуациям, возникающим в биомедицинских исследованиях и медицинской практике. Этические комитеты построены на междисциплинарной основе и включают, помимо медиков и биологов, юристов, психологов, социальных работников, экспертов в области медицинской этики, пациентов и их представителей, а также представителей общественности.

Информированное согласие – добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: предоставление информации и получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности. Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

- ♦ о характере и целях предлагаемого ему лечения;
- ♦ о связанном с ним существенном риске;
- ♦ о возможных альтернативах данному виду лечения.

Клятва Гиппократ – принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460–377 гг. до н.э.). Они лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве» Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом. Один из важнейших принципов – «не навреди».

Модель врачебной этики Парацельса («делай добро») – модель врачебной этики, которая сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493–1541 гг.). В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм – эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

Ятрогения (греч. *iatros* – врач и *genia* < *gnomai* – возникаю) – болезнь, вызванная нежелательными или неблагоприятными последствиями медицинских вмешательств и приводящая к различным нарушениям функций организма, ограничениям привычной деятельности, к инвалидности или смерти. Издавна врачи знают, что неумелое обращение со словом или назначение каких-то лекарств в случаях идиосинкразии может нанести вред пациенту. Термин «ятрогения» получил широкую известность в медицине благодаря статье «Врач как причина душевных болезней» (1925, О.Бумке).

Эвтаназия (от греческих слов *eivos* – «хорошо» и *thanatos* – «смерть», означая буквально «добрая», «хорошая» смерть) – сознательное действие или отказ от действий, приводящие к скорой и безболезненной (не всегда) смерти безнадежно больного человека с целью прекращения некупируемой боли и страданий. На практике применяется достаточно четкая классификация эвтаназии:

1. Medical decision concerning end of life (MDEL), или «медицинское решение о конце жизни». MDEL можно разделить на две большие категории:

- ♦ собственно эвтаназия – случаи активного участия врача в смерти пациента. Это собственно производимое врачом убийство больного с информированного согласия (см. выше) последнего;
- ♦ ассистируемый врачом суицид (Physician assisted suicide – PAS), когда врач приготавливает смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.

2. Случаи, когда роль врача сводится к согласованному с пациентом отказу от назначений, позволяющих продлить жизнь больного, или же к осуществлению мер и/или увеличению доз облегчающего страдания лекарства (например, обезболивающего или снотворного), в результате чего жизнь больного сокращается. В основном – это прием опиоидных анальгетиков. Также к данной группе следует отнести сознательное информирование безнадежно больного о смертельной дозе принимаемого им препарата.





**VI ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
«ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ
МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
(проводится одновременно с VI Специализированной
выставкой «Информационные технологии
в здравоохранении – 2005»)**

Организаторы: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Российская академия медицинских наук, Ассоциация медицинской информатики, Международная Академия Информатизации, Российский государственный медицинский университет, Выставочный комплекс ВВЦ «Наука и образования»

Информационная поддержка: журнал «Врач и информационные технологии»

Место проведения: ВВЦ, павильон № 5

Время проведения: 16 – 18 марта 2004 г.

**Основные тематические
разделы конференции:**

**1. Модернизация здравоохранения и
роль информационных технологий в ее
реализации.**

1.1. Основные направления реформы здравоохранения.

1.2. Изменение организационно-правовых форм медицинских организаций: консалтинг и информационная поддержка.

1.3. Информационная модель льготного социального обеспечения (лекарственного, санаторно-курортного, транспортного).

1.4. Роль МИАЦ в информировании населения в проведении реформы.

2. Использование медицинских информационных систем в ЛПУ.

2.1. Проблемы выбора, приобретения и установки МИС.

2.1.1. Назначение и отличительные характеристики МИС.

2.1.2. Опыт выбора, внедрения и эксплуатации МИС;

2.2. МИС в управлении ресурсами ЛПУ.

2.2.1. ИС экономических служб.

2.2.2. ИС управления персоналом.

2.2.3. ИС документооборота.

2.2.4. ИС бухгалтерского учета.

2.2.5. МИС учета движения пациентов.

2.3. МИС в организации лечебно-диагностического процесса.

2.3.1. МИС лабораторной диагностики.

2.3.2. МИС радиологической диагностики.

2.3.3. МИС амбулаторных специалистов.

2.3.4. МИС лечебно-диагностических служб.

2.3.5. МИС оперативных подразделений.

2.3.6. Электронные истории болезней.



2.3.7. Экспертные системы и интеллектуальные системы в медицине.

2.4. Телемедицинские проекты: оценка эффективности.

3. Проблемы разработки медицинских информационных систем.

3.1. Финансовое обеспечение проектов.

3.2. Современные методы разработки ИС.

3.3. Правовые аспекты разработки и внедрения ИС.

3.4. Использование Интернет-технологий в МИС.

3.5. Использование интеллектуальных технологий.

Формы участия в конференции:

I. Доклад и публикация тезисов.

II. Публикация тезисов.

III. Присутствие в качестве слушателя (вход бесплатный).

IV. Публикация статей, отобранных программным комитетом, в специальном выпуске журнала «Врач и информационные технологии».

Условия участия:

Представляемые материалы на конференцию рассматриваются программным комитетом и часть из них включается в программу конференции в виде доклада и (или) публикуются полностью в специальном выпуске журнала «Врач и информационные технологии».

Тезисы всех представленных статей публикуются в сборнике трудов конференции.

Желающие выступить на конференции, опубликовать статью и (или) тезисы должны представить по электронной почте материалы в оргкомитет до **5 февраля 2005 г.**

Для рассмотрения докладов (статей) программным комитетом и публикации тезисов в сборнике необходимо:

Передать в Оргкомитет конференции по электронной почте (medic@fairs.ru) до **5 февраля**

2005 г. доклад (статью), тезисы и заполненную регистрационную форму с **обязательным** указанием номера платежного документа.

Оплатить по 500 рублей за первые 4000 и далее за каждые 4000 символов тезисов.

Объем доклада (статьи) не более 12 000 символов.

Тезисы и доклад (статья) должны содержать (последовательно):

♦ На русском языке:

– Название (прописными буквами);

– Фамилия, имя, отчество (полностью) автора (ов);

– Полное наименование организации (в скобках сокращенное), город;

– Аннотация (до 400 символов) под заголовком **Аннотация**.

♦ На английском языке (по желанию):

– Название (прописными буквами);

– Фамилия, имя, отчество (полностью) автора (ов);

– Полное наименование организации (в скобках сокращенное), город;

– Аннотация (до 400 символов) под заголовком **Abstract**.

♦ Текст (только на русском языке) – **не более 12000 символов** включая пробелы (для тезисов при превышении предела в 4000 символов оплата за каждые следующие 4000 символов производится, как за дополнительные тезисы).

♦ Список использованной литературы.

Формат тезисов:

Документ Word for Windows (версии 6.0/95 или 97/2000) или документ в формате .rtf

Формат страницы – А4. Шрифт Arial 12 пунктов. Ширина текста: 15,7 см.

Абзацы должны быть отделены друг от друга пустой строкой (дополнительным «Enter»).

Запрещены любые действия над текстом («красные» строки, центрирование, отступы, пе-





реносы в словах и т.д.), **кроме** выделения слов полужирным, подчеркивания и использования маркированных и нумерованных (первого уровня) списков. Вставка точечных (растровых) рисунков **не рекомендуется**. В случае плохого качества они будут из текста удалены.

