ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№5. 2005

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

Поздравляю Вас с Днем медицинского работника!

Судьба российского врача складывается непросто: нередки ситуации, когда выполнение долга требует от Вас не только профессиональной, но и гражданской самоотверженности…

Сегодня мне вместе с Вами хочется верить, что начатые в здравоохранении преобразования сделают Ваше служение людям более действенным и значимым, а Ваш труд – более оцененным обществом и государством.

Желаю Вам здоровья, профессионального совершенства и творчества, жизнеутверждающего настроения, благополучия Вашим близким!

Главный редактор,
академик РАМН, профессор
В.И.Стародубов

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№5 2005

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

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

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
к.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ МЗ РФ

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

В номере:

Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации с различных точек зрения
В.М.Донин, О.П.Маркова 4-18

«Народ не должен захлебываться в реформах, воспринимая их как неизбежное зло»
В.В.Стожаров, Г.Ф.Гулуа, Н.В.Кечаева, С.И.Стожарова, Л.В.Бутина, А.А.Закарян, А.В.Драчук 19-27

Опыт организации работы медсанчастей приватизированных предприятий в новых условиях финансирования
Т.А.Гриценко 28-31

Реализация эффективной организационно-экономической модели оказания медицинской помощи женщинам фертильного возраста и детям в городе Красноярске. Часть 2
В.В.Шевченко, В.В.Упатов, А.С.Ямщиков 32-40

Выгодный посредник: роль агентских (сервисных) компаний в решении некоторых финансовых проблем медицинских учреждений
А.Ю.Ботян 41-43

Медицинские аспекты Закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности водителей транспортных средств»
А.Ю.Пучков 44-49

Об оплате первых двух дней временной нетрудоспособности
Актуальный вопрос 50-52

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н, заместитель Главы администрации г.Ставрополя
ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик МАНЭП, заведующий курсом менеджмента и экономики здравоохранения Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова, начальник кафедры морской медицинской подготовки плавсостава Государственной морской академии им. адм. С.О.Макарова
РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,
д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.И.Баумана
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

Организация работы с конфиденциальной информацией, составляющей коммерческую тайну
Н.Г.Куракова 53-55

«Иные» услуги. Имеет ли право медицинское учреждение оказывать платные немедицинские услуги?
Консультирует «»МЗ 56-59

Календарь медицинских выставок и конференций на май–июнь 2005 г.
С места событий 60-65

Сайт медицинской организации как маркетинговый инструмент
Е.Ф.Алёшкин, О.А.Страхов 66-68

Должностная инструкция: формальность или инструмент управления? 69-71

О понятийном и терминологическом аппарате оценочной деятельности в сфере медицины. Часть 2
В.С.Кудрин 72-74

Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения 75-78

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»
Для корпоративных БД 79-80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

Издатель – ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:
127254, г.Москва,
ул. Добролюбова, д.11, офис 234
idmz@mednet.ru
(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.Куракова
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.Лебоев
vsl@mail.ru
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать» – 82614

Отпечатано
в ООО «ТРИМЕД-Групп»

Заказ № 050505

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

В.М.ДОНИН,
к.э.н., начальник отдела реструктуризации сектора социальных услуг Департамента стратегии социально-экономических реформ Минэкономразвития России
О.П.МАРКОВА,
к.э.н., заместитель директора Департамента стратегии социально-экономических реформ Минэкономразвития России,
г.Москва

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С РАЗЛИЧНЫХ ТОЧЕК ЗРЕНИЯ

Десятилетие перехода здравоохранения Российской Федерации к модели обязательного медицинского страхования (ОМС) отмечено в среде специалистов широким и конструктивным обсуждением достигнутых результатов, нерешенных задач и путей реформирования здравоохранения.

Отношение к результатам и путям дальнейшего развития отрасли не однозначно как с позиций различных субъектов системы, так и общественного мнения.

По некоторым аспектам результатов реформ и направлениям дальнейших преобразований отмечается определенная согласованность, по другим возникают острые дискуссии и выдвигаются альтернативные оценки и предложения. Сопоставление различных заинтересованных точек зрения, выявление их согласованности и существующих противоречий являются важным моментом для выработки эффективной политики дальнейших преобразований в здравоохранении на основе активной позиции всех субъектов системы.

Заинтересованными сторонами в организации, предоставлении и получении медицинской помощи являются государство, в лице федеральных, субфедеральных и муниципальных органов управления, фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации (СМО), главные врачи лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) – как организаторы лечебного процесса, врачи – как непосредственные производители медицинских услуг, и население. В последнее время законодательно в круг заинтересованных субъектов от лица государства включены налоговые органы, государственный пенсионный фонд, казначейства.

Противоречивость интересов заинтересованных сторон очевидна и обусловлена их ролями в процессах функционирования и финансирования общественного здравоохранения, производства, а также потребления населением медицинских услуг.

С одной стороны, государство, в лице его исполнительных и законодательных органов, имея определенные ограничения на выделение ресурсов для выполнения общественных функций, заинтересовано в максимально возможном снижении общественных затрат на цели здравоохранения. С другой стороны, существуют государственные гарантии в области охраны здоровья граждан, которые не позволяют государству полностью отказаться от выделения общественных средств на цели бесплатного здравоохранения или сделать совокупные

© В.М.Донин, О.П.Маркова, 2005 г.

затраты низкими. Чрезмерно низкий уровень финансирования может привести к неприемлемым и неоправданным, а возможно, и невосполнимым потерям, в том числе в обеспечении доступности и качества медицинского обслуживания. Правительство имеет прямой экономический интерес в снижении потребления медицинских услуг и уменьшении общественных затрат за счет улучшения здоровья граждан, снижения частоты и тяжести заболеваний, уменьшения числа хронических заболеваний, снижения инвалидизации, повышения эффективности функционирования системы здравоохранения и качества медицинской помощи.

Производители медицинских услуг заинтересованы в повышении притока средств в сектор здравоохранения. При отсутствии ограничений и неправильно выстроенных стимулах медики могут неоправданно использовать дорогостоящие и затратные технологии оказания медицинской помощи, избыточные и неэффективные, с медицинской точки зрения, процедуры. При утверждении бюджетов на всех уровнях представители сектора здравоохранения, отстаивая корпоративные интересы, всегда будут оказывать давление в сторону увеличения доли общественных расходов, выделяемой на цели здравоохранения, а при установлении минимальных стандартов здравоохранения и неправильно выстроенных стимулах – к завышению потребности в медицинских услугах и завышению стоимости возмещения медицинских услуг. При недостаточности финансирования здравоохранения, низкой заработной плате медицинского персонала производители медицинских услуг официально и неофициально все в большей мере начинают оказывать их на платной основе. При этом ни производитель, ни потребитель услуг не имеют достаточно сильных стимулов для того, чтобы услуги на платной основе осуществлялись официально, поскольку цена на официальные услуги по вполне объективным причинам существенно возрастает. При низком уровне официальных доходов работников здравоохранения легализация платных услуг за счет средств пациента является проблематичной.

Потребители медицинских услуг заинтересованы в получении всей необходимой и своевременной высококачественной бесплатной медицинской помощи. При отсутствии ограничений население склонно к переупотреблению бесплатных медицинских услуг и через это оказывает давление в сторону увеличения выделения средств из общественных источников на бесплатное здравоохранение.

Фонды ОМС и страховые медицинские организации (СМО) имеют прямой экономический интерес в увеличении финансовых поступлений хотя бы потому, что пропорционально увеличиваются отчисления в пользу этих организаций на ведение дел.

Обеспечение согласованности интересов сторон или обоснованной сбалансированности этих интересов должно составлять основную задачу дальнейшего реформирования здравоохранения, ее решение связано с всесторонней оценкой достигнутых результатов и выработкой дальнейших, рациональных направлений реформирования.

В период 2003–2004 гг. в печати и других средствах массовой информации проводились широкие общественные обсуждения достижений и проблем российского здравоохранения, направлений дальнейшего продвижения реформ. В этих обсуждениях приняли участие представители практически всех заинтересованных сторон. Точка зрения населения была отражена результатами различных социологических исследований.

Анализ публикаций и выступлений представителей различных сторон показывает, что в них можно выделить два основных направления:

- оценка проделанной работы и выполненных мероприятий, а также проблем, связанных с их реализацией;
- оценка достижения целей реформирования, а также реализации предполагаемых и планируемых преимуществ новой системы.

Следует отметить, что условия высоких темпов проведения реформ, отсутствия отечественного и зарубежного опыта фундаментального изменения отношений в сфере здравоохранения, масштабность задач реформирования системы, наличие существенных различий в социально-экономическом развитии регионов, совмещение реформ в здравоохранении с коренными изменениями отношений в других секторах экономики страны, а также противоречивость интересов субъектов в сфере оказания медицинской помощи предопределили неоднозначность оценок относительно состава и масштабов проводимых мероприятий, эффективности реформ, реализации планируемых преимуществ новой системы и достижения общих целей государственной политики в области здравоохранения, определенной Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ как «улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических, организационных условий в предоставлении медицинских услуг, соответствующих современному уровню развития медицинской помощи, а также ресурсов, которыми располагает государство и граждане».

Состав и масштабы основных выполненных мероприятий реформы системы здравоохранения неоспоримы [1] и характеризуются данными табл. 1.

В рамках выполненных мероприятий созданы основы нормативно-правового обеспечения системы ОМС и в некоторой части защиты прав пациентов. Внедряется вневедомственный контроль качества медицинской помощи, заложены основы стандартизации медицинской помощи. Страховые принципы позволили сформировать новые методы медико-экономической оценки предоставляемой медицинской помощи.

Введен контроль рациональности использования средств территориальными фондами ОМС, СМО и лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ).

Здравоохранение имеет стратегический план развития отрасли на десять лет. Ежегодно разрабатывается и утверждается Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бес-

Таблица 1

Динамика развития системы ОМС в РФ за период 1993–2001 гг. (на конец года)

Название	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
ТФ ОМС, Филиалы ТФ ОМС, всего	79	88	88	88	89	90	90	90	91	91
Филиалы ТФ ОМС	587	1103	1140	1108	1160	1170	1123	1129	982	913
Филиалы ТФ ОМС, выполняющие функции страховщика	92	571	486	423	410	478	500	516	485	467
Доля филиалов, выполняющих функции страховщика (%)	15,7	51,8	42,6	38,2	36,1	40,9	44,5	45,7	49,4	0,51
Темп роста/убыли филиалов, выполняющих функции страховщика (%)	-	620,0	85,1	87,0	99,1	114,1	104,6	103,2	94,0	96,3
СМО	164	439	536	538	461	415	378	362	361	360
Темп роста/убыли СМО (%)	-	267,7	122,1	100,4	85,7	90,0	91,1	95,6	99,7	99,7
Соотношение числа филиалов ТФ ОМС, выполняющих функции страховщика, и СМО	1:1,8	1:0,8	1:1,1	1:1,3	1:1,1	1:0,9	1:0,8	1:0,7	1:0,7	1:0,77
Число ЛПУ, действующих в системе ОМС	-	-	-	7416	7880	6955	7230	7594	8345	8293
Застраховано населения по договорам ОМС (в % к постоянной численности)	12,0	48,2	72,4	81,3	86,7	89,2	89,4	94,1	95,5	96,1

платной медицинской помощью. Разработаны рекомендации по обоснованию территориальных программ ОМС. В рамках объема средств Базовой программы ОМС предусматривается осуществлять 85% всего объема медицинской помощи, а за счет бюджетного финансирования – 15%.

Создана система научной поддержки развития и совершенствования ОМС. Это свыше 60 научно-исследовательских центров во многих городах страны. Последовательно выполняется комплексная программа и концепция информатизации в системе ОМС. Автоматизированы основные задачи в подавляющем большинстве территориальных фондов.

Улучшилась деятельность коечного фонда. Койка стала работать 316 дней в году против 300 дней в 1997 г. Число стационаров с 1991 г. сократилось с 12 тыс. до 9 тыс. (22%); число коек сократилось с 2 млн. до 1,5 млн.

Начиная с 1991 г., число ЛПУ, развернувших дневные стационары, и число коек в них увеличилось в 8–10 раз. Доля госпитализируемых в дневные стационары составила 13%. Ежегодно сокращается время пребывания больных в стационаре.

За период 1993–2001 гг. была создана система учета и контроля за полнотой перечисления работодателями и органами исполнительной власти субъектов РФ страховых взносов. В Федеральном и территориальных фондах ОМС созданы контрольно-ревизионные службы.

Средний доход фондов на одного застрахованного составил в 2002 г. 927 руб. Признано, что средства ОМС стали стабилизирующим фактором в сохранении для населения бесплатной медицинской помощи. Это неоспоримые и признаваемые всеми положительные факты.

В то же время реализация этих мероприятий, с точки зрения достижения общих целей реформ и реализации предполагаемых преимуществ модели медицинского страхования, вызывает неоднозначную оценку различных субъектов страховой медицины.

Как известно, к основным планируемым преимуществам новой системы были отнесены:

1. Создание на основе единого общегосударственного подхода внебюджетных фондов ОМС, ориентированных на гарантированное выравнивание объемов финансирования программ ОМС на территории страны, своевременность и полноту сбора страховых платежей.

2. Обеспечение всеобщности медицинского страхования.

3. Формирование дополнительного, значительного, постоянного источника финансирования медицины, сопоставимого с бюджетным.

4. Реализация для страхователей принципа солидарности в оплате медицинской помощи для всего застрахованного населения независимо от состояния здоровья и объема потребления медицинских услуг.

5. Формирование социального характера оказания медицинской помощи, то есть обеспечение равной доступности стандартного набора медицинской помощи для всех жителей страны независимо от каких-либо признаков.

6. Внедрение рыночных механизмов в работу медицинских учреждений, ориентированных на стимулирование повышения эффективности и качества их работы, развитие между ними конкуренции, оптимизацию расходов на медицинские услуги, переориентация медицинского персонала с лечебной на профилактическую работу, активное внедрение передовых технологий и новейших профилактических, оздоровительных, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий и средств.

7. Разработка и внедрение новых механизмов оплаты труда, основанных на оценке качества полученных результатов.

8. Обеспечение свободы выбора для страхователей – СМО, для застрахованного – врача и медицинского учреждения, то есть создание рынка медицинских услуг.

9. Создание системы защиты прав застрахованных на получение качественной медицинской помощи необходимого вида и объема в соответствии с действующей программой медицинского страхования населения.

10. Улучшение показателей индивидуального и общественного здоровья населения страны.

Как показывает практика, не все прогнозируемые преимущества введения системы ОМС были реализованы в полной мере и на всей территории страны, а достижение общих целей реформ получает неоднозначную оценку различных субъектов системы ОМС. При этом каждая заинтересованная сторона отмечает те проблемы, которые препятствуют реализации общих целей реформ и запланированных преимуществ новой системы.

Изложенные ниже обобщенные оценки, в том числе и количественные, аргументация и выводы различных субъектов системы ОМС, органов управления и населения по одним и тем же аспектам нередко не совпадают, но от этого их значимость не уменьшается, а, по нашему мнению, напротив, лишь подчеркивает масштабность и глубину проблем системы здравоохранения страны на современном этапе ее реформирования.

Представители федеральных органов управления отмечают, что недостаточна эффективность использования ресурсов, имеющихся в распоряжении регионов. Регионы не научились рационально тратить средства. Не везде полностью загружены ЛПУ. Необходимо при существующем финансировании добиться эффективных результатов.

Основными проявлениями структурной неэффективности являются:

- доминирование стационарной помощи, чрезмерная специализация амбулаторно-поликлинической помощи, низкая приоритетность звена первичной медико-санитарной помощи, исторически сложившаяся избыточность сети ЛПУ с низкооплачиваемым, немотивированным к эффективной работе персоналом, слабым материально-техническим оснащением и низким уровнем финансового обеспечения;
- муниципализация здравоохранения заметно снизила возможности построения рациональной системы территориального здравоохранения. Нарушается важнейший принцип организации системы здравоохранения – этапность оказания медицинской помощи. Не рациональна структура фактически оказываемой медицинской помощи. Необходимо перемещение медицинской помощи в зону эффективности путем ее реструктуризации. Возникла недопустимая в медицине технологическая «самостийность» территорий;
- недостаточно развиты механизмы координации различных субъектов управления. Для достижения более высокой эффективности использования ресурсов требуется разумная регионализация сети учреждений, основанная на разделении функций и усилении взаимодействия ЛПУ различных видов и уровней. Это предполагает более высокий уровень централизации управления и финансирования, чем тот, который сложился сегодня;
- недостаточен механизм финансового выравнивания условий предоставления медицинской помощи, в результате чего подавляющее число регионов России не в состоянии обеспечить финансирование даже минимального объема бесплатных услуг Программы госгарантий. Положение о порядке уплаты взносов в фонды ОМС должно быть изменено в пользу Федерального фонда ОМС;
- совершенно очевидно, что в России избыточен коечный фонд: на 100 тыс. населения развернуты 1154 койки, в то время как, например, в США их 300, в Великобритании – 450;
- в деятельности участковых врачей превалируют диспетчерские функции по направлению больных к врачам-специалистам. Доля направлений составляет 40–50% (за рубежом не более 5–10%) от общего числа амбулаторных посещений. Участковые врачи не контролируют состояние здоровья пациентов. Медленно внедряются общие врачеб-

ные практики и стационарозамещающие технологии;

- ослаблена личная ответственность руководителей местных органов и учреждений за результаты своей деятельности и эффективность использования ресурсов;
- отсутствует согласованная и рациональная политика в области закупки дорогостоящего оборудования и его использования;
- отсутствуют необходимые экономические обоснования при вновь начинаемом строительстве ЛПУ;
- недостаточно проработаны вопросы мониторинга и оценки деятельности учреждений.