Оплату публикации тезисов можно производить:

♦ безналичным перечислением на расчетный счет с **обязательным указанием фамилий и инициалов участников и пометкой: За участие в VI Всероссийской конференции «Информационные технологии в системе реформ здравоохранения – 2005».**

Получатель:
129223, г. Москва, проспект Мира,
ВВЦ, строение 5
р/с 40702810800000000047
к/с 3010181000000000104
БИК 044583104
АК «Федеральный Банк Инноваций
и Развития», г. Москва
ИНН 7717080154
КПП 771701001
ОКПО 46810282

♦ перечислением через любое отделение «Сбербанка» (с теми же реквизитами) в наличной

форме в Оргкомитете конференции (все необходимые бухгалтерские документы будут выданы).

Одновременно с материалами для публикации в оргкомитет направляется регистрационная форма:

Контактное лицо (Ф.И.О., должность, место работы) _____

Полный адрес _____

Телефон, факс, электронная почта для связи _____

Форма оплаты (наличная/ безналичная, № платежного документа) _____

Примечание: Представляемые научные статьи не должны иметь рекламного характера. Очным и заочным участникам выставки предоставляется право презентовать свои разработки на конференции, опубликовать в сборнике или в журнале «Врач и информационные технологии» на условиях, которые можно получить в оргкомитете.

По всем вопросам обращаться в Оргкомитет:

Тел./факс: 974-63-00, доб. 116, 114, 115.

E-mail: medic@fairs.ru,

<http://www.fairs.ru>

Уважаемые подписчики!

В редакцию журнала поступает большое количество просьб о предоставлении полных текстов новых законопроектов, пояснительных записок к ним, приказов Минздравсоцразвития РФ, клинико-экономических стандартов и пр.

Если Ваша медицинская организация не имеет подключения к Интернету и Вы не можете скопировать запрашиваемые материалы с сайта нашего журнала, направляйте свои запросы на запись любого пакета документов на компакт-дисках.

Адрес редакции: 127254, Москва, ул.Добролюбова, 11, оф.234

Телефон редакции: (095) 218-07-92



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

«О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях»

Глава I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Отношения, регулируемые настоящим Федеральным законом

1. Настоящий Федеральный закон определяет правовое положение государственных и муниципальных автономных некоммерческих организаций, порядок их создания, реорганизации и ликвидации, цели и порядок формирования и использования их имущества, порядок управления государственными (муниципальными) автономными некоммерческими организациями, основы их отношений с учредителями и участниками гражданского оборота, ответственность таких организаций по своим обязательствам.

2. Для государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в отдельных областях, указанных в пункте 1 статьи 2 настоящего Федерального закона, федеральными законами могут определяться особенности регулирования отношений, указанных в пункте 1 настоящей статьи.

3. Федеральный закон «О некоммерческих организациях» применяется к отношениям, указанным в пункте 1 настоящей статьи, поскольку настоящим Федеральным законом и федеральными законами, указанными в пункте 2 настоящей статьи, не установлено иное.

Статья 2. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация

1. Государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией признается автономная некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для оказания услуг (выполнения работ), в целях осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации функций государства (муниципальных образований) в области науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта.

2. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация является юридическим лицом. Она может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

3. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация осуществляет свою деятельность в соответствии с определенными законом и уставом целями путем оказания услуг (выполнения работ) в областях, указанных в пункте 1 настоящей статьи.

Правительством Российской Федерации могут быть определены виды деятельности, которые государственные (муниципальные) автономные некоммерческие организации осуществлять не вправе.

4. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация вправе с согласия своего учредителя выступать учредителем (участником) других юридических лиц, деятельность которых соответствует целям деятельности государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, определенным настоящим федеральным законом, если участие в указанных юридических лицах может способствовать качественному предоставлению услуг государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации.

5. Имущество государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, в том числе переданное ей учредителем при ее создании, принадлежит государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации на праве собственности.

Памятники истории и культуры, музейные ценности, природные ресурсы (кроме земельных участков) и иные виды имущества, ограниченного для использования в гражданском обороте либо изъятого из гражданского оборота (пункт 2 статьи 129 Гражданского кодекса Российской Федерации), передаются государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации в пользование на условиях и в порядке, определяемых федеральными законами и иными федеральными правовыми актами.

Имущество государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации используется ею исключительно для целей, определенных ее уставом.

6. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация отвечает по своим обязательствам всем своим имуществом.





Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация не отвечает по обязательствам своего учредителя, а учредитель не отвечает по обязательствам созданной им государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, за исключением случаев, предусмотренных договором поручительства.

7. Доходы государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в ее самостоятельное распоряжение. Учредитель государственной (муниципальной) автономной, некоммерческой организации не имеет права на получение доходов от использования имущества и деятельности организации.

8. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация обязана ежегодно публиковать отчеты о своей деятельности и использовании своего имущества в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

9. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация обязана вести бухгалтерский учет и представлять бухгалтерскую и статистическую отчетность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

10. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация предоставляет информацию о своей деятельности органам государственной статистики, налоговым органам, государственным органам или органам местного самоуправления, выступающим от имени учредителя, и иным органам и лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации и своим уставом.

11. Сведения о размере и составе имущества государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, размере и структуре его доходов и расходов, численности и составе работников, среднем уровне оплаты их труда, использовании безвозмездного труда граждан в деятельности государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации не могут составлять коммерческую тайну.

12. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация обеспечивает открытый доступ, включая доступ средств массовой информации к следующим своим документам:

- ♦ уставу (включая изменения и дополнения к уставу);
- ♦ свидетельству о государственной регистрации;
- ♦ решению учредителя о создании государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации;
- ♦ положениям о филиалах и представительствах;

- ♦ документам, содержащим сведения о персональном составе попечительского совета и исполнительного органа;

- ♦ сведения о размере и составе имущества, находящегося на балансе государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации и документам, подтверждающим его права на это имущество;

- ♦ плану финансово-хозяйственной деятельности;
- ♦ годовым отчетам о финансовой деятельности, бухгалтерской отчетности;

- ♦ заключению аудиторов.

Статья 3. Основная деятельность государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации

1. Основной деятельностью государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации признается деятельность, непосредственно направленная на достижение целей, ради которых государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация создана.

2. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация имеет право на основании заказа учредителя осуществлять бесплатное или частично платное оказание услуг (выполнение работ) для потребителя.

3. Сверх объемов заказов, указанных в пункте 2 настоящей статьи, государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация вправе также по своему усмотрению оказывать услуги (выполнять работы), относящиеся к ее основной деятельности, возмездно (статья 423 Гражданского кодекса Российской Федерации) для любых граждан и юридических лиц, с соблюдением правил гражданского законодательства о публичном договоре (статья 426 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Статья 4. Дополнительная деятельность государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации

1. При соблюдении условий, предусмотренных пунктом 2 статьи 3 настоящего Федерального закона, и на тех же началах государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация вправе выполнять работы (предоставлять услуги), которые носят дополнительный характер по отношению к основной деятельности организации, определенной ее уставом.

2. Все виды дополнительной деятельности, которые государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация вправе осуществлять на основании настоящей статьи, должны быть исчерпывающим образом указаны в ее уставе.



Глава II. СОЗДАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ (МУНИЦИПАЛЬНОЙ) АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Статья 5. Создание государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации

1. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация может быть создана путем ее учреждения или путем преобразования государственного (муниципального) учреждения, в том числе автономного.

2. Решение о создании государственной автономной некоммерческой организации на базе имущества, находящегося в федеральной собственности, принимается Правительством Российской Федерации в установленном им порядке.

Решение о создании государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации на базе имущества, находящегося в собственности субъекта Российской Федерации или в собственности муниципального образования, принимается органом государственной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления в рамках их компетенции, установленной актами, определяющими статус этих органов.

3. Решение о преобразовании государственного (муниципального) учреждения в одну или несколько государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций принимается при наличии одновременно следующих условий:

- ♦ преобразование государственного (муниципального) учреждения в одну или несколько государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций не повлечет нарушения предусмотренных законом прав граждан, в том числе права на получение бесплатной медицинской помощи и бесплатного образования;

- ♦ на дату принятия решения о преобразовании у государственного (муниципального) учреждения нет кредиторской задолженности, просроченной более чем на три месяца.

Правительством Российской Федерации могут быть установлены дополнительные условия для принятия решений о преобразовании государственных (муниципальных) учреждений в государственные (муниципальные) автономные некоммерческие организации.

4. Правительством Российской Федерации либо уполномоченным на то органом государственной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления могут определяться перечни государственных (муниципальных) учреждений, не подлежащих преобразованию в государственные (муниципальные) автономные некоммерческие организации.

Статья 6. Учредитель государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации

1. Учредителем государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации является:

- ♦ Российская Федерация в отношении государственной автономной некоммерческой организации, созданной на базе имущества, находящегося в федеральной собственности;

- ♦ субъект Российской Федерации в отношении государственной автономной некоммерческой организации, созданной на базе имущества, находящегося в собственности субъекта Российской Федерации;

- ♦ муниципальное образование в отношении муниципальной автономной некоммерческой организации, созданной на базе имущества, находящегося в собственности муниципального образования.

2. Предусмотренные настоящим Федеральным законом функции и полномочия учредителя государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации осуществляются Правительством Российской Федерации либо федеральным органом исполнительной власти, органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления, в ведении которого находится государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация.

3. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация может иметь только одного учредителя.

Статья 7. Устав государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации

1. Учредительным документом государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации является устав, утверждаемый ее учредителем.

2. Устав государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации должен содержать следующие сведения:

- ♦ наименование организации, включающее слова «автономная некоммерческая организация» и содержащее указание на характер деятельности организации, а также на ее принадлежность к Российской Федерации либо к определенному субъекту Российской Федерации или муниципальному образованию;

- ♦ место нахождения организации;
- ♦ предмет и цели деятельности организации;
- ♦ виды основной и дополнительной деятельности, которые вправе осуществлять организация в соответствии с целями, для достижения которых она создана;

- ♦ сведения о филиалах и представительствах организации;





- ♦ структуру, компетенцию, порядок формирования, сроки полномочий и порядок деятельности органов государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации;
- ♦ источники формирования имущества организации;
- ♦ иные предусмотренные законом сведения.

Статья 8. Государственная регистрация государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации

1. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация подлежит государственной регистрации в органе, осуществляющем государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

2. При государственной регистрации государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации помимо документов, предоставление которых предусмотрено Федеральным законом «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей», в орган, осуществляющий государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, также представляются сведения о составе и стоимости имущества, переданного в собственность организации учредителем.

Глава III. УПРАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ (МУНИЦИПАЛЬНОЙ) АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Статья 9. Основы управления государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией

1. Структура, компетенция, порядок формирования, сроки полномочий и порядок деятельности органов государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации определяются уставом организации в соответствии с настоящим Федеральным законом и иными федеральными законами.

2. Органами государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации являются попечительский совет, единоличный исполнительный орган и иные органы, предусмотренные федеральным законом и уставом организации (ученый совет, художественный совет и др.).

Уставом государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации может быть предусмотрено создание коллегиального исполнительного органа.

3. Члены попечительского совета и коллегиального исполнительного органа государственной (муниципальной)

автономной некоммерческой организации, а также лицо, осуществляющее функции ее единоличного исполнительного органа, и его заместители могут пользоваться услугами организации только на равных условиях с другими гражданами.

Статья 10. Попечительский совет

1. Высшим органом государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации является попечительский совет, образуемый сроком на пять лет в составе не менее трех и не более одиннадцати членов. В состав попечительского совета входят представители федерального органа исполнительной власти, органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органа местного самоуправления, в ведении которого находится государственная (муниципальная) некоммерческая автономная организация, представители федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органов местного самоуправления, на который возложено управление государственным или муниципальным имуществом, и представители общественности, в том числе лица, имеющие заслуги и достижения в соответствующей сфере деятельности. В состав попечительского совета могут входить также представители иных государственных органов и органов местного самоуправления.

Лицо, осуществляющее функции единоличного исполнительного органа государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, и иные лица, состоящие с государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией в трудовых отношениях, не могут быть членами попечительского совета.

Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация не вправе выплачивать членам попечительского совета вознаграждение за выполнение ими своих обязанностей, за исключением компенсации документально подтвержденных расходов, непосредственно связанных с участием в работе попечительского совета.

2. Решение о назначении и досрочном прекращении полномочий членов попечительского совета государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации принимается ее учредителем.

Полномочия члена попечительского совета государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации могут быть продлены на новый срок неограниченное число раз.

Полномочия члена попечительского совета государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации могут быть прекращены досрочно:

- 1) по просьбе члена попечительского совета;



2) в случае невозможности исполнения членом попечительского совета своих обязанностей по состоянию здоровья или по причине длительного отсутствия в месте нахождения организации;

3) в случае привлечения члена попечительского совета к уголовной ответственности или совершения им недостойного поступка.

Полномочия члена попечительского совета, являющегося представителем государственного органа или органа местного самоуправления либо состоящего с государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией в трудовых отношениях, могут быть также прекращены досрочно в случае прекращения его трудовых отношений соответственно с государственным органом или органом местного самоуправления либо с государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией.

Вакансии, образовавшиеся в составе попечительского совета в связи со смертью или досрочным прекращением полномочий его членов, заполняются на оставшийся срок полномочий попечительского совета.

3. Председатель попечительского совета избирается на срок полномочий попечительского совета членами попечительского совета из их числа простым большинством голосов от общего числа членов попечительского совета.

Попечительский совет вправе в любое время переизбрать своего председателя большинством в две трети голосов от общего числа членов попечительского совета.

Председатель попечительского совета организует его работу, созывает его заседания и председательствует на них, организует на заседаниях ведение протокола. Председатель попечительского совета заключает от имени государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации трудовой договор с лицом, исполняющим функции ее единоличного исполнительного органа.

В отсутствие председателя попечительского совета его функции осуществляет старший по возрасту член попечительского совета.

Статья 11. Компетенция попечительского совета

1. В компетенцию попечительского совета государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации входит решение всех вопросов общего руководства деятельностью организации, за исключением вопросов, отнесенных настоящим Федеральным законом к компетенции учредителя организации.

К компетенции попечительского совета относятся:

1) определение приоритетных направлений деятельности организации;

2) внесение изменений и дополнений в устав организации или утверждение устава организации в новой редакции;

3) реорганизация и ликвидация организации;

4) назначение ликвидационной комиссии и утверждение промежуточного и окончательного ликвидационных балансов;

5) назначение и досрочное прекращение полномочий членов коллегиального исполнительного органа;

6) назначение и прекращение полномочий единоличного исполнительного органа, если для организации соответствующей сферы деятельности федеральным законом не предусмотрен иной порядок назначения и (или) прекращения полномочий руководителя, назначение и прекращение полномочий руководителя учреждения, если для организации соответствующей сферы деятельности федеральным законом не предусмотрен иной порядок назначения и (или) прекращения полномочий руководителя;

7) утверждение плана финансово-хозяйственной деятельности и порядка расходования средств организации и обсуждение не реже одного раза в квартал хода их исполнения;

8) утверждение годового отчета и годового бухгалтерского баланса, а также их представление учредителю организации;

9) принятие решений о создании филиалов и открытии представительств организации;

10) утверждение внутренних документов, регламентирующих деятельность организации и ее органов;

11) рассмотрение и одобрение предложений исполнительного органа о совершении крупных сделок и сделок, в отношении которых имеется конфликт интересов (сделок с заинтересованностью);

12) иные вопросы, предусмотренные настоящим Федеральным законом и уставом организации.