Из выступлений представителей региональных и муниципальных органов следует, что:

- еще не выработаны эффективные стимулы для врачей к снижению объемов стационарной помощи и применению стационарозамещающих технологий. Обозначается тенденция к росту объема стационарной помощи, в ряде ЛПУ простаивает дорогостоящая аппаратура;
- ежегодно примерно на 30% растет рынок услуг добровольного медицинского страхования (ДМС), осуществляемых как в частных, так и в государственных и муниципальных учреждениях. Это выгодно учреждениям, поскольку подсчитано, что из коллектива застрахованных в ДМС в 100 человек за медицинской помощью обращается максимум половина, при этом остается не унифицированной оценка качества медицинской помощи. Совмещение ОМС и ДМС в одном ЛПУ позволяет последним волевым образом привлекать в страховое поле страхователей. Имеют место случаи по сговору страхователей в ДМС со СМО на одноразовое добровольное страхование путем выдачи «монополисов». Между тем совмещения ОМС и ДМС в руках одной СМО нет ни в одной стране;
- общее недофинансирование системы ОМС в течение всего периода реформ, низкие заработные платы постепенно приводят к кризису в ее кадровой системе. Около 80% молодых людей, целевым образом направляемых субъектами на обучение, в село не возвращаются. Меры по повышению заработной платы, улучшению социальной защищенности медиков требуют принятия соответствующих решений на государственном уровне;
- развитие материально-технической базы в основном осуществляется в соответствии с областными приоритетами. Оснащение районных ЛПУ дорогостоящим оборудованием реализуется как в пределах средств, направляемых из бюджетов на текущее финансирование, так и в рамках целевых региональных программ: во многих регионах нерациональным использованием средств признается оплата за лечение проживающих в них граждан за их пределами, поэтому создание межрайонных центров считают экономически эффективным направлением развития материально-технической базы местного здравоохранения;
- в модели управления финансовыми потоками в регионах имеют место разрывы в обратной связи. Нормативными документами предписывается обязательность проведения муниципальными органами и органами власти субъектов РФ конкурсов среди СМО на страхование неработающего населения. Денежные средства на неработающее население из региональных бюджетов перечисляются в территориальные фонды (ТФ) ОМС, которые затем перераспределяют средства между СМО пропорционально численности застрахованных. Полномочия контролировать расходы СМО также возложены на ТФ ОМС. Таким образом, региональные органы власти как страхователи лишены возможности непосредственно контролировать эффективность использования выделяемых ими средств;
- подготовка и организация предписанных Федеральным законом № 117-ФЗ от 23 июня 1999 г. «О защите конкуренции на рынке финансовых услуг» обязательных конкурсов СМО сложны и затратны. Они требуют самостоятельной разработки правил организации и проведения конкур-

са, регламента работы конкурсной комиссии, согласования этих документов с территориальным управлением МАП, получения официального заключения Минфина России о соблюдении требований законодательства о страховании. Согласно законодательству, конкурс считается несостоявшимся, если в нем принял участие только один претендент. Статистика указывает на значительную долю не состоявшихся конкурсов в регионах. Причиной часто служат саботаж и сговор слабых страховщиков. В Санкт-Петербурге, например, был введен конкурсный отбор СМО на выполнение ***государственного*** заказа на ОМС неработающего населения. Однако конкурсы в 2003 году были свернуты из-за череды ряда судебных процессов, в ходе которых результаты конкурсов были отменены;

- не соответствуют принципам страхования практика приобретения страховщиками медицинской техники, инвестирование средств в повышение квалификации медицинского персонала, закупка дорогостоящего оборудования, запчастей к импортному оборудованию, предметов медицинского назначения. Многие страховщики работают только в нерисковой области медицинских услуг: лабораторная и функциональная диагностика, рентгеновские обследования и др.;
- недостаток средств приводит к некачественному лечению. ЛПУ приходится как зарабатывать, так и экономить на пациентах. По экономическим причинам сворачиваются профилактические программы, имеют место случаи возврата к сметному финансированию. Проконтролировать предоставление медицинской помощи в требуемом объеме без стандартов лечения невозможно;
- обострились проблемы развития сельского здравоохранения. За последние годы медико-социальные показатели состояния здоровья сельского населения ухудшаются более быстрыми темпами, чем городских жителей. Например, по данным Пермской области, общая смертность сельского населения в области за последние несколько лет выросла на 29%, что на 11% больше, чем в городе. Младенческая смертность выше смертности городских младенцев на 27,3%. Рождаемость на селе за последние 10 лет снизилась на 69,9%. Выявляемость заболеваний среди сельских жителей в 2 раза ниже истинной. Уровень обеспеченности врачами на 10 000 населения – 20, при среднеобластном – 42. Обострились проблемы, связанные с организацией скорой и неотложной медицинской помощи, из-за большого радиуса обслуживания, перегруженности непрофильными вызовами и крайне неудовлетворительным состоянием автотранспорта служб медицинской помощи. Низок уровень медицинской активности населения: число посещений врачей в год составляет менее 3,5 при среднеобластном показателе – 8,6;
- в практике реализации ОМС существуют разнообразные отступления от нормативной, определенной федеральным законодательством, модели ОМС.

Так, например, Иркутская и Мурманская области являются сторонниками выстраивания модели финансирования страховой медицины без СМО. В Мурманской области было 2 СМО, но они себя не оправдали. Считается, что риск передачи негосударственным организациям общественных денег не оправдан. Финансирование неработающего населения оценивается по отношению к плану, который устанавливается муниципальными властями, исходя из бюджетных возможностей. Принято постановление о порядке оплаты медицинской помощи в системе ОМС, в соответствии с которым ТФ ОМС как информированный покупатель медицинской помощи планирует объемы медицинской помощи и заказывает их. Для ЛПУ устанавливаются допустимые отклонения от плана и условия оплаты при таких отклонениях. Фонд берет на себя также обязательства в отношении оплаты заказываемой медицинской помощи, а не просто оплачивает счета за оказанные медицинские услуги.

В Хабаровском крае действует иной «Временный порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе ОМС граждан». При расчете подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС вся сумма поступающих за месяц средств за работающих и неработающих граждан делится на численность застрахованного населения. Затем по подушевому нормативу фонд финансирует страховые медицинские организации пропорционально числу застрахованных граждан.

В Самарской области через систему ОМС осуществляется полное медицинское обслуживание населения по принципу одноканального общественного финансирования медучреждений. Показатели эффективности работы медучреждений улучшились: сократился коечный фонд, уменьшился на 5% уровень круглосуточной госпитализации. Однако медицинским учреждениям возвращается только 70% их реальных затрат.

Поскольку региональные и муниципальные органы исполнительной власти перечисляют в ТФ ОМС несопоставимые суммы, многие филиалы ТФ ОМС определяют среднедушевой норматив только на основе взносов за работающее население. Страховые взносы за неработающее население возвращаются в полном объеме в медицинские учреждения перечислившего их района, без взимания расходов на ведение дел, некоторые планируемые преимущества системы ОМС и права граждан оказались надуманными.

Например, в 2002 году в Новосибирске был проведен эксперимент по реализации права пациентов выбора лечебного учреждения и лечащего врача. В течение месяца все желающие могли выбрать для себя поликлинику. Для этого гражданину нужно было подать заявление и страховой полис. В действительности большинство граждан получило отказы, мотивированные тем, что прикрепиться можно только к ЛПУ, обслуживающему участок, где проживает гражданин. В других случаях обслуживание на дому не может быть обеспечено. В результате эксперимента выбрать ЛПУ смогли только около 7000 человек. Эксперимент показал, что пациенты и деньги не «потекут» в эффективно работающие ЛПУ, а потому у ЛПУ не появилось причины заботиться о своей конкурентоспособности, на что надеялись при организации эксперимента. При увеличении до одного года срока возможного перехода из одного ЛПУ в другое отказы сохранились по причине перегрузки ЛПУ. Этот результат можно было спрогнозировать и без проведения эксперимента, исходя из фактического размещения ЛПУ на территории страны.

Не отработаны и не внедрены эффективные стандартные принципы оплаты медицинской помощи, оказываемой в ЛПУ различных видов и типов. Каждый регион идет собственным, чаще всего экспериментальным путем, с получением конечных результатов, иногда противоположных ожидаемым. Например, в Ростовской области осуществлен переход на оплату стационаров по законченному случаю, который привел в действие затратные стимулы, направленные на увеличение стоимости одного койко-дня, количества койко-дней, проведенных больным в стационаре, увеличение количества пролеченных больных. В 2002 г. при перевыполнении бюджета ОМС на 200 млн. руб. страховщикам не хватило средств на оплату счетов на ОМС. Идут приписки в ЛПУ, и для борьбы с ними нет эффективных механизмов. Экономическая заинтересованность врачей порой идет впереди врачебного долга. Медики сельских больниц не стараются направлять своих больных в технически оснащенные больницы в ущерб здоровью пациентов. В то же время растет число необоснованных госпитализаций.

Предоставление ЛПУ права оказывать услуги на коммерческой основе и основе ДМС усложняет возможности планирования медицинской помощи по ОМС, поскольку амбулаторно-поликлинические учреждения начинают получать финансирование

от многих СМО. Например, авторы из Санкт-Петербурга называют среднюю цифру – 25.

Представители Федерального фонда ОМС отмечают, что главной проблемой здравоохранения является несбалансированность государственных обязательств по оказанию гарантированной медицинской помощи и ее финансового обеспечения. Подавляющее число регионов России не обеспечивает финансирование даже минимального объема бесплатных услуг Программы госгарантий. Средств ФФ ОМС не хватает для полноценного выравнивания условий финансирования на уровне Базовой программы ОМС.

Согласно Программе госгарантий, на систему ОМС возлагается 85% всего объема медицинской помощи, а за счет средств бюджетов – 15%. Фактически в финансовом выражении это соотношение представляется как 38 и 68%, соответственно:

- в регионах сложился большой разрыв показателя финансового обеспечения населения средствами ОМС на душу населения. В 2002 году доход системы ОМС в среднем по России составил 927 руб. на человека. В пределах среднероссийского показателя обеспеченности находились 25 регионов, столько же превысили этот уровень, а в 41 регионе он был ниже;
- в нашей стране самый низкий тариф на медицинские услуги, в связи с чем защита интересов медицинских работников является одной из основных задач наравне с защитой прав застрахованных;
- в связи с недостаточностью финансирования во многих регионах не выполняется федеральное законодательство о здравоохранении. Считается, что законы не следует изменять только в связи с тем, что они не исполняются;
- быстрыми темпами увеличивается приток средств за счет добровольного медицинского страхования и оказания платных услуг (в том числе нелегальных). Доходы ЛПУ за счет этого уже сравнялись с объемом средств ОМС, получаемых за счет взносов работодателей. Пять лет назад это соотношение составляло 10–12%;
- на современном этапе стратегической задачей ФФ ОМС является обеспечение финансовой устойчивости территориальных программ системы ОМС в регионах, имеющих разный уровень социально-экономического развития.

С точки зрения представителей ТФ, основными проблемами ОМС являются:

- недостаточность средств для реализации Базовой программы ОМС. В основном отмечается недостаточность поступающих средств за неработающее население, однако в ряде регионов недостаточным является и объем поступающих страховых взносов за работающих. Причины последнего связываются с уводом заработной платы в тень. В Читинской области, например, ежегодно собирается не более 40–45% расчетной стоимости Базовой программы ОМС. В суммарном бюджете фонда страховые платежи за работающих составляют 92% – для эффективного управления медицинской помощью необходима организация одноканального финансирования ЛПУ через систему ОМС с развитием многоканальности финансирования ЛПУ за счет средств ДМС и платных услуг;
- в рамках действующего законодательства отсутствуют механизмы как экономического стимулирования субъектов РФ на осуществление платежей на ОМС неработающего населения, так и механизмы взыскания с них недоплаченных средств. Не определены единая ставка отчислений взносов за неработающее население и соответствующие механизмы, обеспечивающие полноту и своевременность их уплаты. Расчетные цифры подушевых расходов на Программу госгарантий одни, но их реализация в регионах производится, исходя из возможностей региональных и муниципальных бюджетов с учетом представлений о том, какую часть доходной части бюджета следует потратить на здравоохранение. При этом нарушается прин-

цип социального равенства граждан. Например, в Кабардино-Балкарской Республике поступлений на неработающее население хватает только на зарплату. В Волгоградской области накапливается задолженность по зарплате врачей ЛПУ из-за неполных платежей за неработающих. Норматив финансирования неработающего населения определен в области в 500 рублей, фактически выделяется 250 рублей. Несмотря на то, что с главами органов исполнительной власти муниципальных образований заключены договоры, платежи за неработающих осуществляются в среднем на 55%. ТФ ОМС поданы иски в арбитражный суд;

- недоступность лекарств увеличивает потребности населения в стационарной помощи, так как там полное бесплатное медикаментозное лечение, а в 90% случаев пациенты нетрудоспособного возраста не в состоянии купить необходимые лекарства за собственные деньги;
- отсутствуют единые стандарты оценки рациональности назначения лекарственных средств. Это приводит к тому, что, например, в одном учреждении на медикаменты хватает 38 руб. на человека, а в других – не хватает и 138 руб. Предлагается проводить в каждом учреждении по итогам года медико-экономический анализ, в соответствии с выводами которого должна корректироваться работа ЛПУ;
- в действующей нормативной правовой базе существуют прямые стимулы для отступления регионов от законодательно установленной модели ОМС. Так, в соответствии с Письмом Министерства по налогам и сборам от 3 марта 2003 г. «О налогообложении прибыли страховых организаций» средства, полученные ЛПУ по договорам со СМО, отнесены к платным услугам. В результате медицинские учреждения должны начислять налог на прибыль с разницы между суммой, полученной от СМО, и затратами на оказание услуг. Суммы же перечисляемые из ТФ ОМС, считаются целевыми и не облагаются налогами. В этой связи во многих регионах в отступление от нормативной модели финансирование ЛПУ осуществляется из ТФ ОМС, а на СМО возлагаются агентские задачи: проведение контроля качества лечения, объемов оказания медицинской помощи, организация выдачи страховых полисов, формирование базы данных по застрахованным, работа по обращениям граждан;
- расчеты с ЛПУ за пролеченных больных создают у врачей заинтересованность в том, чтобы люди болели чаще.

Представители СМО отмечают, что:

1. Происходит неуклонный необоснованный рост доли филиалов ТФ ОМС, выполняющих функции страховщика, что подтверждается данными табл. 1. Коммерческие структуры (СМО) вытесняются филиалами ТФ ОМС.

2. Несовершенно законодательство по организации конкурсов среди СМО. Региональные и муниципальные органы исполнительной власти фактически имеют право устанавливать свои «правила игры» при выборе страховщиков неработающего населения. В отсутствие единой нормативной базы в конкурсной документации появляются критерии, которые позволяют ставить результаты конкурсов под сомнение. Примером могут служить такие применяемые критерии, как «обязательное наличие филиала СМО на территории муниципального образования», ограничивающее число участников конкурса, или «наличие аудиторского заключения», которое не связано с наличием конкурентных преимуществ СМО. Самостийные критерии – это способ ограничить конкуренцию и разместить заказ в «своей» СМО. Этим же целям служит ограниченность информации о конкурсах рамками муниципальных средств массовой информации.

С позиции главных врачей достоинства и недостатки введения ОМС заключаются в следующем:

- к основному положительному результату ОМС относится то, что выбранная стратегия развития оказалась способной сформировать прин-

ципиально новую систему правовых и финансовых отношений при формировании ресурсов системы здравоохранения. Без средств ОМС медицинские учреждения, очевидно, не смогли бы выжить. Предоставленные ЛПУ финансовая самостоятельность и свобода позволяют обеспечить стимулирование сотрудников;

- регулярное поступление средств ОМС придает стабильность медицинским учреждениям. При отсутствии средств ОМС медицинские учреждения не смогли бы развиваться. Средства ОМС позволяют погашать долги по коммунальным платежам. Система ОМС создает стимулы для внедрения новейших эффективных медицинских технологий. Если упразднить ОМС, ЛПУ перестанут получать дополнительные к бюджетным средства. Медики лишатся надбавок к зарплатам, исчезнет заинтересованность наращивать объем услуг населению и больше зарабатывать денег, не будет средств для обучения персонала и приобретения нового оборудования;
- ОМС предоставила медикам возможность зарабатывать деньги. В учреждениях появилась возможность формирования страховых фондов, расходуемых по усмотрению администрации и трудового коллектива, в том числе на срочную закупку медицинского оборудования и приборов;
- за счет регулярного проведения экспертных проверок со стороны СМО и ТФ ОМС улучшается качество медицинских услуг;
- разрешение ЛПУ предоставлять платные услуги является мощным стимулом для развития этого сектора при снижении уровня бюджетного финансирования в регионах.

В то же время руководители учреждений здравоохранения отмечают, что:

- утверждаемая Программа госгарантий не обеспечивается финансированием. Медицинским учреждениям возвращается 70% их реальных затрат. Перечни минимальных услуг и лекарственных средств должны быть для всех одинаковы и утверждаться Правительством РФ. Это вопрос безопасности государства и граждан. Произвол и субъективизм на местах должны быть полностью исключены. В системе ОМС сохраняется двухканальное финансирование ЛПУ. Фактическое соотношение средств, поступающих из ТФ ОМС и из бюджета, составляет около 80:20. По мнению некоторых авторов, если гарантировать только то, на что хватит денег, то лучше не гарантировать ничего;
- после принятия нового Бюджетного кодекса главные врачи оказались ограниченными жесткими финансовыми рамками. У главного врача нет права единственного распорядителя кредитов, он находится под жестким контролем и ограничениями казначейства;
- низкая зарплата медицинского персонала является причиной текучести кадров, интенсивного развития теневого рынка медицинских услуг. Реформы без реального повышения уровня зарплаты врачей бесперспективны;
- серьезные проблемы возникли в организации медицинской помощи в северных регионах. Врачам платят так же, как на материке. Средний возраст работающих врачей – 45–50 лет. Молодые специалисты не едут. Расстояние между населенными пунктами на севере составляет 200–300 км. Осложнены организация и обеспечение высокоспециализированной медицинской помощи;
- страховые компании лишают ЛПУ очень большой доли финансирования. Сегодня доступность и качество медицинской помощи обеспечивают ЛПУ, но все права по финансированию ЛПУ отданы страховым фондам и СМО. СМО в системе ДМС стараются создать себе сверхприбыли и в то же время недоплачивают ЛПУ. Например, в Самарской области работодателями и застрахованными за два года суммарно было внесено 613 млн. рублей, а в медицинские учреждения поступило только 135 млн. рублей. Остальные деньги остались в СМО;

- для ЛПУ должны формироваться планы-задания по предоставлению бесплатной медицинской помощи в рамках Программы госгарантий с гарантированным финансовым обеспечением;
- с целью развития высоких медицинских технологий целесообразно предусматривать в рамках централизованных закупок целевое обеспечение медицинским оборудованием и лекарственными средствами медицинских учреждений, оказывающих населению дорогостоящие виды медицинской помощи;
- здравоохранение регионов, проводивших эксперименты по реструктуризации больничной сети, богаче от этого не стало. Большинство коек российских ЛПУ следует рассматривать как «социальные» в связи с их примитивным оснащением, не сопоставимым с оснащением коек в США и европейских странах. Чтобы реструктуризировать стационары, нужно оснастить оборудованием амбулаторно-поликлинические учреждения, нужен стандарт оснащения лечебного учреждения. В необорудованные ЛПУ не приходят врачи. Даже если будет увеличена зарплата, движения вперед не будет. Начинать структурную перестройку нужно с приведения в порядок амбулаторного звена, а затем «трогать» стационары;
- предполагается, что создание новых, негосударственных ЛПУ приведет к краху всю систему государственного здравоохранения. Вместо лечения больных ЛПУ займутся организацией медицинского бизнеса. Свободный выход из системы ОМС нарушит основополагающий принцип солидарности в здравоохранении. Премирование врачей за сокращение числа госпитализаций и вызовов скорой помощи приведет к увеличению числа неблагоприятных исходов заболеваний.

В отличие от представителей федеральных и региональных органов власти, федерального и территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций, а также главных врачей ЛПУ, отношение врачей к проводимым мероприятиям в средствах массовой информации не находит широкого отражения.

В то же время врачи, как и население, оказались крайними и приняли на себя всю тяжесть реформы здравоохранения. Это и предельно низкий уровень оплаты труда, и задержки с заработной платой, и часто плохие условия труда, и плохая оснащенность ЛПУ, и нехватка выделяемых лекарственных средств, и высокая социальная ответственность врачей, и многое другое. Все это можно назвать социальной незащищенностью медицинских работников. В условиях самовыживания отношение медиков к реформам проявляется в их действиях, которые приобрели характер тенденций, часто идущий в разрез с целями государственной социальной политики.