2. Решения по вопросам, указанным в подпунктах 2) и 3) пункта 1 настоящей статьи, принимаются попечительским советом большинством в две трети голосов от общего числа членов попечительского совета по предложению учредителя организации либо по согласованию с ним. Решения по другим вопросам принимаются простым большинством голосов от общего числа членов попечительского совета.

3. Вопросы, отнесенные к компетенции попечительского совета, не могут быть переданы на решение исполнительному органу государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации.

4. По требованию попечительского совета или любого из его членов другие органы государственной (муници-





пальной) автономной некоммерческой организации обязаны предоставить информацию по вопросам, относящимся к компетенции попечительского совета.

Статья 12. Порядок проведения заседаний попечительского совета

1. Заседания попечительского совета государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал.

2. Заседание попечительского совета созывается его председателем по собственной инициативе, по указанию учредителя организации либо по требованию члена попечительского совета или исполнительного органа государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации.

Порядок созыва заседаний попечительского совета определяется уставом или внутренним документом организации.

В заседании попечительского совета вправе участвовать лицо, исполняющее функции единоличного исполнительного органа государственной (муниципальной) некоммерческой организации. Иные лица, приглашенные председателем попечительского совета, могут участвовать в заседании, если против их присутствия не возражает более одной трети от общего числа членов попечительского совета.

3. Заседание попечительского совета является правомочным, если на нем присутствует более половины членов попечительского совета. Участие члена попечительского совета в его заседании через представителя, а также передача членом попечительского совета своего голоса другому члену попечительского совета не допускаются.

Уставом государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации может быть предусмотрена возможность учета при определении наличия кворума и результатов голосования письменного мнения члена попечительского совета, отсутствующего на заседании попечительского совета по уважительной причине, а также возможность принятия решений попечительского совета путем заочного голосования. Указанный порядок не может применяться при принятии решений по вопросам, предусмотренным подпунктами 2) и 3) пункта 1 статьи 12 настоящего Федерального закона.

Каждый член попечительского совета имеет один голос. В случае равенства голосов решающим является голос председателя попечительского совета.

4. Первое заседание попечительского совета государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации после ее создания, а также первое заседа-

ние нового состава попечительского совета созывается учредителем организации. До избрания председателя попечительского совета на таком заседании председательствует старший по возрасту член попечительского совета.

Статья 13. Исполнительные органы

1. Текущее руководство деятельностью государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации осуществляет ее единоличный исполнительный орган (директор, генеральный директор, ректор, главный врач, управляющий и т.д.), к компетенции которого относятся все вопросы руководства организацией, за исключением вопросов, отнесенных законом или уставом организации к компетенции иных органов.

Единоличный исполнительный орган организует выполнение решений учредителя, попечительского совета и коллегиального исполнительного органа государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, без доверенности действует от ее имени, в том числе представляет ее интересы и совершает сделки, утверждает штатное расписание, издает приказы и дает указания, обязательные для исполнения всеми работниками организации.

2. Решение о назначении единоличного исполнительного органа принимается попечительским советом, если для организации соответствующей сферы деятельности федеральным законом не предусмотрен иной порядок назначения полномочий руководителя.

Попечительский совет вправе в любое время принять решение о прекращении полномочий единоличного исполнительного органа, если для организации соответствующей сферы деятельности федеральным законом не предусмотрен иной порядок прекращения полномочий руководителя.

3. На отношения между государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией и ее единоличным исполнительным органом действие законодательства Российской Федерации о труде распространяется в части, не противоречащей положениям настоящего Федерального закона.

4. Если уставом государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации предусмотрено образование наряду с единоличным исполнительным органом также коллегиального исполнительного органа (правления, дирекции и т.д.), члены такого органа назначаются попечительским советом организации в количестве и на срок, которые определены уставом организации.

Коллегиальный исполнительный орган осуществляет полномочия, отнесенные уставом организации к его компетенции.



Председателем коллегиального исполнительного органа является по должности лицо, осуществляющее функции единоличного исполнительного органа.

Статья 14. Крупные сделки

Для целей настоящего Федерального закона крупной признается заключаемая государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией сделка, связанная с распоряжением денежными средствами, привлечением заемных денежных средств, и принятием иных обязательств, а также отчуждением или обременением имущества организации, если цена такой сделки либо стоимость отчуждаемого или обременяемого имущества превышает 10 процентов балансовой стоимости активов организации, определяемой по данным ее бухгалтерской отчетности на последнюю отчетную дату.

Положения настоящего Федерального закона о крупных сделках распространяются также на взаимосвязанные сделки, имеющие один и тот же предмет, цена которых в совокупности превышает величину, установленную частью первой настоящей статьи.

Статья 15. Порядок совершения крупных сделок и последствия его нарушения

1. Крупная сделка совершается с предварительного одобрения попечительского совета государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации.

2. Крупная сделка, совершенная с нарушением требований настоящей статьи, может быть признана недействительной по иску государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации или ее учредителя, если будет доказано, что другая сторона в сделке знала или должна была знать об отсутствии одобрения сделки попечительским советом государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации.

3. Лицо, осуществляющее функции единоличного исполнительного органа государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, несет перед организацией ответственность в размере убытков, причиненных ей в результате совершения крупной сделки с нарушением требований настоящей статьи, независимо от того, была ли эта сделка признана недействительной.

Статья 16. Сделки с заинтересованностью

1. Для целей настоящего Федерального закона лицами, заинтересованными в совершении государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией сделок с другими юридическими лицами и гражданами, признаются при наличии условий, указанных в пункте 2 настоящей статьи, члены попечительского сове-

та и коллегиального исполнительного органа государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, а также лицо, осуществляющее функции ее единоличного исполнительного органа, и его заместители.

Заинтересованность в совершении государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией сделки, не связанной с пользованием услугами, предоставляемыми организацией в процессе ее обычной уставной деятельности, влечет конфликт интересов заинтересованных лиц и государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации.

2. Лицо признается заинтересованным в совершении сделки, если оно, его супруг (в том числе бывший), родители, бабушки и дедушки, дети, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, а также двоюродные братья и сестры, тети и дяди, племянники и племянницы, усыновители и усыновленные:

- ♦ являются в сделке стороной, выгодоприобретателем, посредником или представителем;
- ♦ владеют (каждый в отдельности или в совокупности) 20 и более процентами голосующих акций акционерного общества или долей, превышающей 20 процентов уставного капитала общества с ограниченной или дополнительной ответственностью, либо являются единственным или одним из не более чем трех учредителей иного юридического лица, которое является в сделке стороной, выгодоприобретателем, посредником или представителем;
- ♦ занимают должности в органах управления юридического лица, являющегося в сделке стороной, выгодоприобретателем, посредником или представителем.

3. Заинтересованное лицо обязано до совершения сделки уведомить попечительский совет государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации о конфликте своих интересов с интересами организации.

Статья 17. Порядок совершения сделки с заинтересованностью и последствия его нарушения

1. Сделка с заинтересованностью может быть совершена с предварительного одобрения попечительского совета государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации.

Решение об одобрении сделки принимается большинством голосов членов попечительского совета, не заинтересованных в совершении сделки. В случае если большинство членов попечительского совета является лицами, заинтересованными в совершении сделки, решение об одобрении сделки принимается учредителем организации.





2. Сделка с заинтересованностью, совершенная с нарушением требования настоящей статьи, может быть признана недействительной по иску государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации или ее учредителя, если другая сторона в сделке не докажет, что она не знала и не должна была знать о наличии конфликта интересов в отношении этой сделки или об отсутствии ее предварительного одобрения.

3. Заинтересованное лицо, нарушившее обязанность, предусмотренную пунктом 3 статьи 16 настоящего Федерального закона, несет перед государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организацией ответственность в размере убытков, причиненных ей в результате совершения сделки с заинтересованностью с нарушением требований настоящей статьи, независимо от того, была ли эта сделка признана недействительной, если не докажет, что оно не знало и не могло знать о предполагаемой сделке или о своей заинтересованности в ее совершении.

Такую же ответственность несут единоличный исполнительный орган государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, не являющийся лицом, заинтересованным в совершении сделки, если не докажет, что он не знал и не мог знать о наличии в отношении сделки конфликта интересов.

В случае, когда за убытки, причиненные государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации в результате совершения сделки с заинтересованностью с нарушением требований настоящей статьи, отвечает несколько лиц, их ответственность является солидарной.

Глава IV. РЕОРГАНИЗАЦИЯ И ЛИКВИДАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ (МУНИЦИПАЛЬНОЙ) АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Статья 18. Реорганизация государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации

1. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация может быть реорганизована в случаях и в порядке, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, настоящим Федеральным законом и иными федеральными законами.

2. Реорганизация государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации может быть осуществлена в форме:

- ♦ слияния двух или нескольких государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций;
- ♦ присоединения к государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации одной или

нескольких государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций;

- ♦ разделения государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации на две или несколько государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций;

- ♦ выделения из государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации одной или нескольких государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций.

Реорганизация государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации в форме преобразования не допускается.

3. Государственные (муниципальные) автономные некоммерческие организации могут быть реорганизованы в форме слияния или присоединения, если государственные (муниципальные) автономные некоммерческие организации созданы на базе имущества одного и того же собственника.

4. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация может быть реорганизована, если это не повлечет за собой нарушения прав граждан в социально-культурной сфере, в том числе права на получение бесплатной медицинской помощи и бесплатного образования.

Статья 19. Ликвидация государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации

1. Государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация может быть ликвидирована по основаниям и в порядке, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

2. Требования кредиторов ликвидируемой государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации удовлетворяются за счет имущества, принадлежащего государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации на праве собственности.

3. Имущество государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации, оставшееся после удовлетворения требований кредиторов, передается ликвидационной комиссией (ликвидатором) ее учредителю.

Глава V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 20. Введение в действие настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон вводится в действие со дня его официального опубликования.

Президент Российской Федерации



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
«Об автономных учреждениях»

Глава I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Отношения, регулируемые настоящим Федеральным законом

1. Настоящий Федеральный закон определяет правовое положение автономных учреждений, порядок их создания, реорганизации и ликвидации, цели и порядок формирования и использования их имущества, порядок управления автономными учреждениями, основы их отношений с учредителями и участниками гражданского оборота, ответственность автономных учреждений по своим обязательствам.

2. Для автономных учреждений, осуществляющих деятельность в отдельных областях, указанных в пункте 1 статьи 2 настоящего Федерального закона, федеральными законами могут определяться особенности регулирования отношений, указанных в пункте 1 настоящей статьи.

3. Федеральный закон «О некоммерческих организациях» применяется к отношениям, указанным в пункте 1 настоящей статьи, поскольку настоящим Федеральным законом и федеральными законами, указанными в пункте 2 настоящей статьи, не установлено иное.

Статья 2. Автономное учреждение

1. Автономным учреждением признается государственное (муниципальное) учреждение, созданное Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для оказания услуг (выполнения работ), в целях осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации функций государства (муниципальных образований) в области науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта.

2. Автономное учреждение является юридическим лицом. Оно может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

3. Имущество автономного учреждения принадлежит ему на праве оперативного управления (пункт 1 статьи 296 Гражданского кодекса Российской Федерации). Собственником имущества автономного учреждения является Российская Федерация, субъект Российской Федерации или муниципальное образование.

Автономное учреждение не вправе без согласия собственника распоряжаться недвижимым и особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным автономным учреждением за счет **целевых** средств, выделенных ему собственником **на создание (приобретение) недвижимого и особо ценного движимого имущества**. Виды особо ценного движимого имущества, которым автономное учреждение вправе распоряжаться лишь с согласия собственника, определяются Правительством РФ.

Автономное учреждение самостоятельно распоряжается имуществом (в том числе недвижимым), приобретенным им на доходы от своей деятельности.

Земельный участок, необходимый для осуществления автономным учреждением своих уставных задач, закрепляется за ним на праве постоянного (бессрочного) пользования.

Памятники истории и культуры, музейные ценности, природные ресурсы (кроме земельных участков) и иные виды имущества, ограниченного для использования в гражданском обороте либо изъятого из гражданского оборота (пункт 2 статьи 129 Гражданского кодекса Российской Федерации), передаются в пользование автономного учреждения на условиях и в порядке, определяемых федеральными законами и иными федеральными правовыми актами.

Имущество автономного учреждения используется исключительно для целей, определенных его уставом.

Автономное учреждение вправе вносить денежные средства и иное имущество в уставный (складочный) капитал (фонд) юридических лиц или иным образом передавать его другим юридическим лицам в качестве учредителя (участника) только с согласия **собственника имущества**.

4. Автономное учреждение отвечает по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом, за исключением недвижимого и особо ценного движимого имущества, которым в соответствии с абзацем вторым пункта 3 настоящей статьи автономное учреждение не вправе распоряжаться без согласия собственника.

Собственник имущества автономного учреждения не несет ответственности по обязательствам автономного учреждения, за исключением случаев, предусмотренных договором поручительства.





Автономное учреждение не отвечает по обязательствам собственника закрепленного за ним имущества.

5. Автономное учреждение осуществляет свою деятельность в соответствии с определенными законом и уставом целями путем оказания услуг (выполнения работ) в областях, указанных в пункте 1 настоящей статьи.

Правительством Российской Федерации могут быть определены виды деятельности, которые автономные учреждения осуществлять не вправе.

6. Автономное учреждение вправе с согласия собственника своего имущества выступать учредителем (участником) других юридических лиц, деятельность которых соответствует целям деятельности автономного учреждения, определенным настоящим федеральным законом, если участие в указанных юридических лицах может способствовать качественному предоставлению услуг (выполнению работ) автономным учреждением.

7. Доходы автономного учреждения поступают в его самостоятельное распоряжение и используются для достижения **целей, ради которых оно создано**. Собственник имущества автономного учреждения не имеет права на получение доходов от использования имущества и деятельности автономного учреждения.

8. Автономное учреждение обязано ежегодно публиковать отчеты о своей деятельности и использовании своего имущества в порядке, определяемом Правительством РФ. Автономное учреждение обязано вести бухгалтерский учет и представлять бухгалтерскую и статистическую отчетность в порядке, установленном законодательством РФ.

10. Автономное учреждение предоставляет информацию о своей деятельности органам государственной статистики, налоговым органам, государственным органам или органам местного самоуправления, выступающим от имени учредителя, и иным органам и лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации и своим уставом.