К таким тенденциям относятся:

- вытеснение бесплатной медицинской помощи платными услугами на официальной и неофициальной основе, что снижает доступность медицинской помощи. Сегодня, по оценкам социологов, прибавка к зарплате врачей от формальных и неформальных платежей работодателей и населения оценивается в 600 млн. долларов и составляет: для хирургов, владеющих уникальными технологиями и не имеющих конкурентов, – 5–10 окладов; для врачей хирургии и гинекологии – 3–5 окладов; других отделений стационаров – от 20% до 2 раз; врачей поликлиник – 20%; медицинских сестер – 20–30%. В стоматологии официальная заработная плата составляет 10–15% от доходов врачей. Темпы развития платности медицинских услуг становятся угрожающими с точки зрения их доступности для населения;
- приписки в отчетной документации и завышение объемов госпитализации. По данным проведенных в регионах анализов, до 44% госпитализаций пенсионеров производится по социальным, а не медицинским показаниям. Около 31% госпитализаций связано либо с неэффективным лечением

поликлиник, либо с проведением диагностических мероприятий, либо с другими причинами, которых можно было бы избежать;

- снижение уровня медицинской помощи, отражением которого являются жалобы и обращения граждан. Статистика регионов показывает, что основные жалобы связаны с качеством помощи – 13,3%; недостаточным лекарственным обеспечением – 7,9%; отказом в медицинской помощи – 8,8%; оплатой гарантированных услуг – 9,5%.

Врачи считают, что:

- сокращение участковых больниц идет не в силу программы реструктуризации, а из-за того, что вымирает село и нет врачей для оказания медицинской помощи на селе. Есть опасения исчезновения сельского здравоохранения. Необходимо оценить социальные последствия закрытия нерентабельных больниц. Нужно по всем направлениям повышать статус врача;
- направленность реформ идет по принципам организации и финансирования здравоохранения зарубежных стран, где на его нужды выделяют до 10% ВВП и где при этом население недовольно здравоохранением. При нашем уровне финансового обеспечения, который существенно ниже рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения (5% ВВП), не удается и не удастся добиться удовлетворительных результатов. Ошибка действующего закона о медицинском страховании состоит в том, что практически в бюджетную систему были допущены «некоммерческие СМО», которые живут во много раз лучше, чем врачи.

Отношение населения к результатам реформ обобщенно проявляется в итогах различного рода социологических опросов и исследований, а также в проверках деятельности ЛПУ, СМО и ТФ ОМС.

Следует отметить, что приоритетность здоровья для населения чрезвычайно высока. Так, социологический опрос москвичей в 2002 году показал, что среди приоритетов бюджетного финансирования 62% опрошенных поставили здравоохранение на первое место.

В 2002 году поступили 687 000 обращений и жалоб граждан по поводу нарушения их прав в оказании медицинской помощи. Много жалоб на финансовые поборы со стороны медучреждений. При этом часть жалоб связана с частичным исчезновением ставшей привычной за многие десятилетия обязательности бесплатной медицинской помощи. Ожидания населения, связанные с доступностью медицинской помощи, превышают возможности страховой медицины.

Понимание того, что лечение у врачей с высокой заработной платой эффективней и надежней, чем с низкой зарплатой, приводит к интенсивному увеличению направления средств работодателей и семейных бюджетов в сферу добровольного медицинского страхования и платных услуг.

Одним из индикаторов реального обеспечения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь является фактор финансового обеспечения в расчете на душу населения. Приведенные в начале статьи данные характеризуют распределение регионов в сравнении со среднероссийским доходом ОМС на душу населения, который составил в 2002 г. лишь около 79% от минимального норматива, определенного Программой госгарантий.

Неоправданно увеличивается время ожидания госпитализации и оказания некоторых услуг, в то время как за плату эти услуги оказываются немедленно. Проверяющие деятельность ТФ ОМС, СМО и ЛПУ органы выявляют многочисленные факты финансовых нарушений, нецелевого и нерационального использования средств, к числу которых относятся:

- оплата завышенных объемов медицинских услуг;
- необоснованность сокращения или продления лечения;
- получение рядом больных медицинской помощи не в полном объеме;

- выявление фактов заниженного финансирования территориальных программ ОМС из-за низкого профессионализма и халатности работников ТФ;
- удерживание многомиллионных средств, подлежащих направлению в ЛПУ, в филиалах иногородних страховых компаний длительное время. В связи с длительным удержанием средств на счетах этих СМО уплачиваются налоги на прибыль из средств, подлежащих перечислению в ЛПУ, а также штрафы, например, за административные правонарушения;
- рост числа жалоб населения на снижение доступности медицинских услуг и качества медицинской помощи (КМП). Сегодня большинство регионов не может предъявить факты улучшения КМП, как закономерных следствий организационных и социальных нововведений, включая повсеместное создание систем контроля объемов и экспертизы качества медицинской помощи. Оценка качества медицинской помощи не унифицирована.

Проверки Министерства антимонопольной политики показывают, что:

- органы исполнительной власти в регионах заключают договоры со СМО без проведения конкурсов в нарушение Указа Президента РФ «О первоочередных мерах по предупреждению коррупции и сокращению бюджетных расходов при организации закупки продукции для государственных нужд» и Федерального закона «О защите конкуренции на рынке финансовых услуг». Создания системы эффективного контроля объемов и экспертизы качества медицинской помощи невозможно добиться без введения единых стандартов;
- проводимые в одном из регионов опросы пациентов [2] показали, что более 2/3 опрошенных несли дополнительные затраты из собственных средств на обслуживание в системе ОМС, половина из которых носила неформальный характер. Амбулаторная помощь была платной для 5–20% пациентов, госпитализация – для 37%, обследование и диагностика – для 44%, обращения к стоматологу – для 80%.

В 2002 г., по заключениям Счетной Палаты РФ, ТФ ОМС необоснованно потрачены многомиллионные средства. К «незаконным» отнесены расходы на ремонт помещений и другие расходы, не связанные с зарплатой врачей. В ТФ ОМС имеют место случаи беспроцентного кредитования своих сотрудников для личных нужд в объеме до 30–40 тыс. рублей и организация дорогостоящих корпоративных праздников.

Сопоставление различных точек зрения на результаты реформ, проводимых в российском здравоохранении, показывает, что основная цель реформ и планируемые преимущества системы ОМС в полной мере не реализованы. Основными, однозначно признанными, причинами этого являются:

- суммарные объемы выделяемых общественных средств значительно ниже обязательств государства по оказанию медицинской помощи населению, несмотря на то, что сформированы значительные, дополнительные к бюджетным, источники постоянного финансирования отрасли;
- суммарный дефицит Программы госгарантий, утверждаемой Правительством РФ, а также отсутствие эффективного механизма выравнивания финансового обеспечения ее выполнения в регионах не позволяют реализовать принципы солидарности финансирования и равной доступности стандартного набора медицинской помощи для всех жителей страны независимо от каких-либо признаков. Сегодня реализация этих принципов может быть признана только на уровне регионов и муниципальных образований с оговоркой о существенных различиях уровня финансирования Программы госгарантий между территориями или с существенным сокращением социальных обязательств и ущемлением прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи;
- низкий уровень стандартизации, связанный как с методикой лечения, так и с организацией

взаимоотношений между субъектами ОМС, децентрализованная разработка стандартов на уровне регионов дезинтегрируют систему ОМС, вынуждают территории подходить к решению задачи упрощенно. Пользы от таких стандартов немного. В регионах формируется собственная, часто примитивная информационная среда, ведущая к стагнации управления здравоохранением;

- в системе ОМС не сформированы условия и действенная система стимулов, ориентирующие действия всех субъектов системы на повышение уровня здоровья населения, как единственный, поддающийся согласованию критерий результативности ОМС. В действующей системе оплата деятельности ЛПУ и заработная плата персонала за фактически выполненные объемы услуг являются механизмом увеличения затратности медицинской помощи и незаинтересованности медицинских работников в том, чтобы люди меньше болели. При действии этого механизма и отсутствии медицинских стандартов система является «черной дырой», поглощающей неограниченный объем финансовых средств;
- принятые в системе ограничения оплачиваемых расходов не обеспечивают самодостаточности и саморазвития ЛПУ. Не оптимальна структура прав, обязанностей и ответственности субъектов ОМС;
- асимметрично распределение рисков между финансирующей стороной (ОМС) и ЛПУ в пользу финансирующей стороны. Так, риск перерасходования ресурсов полностью лежит на производителях медицинских услуг, в то время как экономия остается в распоряжении финансирующей стороны;
- реализуемые в рамках Концепции развития здравоохранения и медицинской науки отраслевые программы во многих случаях ограничиваются проведением экспериментов на отдельных площадках без четкой программы и оценки внедрения результатов во всех регионах страны;
- в здравоохранении отсутствует единая методология измерения и оценки критерия доступности бесплатной медицинской помощи.

Дальнейшее продолжение действия указанных факторов не позволит достичь ощутимых результатов даже при реализации намечаемой масштабной программы реструктуризации учреждений здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации 10 лет (1993–2002 гг.): Справочно-аналитический материал. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2003. – 288 с.
2. *Бельская Т., Котов О.* Есть ли у нас бесплатная медицина? (Врачи и пациенты смирились с неформальными платежами)//«О Страховании». – 2003. – № 15.
3. Публикации и информационные материалы в журналах «О страховании» за 2003–2004 гг.

**В.В.СТОЖАРОВ, Г.Ф.ГУЛУА, Н.В.КЕЧАЕВА,
С.И.СТОЖАРОВА, Л.В.БУТИНА, А.А.ЗАКАРЯН, А.В.ДРАЧУК,**
лаборатория новых организационных технологий, экономики и стандартизации в здравоохранении СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Городская поликлиника № 51, Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

«НАРОД НЕ ДОЛЖЕН ЗАХЛЕБЫВАТЬСЯ В РЕФОРМАХ, ВОСПРИНИМАЯ ИХ КАК НЕИЗБЕЖНОЕ ЗЛО»*

Следует согласиться с утверждением, что проекты федеральных законов, направленных на модернизацию здравоохранения, содержат решение основных проблем отрасли. Вместе с тем очевидно, что столь системные преобразования требуют глубоких расчетов и проработки четких механизмов их исполнения. В этом смысле законопроекты содержат ряд дискуссионных положений, прежде всего, относительно использования стандартов для обеспечения государственных гарантий медицинской помощи. Как известно, пункт 1 статьи 4 проекта Федерального закона «О государственных гарантиях медицинской помощи»** предусматривает, что гражданам гарантируется предоставление медицинской помощи в объемах, установленных в соответствии с данным законом. В свою очередь гарантированная медицинская помощь **при наиболее распространенных заболеваниях (состояниях)** оказывается в соответствии с клинико-экономическими стандартами (пункт 1 статьи 8). Полагаем, что такой подход к формированию и использованию стандартов является ошибочным.

В целях обоснования данного утверждения определим перечень распространенных заболеваний из числа причин госпитализации*** и изучим характеристики указанных заболеваний с точки зрения уровней летальности и ресурсоемкости их лечения. Структура госпитализированной заболеваемости и уровни летальности были определены на основе данных Медицинского информационного центра**** Санкт-Петербурга, затраты на стационарное лечение – с помощью информационной системы Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. Данная информационная система используется более шести лет и позволяет учитывать все выполненные медицинские услуги, объем полученных средств за лечение по источникам, величину сформированных расходов, как в разрезе конкретного пациента, так и группы больных, сформированной по любому признаку.

Согласно полученным данным, в течение 2004 года в системе ОМС Санкт-Петербурга было зарегистрировано 647 618 случаев госпитализации по поводу 6314 различных нозологических форм. После выполнения сортировки всех заболеваний по убыванию их доли в структуре госпитализации было установлено, что каждая нозологическая форма явилась причиной не более 4% всех случаев стационарного ле-

---

* Из выступления вице-спикера Государственной Думы РФ от «Единой России» Олега Морозова на заседании Госдумы от 09.02.2005 по вопросу недоверия Правительству РФ.

** Текст законопроекта получен из материалов сайта журнала «Менеджер здравоохранения» (www.idmz.ru).

*** Рассматривались случаи стационарного лечения взрослых, оплачиваемые за счет средств ОМС.

**** Медицинский информационный центр централизованно обрабатывает счета, выставленные всеми стационарами в адрес страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга.

© В.В.Стожаров, Г.Ф.Гулуа, Н.В.Кечаева, С.И.Стожарова, 2005 г.
© Л.В.Бутина, А.А.Закарян, А.В.Драчук, 2005 г.

чения. Однако первые 3 заболевания, перечисленные в табл. 1, в совокупности описывали почти каждый десятый случай госпитализации.

Помимо высокой распространенности, данные нозологические формы характеризуются невысокими уровнями летальности (менее 0,1%), относительно низкими средними затратами на стационарное лечение. В совокупности больные данными заболеваниями в структуре госпитализированной заболеваемости составили 9,0%, но умершие от данной патологии в структуре причин смерти в стационарах – только 0,2%, расходы на лечение этой категории больных – 6,0% расходов стационара. В системе ОМС Санкт-Петербурга доходы стационаров в среднем выше или равны расходам на лечение указанной группы больных (табл. 3). Таким образом распространенные заболевания являются относительно нетяжелой патологией с низким уровнем затрат на лечение.

Таблица 1

Характеристики распространенных заболеваний из числа причин госпитализации среди взрослых

Код по МКБ 10	Нозологическая форма	Доля в структуре госпитализации (%)	Больничная летальность (%)	Доля в структуре умерших в стационаре (%)
I20.8	Другие формы стенокардии	3,6	0,09	0,11
S06.0	Сотрясение головного мозга	2,8	0,07	0,07
I20.0	Нестабильная стенокардия	2,6	0,04	0,03

Таблица 2

Характеристики заболеваний – основных причин смерти среди взрослых

Код по МКБ 10	Нозологическая форма	Доля в структуре госпитализации (%)	Больничная летальность (%)	Доля в структуре умерших в стационаре (%)
I63.5	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий	1,1	23,95	8,8
I25.1	Атеросклеротическая болезнь сердца	2,5	6,19	5,4
I25.2	Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда	0,75	14,65	3,7

Проведем аналогичный анализ в отношении нозологических форм, являющихся основными причинами смерти в стационарах (табл. 2). Первоначально была выполнена сортировка всех заболеваний по убыванию их доли в структуре причин смерти и отобраны первые три нозологические формы.

Перечисленные заболевания характеризуются низким удельным весом в структуре госпитализированной заболеваемости, большой ресурсоемкостью и высокими уровнями летальности. Их, без сомнения, можно назвать тяжелыми заболеваниями. В совокупности больные данными видами патологии составляют лишь 4,4% среди всех госпитализированных, но умершие из их числа объясняют 17,9% всех причин смерти в стационарах, затраты на лечение больных указанной патологией составляют 3,2% всех затрат. Напомним, что законопроект «О государственных гарантиях медицинской помощи» предполагает формирование стандартов на распространенные и, как было доказано, легкие заболевания. Тяжелые заболевания, являющиеся основными причинами смерти, не будут «прикрыты» стандартами. Надо отметить, что при определении списков 100 самых распространенных заболеваний из случаев стационарного лечения и 100 основных причин смерти в стациона-

Таблица 3

Средние доходы и расходы многопрофильного круглосуточно дежурящего стационара в разрезе различных групп больных*

Код по МКБ 10	Нозологическая форма	Средние расходы (руб.)	Средние доходы по ОМС (руб.)	Средний доход по всем источникам (руб.)	Доля лиц, имевших дополнительное финансирование (%)
I20.8	Другие формы стенокардии	4464,55	5675,69	5895,13	6,1
S06.0	Сотрясение головного мозга	3725,82	3609,66	3717,24	2,9
I20.0	Нестабильная стенокардия	6331,82	7081,33	7466,55	8,3
O20.0	Угрожающий аборт	3461,08	4467,24	4633,39	4,5
I11.	Гипертензивная болезнь сердца	4473,57	5143,84	5890,33	16,7
I63.5	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий	12 473,02	6896,37	7659,81	17,5
I25.1	Атеросклеротическая болезнь сердца	5117,43	5228,40	5501,90	7,5
I25.2	Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда	6074,67	5250,03	5557,85	7,0
T06.8	Другие уточненные травмы с вовлечением нескольких областей тела	34 045,49	7019,30	11 408,55	28,6
T29.3	Термические ожоги нескольких областей тела с указанием хотя бы на один ожог третей степени	27 287,01	14 326,81	23 712,74	16,5
S06.1	Травматический отек головного мозга	23 451,76	6555,67	8530,11	18,6
K85.	Острый панкреатит	10 087,87	4726,89	5909,99	11,9

рах Санкт-Петербурга совпадение перечней было зафиксировано лишь в 34 случаях.

Следует обратить внимание, что средние затраты на стационарное лечение больных тяжелыми заболеваниями, как правило, не обеспечены средствами ОМС, перечисляемыми за данных пациентов. В ряде случаев средние расходы не обеспечиваются доходами даже по всем источникам финансирования (табл. 3). Расходы, превосходящие доходы в этой группе, были произведены за счет перераспределения средств, полученных за лечение пациентов, у которых расходы на оказание помощи были меньше тарифа (страдающих обычно легкими и распространенными заболеваниями). Конечно, в настоящее время в каждом субъекте РФ реализуется своя тарифная политика в здравоохранении. Но в большинстве случаев формируются группы больных, у которых тариф либо превышает расходы, либо расходы не покрываются за счет средств ОМС в пределах тарифа. Отклонения компенсируются самой медицинской организацией за счет перераспределения средств. В целях изучения данного аспекта нами было проведено исследование соотношения доходов и расходов по всем случаям госпитализации в один из многопрофильных стационаров Санкт-Петербурга за 2004 год (38 719 единиц наблюдения). Почти у половины всех больных (48,2%) расходы на лечение превышали доходы больницы по источнику «обязательное медицинское страхование». На рис. 1 представлено указанное соотношение по каждому больному, госпитализированному в течение апреля 2004 года* (3464 случая госпитализации). На гра-

*Ранее перечисленные группы распространенных и тяжелых заболеваний выделены жирным шрифтом. В верхней части таблицы к самым распространенным заболеваниям добавлены примеры «заболеваний-доноров», также являющихся распространенными (O.20.0 – 6-е место). В нижней части к заболеваниям, являющимся основными причинами смерти, добавлены примеры других затратных патологий.

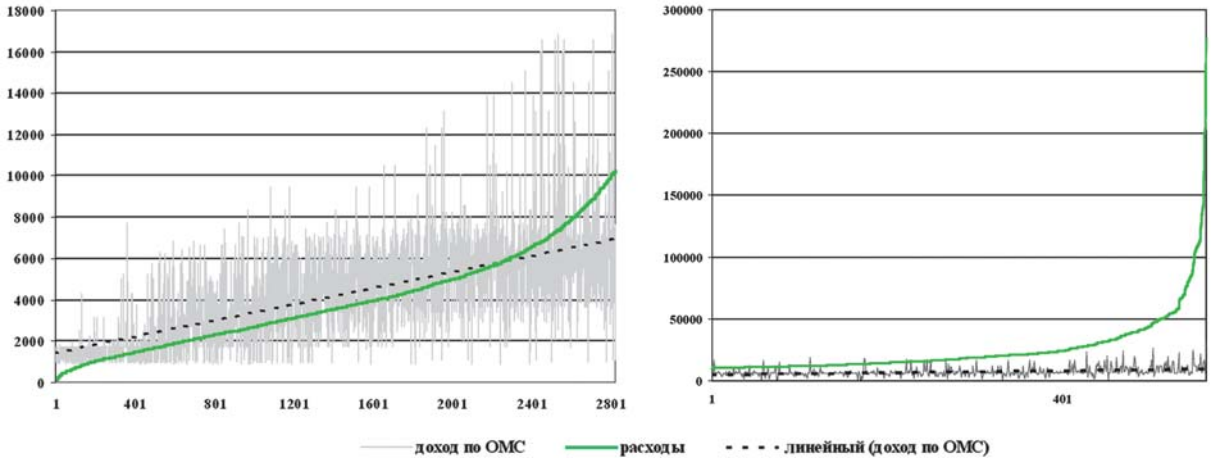

***Рис.1** Соотношение расходов и доходов стационара за пролеченных больных*

фике случаи госпитализации были ранжированы по величине расходов. В левой части рисунка кривая расходов на своем протяжении постоянно пересекается с ломаной линией, отражающей величину средств ОМС, перечисленных за каждый случай стационарного лечения.