11. Сведения о размере и составе имущества автономного учреждения, размере и структуре его доходов и расходов, численности и составе работников, среднем уровне оплаты их труда, использовании безвозмездного труда граждан в деятельности автономного учреждения не могут составлять коммерческую тайну.

12. Автономное учреждение обеспечивает открытый доступ, включая доступ средств массовой информации к следующим своим документам:

- ♦ уставу (включая изменения и дополнения к уставу);
- ♦ свидетельству о государственной регистрации;
- ♦ решению учредителя о создании автономного учреждения;

- ♦ положениям о филиалах и представительствах;
- ♦ документам, содержащим сведения о персональном составе попечительского совета и исполнительного органа;
- ♦ сведения о размере и составе имущества, находящегося на балансе автономного учреждения и документам, подтверждающим его права на это имущество;
- ♦ плану финансово-хозяйственной деятельности;
- ♦ годовым отчетам о финансовой деятельности, бухгалтерской отчетности;
- ♦ заключению аудиторов.

Статья 3. Основная деятельность автономного учреждения

1. Основной деятельностью автономного учреждения признается деятельность, непосредственно направленная на достижение целей, ради которых автономное учреждение создано.

2. Автономное учреждение осуществляет в соответствии с заданиями учредителя и обязательствами перед страховщиком по обязательному социальному страхованию, деятельность по бесплатному или частично платному для потребителя оказанию услуг (выполнению работ), обеспечиваемую финансированием из соответствующего бюджета, внебюджетных фондов или средств страховщика по обязательному социальному страхованию.

3. Сверх объемов заданий и обязательств, указанных в пункте 2 настоящей статьи, автономное учреждение вправе также по своему усмотрению оказывать услуги (выполнять работы), относящиеся к его основной деятельности, возмездно (статья 423 Гражданского кодекса Российской Федерации) для любых граждан и юридических лиц, с соблюдением правил гражданского законодательства о публичном договоре (статья 426 Гражданского кодекса Российской Федерации). При этом автономным учреждением должно обеспечиваться надлежащее выполнение заданий и исполнение обязательств, указанных в пункте 1 настоящей статьи.

Статья 4. Дополнительная деятельность автономного учреждения

1. При соблюдении условий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 настоящего Федерального закона, и на тех же началах, автономное учреждение вправе выполнять работы (предоставлять услуги), которые носят дополнительный характер по отношению к основной деятельности, определенной его уставом.

2. Все виды дополнительной деятельности, которые автономное учреждение вправе осуществлять на основании настоящей статьи, должны быть исчерпывающим образом указаны в ее уставе.



Глава II. СОЗДАНИЕ АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Статья 5. Создание автономного учреждения

1. Решение о создании автономного учреждения на базе имущества, находящегося в федеральной собственности, принимается в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Решение о создании автономного учреждения на базе имущества, находящегося в собственности субъекта Российской Федерации или в собственности муниципального образования, принимается органом государственной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления в рамках их компетенции, установленной актами, определяющими статус этих органов.

2. Решение о наделении существующего государственно-муниципального учреждения статусом автономного принимается при наличии одновременно следующих условий:

- ♦ такое решение не повлечет нарушения предусмотренных законом прав граждан, в том числе права на получение бесплатной медицинской помощи и бесплатного образования;

- ♦ на дату принятия решения у государственного (муниципального) учреждения нет кредиторской задолженности, просроченной более чем на три месяца.

Правительством Российской Федерации могут быть установлены дополнительные условия для принятия решения о наделении существующего государственного (муниципального) учреждения статусом автономного.

Правительством Российской Федерации либо уполномоченным на то органом государственной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления могут определяться перечни государственных (муниципальных) учреждений, не подлежащих наделению статусом автономного учреждения.

3. Принятие решения о наделении существующего государственного (муниципального) учреждения статусом автономного влечет внесение изменений в его устав и государственную регистрацию этих изменений в установленном порядке.

4. В случае принятия уполномоченным на то органом решения о наделении существующего государственного (муниципального) учреждения статусом автономного применяются пункты 1 и 2 статьи 60 Гражданского кодекса РФ.

Статья 6. Учредитель автономного учреждения

1. Учредителем автономного учреждения является:

- ♦ Российская Федерация в отношении автономного учреждения, созданного на базе имущества, находящегося в федеральной собственности;

- ♦ субъект Российской Федерации в отношении автономного учреждения, созданного на базе имущества, находящегося в собственности субъекта Российской Федерации;

- ♦ муниципальное образование в отношении автономного учреждения, созданного на базе имущества, находящегося в собственности муниципального образования.

2. Предусмотренные настоящим Федеральным законом функции и полномочия учредителя автономного учреждения осуществляются Правительством Российской Федерации либо федеральным органом исполнительной власти, органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления, в ведении которого находится автономное учреждение, а в части полномочий по распоряжению его имуществом – федеральным органом исполнительной власти, органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления, на который возложено управление государственным или муниципальным имуществом.

3. Автономное учреждение может иметь только одного учредителя.

Статья 7. Устав автономного учреждения

1. Учредительным документом автономного учреждения является устав, утверждаемый ее учредителем.

2. Устав автономного учреждения должен содержать следующие сведения:

- ♦ наименование учреждения, включающее слова «автономное учреждение» и содержащее указание на характер его деятельности, а также на его принадлежность к Российской Федерации либо к определенному субъекту Российской Федерации или муниципальному образованию;

- ♦ место нахождения учреждения;

- ♦ предмет и цели деятельности учреждения;

- ♦ виды основной и дополнительной деятельности, которые учреждение вправе осуществлять в соответствии с целями, для достижения которых оно создано;

- ♦ сведения о филиалах и представительствах учреждения;

- ♦ структуру, компетенцию, порядок формирования, сроки полномочий и порядок деятельности органов учреждения;

- ♦ иные предусмотренные законом сведения.

Статья 8. Государственная регистрация автономного учреждения

1. Автономное учреждение подлежит государственной регистрации в органе, осуществляющем государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.





2. При государственной регистрации автономного учреждения или государственной регистрации изменений, вносимых в устав существующего государственного (муниципального) учреждения в связи с его наделением статусом автономного учреждения, помимо документов, предоставление которых предусмотрено Федеральным законом «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей», в орган, осуществляющий государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, также представляются сведения о составе и стоимости имущества, соответственно закрепляемого или закрепленного за учреждением на праве оперативного управления.

Глава III. УПРАВЛЕНИЕ АВТОНОМНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ

Статья 9. Основы управления автономным учреждением

1. Структура, компетенция, порядок формирования, сроки полномочий и порядок деятельности органов автономного учреждения определяются его уставом в соответствии с настоящим Федеральным законом и иными федеральными законами.

2. Органами автономного учреждения являются попечительский совет, руководитель автономного учреждения и иные органы, предусмотренные федеральным законом и уставом учреждения (ученый совет, художественный совет и др.).

3. Члены попечительского совета, руководитель автономного учреждения и его заместители могут пользоваться услугами учреждения только на равных условиях с другими гражданами.

Статья 10. Компетенция учредителя по управлению автономным учреждением

1. В компетенцию учредителя по управлению автономным учреждением входят:

- 1) определение приоритетных направлений деятельности учреждения;
- 2) внесение изменений и дополнений в устав учреждения или утверждение его устава в новой редакции;
- 3) реорганизация и ликвидация учреждения;
- 4) назначение ликвидационной комиссии и утверждение промежуточного и окончательного ликвидационных балансов;

5) назначение и прекращение полномочий руководителя учреждения, если для организации соответствующей сферы деятельности федеральным законом не предусмотрен иной порядок назначения и (или) прекращения полномочий руководителя.

6) принятие решений о создании филиалов и открытии представительств автономного учреждения;

7) рассмотрение и одобрение предложений руководителя автономного учреждения о совершении сделок по распоряжению недвижимым и особо ценным движимым имуществом, которым в соответствии с абзацем вторым пункта 3 статьи 2 настоящего Федерального закона автономное учреждение не вправе распоряжаться без согласия собственника;

8) иные вопросы, предусмотренные настоящим Федеральным законом и уставом организации.

Статья 11. Попечительский совет автономного учреждения

1. Высшим органом автономного учреждения является попечительский совет, образуемый сроком на пять лет в составе не менее трех и не более одиннадцати членов. В состав попечительского совета входят представители федерального органа исполнительной власти, органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органа местного самоуправления, в ведении которого находится автономное учреждение, представители федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органов местного самоуправления, на который возложено управление государственным или муниципальным имуществом, и представители общественности, в том числе лица, имеющие заслуги и достижения в соответствующей сфере деятельности. В состав попечительского совета могут входить также представители иных государственных органов и органов местного самоуправления.

Руководящие работники автономного учреждения и иные лица, состоящие с автономным учреждением в трудовых отношениях, не могут быть членами попечительского совета.

Автономное учреждение не вправе выплачивать членам попечительского совета вознаграждение за выполнение ими своих обязанностей, за исключением компенсации документально подтвержденных расходов, непосредственно связанных с участием в работе попечительского совета.

2. Решение о назначении и досрочном прекращении полномочий членов попечительского совета автономного учреждения принимается его учредителем.

Полномочия члена попечительского совета автономного учреждения могут быть продлены на новый срок неограниченное число раз. Полномочия члена попечительского совета автономного учреждения могут быть прекращены досрочно:

- 1) по просьбе члена попечительского совета;
- 2) в случае невозможности исполнения членом попечительского совета своих обязанностей по состоянию здоровья или по причине длительного отсутствия в месте нахождения организации;



3) в случае привлечения члена попечительского совета к уголовной ответственности или совершения им недостойного поступка.

Полномочия члена попечительского совета, являющегося представителем государственного органа или органа местного самоуправления и состоящего с этим органом в трудовых отношениях, могут быть также прекращены досрочно в случае прекращения таких трудовых отношений.

Вакансии, образовавшиеся в составе попечительского совета в связи со смертью или досрочным прекращением полномочий его членов, заполняются на оставшийся срок полномочий попечительского совета.

3. Председатель попечительского совета избирается на срок полномочий попечительского совета членами попечительского совета из их числа простым большинством голосов от общего числа членов попечительского совета.

Попечительский совет вправе в любое время переизбрать своего председателя большинством в две трети голосов от общего числа членов попечительского совета.

Председатель попечительского совета организует его работу, созывает его заседания и председательствует на них, организует на заседаниях ведение протокола.

Председатель попечительского совета заключает от имени автономного учреждения трудовой договор с руководителем автономного учреждения, если законом не предусмотрен иной порядок заключения такого договора.

В отсутствие председателя попечительского совета его функции осуществляет старший по возрасту член попечительского совета.

Статья 12. Компетенция попечительского совета

1. К компетенции попечительского совета автономного учреждения относятся:

- 1) рассмотрение предложений о внесении изменений и дополнений в устав автономного учреждения;
- 2) рассмотрение предложений о реорганизации и ликвидации автономного учреждения;
- 3) рассмотрение предложений о создании филиалов и представительств автономного учреждения;
- 4) рассмотрение плана финансово-хозяйственной деятельности автономного учреждения и отчетов о его исполнении;
- 5) рассмотрение годового бухгалтерского баланса;
- 6) одобрение предложений руководителя автономного учреждения о совершении крупных сделок с имуществом учреждения, а также сделок, в отношении которых имеется конфликт интересов (сделок с заинтересованностью);
- 7) рассмотрение предложений руководителя автономного учреждения о совершении сделок по распоряжению недвижимым и, особо ценным движимым имуществом, которм в соответствии с абзацем вторым пункта 3 статьи 2

настоящего Федерального закона автономное учреждение не вправе распоряжаться без согласия собственника.

2. По вопросам, указанным в подпунктах 1–5 и 7 пункта 1 настоящей статьи, попечительский совет принимает рекомендации. Учредитель автономного учреждения не вправе принимать по этим вопросам решения без рассмотрения рекомендаций попечительского совета.

3. Попечительский совет обязан принять рекомендации по вопросам, указанным в пункте 1 настоящей статьи, в сроки, определенные уставом автономного учреждения.

4. Решения по вопросу, указанному в подпункте 6 пункта 1 настоящей статьи, принимаются попечительским советом большинством в две трети голосов от общего числа членов попечительского совета. Решения по другим вопросам принимаются простым большинством голосов от общего числа членов попечительского совета.

5. Вопросы, отнесенные к компетенции попечительского совета, не могут быть переданы на решение другим органам автономного учреждения.

6. По требованию попечительского совета или любого из его членов другие органы автономного учреждения обязаны предоставить информацию по вопросам, относящимся к компетенции попечительского совета.

Статья 13. Порядок проведения заседаний попечительского совета

1. Заседания попечительского совета автономного учреждения проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал.

2. Заседание попечительского совета созывается его председателем по собственной инициативе, по указанию учредителя автономного учреждения либо по требованию члена попечительского совета или руководителя автономного учреждения.

Порядок созыва заседаний попечительского совета определяется уставом или внутренним документом учреждения.

В заседании попечительского совета вправе участвовать руководитель автономного учреждения. Иные лица, приглашенные председателем попечительского совета, могут участвовать в заседании, если против их присутствия не возражает более одной трети от общего числа членов попечительского совета.

3. Заседание попечительского совета является правомочным, если на нем присутствует более половины членов попечительского совета. Участие члена попечительского совета в его заседании через представителя, а также передача членом попечительского совета своего голоса другому члену попечительского совета не допускаются.

Уставом автономного учреждения может предусматриваться возможность учета при определении наличия квору-





ма и результатов голосования письменного мнения члена попечительского совета, отсутствующего на заседании попечительского совета по уважительной причине, а также возможность принятия решений попечительского совета путем заочного голосования. Указанный порядок не может применяться при принятии решений по вопросу, предусмотренному подпунктом 6 пункта 1 статьи 12 настоящего Федерального закона.

Каждый член попечительского совета имеет один голос. В случае равенства голосов решающим является голос председателя попечительского совета.

4. Первое заседание попечительского совета автономного учреждения после его создания, а также первое заседание нового состава попечительского совета созывается учредителем автономного учреждения. До избрания председателя попечительского совета на таком заседании председательствует старший по возрасту член попечительского совета.

Статья 14. Руководитель автономного учреждения

1. К компетенции руководителя автономного учреждения (директора, генерального директора, ректора, главного врача, управляющего и т.д.) относятся все вопросы текущего руководства учреждением, за исключением вопросов, отнесенных законом или уставом автономного учреждения к компетенции учредителя или попечительского совета.

Руководитель автономного учреждения организует выполнение решений учредителя и попечительского совета учреждения, без доверенности действует от его имени, в том числе представляет его интересы и совершает сделки, утверждает штатное расписание и другие внутренние документы, регламентирующие деятельность автономного учреждения, издает приказы и дает указания, обязательные для исполнения всеми работниками автономного учреждения.

2. Решение о назначении руководителя автономного учреждения принимается учредителем, который вправе в любое время принять решение о прекращении полномочий руководителя.

3. На отношения между автономным учреждением и его руководителем действие законодательства Российской Федерации о труде распространяется в части, не противоречащей положениям настоящего Федерального закона.