В правой – (1/6 всех госпитализированных за месяц) кривая расходов возвышается над линией доходов, изредка пересекаясь с последней. Из рисунка видно, когда средства ОМС превышают расходы, эта разница, как правило, невелика, но таких больных достаточно много. В свою очередь пациентов, чье лечение требует использование ресурсоемких технологий (для стационара, работающего в режиме больницы скорой помощи, это, как правило, тяжелые больные), относительно немного. Однако расходы на оказание им медицинской помощи лишь в малой части покрываются за счет средств ОМС, полученных непосредственно за лечение данных пациентов. Очевидно, что недостающая часть (пространство между кривой и ломаной в правой половине рисунка) заполняется за счет перераспределения средств от больных, по которым доходы по источнику ОМС превышали расходы, и средств, полученных по иным источникам. Среди всех госпитализированных за год у 11,1% больных расходы на лечение в три раза и более превышали средний доход стационара из средств ОМС (из них у 1,6% – в 10 и более раз).

Следует обратить внимание, что перераспределение осуществляется не между больными одним и тем же заболеванием, даже не внутри одного и того же профиля, а между всеми пациентами стационара. Безусловно, в определенной степени это особенность тарифной политики в здравоохранении Санкт-Петербурга. Вместе с тем идеологически схожая ситуация сформировалась в большинстве субъектов РФ. Ниже будет представлено обоснование, что предполагаемая модернизацией увязка программы государственных гарантий и клинико-экономических стандартов вряд ли изменит ситуацию. В табл. 3 представлены сред-

---

*Поскольку отображение большого числа единиц наблюдения затрудняет восприятие рисунка, был отобран месячный период, а не годовой. Однако представленный график в целом отражает тенденции, характерные для всей совокупности больных, госпитализированных за год. Для удобства график разбит на две части. Следует обратить внимание, что цена деления по оси ординат в правой части рисунка в 25 раз больше цены в левой части. Пунктирная прямая – линия тренда, выстроенная по доходам.

ние доходы стационара по ОМС, по всем источникам и расходы в различных нозологических группах.

Неверно полагать, что тариф на оказание стационарной помощи пациентам, например, кардиологического профиля с различными формами ИБС, был избыточным. По результатам проведенной экспертной оценки, превалирование доходов над расходами было обусловлено неполным соответствием объема диагностических мероприятий и лекарственной терапии современным требованиям. Если бы современные, но дорогостоящие медицинские технологии были использованы шире, то сформированные расходы превысили бы доходы стационара по данной категории пациентов. В сложившихся же условиях стационар оказал больным нестабильной стенокардией меньшие, но необходимые объемы помощи, перераспределив остаток средств в пользу других – более тяжелых категорий больных. Распространенные, но относительно легкие виды патологии, на которые законопроект предполагает формирование стандартов, являются сегодня своего рода «заболеваниями-донорами».

Очевидно, что предполагаемые законопроектом «О государственных гарантиях медицинской помощи» стандарты будут основаны на современных достижениях медицинской науки и техники, и выполнение требований стандарта не позволит перераспределить оставшиеся от лечения больных распространенными заболеваниями средства в пользу тяжелых, но не защищенных стандартами больных. Следует обратить внимание, что в соответствии с подпунктом 11 пункта 1статьи 17 законопроекта в случае нарушения медицинской организацией прав граждан на гарантированную медицинскую помощь (очевидно, в том числе невыполнение требований стандарта – *авторы*) может быть принято решение о приостановлении либо аннулировании лицензии на медицинскую деятельность.

Здесь уместно упомянуть, как величина средств влияет на исходы лечения, представив некоторые результаты одного исследования, проведенного по заданию Фонда социального страхования России. В целях подготовки ряда предложений для Фонда было проведено сравнение объемов и результатов медицинской помощи, оказанной пострадавшим от травм, в двух группах больных. Первую группу сформировали пострадавшие, за лечение которых медицинские организации получили только средства ОМС. Вторую – лица, для лечения которых были привлечены дополнительные средства. В качестве единиц наблюдения были отобраны больные, госпитализированные в многопрофильные стационары Санкт-Петербурга по поводу травм, повреждений, ожогов. При этом к тяжелым травмам и ожогам были отнесены нозологические формы, перечисленные в Приказе Минздрава РФ от 17.08.99 г. № 322 «Об утверждении Схемы определения тяжести несчастных случаев на производстве». Общее количество единиц наблюдения составило 9756, доля лиц, на лечение которых были привлечены дополнительные средства, составила 11,6%. Сравнение объемов помощи и результатов лечения производилось в соответствующих нозологических группах. Предварительно в каждой нозологической группе осуществлялось сопоставление составов пациентов по возрасту, полу и другим характеристикам между группой лиц без дополнительного финансирования и пострадавшими, для лечения которых было привлечено дополнительное финансирование. Достоверных различий по составам больных выявлено не было. Однако были установлены существенные различия по объемам помощи и результатам лечения пострадавших указанных групп. Больным с дополнительным финансированием было оказано большее количество диагностических и лечебных услуг. В табл. 4 в качестве примера, приведено количество ультразвуковых исследований на 100 пострадавших в сравниваемых группах. Объемы в группе с дополнительным финансированием иногда были в 3–4 раза больше – среди пострадавших от тяжелых травм и до 9 раз больше – среди пострадавших от нетяжелых травм, чем в группе с оплатой только за счет ОМС.

Таблица 4

Количество ультразвуковых исследований на 100 пациентов в различных нозологических группах

№ п/п	Нозологическая группа	Группа с оплатой только по ОМС	Группа с дополнительным финансированием
	Тяжелая травма		
1	Черепно-мозговая травма тяжелой степени	31,0	66,0
2	Тяжелая травма позвоночника	60,6	143,0
3	Тяжелые травмы груди	81,6	143,0
4	Закрытые повреждения груди с ушибом сердца	0,0	0,0
5	Тяжелая травма живота	153,8	285,7
6	Тяжелая травма мочевыделительной системы	213,6	225,0
7	Тяжелая травма опорно-двигательной системы (таза и тазобедренного сустава).	40,0	50,0
8	Тяжелая травма опорно-двигательной системы (открытые переломы длинных трубчатых костей)	13,5	38,0
9	Тяжелая ожоговая травма	4,8	10,6
10	Тяжелые несчастные случаи с тяжкими последствиями (потеря какого-либо органа или полная утрата органом его функции)	9,4	33,3
	Нетяжелая травма		
1	ЧМТ легкой и средней степени тяжести	35,5	75,0
2	Легкая травма груди с одиночными переломами одного и более ребер.	70,2	86,0
3	Легкая травма живота без повреждения внутренних органов	63,5	128,5
4	Закрытые и открытые переломы костей предплечья, открытые повреждения локтевого сустава	9,7	86,6
5	Закрытые и открытые переломы костей кисти, открытые повреждения лучезапястного сустава, закрытые и открытые переломы костей стопы	5,5	37,5
6	Поверхностные ожоги с площадью поражения менее 30% поверхности тела без развития ожоговой болезни	1,5	4,2
7	Прочие нетяжелые травмы	25,8	91,8

По ряду тяжелых нозологических групп различие составляло до 6,25 раза. Больным с оплатой только за счет средств ОМС назначалось 9,2 услуги медицинского массажа на 100 пациентов, в группе пациентов с дополнительными источниками финансирования – 42,6 услуги. В нозологических группах: открытые переломы длинных трубчатых костей и тяжелая черепно-мозговая травма разница в количестве составляла 19,3 и 34,3! раза, соответственно. В первой группе выполнялось 335,5 услуги лечебной физкультуры на 100 пациентов, во второй – 63,6 (по ряду тяжелых травм разница достигала 11,4 раза). УВЧ-терапия также назначалась в большем количестве случаев пациентам с дополнительными источниками финансирования. Пациентам с оплатой только по ОМС выполнялось 33,4 услуги УВЧ на 100 больных, с дополнительной оплатой лечения – 87,7 услуги на 100 пациентов. Аналогичные данные были получены по всем видам диагностических и лечебных услуг.

Различие в объемах помощи предопределило результаты лечения (табл. 5). Сравнение уровней летальности у тяжелых травматологических больных позволяет утверждать, что практически во всех нозологических группах летальность была достоверно ниже у лиц с дополнительной оплатой лечения. Исключение из общего ряда составили пациенты с тяжелой

Таблица 5

Летальность пациентов в различных нозологических группах (в %)

№ п/п	Нозологическая группа	Группа с оплатой только по ОМС	Группа с дополнительными источниками оплаты
1	Черепно-мозговая травма тяжелой степени	24,7	14,6
2	Тяжелая травма позвоночника	2,9	18,7
3	Тяжелые травмы груди	19,1	8,7
4	Закрытые повреждения груди с ушибом сердца	37,5	25,0
5	Тяжелая травма живота	6,5	0,0
6	Тяжелая травма мочевыделительной системы	4,4	0,0
7	Тяжелая травма опорно-двигательной системы (таза и тазобедренного сустава)	4,8	4,9
8	Тяжелая травма опорно-двигательной системы (открытые переломы длинных трубчатых костей)	2,7	1,1
9	Тяжелая ожоговая травма	16,6	14,0
10	Тяжелые несчастные случаи с тяжкими последствиями (потеря какого-либо органа или полная утрата органом его функции)	0,0	0,0

травмой позвоночника, однако достоверность различия не была доказана (t = 1,5).

Однако не следует делать вывод, что без дополнительного финансирования больные остаются без необходимой помощи. Пусть и минимальные, но необходимые объемы лечебно-диагностических услуг оказываются медицинской организацией и в случаях, когда медицинская помощь не обеспечена средствами ОМС. Достаточно сравнить средние доходы медицинских организаций, полученные за лечение пострадавших от тяжелых травм, не имевших дополнительного, кроме ОМС, финансирования, и расходы на лечение этой группы больных. В среднем медицинские организации получали 9451,35 рубля средств ОМС за оказание медицинской помощи данной категории пострадавших, но формировали затраты в среднем на 12 872,21 рубля (покрытие – 73,4%).

Таким образом, в условиях недофинансирования, сохранив норму, регламентирующую формирование стандартов только по наиболее распространенным заболеваниям, мы заведомо пренебрегаем интересами больных тяжелыми видами патологии. В новых правовых условиях медицинские организации не смогут оказать даже минимально необходимой медицинской помощи тяжелым больным. В связи с изложенным предлагаем внести поправки в проект Федерального закона «О государственных гарантиях медицинской помощи», предусматривающие, что клинические протоколы и клинико-экономические **стандарты должны формироваться** не на распространенные заболевания, а **на заболевания, являющиеся основными причинами смерти и инвалидности**.

К сожалению, это тоже не решает проблему до конца. Уже в течение ряда лет звучит тезис о том, что при введении медицинского страхования в 90-х годах предполагалось, что бюджетное финансирование не будет уменьшено, а отрасль получит дополнительные средства. Однако на практике вышло все наоборот. Невольно проводишь аналогию с сегодняшней ситуацией. Сейчас утверждается, что использование стандартов в совокупности с рядом механизмов, предусмотренных законопроектом (оценка территориальных программ государственных гарантий на предмет их соответствия установленным федеральным требованиям, контроль реализации территориальных программ федеральным органом по надзору в здравоохранении и т.д.), побудит субъекты РФ увеличить финансирование настолько, что его вполне будет хватать. Рискнем предположить, что если бы в одночасье были разработаны стандарты на все за-

болевания и состояния, то выяснилось бы, что средств для их выполнения необходимо ориентировочно в два–три раза больше, чем выделяется сейчас. В качестве демонстрации сопоставим средние расходы в группе больных, стационарное лечение которых оплачивалось только из средств ОМС, и пациентов, имевших дополнительное финансирование. При этом мы исходили из понимания того, что объемы помощи, оказанные пациентам с дополнительным финансированием, близки к оптимальным.* Средние расходы на лечение больных этой группы (19 967,71) были в 3,4 раза больше, чем в группе лиц, лечение которых оплачивалось только из средств ОМС (5861,81). Может оказаться, что на здравоохранение надо тратить такую долю ВВП, как это сложилось в так называемых развитых странах. Если это в существующих социально-экономических условиях невозможно, то правильно ли создавать нормы права, предусматривающие, что требования медицинских стандартов обязательны для исполнения?

Но самое серьезное опасение вызывает то обстоятельство, что стандарты по всем заболеваниям в ближайшее время сформированы не будут, даже если это будет предусматривать проект закона. На конференции, посвященной проблемам стандартизации в здравоохранении, в 2003 году известный в России специалист в данной области профессор П.А.Воробьев упомянул, что за прошедший период (практически семь лет – *авторы*) удалось принять 50 стандартов, еще 500 существуют в виде проектов, а необходимо принять 5000 стандартов. От себя добавим, что подготовленные и принятые клинические протоколы, возможно, уже устарели и их следует пересматривать. Отсутствие клинических протоколов по всем заболеваниям вряд ли позволит определить минимальные финансовые нормативы затрат на оказание гарантированной медицинской помощи, основываясь только на определении стоимости выполнения требований стандартов. В свою очередь это затруднит определение действительно необходимого объема средств, предусмотренных на финансирование территориальной программы государственных гарантий. Очевидно, что объем средств будет несущественно увеличен вследствие небезграничных финансовых возможностей субъекта РФ. Не исключено, что консолидированного бюджета здравоохранения территории будет хватать как на выполнение требований стандартов при заболеваниях, прикрытых клиническими протоколами, так и на оказание медицинской помощи при других заболеваниях, по которым стандарты еще не будут сформированы. Однако тарифы на оказание помощи при заболеваниях последней группы останутся на прежнем уровне. Притом этот тариф ранее не учитывал, что к средствам в размере тарифа стационар добавлял средства, перераспределенные от больных «заболеваниями-донорами». Предлагаем сравнить: сегодня на стационарное лечение больных «другими формами стенокардии» (I20.8) в среднем затрачивается около 4,5 тыс. рублей, что меньше, чем средний доход по ОМС – около 5,7 тыс. рублей (табл. 3). В группе больных с этим же диагнозом, получивших оптимальный объем помощи, средние расходы составили уже 8431,14 рублей, что больше, чем предусмотрено тарифами ОМС. Заболевание перестает быть «донором». А теперь представим, что вследствие этого стационар по заболеваниям, не прикрытым стандартами, может сформировать расходы только в пределах средств ОМС, которых при инфаркте мозга (I63.5) почти в 2 раза меньше минимально необходимых (табл. 3). Какую помощь можно оказать тяжелейшим пострадавшим от сочетанной травмы (T06.8) на 7 тысяч, когда необходимо – 34 тыс. рублей? Перераспределить средства уже не удастся, а возможности субъекта РФ «брошены» на обеспечение требований стандартов.

Предположим маловероятное, что стандарты будут разработаны по 3000 заболеваний (вместо 5000). Полагаем, что в этих условиях ситуация будет разви-

*Данное обстоятельство подтверждалось в ходе ряда исследований, основанных на проведении экспертных оценок объемов помощи, оказанных различным группам больных.

ваться по уже знакомому для ряда организаторов здравоохранения-практиков сценарию. «Вы получили в течение года на лечение больных 200 миллионов рублей?* – будут спрашивать контролеры при проверке деятельности крупного многопрофильного стационара, – а на лечение больных по принятым стандартам достаточно 140 миллионов. Почему не оказали им полноценной помощи в соответствии с требованиями стандарта? Виновны». И как тут объяснить, что раньше на лечение больных данными заболеваниями стационар тратил на треть меньше, чем требуется стандартами, а оставшиеся средства направлял на лечение тяжелых категорий больных. А если выполнить полностью требования стандартов, то на больных другими 2000 заболеваниями, не прикрытых стандартами, останется лишь 60 миллионов рублей, притом до введения стандартов на них тратили 90 миллионов,* и средств было недостаточно. Во всяком случае данные объяснения не примет суд при рассмотрении иска больного, которому был оказан не полный объем помощи, предусмотренный стандартом, к медицинской организации.

Подчеркнем, что авторы за стандартизацию в здравоохранении, но **стандарты медицинской помощи должны быть обязательными для исполнения не в силу специального закона, а в силу договора между сторонами (медицинской организации и страховой медицинской компании)**. Медицинские организации будут соглашаться исполнять требования медицинских стандартов при заключении договоров о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Требования стандартов при этом будут являться частью договора и станут обязательными вследствие исполнения его условий. Практика доказывает, что у органов управления здравоохранением субъектов РФ и территориальных фондов достаточно рычагов для того, чтобы побудить медицинские организации взять на себя исполнение требований стандартов в виде неотъемлемой части договора о предоставлении медицинской помощи. Необоснованное несоблюдение стандарта в каждом конкретном случае будет являться основанием не для приостановки или аннулирования лицензии медицинской организации, а для отказа в оплате за неполноценную медицинскую услугу. В свою очередь у объединений медицинских организаций при несбалансированности гарантированных объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, дефектах тарифной политики останется возможность отстаивать свои интересы при согласовании тарифов и разработке базовой программы обязательного медицинского страхования (в соответствии с пунктом 1 статьи 17 Законопроекта «Об обязательном медицинском страховании»). При использовании такого подхода снижается риск того, что требования стандартов окажутся финансово не обеспеченными либо будут выполняться в ущерб других категорий пациентов.

Данный вариант представляется более предпочтительным по сравнению с существующими положениями Законопроекта. Сегодня проект Закона формирует коллизии с Федеральными законами «О техническом регулировании», «О лицензировании отдельных видов деятельности», содержит противоречия с Законопроектом «Об обязательном медицинском страховании». Анализ данных правовых коллизий – тема отдельного исследования, которое, мы надеемся, также будет опубликовано на страницах журнала «Менеджер здравоохранения». После внесения дополнений и минимальных изменений, отражающих наши предложения, Законопроект будет гармонизирован с действующими законодательными актами. В целом у субъекта РФ будет больший маневр для защиты интересов всех категорий больных.

---

* Для примера взята сумма, близкая к доходам крупного многопрофильного стационара Санкт-Петербурга за год.

** В указанном примере, в отличие от других цифровых материалов, приведены приблизительные величины, основанные на сравнении средних расходов в группах больных различными заболеваниями с финансированием только по ОМС и дополнительным финансированием.

Т.А.ГРИЦЕНКО,
главный врач Учреждения «Поликлиника» ОАО «Кировский завод»

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДСАНЧАСТЕЙ ПРИВАТИЗИРОВАННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ ФИНАНСИРОВАНИЯ

(на примере Учреждения «Поликлиника» ОАО «Кировский завод»)

В статье рассматриваются вопросы функционирования медсанчасти крупного приватизированного предприятия в условиях перехода от бюджетного финансирования к необходимости поиска новых источников средств. Рассмотрен опыт развития добровольного медицинского страхования и оказания платных услуг с учетом возможностей, предоставляемых действующим налоговым законодательством.

В связи с проведенными в РФ реформами по приватизации ранее государственных предприятий многие из них, в том числе крупнейшие заводы страны, оказались преобразованными в акционерные общества. Вследствие этого, медико-санитарные части (МСЧ), состоявшие в составе предприятий, получавших финансирование из государственного бюджета, лишились источника финансирования в тех случаях, где государство не заявило своего участия в создании акционерного общества. Такая ситуация сложилась и в МСЧ №7 (поликлиника) при крупнейшем металлургическом предприятии г.Санкт-Петербурга – «Кировском заводе», где доля государства в уставном капитале ОАО «Кировский завод» составила 0%.

Таким образом, бюджетное финансирование расходов на содержание медицинского персонала поликлинического отделения МСЧ №7, которое осуществлялось по следующим статьям: ФОТ, начисления, медикаменты, с 01.01.2002 г. было прекращено.

Поликлиника в системе ОМС не принимала участие, а оказывала медицинскую помощь только работникам объединения. Кроме указанных выше статей финансирования из бюджета, поликлиника получала дотации от завода на свою деятельность и развитие, и это составило 65% от общей суммы финансирования.

Поэтому перед Советом директоров ОАО «Кировский завод» возникла важная и непростая задача: сохранить и обеспечить финансирование заводской поликлиники.

Необходимость позитивного решения этой задачи, во-первых, была связана с тем, что ОАО «Кировский завод» относится к предприятиям металлур-

© Т.А.Гриценко, 2005 г.

гии и машиностроения, где имеет место непрерывный производственный процесс и повышенный уровень заболеваемости работающих, что приводит к значительным потерям времени работниками предприятия на посещение городских лечебно-диагностических учреждений. Последнее в свою очередь неблагоприятно сказывается на эффективности производственной деятельности предприятия в целом. Во-вторых, почти все работающие на аналогичных предприятиях тяжелого машиностроения подвергаются на рабочих местах воздействию вредных факторов производственной среды при отсутствии достаточной организации эргономики производственного процесса, что требует проведение предварительных и периодических профилактических медицинских осмотров в соответствии с Приказом МЗ РФ №90 от 14.03.96 г.

Как известно, согласно существующему положению, работодатель, обеспечивая проведение профилактических медицинских осмотров, получает ряд льгот в соответствии с Налоговым кодексом РФ. Разъяснения налоговой инспекции по вопросу применения ст.264 п.7 гл.25 Налогового кодекса РФ подтверждают, что работодатель вправе снижать налогооблагаемую базу на сумму фактических расходов по оплате услуг на проведение предварительного и периодического медосмотров, предусмотренных требованиями охраны труда, изложенными в Федеральном законодательстве (то есть включать их в состав себестоимости). Работодатель, не обеспечивший стопроцентное проведение обязательных профосмотров, лишается права на получение скидок к страховому тарифу по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также возможности частичного использования средств фонда социального страхования (ФСС) для компенсации своих расходов на медосмотры трудящихся. Следовательно, работодатель оказывается заинтересованным в своевременном и качественном проведении профилактических медицинских осмотров.

Поликлиническое отделение МСЧ № 7 было ликвидировано как номенклатурная единица, и Совет директоров ОАО «Кировский завод» издал Приказ о создании Учреждения «Поликлиника» ОАО «Кировский завод». В связи с производственной необходимостью и значительным уменьшением на предприятии ОАО «Кировский завод» числа рабочих и служащих, занятых в производственной деятельности в новых экономических условиях, более чем наполовину было сокращено штатное расписание поликлиники. В новом штатном расписании поликлиники были утверждены только 72 должности, в том числе 53 должности медицинского персонала (20 врачей и 33 средних медицинских работников, средний возраст врачей и среднего медперсонала составил на 25.01.2005 г., соответственно, 54 и 47,2 года). Свою лечебно-профилактическую деятельность Учреждение «Поликлиника» ОАО «Кировский завод» стало осуществлять на основании принятого Устава и согласно лицензии, разрешающей оказание следующих видов медицинских услуг:

- консультативный прием врачей-специалистов: терапевт, отоларинголог, невролог, травматолог, хирург, офтальмолог, дерматолог, врач функциональной диагностики, гинеколог, профпатолог, физиотерапевт с проведением курсов назначенного обследования и лечения, стоматолог;
- проведение инструментально-диагностических исследований: УЗИ почек, мочевого пузыря, органов малого таза с внутривлагалищным датчиком, предстательной железы, брюшной полости, рентгенологическое исследование – флюорография, рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки;
- проведение функционально-диагностических исследований (ЭКГ, проба Тифно, определение основных показателей центральной и периферической гемодинамики);
- выполнение биохимических, бактериологических и цитологических исследований, анализов мочи и крови;

- проведение физиотерапевтического лечения (солюкс, КУФ, УФО, ДДТ, УВЧ, СМВ, УЗТ, фонофорез, гальванизация, электрофорез и т.д.);
- проведение курсов инъекций;
- проведение куров массажа по медицинским показателям;
- экспертная медицинская деятельность (медицинское освидетельствование водителей транспортных средств, экспертиза временной нетрудоспособности, экспертиза профпригодности);
- решение вопросов плановой и экстренной госпитализации;
- оформление необходимой медицинской документации (справки, больничные листы, рецепты и т.д.);
- создание банка данных и проведение углубленного анализа профзаболеваемости работников ОАО «Кировский завод» и его дочерних обществ, разработка мероприятий по профилактике и снижению профзаболеваемости.

Для реального осуществления работы созданного Учреждения «Поликлиника» ОАО «Кировский завод» в новых условиях финансирования прежде всего был выполнен расчет фактических затрат поликлиники на оказание услуг по проведению предварительных и периодических медосмотров работающих в дочерних акционерных обществах и включение этих затрат в объем проектов договоров в целях компенсации затраченных средств. Соответственно финансовые перечисления дочерних обществ ОАО «Кировский завод» за обязательные профосмотры, а также, согласно лицензии, и за платные услуги составили с 01.04.02 г. в новом статусе заводской поликлиники существенную часть ее доходов.

Далее с принятием изменений и дополнений к Налоговому кодексу РФ (Федеральный закон от 29.05.2002 №57-ФЗ) была сформирована необходимая законодательная база для введения в действие с 01.01.2003 г. медицинского обслуживания работающих на предприятии на основе системы добровольного медицинского страхования (ДМС) работников работодателем.

Указанная законодательная база строилась на следующих положениях Налогового кодекса:

1. Включение в расходы на оплату труда в счет уменьшения налогооблагаемой прибыли затрат предприятий по договорам ДМС для работников предприятий на срок не менее 1 года, предусматривающих возмещение медицинских расходов застрахованных лиц в пределах 3% от фонда оплаты труда (п.16 ст.255 НК РФ).
2. Взносы предприятий по договорам ДМС не облагаются единым социальным налогом (п.1 ст.236 НК РФ).
3. Взносы предприятий и страховые выплаты по договорам ДМС не облагаются подоходным налогом (гл.23 ст.217 НК РФ).

Учитывая вышеперечисленное, Совет директоров ОАО «Кировский завод» обязал руководителей дочерних обществ и учреждений с 01.01.03 г. заключать договоры на медицинское обслуживание работников предприятия по системе ДМС с тремя страховыми компаниями (СЗАО «Медэкспресс», ОАО СК «Русский мир», ООО «Росгосстрах-Северо-Запад»). Договор со страховыми компаниями был составлен таким образом, что средства на счет Учреждения «Поликлиника» ОАО «Кировский завод» перечислялись методом авансирования, при этом размер оплаты в работе страховой компании в 2003 году составил 3% от фонда оплаты труда, а с 2004 года был увеличен до 5%. Сравнительная характеристика основных показателей эффективности финансирования поликлиники через систему ДМС в 2003 и 2004 годах представлена в табл. 1.

Суммарный доход Учреждения «Поликлиника» ОАО «Кировский завод» в 2002 году состоял из двух источников (Приказ №90 МЗ РФ от 14.03.96 – 37,3% и платные услуги – 62,7%) и составил – 8 017 648 руб. Этого дохода хватило только на выплату заработной платы (в среднем на одного работающего) и оплату текущих расходов.

С введением в 2003 году ДМС уменьшились платные услуги и доход составил – 10 373 003 руб. (ДМС – 48,6%, Приказ № 90 МЗ РФ от 14.03.96 – 14,4% и платные услуги – 37,0%). Увеличение доходной части позволило увеличить оклады сотрудникам (в среднем на 27%), обновить медицинское оборудование, внедрить новые методы обследования и лечения.

В 2004 году доход составил 12 425 679 руб. (ДМС – 46,5%, Приказ № 90 МЗ РФ от 14.03.96 – 18,2% и платные услуги – 35,3%), что позволило и дальше наращивать темпы развития Учреждения.

Таким образом, несмотря на отсутствие бюджетного финансирования, Учреждение «Поликлиника» ОАО «Кировский завод» получило возможность успешно продолжить работу в новых экономических условиях. Формирующаяся экономическая система показала не только свою состоятельность, но и способность в расширении и укреплении материально-технической базы заводской поликлиники, повышении заработной платы медицинского персонала и улучшении качества медицинского обслуживания работников предприятия.

Сравнительная характеристика основных показателей эффективности финансирования поликлиники в 2002, 2003 и 2004 годах представлена в табл. 2.

Таблица 1

Сравнительная динамика финансирования Учреждения «Поликлиника» ОАО «Кировский завод» через систему ДМС (в тыс.руб.)

Показатели	2003 г.	2004 г.	
	Абсолютное значение	Абсолютное значение	Относительно 2003 г. (в%)
Доход	5 038,78	5 782,71	114,76
Расход	5 038,78	5 782,71	114,76
Фонд оплаты труда	2 395,83	2 987,70	124,70
Материалы (медикаменты)	279,89	402,55	143,82

Таблица 2

Сравнительная динамика финансирования Учреждения «Поликлиника» ОАО «Кировский завод» (в тыс.руб.)

Показатели	2002 г.	2003 г.		2004 г.	
	Абсолютное значение	Абсолютное значение	Относительно 2002 г. (в%)	Абсолютное значение	Относительно 2003 г. (в%).
Доход	8 017,65	10 373,00	129,38	12 425,68	119,79
Расход	7 801,33	9 840,62	126,14	12 006,47	122,00
Фонд оплаты труда	4 246,49	4 765,92	112,23	6 421,02	134,73
Материалы (медикаменты)	441,56	556,78	126,09	865,14	155,38
Валовая прибыль	216,32	532,38	246,11	419,21	78,74

Поликлиника оказалась также востребованной и в передаче пока еще небольшого собственного опыта. В соответствии с договором о взаимном сотрудничестве на базе Учреждения «Поликлиника» ОАО «Кировский завод» проходят обучение студенты кафедры госпитальной хирургии №2 Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова. С опытом работы поликлиники ежегодно знакомятся врачи из различных регионов РФ, проходящие усовершенствование в Санкт-Петербургском центре научно-технической информации (ЦНТИ) «Прогресс».

В целях улучшения медицинского обслуживания рабочих и служащих ОАО «Кировский завод» в поликлинике систематически проводятся семинары и конференции с врачами и плановые занятия со средним медицинским персоналом, а также осуществляется обмен опытом работы с рядом аналогичных медицинских учреждений Санкт-Петербурга.

В.В.ШЕВЧЕНКО,
д.м.н., профессор кафедры медицинского страхования, менеджмента и маркетинга, начальник главного управления здравоохранения администрации г.Красноярска.
В.В.УПАТОВ,
к.м.н., доцент кафедры медицинского страхования, менеджмента и маркетинга, заместитель начальника главного управления здравоохранения администрации г. Красноярска по медицинским вопросам.
А.С.ЯМЩИКОВ,
к.э.н., ассистент кафедры медицинского страхования, менеджмента и маркетинга, заместитель начальника главного управления здравоохранения администрации г.Красноярска по экономическим и финансовым вопросам

РЕАЛИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ДЕТЯМ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ. Часть 2

Начало в «МЗ», 2005, №4

Теперь перейдем к анализу принятых управленческих решений на трех уровнях системы.

Технико-экономический уровень (рис. 10)

В медицинских учреждениях около 80% оборудования выработало установленные сроки эксплуатации. В первую очередь это относится к рентгеновскому, стерилизационному, физиотерапевтическому оборудованию и санитарному автотранспорту. Ежегодно на полное обновление и модернизацию медицинской техники, технологического оборудования и санитарного автотранспорта необходимо 100–120 млн. рублей в течение 5 лет. В бюджете 2003 года на эти цели было выделено 21 567 тыс. рублей (18% необходимой суммы). Это позволило частично оснастить медицинской техникой и оборудованием МУЗ ГКБ №20 им. И.С.Берзона, МУЗ РД №2, МУЗ РД №5, МУЗ ГДБ №1 и некоторые другие лечебные учреждения. Хотя доля капитальных вложений в отрасль составляет сейчас 4,7% (против 2% в 2001 г.).

Продолжается развитие материально-технической базы учреждений: отделения новорожденных РД ГКБ №20 и РД №2 оснащены дыхательными аппаратами. Для повышения качества медицинской помощи при заболеваниях новорожденных детей в Городской детской больнице №1 организовано отделение реанимации, которое в настоящее время расширяется и дооснащается современным оборудованием, открыто 12 коек реанимации новорожденных – по своевременной респираторной поддержке новорожденных.

Организовано отделение ультразвуковой диагностики Родильного дома №2. Отделение ультразвуковой диагностики оснащено современной медицинской техникой: ультразвуковые сканнеры

© В.В.Шевченко, В.В.Упатов, А.С.Ямщиков, 2005 г.

«Aloca 1700», «Aloca 1400», «Aloca 900», фетальный монитор «Oxford» с компьютерной обработкой данных, 3 компьютера «Pentium III», компьютерная сеть, 2 кондиционера, тепловая завеса «Тропик», другое технологическое оборудование. Отделение обеспечивает проведение ультразвуковой диагностики: эхографии, нейросонографии, кардиотокографии.

Организовано отделение ультразвуковой диагностики Родильного дома №5. Отделение оснащено современной медицинской техникой: ультразвуковые сканнеры «Logic 500 pro», «Logic 200», монитор «Oxford», кондиционер «Моносилит», линейный Z-датчик, компьютеры «Pentium III» – 7 шт., система «Vidar» (на 2 рабочих места), тепловая завеса «Тропик» и другое технологическое оборудование. Проводятся следующие виды исследований: эхография, нейросонография, кардиотокография.

В результате охват пренатальной диагностикой беременных женщин составил 98,5%, трехэтапный ультразвуковой скрининг проведен 66,7% беременных женщин.

На базе ГКБ №20 открыт современный эндоскопический центр для детей, в котором оказывается высококвалифицированная лечебно-диагностическая и систематизированная организационно-методическая помощь всем детским учреждениям города. Нагрузка на оборудование в детском эндоскопическом центре (с учетом потребности в исследованиях) в 2 раза выше, чем в общей лечебной сети.

Рис. 10. Технико-экономический уровень

Таблица 7

Изменение демографических показателей по отношению к пороговым значениям

Показатели	Пороговое значение	1999 г.	2003 г.	Прирост, 2003 г. к 1999 г. (в %)	Прирост, 2003 г. к пороговому значению (в %)
Рождаемость на 1000 населения	11,2	7,6	11,02	+45	98
Смертность на 1000 населения	9,3	13,7	14,0	+2	150,5
Младенческая смертность на 1000 живорождений	5,1	21,4	9,11	-57,4	178,6
Материнская смертность на 100 000 родившихся живыми	7	51,4	30,0	-41,6	430

В работу учреждений родовспоможения внедрены семейно-ориентированные технологии: расширяется количество палат и отделений совместного пребывания матерей и новорожденных; предусмотрена возможность присутствия на родах отцов и других членов семьи. Внедрена программа ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию».

Социально-экономический уровень (рис. 11)

Организация системы, направленная на качественно-количественный состав трудовых ресурсов, на 01.01.2004 характеризуется следующими показателями. В муниципальном здравоохранении г.Красноярска работают 10 031 человек, из них врачей – 3833, медицинских работников со средним специальным образованием – 6198. По состоянию на 01.01.2004 квалификационные категории имеют 2468 (64,4%) врачей и 4265 (68,8%) средних медработников. В 2001 году данный показатель 60,0 и 63,6%, соответственно. Укомплектованность врачебными кадрами составила 70,0% (2001 г. – 69,2%), средними медицинскими работниками – 65,9% (2001 г. – 61,5%). Несмотря на дефицит медицинских кадров, в городе отсутствуют действенные механизмы их пополнения.

По показателям рождаемости, смертности, младенческой и материнской смертности прослеживается следующая ситуация (табл. 7). Несмотря на то, что показатель смертности по городу за 5 лет вырос на 2%, показатель рождаемости увеличился на 45% за аналогичный период. По сравнению с пороговым значением он составляет пока только 98%. За анализируемый период значительно снизились показатели младенческой и материнской смертности (на 57,4 и 41,6%, соответственно). Однако показатель младенческой смертности меньше порогового значения в 1,79 раза (показатель РФ – 12,4), а материнской смертности – в 4,3 раза.

Рис. 11. Социально-экономический уровень

Организационно-хозяйственный уровень (рис. 12)

Укрупнение медицинских учреждений позволило сконцентрировать лечебно-диагностическую базу и кадровый потенциал, более эффективно использовать финансовые ресурсы городского здравоохранения. За период 1998–2003 гг. в процессе реорганизации лечебной сети общее количество муниципальных медицинских учреждений сократилось с 74 до 49. При этом возможности получения отдельных видов медицинской помощи для населения города значительно расширились. Укрупнение медицинских учреждений позволило сконцентрировать лечебно-диагностическую базу и кадровый потенциал, более эффективно использовать финансовые ресурсы городского здравоохранения.

Проведена реорганизация учреждений родовспоможения: все женские консультации выведены из состава поликлиник и присоединены к родильным домам для восстановления преемственности амбулаторного и стационарного звена акушерской службы. На базе муниципальных родильных домов созданы два межрайонных центра комплексной пренатальной диагностики, охватывающие в своей деятельности всех беременных жительниц города. Завершается формирование медико-генетической службы. Благодаря рациональному сосредоточению ресурсов и эффективной организации работы центров, каждая женщина бесплатно и в самые короткие сроки (до 10 дней) может пройти полный комплекс обследования с целью раннего выявления врожденной и наследственной патологии развития плода, хромосомных нарушений. Также обеспечена возможность формирования «группы риска» по развитию гестоза, задержки внутриутробного развития плода, фетоплацентарной недостаточности.

В 2002 г. в г.Красноярске создано единое муниципальное учреждение здравоохранения «Специализированный дом ребенка», в котором под общий бюджет и в подчинение Главному управлению здравоохранения из разных районов города объединены три дома ребенка и стационар городской детской больницы. Цель создания городского Дома ребенка – обеспечение содержания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте от рождения до 4 лет и проведение комплекса мероприятий, содействующих обретению ребенком семьи на основании решения проблем, связанных с его здоровьем, организация лечебно-профилактической, противоэпидемической, реабилитационной помощи, защита прав детей раннего возраста, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Рис.12. Организационно-хозяйственный уровень

В результате проведенной реорганизации ликвидирована очередность, обеспечено круглосуточное поступление детей, оставшихся без попечения родителей, из родильных домов, детских стационаров, а также по направлениям органов опеки и попечительства, социальной защиты, внутренних дел, подкинутых и заблудившихся. В том числе решен вопрос о временном, до 1 месяца, пребывании, обследовании и лечении детей, у которых нет сведений об отсутствии инфекционных заболеваний, внедрены современные технологии медицинской, психологической, социальной реабилитации. Число детей, устроенных в семью, увеличилась с 80 в 2001 г. до 176 – в 2002 г., за 8 месяцев 2003 года обрели семью 142 ребенка (93% от числа выбывших).