Статья 15. Крупные сделки

Для целей настоящего Федерального закона крупной признается заключаемая автономным учреждением сделка, связанная с распоряжением денежными средствами, привлечением заемных денежных средств, и принятием иных обязательств, а также отчуждением или обременением имущества, которым в соответствии с настоящим Федеральным законом автономное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно, если цена такой сделки либо стоимость от-

чуждаемого или обременяемого имущества превышает 5 процентов балансовой стоимости активов автономного учреждения, определяемой по данным его бухгалтерской отчетности на последнюю отчетную дату.

Положения настоящего Федерального закона о крупных сделках распространяются также на взаимосвязанные сделки, имеющие один и тот же предмет, цена которых в совокупности превышает величину, установленную частью первой настоящей статьи.

Статья 16. Порядок совершения крупных сделок и последствия его нарушения

1. Крупная сделка совершается с предварительного одобрения попечительского совета автономного учреждения.

2. Крупная сделка, совершенная с нарушением требований настоящей статьи, может быть признана недействительной по иску автономного учреждения или его учредителя, если будет доказано, что другая сторона в сделке знала или должна была знать об отсутствии одобрения сделки попечительским советом автономного учреждения.

3. Руководитель автономного учреждения несет перед автономным учреждением ответственность в размере убытков, причиненных ему в результате совершения крупной сделки с нарушением требований настоящей статьи, независимо от того, была ли эта сделка признана недействительной.

Статья 17. Сделки с заинтересованностью

1. Для целей настоящего Федерального закона лицами, заинтересованными в совершении автономным учреждением сделок с другими юридическими лицами и гражданами, признаются при наличии условий, указанных в пункте 2 настоящей статьи, члены попечительского совета, руководитель автономного учреждения и его заместители.

Заинтересованность в совершении автономным учреждением сделки, не связанной с пользованием услугами, предоставляемыми учреждением в процессе его обычной уставной деятельности, влечет конфликт интересов заинтересованных лиц и автономного учреждения.

2. Лицо признается заинтересованным в совершении сделки, если оно, его супруг (в том числе бывший), родители, бабушки и дедушки, дети, внуки, полнородные и неполнородные братья и сестры, а также двоюродные братья и сестры, тети и дяди, племянники и племянницы, усыновители и усыновленные:

- ♦ являются в сделке стороной, выгодоприобретателем, посредником или представителем;

- ♦ владеют (каждый в отдельности или в совокупности) 20 и более процентами голосующих акций акционерного общества или долей, превышающей 20 процентов уставного капитала общества с ограниченной или дополни-



тельной ответственностью, либо являются единственным или одним из не более чем трех учредителей иного юридического лица, которое является в сделке стороной, выгодоприобретателем, посредником или представителем;

- ♦ занимают должности в органах управления юридического лица, являющегося в сделке стороной, выгодоприобретателем, посредником или представителем.

3. Заинтересованное лицо обязано до совершения сделки уведомить попечительский совет автономного учреждения о конфликте своих интересов с интересами автономного учреждения.

Статья 18. Порядок совершения сделки с заинтересованностью и последствия его нарушения

1. Сделка с заинтересованностью может быть совершена с предварительного одобрения попечительского совета автономного учреждения.

Решение об одобрении сделки принимается большинством голосов членов попечительского совета, не заинтересованных в совершении сделки. В случае если большинство членов попечительского совета является лицами, заинтересованными в совершении сделки, решение об одобрении сделки принимается учредителем.

2. Сделка с заинтересованностью, совершенная с нарушением требования настоящей статьи, может быть признана недействительной по иску автономного учреждения или его учредителя, если другая сторона в сделке не докажет, что она не знала и не должна была знать о наличии конфликта интересов в отношении этой сделки или об отсутствии ее предварительного одобрения.

3. Заинтересованное лицо, нарушившее обязанность, предусмотренную пунктом 3 статьи 17 настоящего Федерального закона, несет перед автономным учреждением ответственность в размере убытков, причиненных ему в результате совершения сделки с заинтересованностью с нарушением требований настоящей статьи, независимо от того, была ли эта сделка признана недействительной, если не докажет, что оно не знало и не могло знать о предполагаемой сделке или о своей заинтересованности в ее совершении.

Такую же ответственность несет руководитель автономного учреждения, не являющийся лицом, заинтересованным в совершении сделки, если не докажет, что он не знал и не мог знать о наличии в отношении сделки конфликта интересов.

В случае, когда за убытки, причиненные автономному учреждению в результате совершения сделки с заинтересованностью с нарушением требований настоящей статьи, отвечает несколько лиц, их ответственность является солидарной.

Глава IV. РЕОРГАНИЗАЦИЯ И ЛИКВИДАЦИЯ АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Статья 19. Реорганизация автономного учреждения

1. Автономное учреждение может быть реорганизовано в случаях и в порядке, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, настоящим Федеральным законом и иными федеральными законами.

2. Реорганизация автономного учреждения может быть осуществлена в форме:

- ♦ слияния двух или нескольких автономных учреждений;
- ♦ присоединения к автономному учреждению одного или нескольких автономных учреждений;
- ♦ разделения автономного учреждения на два или несколько автономных учреждений;
- ♦ выделения из автономного учреждения одного или нескольких автономных учреждений;
- ♦ преобразования автономного учреждения в государственную (муниципальную) автономную некоммерческую организацию.

3. Автономные учреждения могут быть реорганизованы в форме слияния или присоединения, если они созданы на базе имущества одного и того же собственника.

4. Автономное учреждение может быть реорганизовано, если это не повлечет за собой нарушения прав граждан в социально-культурной сфере, в том числе права на получение бесплатной медицинской помощи и бесплатного образования.

Статья 20. Ликвидация автономного учреждения

1. Автономное учреждение может быть ликвидировано по основаниям и в порядке, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

2. Требования кредиторов ликвидируемого автономного учреждения удовлетворяются за счет имущества, на которое в соответствии с настоящим Федеральным законом может быть обращено взыскание.

3. Имущество автономного учреждения, оставшееся после удовлетворения требований кредиторов, а также имущество, на которое в соответствии с настоящим Федеральным законом не может быть обращено взыскание по обязательствам автономного учреждения, передается ликвидационной комиссией (ликвидатором) его учредителю.

Глава V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 21. Введение в действие настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон вводится в действие с дня его официального опубликования.

Президент Российской Федерации



Продолжается подписка на первое полугодие 2005 года

**В почтовом отделении
(на любой срок и с любого номера):**

- Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»
Подписной индекс: **82614**
- Российский медицинский каталог
Подписной индекс: **М 3475**

Подписка через редакцию (с любого номера):

Стоимость подписки на полугодие через редакцию для любого региона РФ платежным поручением – **1350 руб.**
(НДС не облагается)
Доставка включена в стоимость подписки

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Р/с 40702810638050105256 в Марьино-рощинском ОСБ №7981/998
Сбербанка России, г. Москва
К/с 3010181040000000225
БИК 044525225
ИНН 7715376090
КПП 771501001
Получатель – ООО Издательский Дом «Менеджер здравоохранения»

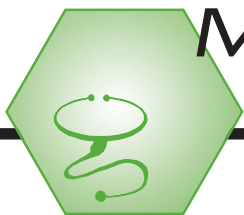
ВНИМАНИЕ!

В платежном поручении обязательно укажите:

«За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения», на первое полугодие 2005 г.» Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.
Мы высылаем свежий номер ценной бандеролью

Адрес редакции:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11
Тел./факс: (095) 218-07-92; 979-92-45
E-mail: idmz@mednet.ru
www.idmz.ru



Менеджер здравоохранения