Реорганизовано муниципальное учреждение здравоохранения «Городской центр охраны материнства и детства», включающий в себя структурные подразделения: женские консультации, отделения ультразвуковой диагностики для женщин и детей, дневные стационары для женщин и девочек-подростков, консультативную поликлинику, центр грудного вскармливания, отделение реабилитации детей ранних возрастных групп.

Сокращено 20 коек инфекционного профиля для детей. В 2003 году продолжена оптимизация работы этой службы. В состав МУЗ «ГКДИБ №1» передаются инфекционный стационар (инфекционный гепатологический центр) из состава МУЗ «ГДБ №2» и инфекционный стационар из состава МУЗ «ГДБ №9».

Проведена реструктуризация коечного фонда муниципальных учреждений здравоохранения, что обусловило интенсификацию его деятельности. Средняя длительность пребывания больного в стационаре снижена в 2003 г. до 12,7 с 13,7 в 2004 г.

Проводимая в Красноярском крае реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений уже достигла определенных результатов. Так, за период 1995–2002 гг. сократилось общее число стационаров (на 14,4%) в основном за счет городских больниц (на 25,4%), увеличилось число сельских амбулаторий (на 5,5%), хотя в целом амбулаторно-поликлиническая сеть сократилась на 15%. При этом наиболее выраженной является тенденция сокращения маломощных учреждений. Наблюдается увеличение числа мест в дневных стационарах: более чем на 90 тысяч мест – 8,9 на 10 тысяч населения (в 1995 г. – 2,6). Число пролеченных больных в таких учреждениях увеличилось почти в три раза – 248,7 на 10 тысяч населения.

Необходимость реструктуризации во многом диктуется объективными процессами: расширением потребностей населения в медицинской помощи, ростом использования новых эффективных лечебно-диагностических технологий и лекарственных средств, повышением удельного веса пожилых категорий населения, растущей стоимостью медицинской помощи при ограниченности всех видов ресурсов, которыми располагает система здравоохранения.

Анализ последних тенденций на данном уровне показывает, что существующая нормативно-правовая база здравоохранения, хотя и совершенствуется, все еще далека от требований, которые предъявляет практика функционирования системы здравоохранения. Так, в 2001–2002 гг. было принято более 30 Постановлений Правительства РФ по вопросам диагностики, лечения, профилактики заболеваний, лицензирования медицинской деятельности и других. В то же время одной из значительных составляющих системы нормативных правовых актов в области здравоохранения являются ведомственные нормативные правовые акты, которые в большинстве своем нуждаются в пересмотре.

Так за исследуемый период в области охраны материнства и детства в Российской Федерации были изданы 7 документов, а в Красноярском крае – 26, в том числе:

- Приказ №457 МЗ РФ «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей».
- Приказ ГУЗ № 521 от 25.12.2001 «О совершенствовании пренатальной диагностики».
- Приказ ГУЗ №155 от 23.04.2001 «О создании Городского методического центра по пропаганде, поддержке, поощрению грудного вскармливания».
- Постановление Администрации г.Красноярска №291 от 22.05.2001 «О реорганизации муниципальных учреждений здравоохранения» (на основании которого путем слияния создано единое муниципальное учреждение «Специализированный дом ребенка»).
- Приказ ГУЗ № 387 от 03.11.1999 «Об организации отделения анестезиологии и реанимации в ГДБ №1».
- Приказ ГУЗ №215 от 19.05.2003 «О совершенствовании реанимационной помощи новорожденным г. Красноярска», согласно которому увеличена мощность отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных.
- Приказ ГУЗ №318 от 05.09.2003 «О работе выездной консультативной реанимационной педиатрической бригады» с 10.09.2003, в соответствии с которым создана реанимационная консультативная педиатрическая бригада.

Рассматривая уровень соответствия административно-правовой организационной технологии возможностям системы на технико-экономическом уровне, необходимо отметить, что для совершенствования организации оказания медицинской помощи населению Красноярского края в 2002 году были утверждены: Положение о межрайонном специализированном центре; Положение о порядке оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) медицинских услуг в краевых государственных учреждениях здравоохранения населению Красноярского края; Положение о вневедомственной системе контроля качества медицинской помощи на территории Красноярского края; «О лицензировании медицинской деятельности на территории Красноярского края» и др. Однако при наличии документов, определяющих лицензионные требования, на уровне медицинских учреждений не отработана система, обеспечивающая осуществление регулярного, квалифицированного контроля технического состояния медицинской техники, организация ее технического обслуживания и ремонта. Неудовлетворительными остаются организация метрологического контроля и соблюдение метрологических правил и норм.

Экономическая эффективность реализации модели

Рассмотрим экономический эффект проведенных мероприятий внутри отрасли «Здравоохранение».

Одним из результатов является снижение средней длительности пребывания больного в стационаре с 14,2 до 12,6. Экономический эффект за счет снижения средней длительности пребывания больного в стационаре можно посчитать по формуле:

$$Э_{ф.\ ср.\ дл.} = \Delta Д_{ср.} \times С_{дс.\ ср.} \times К,$$

где $\Delta Д_{ср.}$ – *изменение средней длительности пребывания больного в стационаре;*

$С_{дс.\ ср.}$ – *средняя стоимость 1 дня пребывания в детском стационаре, руб.;*

$К$ – *количество пролеченных детей.*

Таким образом экономический эффект составил:

$$Э_{ф.\ ср.\ дл.} = 1{,}0 \times 43\ 729 \times 160 = 6\ 996\ 640 \text{ руб.}$$

Кроме того, в 2003 году прервано 30 беременностей до 12 недель за счет выявляемости пороков развития. Экономический эффект в данном случае будет рассчитан по формуле:

$$Э_{ф.\ выявл.} = (К_в \times С_{бл.\ ср.} \times 4) + (С_п \times К_д \times К_в),$$

где $К_в$ – *количество выявленных случаев;*

$С_{бл.\ ср.}$ – *средняя стоимость больничного листа, руб.;*

4 – *4 месяца, в течение которых выдается больничный лист по беременности;*

$С_п$ – *средняя стоимость 1 койко-дня в патологии;*

$К_д$ – *количество койко-дней, проведенных 1 больным в патологии.*

Таким образом экономический эффект составил:

$$Э_{ф.\ выявл.} = (30 \times 2500 \times 4) + (599{,}3 \times 19 \times 30) = 300\ 000 + 341\ 601 = 641\ 601 \text{ руб.}$$

Экономия средств за счет организации палат «Мать и дитя» (методика грудного вскармливания) составила **1920 тыс. руб.**

Кроме того, в процессе работы нами была предпринята попытка оценить принятые управленческие решения на макроуровне с точки зрения их влияния на валовую продукцию г.Красноярска. Основные показатели, используемые при расчете, представлены в табл. 8.

В результате проведенных за 5 лет мероприятий рождаемость в г.Красноярске за это время увеличилась на 45%. Особенно интенсивное увеличение произошло в 2001 году и, хотя в 2002 году темпы роста несколько сократились, в 2003 году наблюдалось новое повышение темпов роста по сравнению с 2002 годом. Количество умерших младенцев сократилось за 5 лет на 38%. Таким образом, в 2003 году родилось на 950 младенцев больше, чем в 2002 году. При этом за счет проведенных мероприятий было выхожено в 2003 году 683 младенца.

Рассмотрим период 2003–2028 гг., то есть 25 лет, – к этому возрасту человек, получив достаточное образование, начинает приносить пользу государству, которая выражается в росте валовой промышленной продукции (табл. 9).

Согласно расчетам, совокупные расходы на здравоохранение на 1 человека, начиная с рождения и по достижении 25-летнего возраста, составят 224,38 тыс. руб. или 153 251,54 тыс. руб. (7% от валового продукта за тот же период) на 683 родившихся детей (табл. 9).

Предположим, что по окончании школы 62% из них поступят в ВУЗы, 35% – в среднеспециальные учебные заведения и 3% не смогут поступить никуда. Представим также, что по окончании соответствующего учебного заведения только 94% смогут устроиться на работу. На основании вышеизложенного была рассчитана величина валового продукта на 1 человека по годам (табл. 10). Таким образом, уже к 25 годам жизни 94% из 683 выхоженных в 2003 году детей (уровень занятых в экономике) будут дополнительно приносить валовой продукции 505 247,948 тыс. руб. в год, что составит 0,14% прироста годовой валовой продукции.

Заключение

Предложенный механизм стратегического управления здравоохранением на муниципальном уровне рассмотрен на примере службы охраны материнства и детства по двум основным причинам. Во-первых, состояние и эффективная деятельность этой службы стратегически важна в плане воспроизводства трудового потенциала, а во-вторых, затраты на содержание данной службы более значительны по сравнению с другими службами. Реализация данного механизма происходит на трех стадиях. При этом анализ, принятие решения и контроль – каждый последовательно осуществляется на трех уровнях: технико-экономическом, социально-экономическом и организационно-хозяйственном.

В г.Красноярске в службе охраны материнства и детства на каждом уровне были приняты следующие решения. На организационно-хозяйственном уровне, проведена реструктуризация сети МУЗ, в частности в состав родильных домов вновь введены женские консультации, тем самым восстановлена преемственность амбулаторного и стационарного

Таблица 8

Основные показатели для расчета экономической эффективности

Показатель	Единицы измерения	Величина
Валовая продукция	млн. руб.	86 922,707
Финансирование здравоохранения	млн. руб.	1866
Финансирование муниципальных учреждений детской сети	млн. руб.	310,8
Финансирование муниципальных учреждений акушерства и родовспоможения	млн. руб.	250,4
Финансирование муниципальных учреждений взрослой сети	млн. руб.	1304,8
Численность населения	чел	876 800
Численность детей (0–17)	чел	177 689
Доля детей в общей численности	%	20
Число родившихся живыми	чел.	9660
Выхожено младенцев за счет мероприятий в 2003 году по сравнению с 2002 годом	чел.	683
Умерло младенцев в 2003 году	чел.	88
Умерло младенцев в 2002 году	чел.	122
Всего родившихся в 2003 году	чел.	9748
Экономически активное население	чел.	489 056
Из них занято в экономике	чел.	460 000
Доля занятых в экономике	%	94
Затраты акушерства на 1 родившегося	тыс. руб.	25,685
Затраты детства на 1 ребенка	тыс. руб.	1,7491
Затраты на 1 взрослого	тыс. руб.	1,8664
Произведено валовой продукции на 1 работника	тыс. руб.	188,96
Рост ВВП ежегодно	%	6

Таблица 9

Расходы на здравоохранение в расчете на 1 человека за 25 лет

№ п/п	Год	Затраты здравоохранения	Виды расходов
0	2003	25,69	Акушерство и родовспоможение
0	2003	1,75	Детская сеть
1	2004	1,93	
2	2005	2,12	
3	2006	2,33	
4	2007	2,56	
5	2008	2,82	
6	2009	3,10	
7	2010	3,41	
8	2011	3,75	
9	2012	4,13	
10	2013	4,54	
11	2014	4,99	
12	2015	5,49	
13	2016	6,04	
14	2017	6,65	
15	2018	7,31	
16	2019	8,04	
17	2020	8,85	
18	2021	10,40	Взрослая сеть
19	2022	11,44	
20	2023	12,58	
21	2024	13,84	
22	2025	15,22	
23	2026	16,74	
24	2027	18,42	
25	2028	20,26	
		224,38	Всего за 25 лет

звена акушерской службы, принят ряд нормативных актов, регулирующих деятельность службы охраны материнства и детства. На технико-экономическом – для учреждений приобретено новое оборудование, внедрены новые технологии, открыты новые отделения. На социально-экономическом – разработана система стимулирования, влияющая на результативность работы врачей, снижение показателей младенческой и материнской смертности, рост рождаемости и сокращение мертворож-

Таблица 10

Произведенная валовая продукция, (в тыс. руб.)

Год жизни	Год	Валовая продукция на 1 чел. (работающих по окончании школы)	Валовая продукция в расчете на 19 чел.	Валовая продукция на 1 чел. (работающих по окончании среднеспециального учебного заведения)	Валовая продукция в расчете на 206 чел.	Валовая продукция на 1 чел. (работающих по окончании ВУЗа)	Валовая продукция в расчете на 398 чел.	Итого
18	2021	539,35593	10 247,76	539,3559263	-	539,3559	-	10 247,7626
19	2022	571,71728	10 862,63	571,7172819	-	571,7173	-	10 862,6284
20	2023	606,02032	11 514,39	606,0203188	12 4840,186	606,0203	-	136 354,572
21	2024	642,38154	12 205,25	642,381538	13 2330,597	642,3815	-	144 535,846
22	2025	680,92443	12 937,56	680,9244302	14 0270,433	680,9244	271 007,923	424 215,92
23	2026	721,7799	13 713,82	721,7798961	14 8686,659	721,7799	287 268,399	449 668,875
24	2027	765,08669	14 536,65	765,0866898	15 7607,858	765,0867	304 504,503	476 649,008
25	2028	810,99189	15 408,85	810,9918912	16 7064,33	810,9919	322 774,773	505 247,948
Итого		**5338,258**	**101 427**	**5338,257972**	**870 800,06**	**5338,26**	**1 185 555,6**	**215 7782,6**

даемости (как результат принятых решений на технико-экономическом уровне), повышение квалификации врачей и среднего медперсонала.

В результате проделанной работы было выдвинуто ряд предложений:

На технико-экономическом уровне. Перейти на новый этап, главными задачами на котором будут являться:

- сохранение достигнутых за исследуемый период показателей по службе охраны материнства и детства;
- избрание в качестве приоритета профилактики здоровья населения: увеличение объема финансирования, который должен быть направлен на реализацию целевых программ, в частности, по социально-значимым заболеваниям – таким, как туберкулез, ВИЧ, болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования. Данное направление косвенно будет влиять на сохранение показателей первого этапа путем сохранения, поддержания и улучшения здоровья детей, будущих матерей и отцов.

На социально-экономическом уровне. Поскольку пороговое значение системного параметра еще не достигнуто, необходимы действия по максимальному его приближению к пороговому значению. Надо кардинально менять систему оплаты труда (в том числе и в здравоохранении), которая будет нацелена на результат. Это требует принятия решений на организационно-хозяйственном уровне.

На организационно-хозяйственном уровне. Необходимо внесение предложений по оплате труда для принятия решения на уровне Администрации Красноярского края об оплате медицинской помощи в Красноярском крае (в рамках данного постановления должно быть разработано положение об оплате труда в здравоохранении).

А.Ю.БОТЯН,
генеральный директор сервисной компании «Путь к здоровью», г.Санкт-Петербург
http://www.waytohealth.spb.ru/

ВЫГОДНЫЙ ПОСРЕДНИК: РОЛЬ АГЕНТСКИХ (СЕРВИСНЫХ) КОМПАНИЙ В РЕШЕНИИ НЕКОТОРЫХ ФИНАНСОВЫХ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Медицинские учреждения, имеющие возможности по оказанию высококачественной помощи, зачастую не имеют эффективных механизмов привлечения потенциальных платных пациентов. Помощь посредника в виде сервисного агентства позволяет повысить доступность услуг этих учреждений для массового потребления.
Активное развитие платных медицинских услуг придает особую актуальность юридической защите медицинских учреждений и медицинских работников. Сервисная компания может оказать помощь в выборе страховой компании и подготовке договора с ней.

Многие государственные учреждения здравоохранения в настоящее время предлагают широкий спектр платных медицинских услуг, доходы от которых помогают им компенсировать недостаток финансирования из бюджета и средств ОМС. Однако информация о предлагаемых услугах у населения обычно весьма скудная и односторонняя, так как сведения население получает в основном посредством рекламы.

Активную рекламную компанию обычно проводят лишь крупные коммерческие медицинские центры с высоким уровнем цен на свои услуги, государственные же медицинские учреждения не имеют возможности вкладывать в рекламу необходимые средства. Врачи первичного звена, которые могли бы помочь пациентам в выборе места лечения, также не имеют достаточно полной информации об оказываемых медицинских услугах и ориентированы в первую очередь на хорошо известные крупные стационары или на личный опыт.

В связи с этим население чаще всего не может осознанно выбрать лечебное заведение для обращения за платной медицинской помощью. Жители большинства регионов России и Зарубежья о возможности лечения в Москве, Санкт-Пе-

© А.Ю.Ботян, 2005 г.

тербурге и других крупных центрах имеют весьма скудное представление, а о возможностях менее крупных городов просто не знают. Это приводит к тому, что многие медицинские учреждения, имеющие возможности по оказанию высококачественной помощи, не получают потенциальных платных пациентов.

Одним из выходов из этой ситуации может быть формирование сводного перечня платных медицинских услуг, предлагаемых учреждениями здравоохранения города, и распространение данной информации среди населения. Такая совместная информационно-рекламная политика позволит обеспечить доступность услуг этих учреждений для массового потребления.

Эту задачу могут взять на себя агентские (сервисные) компании. При такой схеме работы обеспечивается четкое разделение обязанностей. Медицинское сервисное агентство занимается формированием и рекламой общего для группы учреждений перечня медицинских услуг, благодаря чему потребитель (население) не озадачивается сбором информации и скринингом цен на услуги. Агентство подбирает обратившемуся пациенту медицинское учреждение, согласует стоимость и сроки оказания медицинской помощи. Кроме этого, обеспечивается весь необходимый набор сервисных услуг (встреча и проводы на вокзале, в аэропорте, транспортное обеспечение, бронирование билетов, мест в гостиницах для сопровождающих лиц, визовая поддержка и т.д.), что особенно важно для иногородних и зарубежных граждан. Услуги могут включать в себя также и организацию культурной программы.

Врачи и технический персонал агентства профессионально занимаются всеми этими вопросами, обеспечивая оптимальное решение задачи в кратчайшие сроки. Медицинские учреждения в свою очередь отвечают за качество и сроки оказания услуг, за их соответствие «заявленным параметрам». Как известно, услуги, предлагаемые разными клиниками, существенно отличаются друг от друга по специализации, условиям оказания помощи и ее стоимости, загруженности самих учреждений, поэтому исключается конкуренция между ними при работе с одним агентством.

Еще одной немаловажной особенностью такой схемы работы является то, что оплата услуг агентства происходит только после получения денег медицинским учреждением. Это отличается от работы со справочными службами, услуги которых оплачиваются повременно, независимо от реального результата их работы.

На самом деле это не единственно возможная схема работы. В то же время опыт нашей компании показывает ее актуальность, как для медицинских учреждений, так и для населения. Она позволяет сделать шаг в сторону создания в Санкт-Петербурге цивилизованной системы оказания платных медицинских услуг, помогает медицинским учреждениям (прежде всего государственным) получить дополнительные средства за счет привлечения дополнительных платных пациентов из Санкт-Петербурга и других регионов и, как следствие, работает на повышение имиджа медицины города.

В связи с активным развитием платных медицинских услуг особую актуальность приобретает еще одно направление работы, которое может взять на себя агентская (сервисная) компания. Это юридическая защита самих медицинских учреждений и медицинских работников. Страхование профессиональной ответственности врачей – это один из путей решения данной задачи. Этот вид страхования получил широкое распространение в развитых странах в 60—70-е гг. как страхование непреднамеренных ошибок врачей (имеются в виду ошибки, допущенные врачами при проявлении ими наивысшей добросовестности, использовании максимума знаний и опыта). Существующим толчком к его развитию послужили прецеден-

ты, созданные судами, которые присуждали значительные суммы в пользу истцов.

В настоящее время в России медицинские учреждения, врачи и пациенты находятся в новых правовых отношениях, существенно отличающихся от прежних условий. Сегодня эти отношения имеют договорную основу, определяющую права и ответственность сторон. Особенно это имеет место при оказании платных медицинских услуг. Пациенты, заплатившие за эти услуги, значительно требовательнее относятся к их качеству и в случае недовольства предъявляют претензии к медицинским учреждениям. Суды же, согласно закону о защите прав потребителей, перманентно рассматривают потребителя как пострадавшую сторону и все чаще занимают сторону истцов, в результате чего медицинское учреждение расстается с немалой суммой.

В процессе работы врач берет на себя ответственность за последствия своих действий, в связи с чем он постоянно находится в ситуации, когда может быть допущена ошибка. Еще один источник исков – недобросовестные пациенты, которые стремятся обогатиться за счет лечебного учреждения и требуют возмещения надуманного ущерба.

Все эти проблемы настоятельно требуют поиска мер по защите медицинских работников. Одной из действенных мер является страхование профессиональной ответственности врачей. Договор страхования способствует решению большей части конфликтов в досудебном порядке и экономически выгоден лечебным учреждениям, так как суммы страховых выплат (если непреднамеренная ошибка доказана) во много раз превышают взнос. В случае, когда урегулировать конфликт до суда не удается, юристы страховой компании помогут решить проблемы, связанные с судебными исками, с проведением медико-экономической экспертизы, организацией дополнительной диагностики и т.д.

Такое страхование относится к категории наиболее сложных финансовых услуг, связанных с большим количеством условий, оговорок и исключений, разобраться в которых самостоятельно не так просто. В этой ситуации большую помощь в выборе страховой компании и подготовке договора с ней руководителю медицинского учреждения может оказать посредник (сервисная компания), профессионально работающий в этой области. Основное преимущество подобных посредников заключается том, что обращение к ним позволит руководителю профессионально подойти к страхованию сотрудников, сэкономит время и деньги, избавит от ненужных хлопот. При этом привлечение сервисной компании не влияет на стоимость страхования: медицинское учреждение заключает договор с выбранной страховой компанией в соответствии с ее тарифами. Опыт работы нашей компании показывает, что профессионально проведенный тендер помогает сэкономить время и существенно (в случае с Американской медицинской клиникой, расположенной в Санкт-Петербурге, – в несколько раз) снизить страховую премию, сохранив при этом все требования страхования, предъявляемые страховщику.

В общепринятой мировой практике профессиональная ответственность подлежит обязательному страхованию, и во многих странах врач не будет допущен к практике, если у него нет полиса о страховании такой ответственности. За рубежом система страхования врачебной ответственности действует уже много десятилетий. Мы же пока в этом направлении делаем только первые шаги.

Это далеко не полное изложение возможных взаимовыгодных направлений сотрудничества агентских (сервисных) компаний с медицинскими учреждениями. Но уже из сказанного выше хорошо видно, что подобное сотрудничество имеет большие перспективы.

А.Ю.ПУЧКОВ,
к.м.н., Городская Покровская больница, г.Санкт-Петербург

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ»

С июля 2003 года вступил в действие Федеральный закон «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств» (ОС АГО).
Каждая компания – член РСА регулярно отчисляет 2% собранных средства в резерв компенсационных выплат, которые должны осуществляться с июля 2004 года в счет возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП).
По прогнозам экспертов, убыточность ОС АГО за 2004 год может колебаться в пределах 70–84%; максимум убыточности может быть достигнут через 3–5 лет существования Закона об ОС АГО, что приведет к банкротству многие страховые компании, находящиеся в зоне риска.
Чем скорее начнутся адекватные страховые выплаты, направленные на возмещение вреда, нанесенного здоровью, тем легче будет избежать нарастания убыточности и банкротства в перспективе. Автор предлагает метод адекватной оценки стоимости медицинских услуг, основанный на экспертной медицинской деятельности, судебно-медицинской экспертизе, отраслевых стандартах медицинской помощи, прейскуранте хозрасчетных услуг ЛПУ, тарифах ОМС.

А.Ю.Пучков, 2005 г.

Число дорожно-транспортных происшествий с большим количеством пострадавших неуклонно растет. Средств обязательного медицинского страхования (ОМС) для лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями не хватает. Однако зачем тратить средства ОМС, медицинского бюджета и личные средства граждан на медицинские услуги, дополнительное финансирование которых предусмотрено Федеральным Законом?

С июля 2003 года вступил в действие Федеральный Закон «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств». Страховая сумма, в пределах которой страховщик обязуется при наступлении каждого страхового случая возместить потерпевшим причиненный вред, составляет 400 тыс. руб., из них в части возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью, – 240 тыс. руб. и 160 тыс. руб. в части возмещения вреда, нанесенного имуществу. Надежды на то, что с новым Законом взаимоотношения участников дорожно-транспортных происшествий, юристов-медиков и страховщиков войдут в цивилизованное русло, а здравоохранение получит новые дополнительные источники

финансирования, не оправдались. В периодической печати появляются статьи страховщиков о неясном экономическом прогнозе «автогражданки». Поэтому интересен вопрос, какова же потенциальная емкость рынка , сколько на нем можно собрать страховых премий, так как Закон принял обязательный характер. Рассмотрим сначала этот вопрос на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области, на территории которых зарегистрировано около 1600 тыс. транспортных средств, принадлежащих физическим и юридическим лицам (Санкт-Петербург – 1200 тыс., Ленинградская область – 400 тыс.). Средняя страховая премия для Санкт-Петербурга составит 3400 руб., для Ленинградской области – 3000 руб. (средний базовый тариф 1880, повышающий коэффициент для Санкт-Петербурга – 1,8, для Ленинградской области – 1,6). Сумма собранных страховых премий может достигнуть – 5,2 млрд. рублей (4 млрд. по Санкт-Петербургу и 1,2 млрд. по Ленинградской области). 60% этой суммы должны пойти на возмещение вреда, нанесенного здоровью, то есть 3,12 млрд. рублей. Если представить, что 23% от общей суммы страховых премий уйдут на ведение дела, отчисления в резервы для осуществления страховых выплат и прибыль страховщика, то 77% (2,4 млрд. рублей) должны пойти на страховые выплаты. На территории Санкт-Петербурга и области общее количество ДТП за 2002 год составило 9616, погибли 1297 человек и ранения получили 10 901 пострадавший. Следовательно можно предположить что на лечение одного пострадавшего за счет средств автогражданской ответственности приходится 220 163 руб. Если предположить, что из всего парка транспортных средств будет застрахована только половина, то цифры все равно получаются внушительные(110 000 руб.) Для сравнения приведем тарифы (ОМС) по профилям: травматология – 6909,88 руб. (21 койко-день), травматический шок – 11 546,74 руб., ортопедия – 10 332 руб. К тому же далеко не все пациенты, пострадавшие в ДТП, являются тяжелыми травматологическими больными и не во всех случаях стоимость лечения будет существенно выходить за тариф ОМС. С нашей точки зрения, угрожающей ситуации для страховщиков ОС АГО не наблюдается так как:

1. Достигнута очень высокая концентрация рынка. Только «Росгосстрах» за январь–март 2004 года собрал 4,6 млрд. рублей премии («Агентство страховых новостей», 2004.04.16). «Концентрация рынка ОС АГО чрезвычайно велика», – отмечает вице-президент «Росгосстраха» Игорь Игнатьев («Агентство страховых новостей», 2004.05.21, 2004.04.19). Из 150 компаний, имеющих лицензию выделились 20 лидеров, заключивших 80% договоров страхования и получивших 80% всей страховой премии. На долю «Росгосстраха» приходится почти 50% рынка ОС АГО. По словам Евгения Кургина, средняя премия по договору ОС АГО – 1965 руб., средняя выплата 19 533 руб. («Агентство страховых новостей», 2004.04.23). При такой концентрации бизнеса соотношение между страховой выплатой и страховой премией заведомо мало. По экспертной оценке Владимира Измайлова, начальника актуарно-аналитического отдела РСА (Пресс-конференция РСА от 3 сентября 2004 г.) проанализировавшего действие Закона об ОС АГО с 1 июля 2003 г. по 30 июня 2004 г. За год действия Закона об ОС АГО:

- продано 25,2 млн. полисов ОС АГО;
- собрано 48,2 млрд. рублей;
- заявлено 535 тыс. страховых случаев (из них урегулировано 434 тыс. страховых случаев, а 101 тыс. остались неурегулированными);
- выплаты составили 8,2 млрд. рублей. Средняя страховая выплата – 18,9 тыс. рублей.

Был произведен аналитический расчет убыточности бизнеса. Она колеблется в пределах 70–84%.

2. Процент автовладельцев, застраховавших свои транспортные средства, достаточно высок. При опросе, проведенном в феврале 2004 года сотрудниками контакт-центра компании «Росгосстрах» по Москве и по крупным городам России выяснено, что 74% респондентов уже застраховали свою ответственность, 5% планируют это сделать в ближайшие

месяц–два, 12% – через несколько месяцев, 6% не собираются делать этого никогда («Агентство страховых новостей», 2004.02.12). По результатам аналогичного опроса, проведенного в городах-миллионниках, через 6 месяцев свою ответственность уже застраховали 91% автолюбителей («Агентство страховых новостей», 2004.08.17).

3. Формируются солидные страховые резервы для компенсационных выплат. Согласно правилам РСА, каждая страховая компания – член союза ежеквартально отчисляет 0,5% от сборов по ОС АГО в качестве членских взносов на обеспечение деятельности РСА, 1% – на совместные с ГИБДД мероприятия по обеспечению безопасности движения. Кроме того, страховщики должны отчислять в РСА 1% от сборов в резерв гарантий (если обанкротится страховщик) и 2% – в резерв текущих компенсационных выплат (если виновник не был застрахован или скрылся с места происшествия). Для примера: «Росгосстрах» перечислил в РСА 630 млн. рублей от сборов по ОС АГО («Агентство страховых новостей», 2004.05.21). По сообщению Андрея Кигима и.о. президента РСА, на июль 2004 года РСА зарезервировал на своих счетах 30 млн. долларов. Резерв гарантий – 10 млн. долларов; резерв текущих компенсационных выплат – 20 млн. долларов. Эти счета размещены в «пятерке консервативных банков», включая «Сбербанк» и «Внешторгбанк». Компенсационные выплаты предназначены исключительно для возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевших в ДТП. В соответствии с Федеральным законом № 40-ФЗ от 25 апреля 2002 г. «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств» с 1 июля 2004 года осуществляются компенсационные выплаты в счет возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевших в дорожно-транспортных происшествиях. Президиумом Российского союза автостраховщиков (РСА) утверждены соответствующие правила. Компенсационная выплаты производятся в случаях, если страховая выплата по договору обязательного страхования не может осуществляться вследствие следующих причин:

- применение к страховщику процедуры банкротства, предусмотренной Законом;
- неизвестности лица, ответственного за причиненный потерпевшему вред;
- отсутствие договора обязательного страхования, по которому застрахована гражданская ответственность причинившего вред лица, из-за неисполнения установленной Законом обязанности по страхованию (Компенсационные выплаты. – «Алтайская правда», 16 сентября 2004 г.).

4. Организована работа с жалобами застрахованных. Зарегистрированные жалобы рассматривает исполнительный аппарат РСА. Обоснованные жалобы могут служить основанием для внеочередной проверки.

5. Стоимость медицинских услуг в Российской Федерации относительно невысока (если сравнивать с ремонтом автомобилей) и, помимо средств ОС АГО, к лечению могут быть привлечены средства ОМС, бюджета и т.д. При этом далеко не все случаи дорожно-транспортного травматизма по объему и стоимости медицинской помощи будут выходить за Программу государственных гарантий.

Основные проблемы по реализации Закона в части, связанной с нанесением вреда здоровью, сводятся к следующему:

1. Определить реальную стоимость необходимой медицинской помощи на сегодняшний момент достаточно сложно. Оценочная деятельность, развитая в других отраслях экономики и регламентирующаяся Законом об оценочной деятельности, к медицине в силу специфики неприменима.

2. Пострадавший в ДТП должен получить качественную медицинскую помощь в первые минуты и часы с момента получения травмы, именно от этого во многом зависит прогноз его заболевания и следовательно величина затрат на лечение. Денежные средства потерпевший должен получать не по суду, когда он либо сам поправится, либо станет

инвалидом, а в период, когда он находится на лечении.

3. Потерпевший может не иметь средств на получение медицинской помощи сверх программы ОМС, не иметь информации об объеме медицинской помощи, положенной по стандарту, и не знать правовых аспектов Закона ОС АГО. Документы подтверждающие оплату тех или иных медицинских услуг или лекарств, могут быть утрачены в силу тяжести состояния.

4. Стационар не имеет средств для приобретения дорогостоящих лекарств, кровезаменителей, металлоконструкций, эндопротезов и т.д., которые по стоимости могут в десятки раз превышать тариф ОМС.

Из выше сказанного становится очевидной необходимость развития экспертной медицинской деятельности, которая на основании стандартов медицинской помощи позволит оценить реальную стоимость медицинских услуг. Необходима четкая регламентация механизма финансирования страховых случаев, которая обеспечит поступление дополнительных средств в здравоохранение и гарантию оказания современной высококачественной помощи пострадавшим.

Закон об АГО имеет медицинские, экономические и юридические аспекты. Подход к оценке восстановительного лечения основан на 3-х составляющих:

1. Экспертная медицинская деятельность. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Экспертиза качества оказания медицинской помощи. Этот институт организован на базе ЛПУ (клинико-экспертные комиссии), высшая инстанция – городская клинико-экспертная комиссия. Бюро медико-социальной экспертизы – районные и городское.

2. Судебно-медицинская экспертиза – оценка степени тяжести вреда, нанесенного здоровью. Этот вид деятельности осуществляется на базе бюро судебно-медицинской экспертизы.

3. Расчет стоимости восстановительного лечения пострадавшего в ДТП или от других причин. Метод основан на отраслевых стандартах медицинской помощи (Приказ МЗ и МП РФ № 134 от 8 апреля 1996 года), прейскуранте платных услуг лечебного учреждения, заключениях специалистов, тарифе ОМС.

На сегодняшний день хорошо развит институт экспертной медицинской деятельности и судебно-медицинской экспертизы. Практически каждое ЛПУ имеет хозрасчетную калькуляцию медицинских услуг (в противном случае ЛПУ не получит разрешения на работу по хозрасчету) и соответственно прейскурант платных услуг, утвержденный главным врачом. Комитет по здравоохранению не диктует ценовой политики, но следит за правильностью экономической составляющей вопроса («Медицина Петербурга», 2004. – № 15. – С. 2–3; Кадыров Ф.Н.).

С нашей точки зрения, имеется механизм, готовый обеспечить адекватную оценку стоимости необходимых медицинских услуг, и отсутствует правовой механизм, гарантирующий страховые выплаты за планируемые или оказанные медицинские услуги. Законодательно-правовая база в области вреда, нанесенного здоровью, определяется в основном тремя нормативными документами:

1. Федеральный закон «Об обязательном страховании гражданской ответственности водителей транспортных средств».

2. Гражданский кодекс РФ, часть вторая, глава 59 «Обязательства вследствие причиненного вреда», (имеет отношение не только к АГО) необходим для определения размера страховой выплаты.

3. Правила обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств.

Мы приведем короткие выдержки из этих документов имеющие отношения к проблеме. В Федеральном законе определяется лимит выделенный в части вреда нанесенного здоровью нескольких потерпевших – 240 000 рублей и одного потерпевшего – не более 160 000 рублей.

В главе 59 ГК РФ ст. 1072 (возмещение вреда лицом, застраховавшим свою ответственность) гласит: «Юридическое лицо или гражданин, застраховавший свою ответственность в порядке добровольного или обязательного страхования в пользу потерпевшего, в случае, когда страховое возмещение недостаточно для того, чтобы полностью возместить причиненный вред, возмещают разницу между страховым возмещением и фактическим размером ущерба».

Ст. 1085 «Объем и характер возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья». П.1 При причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь *(к нашей проблеме отношения не имеет)*, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение».

В главе VIII п.55–58 регламентируются механизмы возмещения дополнительно понесенных затрат на лечение и приобретение лекарств (в том числе сверх базовой программы ОМС). Для нас особо важны п.57 – «Страховщик вправе по согласованию с потерпевшим произвести частичную выплату на *основании документов о предоставленных медицинских услугах*, необходимость в оказании которых была вызвана страховым случаем, *либо оплатить эти услуги непосредственно оказавшему их медицинскому учреждению*». П.58 – «Выплата страховой суммы за вред, причиненный жизни или здоровью потерпевшего, производится *независимо от сумм, причитающихся ему по социальному обеспечению и договорам обязательного и добровольного личного страхования*».

Слабые стороны проекта и его потенциальные угрозы

Нормативно правовая база до конца не разработана. Медицинские работники по образу мышления консервативны и поэтому любые изменения в их работе ассоциируются с авантюризмом и криминалом. Не будет быстрой финансовой отдачи для ЛПУ. Направление будет развиваться в очень конфликтной среде, где перекрещиваются финансовые интересы страховщиков, пострадавших в ДТП и лечебно-профилактических учреждений. Отсутствует опыт по урегулированию исков, связанных с телесными повреждениями. Западный опыт показывает, что такие претензии вызывают наибольшее количество проблем. Пострадавшим в ДТП необходимо время, чтобы понять, что они могут получить компенсацию, им также нужно время на судебные разбирательства. Закон действует с июля 2003 года, но ни одна страховая компания с лечебными учреждениями договоров не заключила.

Выводы:

1. Средства страховщиков ОС АГО представляют из себя важный дополнительный источник финансирования здравоохранения по профилю травматология и ортопедия и др.
2. Метод оценки вреда, нанесенного здоровью, имеет медицинские, юридические и экономические аспекты. Основан на экспертной медицинской деятельности, судебно-медицинской экспертизе и непосредственной оценке стоимости необходимых медицинских услуг.
3. Оценка стоимости должна быть основана на отраслевых стандартах медицинской помощи, прейскуранте хозрасчетных услуг ЛПУ, рекомендациях специалистов. Расчет должен производиться за вычетом тарифа ОМС или сверх программы ОМС.
4. Чем раньше будут найдены механизмы адекватных страховых выплат по возмещению вреда, нанесенного здоровью, тем больше шансов удержаться на рынке страховщикам ОС АГО при нарас-

тании убыточности бизнеса в течение ближайших 3–5 лет. С нашей точки зрения Федеральный закон об ОСАГО, правила обязательного страхования гражданской ответственности и дальновидные действия РСА по формированию резервов гарантий и резервов текущих компенсационных выплат это сделать позволяют.

5. Должны заключаться договоры между лечебными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь пострадавшим в ДТП, и страховщиками ОС АГО.

6. На базе ЛПУ могут быть созданы экспертные медицинские бюро без каких-либо дополнительных затрат, так как все институты, необходимые для осуществления этой деятельности, уже имеются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон РФ от 10.04.2002 г. №40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств».
2. Федеральный закон РФ от 25.04.2002 г. №41-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств». Глава 59. Гражданский кодекс Российской Федерации». Часть вторая (в ред. от 26.03.2003).
3. Постановление от 07.05.2003 г. № 263 «Об утверждении Правил обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств».
4. Приказ МЗ РФ от 08.04.1996 № 134 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи»
5. *Кадыров Ф.Н., Петриков И.П.* Медико-экономические проблемы здравоохранения на современном этапе. – Санкт-Петербург, 1995.
6. *Игнатьев И.* «Росгосстрах»: 46 млр рублей по ОС АГО за январь–март//«Агентство страховых новостей», 16.04.2004. – http://www.insur-today.ru
7. *Игнатьев И.* «Росгосстрах» пречислил в РСА 630 млн рублей от сборов по ОС АГО// «Агентство страховых новостей», 21.05.2004. – http://www.insur-today.ru
8. *Кургин Е.* К апрелю российские страховщики продали 20 млн полисов ОС АГО//«Агентство страховых новостей», 23.04.2004. – http://www.insur-today.ru
9. *Измайлов В.* Пресс-конференция РСА, 03.09.2004 – www.allinsurance.ru/news/daynews.html
10. *Зубец А.* 74% автовладельцев крупных городов РФ приобрели полисы ОС АГО//«Агентство страховых новостей», 12.02.2004. – http://www.insur-today.ru
11. «Росгосстрах»: 91% автолюбителей городов милионников заключили договоры ОС АГО// «Агентство страховых новостей», 17.08.2004. – http://www.insur-today.ru.
12. *Кигим А.* На компенсационные выплаты РСА зарезервировал 30 млн долларов//«Агентство страховых новостей», 02.07.2004. – http://www.insur-today.ru
13. Компенсационные выплаты//«Алтайская правда», 16.09.2004.

ОБ ОПЛАТЕ ПЕРВЫХ ДВУХ ДНЕЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Вы обещали в ближайших номерах журнала познакомить читателей с официальными разъяснениями по поводу источника оплаты первых двух дней временной нетрудоспособности. Это очень актуальный вопрос.

Мы предлагаем вниманию читателей письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования и комментарий д.э.н. Ф.Н.Кадырова.

В письме Федерального фонда обязательного медицинского страхования №781/21-3/и от 22.02.2005 «Об использовании средств в системе обязательного медицинского страхования» говорится: «Согласно действующим нормативным актам, регулирующим деятельность системы обязательного медицинского страхования, расходы на выплату пособий на случай временной нетрудоспособности, в связи с материнством и на случай смерти не могут включаться в состав тарифа на медицинскую помощь, оказанную в рамках

Министерство финансов Российской Федерации

Письмо от 4 февраля 2005 г. № 02-14-10/141

Департамент бюджетной политики Министерства финансов Российской Федерации, рассмотрев обращение Федерального казначейства о применении экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации (приложение 5 к Указаниям о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденным Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 10 декабря 2004 г. № 114н) при отражении расходов, осуществляемых в соответствии с пунктом 1 статьи 8 Федерального закона от 29 декабря 2004 г. № 202-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2005 год», сообщает:

Расходы бюджетных учреждений – работодателей на выплату пособия по временной нетрудоспособности (в части выплат за первые два дня временной нетрудоспособности) следует относить на подстатью 211 «Заработная плата».

Заместитель директора Департамента В.А.ЗЕЛЕНСКИЙ

программ обязательного медицинского страхования, поскольку они не являются расходами, произведенными медицинским учреждением на медицинскую помощь по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан».

Однако при подготовке данных разъяснений не было учтено письмо Министерства финансов Российской Федерации от 4 февраля 2005 г. № 02-14-10/141. В соответствии с указанным письмом Минфина расходы бюджетных учреждений – работодателей на выплату пособия по временной нетрудоспособности (в части выплат за первые два дня временной нетрудоспособности) следует относить на подстатью 211 «Заработная плата».

Поскольку расходы, отраженные по статье «заработная плата», являются расходами, произведенными медицинским учреждением на медицинскую помощь по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан, то они включаются в тарифы на медицинскую помощь. В свете разъяснений, содержащихся в письме Минфина, это не противоречит действующим нормативным актам, регулирующим деятельность системы обязательного медицинского страхования.

Таким образом, источником выплаты пособия за первые два дня временной нетрудоспособности в учреждениях здравоохранения, работающих в системе обязательного медицинского страхования, являются средства ОМС.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Письмо от 22.02.2005 №781/21-3/и

Об использовании средств в системе обязательного медицинского страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с поступающими запросами об использовании средств обязательного медицинского страхования при оплате первых двух дней на случай временной нетрудоспособности, в связи с материнством и на случай смерти работникам медицинских учреждений в соответствии со статьей 8 Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2005 год» сообщает следующее.

Статьей 8 Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2005 год» установлено, что в 2005 году до принятия федерального закона об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности, в связи с материнством и на случай смерти пособие по временной нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) выплачива-

ется застрахованному за первые два дня временной нетрудоспособности за счет средств работодателя, а с третьего дня временной нетрудоспособности – за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации.

Согласно статье I Закона Российской Федерации от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», за счет средств обязательного медицинского страхования предоставляется медицинская и лекарственная помощь в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Временным порядком финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования, утвержденным ФОМС 05.04.2001 № 1518/21-1 по согласованию с Минздравом России 06.04.2001 №2510/3586-01-34 и Минфином России 27.04.2001 №12-03-14, зарегистрированным в Минюсте России 20.06.2001 №2756, предусмотрено, что территориальные фонды ОМС осуществляют оплату медицинской помощи, предоставляемую гражданам в объеме и на условиях территориальной программы ОМС, в соответствии с тарифами на медицинские и иные услуги, установленные соглашением по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта Российской Федерации.

Согласно действующим нормативным актам, регулирующим деятельность системы обязательного медицинского страхования, расходы на выплату пособий на случай временной нетрудоспособности, в связи с материнством и на случай смерти не могут включаться в состав тарифа на медицинскую помощь, оказанную в рамках программ обязательного медицинского страхования, поскольку они не являются расходами, произведенными медицинским учреждением на медицинскую помощь по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан.

Одновременно с этим следует отметить, что в соответствии с действующим законодательством территориальный фонд обязательного медицинского страхования не выступает работодателем в трудовых отношениях с работниками лечебно-профилактических учреждений.

Статьей 183 Трудового кодекса Российской Федерации обязанность выплачивать работнику при временной нетрудоспособности пособие по временной нетрудоспособности в соответствии с федеральным законом возложена на работодателя.

Первый заместитель
Ю.Е.Яковлев

Н.Г.КУРАКОВА,
к.б.н., ведущий специалист ЦНИИОИЗ МЗ РФ, г.Москва

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ, СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КОММЕРЧЕСКУЮ ТАЙНУ

Проблема защиты интеллектуальной собственности в России стоит довольно давно, а в последнее время – особенно остро. Эффективную централизованную защиту интеллектуальной собственности могут создать только государственные органы. В конце декабря 2004 г. Минздравсоцразвития России издало Приказ №316 «Об охране объектов интеллектуальной собственности» от 16.12.2004. Приказ принят, в частности, в целях реализации норм международных соглашений в области охраны объектов интеллектуальной собственности и сохранения данных, получаемых в ходе доклинических и клинических исследований и предоставляемых при государственной регистрации лекарственных средств, от раскрытия и недобросовестного коммерческого использования третьими лицами. В соответствии с документом в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития должны быть определены должностные лица, ответственные за работу с информацией, имеющей действительную или потенциальную коммерческую ценность, к которой нет свободного доступа на законном основании и в отношении которой обладателем такой информации введен режим коммерческой тайны.

Кроме того, в Минздравсоцразвития в самое ближайшее время будет подготовлен и утвержден регламент работы с документацией, направленный на охрану конфиденциальности информации, составляющей коммерческую тайну, и предотвращение несанкционированного использования указанной информации без согласия правообладателя иными хозяйствующими субъектами в течение шести лет.

Внимание, которое последнее время уделяет государство охране интеллектуальной собственности, позволяет надеяться, что нормотворческая деятельность Минздравсоцразвития России охватит в ближайшее время проблемы, связанные не только с коммерческой тайной, но и с другими объектами интеллектуальной собственности.

Важно, что Приказ предусматривает выполнение одного из условий установления режима коммерческой тайны – определения круга должностных лиц, ответственных за работу с конфиденциальной информацией, и согласуется с Федеральным законом «О коммерческой тайне», вступившим в силу 16.08.2004 г. Этот Закон в ст.10 определил перечень мер, которые должен предпринимать обладатель конфиденциальной информации, чтобы в отношении таких данных мог быть установлен режим коммерческой тайны.

Однако формулировка п.1.2 Приказа, предусматривающая установление срока в шесть лет для режима конфиденциальности информации, вызвала замечания у специалистов по вопросам интеллектуальной собственности, так как она не дает однозначного понимания, с какого момента такой срок исчисляется и чем он обоснован. Ссылки на шестилетний срок нет в ФЗ «О коммерческой тайне». Более того, ФЗ «О коммерческой тайне» предусматривает, что устанавливать, изменять и отменять ре-

жим коммерческой тайны может только обладатель такой информации (п.1 ч.2 ст.7 Закона), а должностные лица не вправе разглашать или передавать другим лицам информацию, составляющую коммерческую тайну, без согласия обладателя информации, за исключением случаев, предусмотренных законом (ч.2 ст.12 Закона).

Поэтому правильнее полагать, что конфиденциальная информация подлежит охране в течение неограниченного срока с момента ее представления в государственные органы, если иное не указано обладателем информации.

Обнаружив утечку коммерческой информации, любая организация может попробовать возместить потери при помощи по статье 139 «О служебной и коммерческой тайне» Гражданского кодекса РФ. Однако действующее законодательство описывает лишь обязанности по соблюдению режима конфиденциальности и ответственность за неправомерное разглашение коммерческой тайны. Но как сделать сведения тайной, охранять их и передавать, в законах не указано. Пользуясь несовершенством законодательства, организации переманивают друг у друга людей, обладающих информацией. В большей степени это касается сотрудников среднего звена. В объявлениях о вакансиях часто встречается условие «наличие собственной клиентской базы». Юридически защититься в России от таких сотрудников-перебежчиков невозможно.

Доступ – это получение разрешения руководителя на выдачу тому или иному сотруднику конкретных сведений с учетом его служебных обязанностей.
Регламентация доступа – установление правил, определяющих порядок доступа.

В отсутствие юридических методов защиты информации отечественным работодателям остается уповать на интеллектуальные.

За рубежом, в отличие от России, практика заключения договоров о неразглашении коммерческой информации между работодателями и служащими и методы наказания при их нарушении хорошо отработаны: с каждым сотрудником заключается соглашение о конфиденциальности, в котором подробно описывается информация, являющаяся коммерческой тайной организации.

Целесообразно использовать опыт Соединенных Штатов в области документирования процесса работы с персоналом, допущенным к коммерческой тайне (письменные формы, заполняемые сотрудниками при приеме на работу, увольнении, посещении предприятия сторонними лицами и организациями и др.). Это может помочь при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Вторым важнейших способом защиты коммерческой тайны на сегодняшний день является разграничение доступа персонала учреждения к конфиденциальной информации и формирование разрешительной системы доступа к документам.

Если ценная информация предприятия стала известной, ему будет трудно сохранить свои конкурентные преимущества на рынке. Однако само по себе обладание ценной информацией не принесет никакой выгоды, если работникам не разрешается ее использовать. При распределении информации, с одной стороны, необходимо обеспечить предоставление каждому конкретному сотруднику полного объема данных для качественного выполнения порученных ему функций, а с другой стороны, исключить ознакомление с излишними ненужными ему для работы сведениями. В целях обеспечения правомерного доступа сотрудников к конфиденциальным сведениям, содержащимся в грифованных документах, необходимо внедрить соответствующую систему доступа. Для этого вначале составляется перечень сведений, содержащих

коммерческую тайну, определяется ценность того или иного документа и присваивается соответствующий гриф. Для коммерческой тайны можно использовать самые разнообразные грифы: «Секрет организации», «Конфиденциально», «Строго конфиденциально», «Секрет производства» и т.д. Затем составляется список сотрудников, допущенных к тем или иным документам. Он утверждается вице-президентом фирмы и является правовой основой для практической реализации доступа.

Правовой основой для возникновения ответственности за предание огласке, утере, утечке сведений, составляющих коммерческую тайну, является их занесение в перечень сведений, составляющих коммерческую тайну. Туда же должны быть занесены сроки пересмотра грифов. Перечень доводится до сведения всех сотрудников под расписку об ознакомлении. Конфиденциальная информация может разбиваться на блоки, каждому блоку присваивается свой код, а для каждого сотрудника разрабатывается и выдается ему на руки карта-предписание с перечнем тех кодов, по которым он может получить информацию, необходимую и достаточную для нормального выполнения его должностных обязанностей.

Со всеми сотрудниками, получившими доступ, следует провести занятия, преследующие конкретные цели:

- четкое знание сотрудниками объемов охраняемой информации, за безопасность которой они несут личную ответственность;
- понимание работником характера и ценности данных, с которыми он работает, возможных способов и методов проникновения к этим данным, которыми может воспользоваться потенциальный нарушитель;
- обучение установленным правилам и процедурам хранения и защиты коммерческих сведений.

Но если речь идет о руководителях высшего звена, то такой способ защиты конфиденциальной информации малоэффективен. Руководители обязаны обладать всей полнотой информации, чтобы принимать решения. Рынок медицинских услуг относительно узкий, хорошим специалистам дорога своя репутация. Если руководитель медицинской организации понимает, что бывший сотрудник нарушил соглашение, он может отправить по факсу обязательство, данное им, его новому руководителю.

Как показывает практика, опасение потерять репутацию среди коллег оказывается действенным, если сотрудник дорожит своей репутацией.

Нарушение подобных соглашений может стать и предметом рассмотрения в профессиональных судах, существующих при отраслевых ассоциациях.

Система доступа должна отвечать следующим требованиям:

- ***распространяться на все виды классифицированных документов;***
- ***определять порядок доступа всех категорий сотрудников, получивших право на ознакомление и использование документов, содержащих конфиденциальную информацию;***
- ***определять порядок доступа к коммерческой информации представителей различных государственных служб;***
- ***устанавливать надлежащий порядок оформления разрешений на доступ к конфиденциальным документам;***
- ***регламентировать права определенных должностных лиц на оформление доступа сотрудников;***
- ***исключать возможность бесконтрольной и несанкционированной выдачи грифованных документов.***

Консультант д.э.н., профессор Ф.Н.Кадыров

«ИНЫЕ» УСЛУГИ.
Имеет ли право медицинское учреждение оказывать платные немедицинские услуги?

Сегодня ни у кого не вызывает сомнений право бюджетного (государственного или муниципального) медицинского учреждения оказывать в соответствии с действующим порядком платные медицинские услуги. А имеет ли право медицинское учреждение оказывать платные **немедицинские** услуги? Речь идет о том, что медицинские учреждения, наряду с платными медицинскими услугами, часто оказывают и платные немедицинские услуги. Поэтому в документах органов управления здравоохранением и самих медицинских учреждений, посвященных оказанию платных услуг, часто встречаются формулировки: «платные медицинские и **иные** услуги». Между тем существует мнение, что медицинские учреждения имеют право оказывать только платные **медицинские** услуги. В частности, прокуратура одного из субъектов Федерации считает, что оказание иных (немедицинских услуг) на платной основе противоречит ст. 120 ГК РФ и ст.9 Федерального закона «О некоммерческих организациях» в связи с тем, что лечебно-профилактические учреждения создаются якобы непосредственно для оказания только медицинской помощи населению. Пытаясь обосновать неправомерность оказания «иных» услуг, нередко ссылаются и на Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», которое определяет порядок оказания только платных медицинских услуг.

Итак, имеет ли все-таки медицинское учреждение право оказывать платные немедицинские услуги?

Чтобы ответить на этот вопрос, приведем полностью указанные статьи законодательных актов. Сначала обратимся к Гражданскому кодексу РФ (ГК РФ).

Статья 120. Учреждения

1. Учреждением признается организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемая им полностью или частично.

Права учреждения на закрепленное за ним имущество определяются в соответствии со статьей 296 настоящего Кодекса.

2. Учреждение отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами. При их недостаточности субсидиарную ответственность по его обязательствам несет собственник соответствующего имущества.

3. Особенности правового положения отдельных видов государственных и иных учреждений определяются законом и иными правовыми актами.

Как видим, статья 120 ГК РФ никак не ограничивает виды деятельности учреждений. К тому же данная статья вообще не определяет особенностей деятельности учреждений в сфере здравоохранения. Более того, в статье 120 ГК РФ как раз содержится фраза о возможности осуществления **«иных функций».**

Обратимся теперь к Федеральному закону «О некоммерческих организациях».

Статья 9. Учреждения

1. Учреждением признается некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемая полностью или частично этим собственником.

Имущество учреждения закрепляется за ним на праве оперативного управления в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации.

Права учреждения на закрепленное за ним имущество определяются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации.

2. Учреждение отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами. При их недостаточности субсидиарную ответственность по обязательствам учреждения несет его собственник.

3. Особенности правового положения отдельных видов государственных и иных учреждений определяются законом и иными правовыми актами.

Как видим, формулировки данной статьи практически совпадают с формулировками статьи 120 ГК РФ, и опять мы сталкиваемся с фразой о возможности осуществления учреждениями «иных функций».

Наконец, приведем еще одно определение учреждения, имеющееся в Бюджетном кодексе РФ, где опять идет речь об «иных функциях».

Статья 161. Бюджетное учреждение

1. 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.

Могут возникнуть возражения по поводу уместности ссылки на фразу «иные функции», поскольку в указанных статьях говорится о функциях некоммерческого характера. Однако напомним, что законодательство допускает осуществление некоммерческими организациями (в число которых входят и учреждения) предпринимательской деятельности. А оказание платных услуг как раз и является одной из форм предпринимательской деятельности.

Поэтому право осуществления «иных функций» некоммерческого характера (наряду с медицинской деятельностью) не противоречит возможности осуществления «иных функций» коммерческого характера.

В ст.50 ГК РФ записано, что «Некоммерческие организации могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям». Можно ли считать достаточным основанием для оказания платных немедицинских услуг то, что медицинские учреждения оказывают немедицинские услуги, косвенно связанные с медицинской помощью (сервисные услуги, дополнительное питание пациентов, транспортные услуги для пациентов и т.д.)? Безусловно! Все услуги, оказываемые пациентам (как бесплатные, так и платные; как медицинские,

так и немедицинские), соответствуют целям деятельности медицинского учреждения. Более того, если даже платные немедицинские услуги оказываются не пациентам, а их родственникам или вообще посторонним лицам, но доходы от оказания платных услуг способствуют улучшению оказания медицинской помощи (за счет улучшения материально-технической базы учреждения, дополнительной оплаты труда, способствующей удержанию работников в учреждении, и т.д.), то эта деятельность соответствует целям деятельности медицинского учреждения.

Добавим, что действующее законодательство вполне официально предполагает возможность осуществления бюджетными медицинскими учреждениями немедицинских видов деятельности. Чтобы убедиться в этом, достаточно обратиться к Бюджетному кодексу Российской Федерации (БК РФ). В частности, п.2 статьи 42 БК РФ гласит: «Доходы бюджетного учреждения, полученные от предпринимательской и иной деятельности, приносящей доход..., в полном объеме учитываются в смете доходов и расходов бюджетного учреждения и отражаются в доходах соответствующего бюджета как **доходы от использования имущества**, находящегося в государственной или муниципальной собственности либо как доходы от оказания платных услуг». О том, что бюджетные учреждения могут иметь доходы от использования государственного или муниципального имущества, упоминается также в статьях 51, 55, 60 БК РФ и некоторых других. А это явно немедицинский вид деятельности, который можно отнести к «иным» видам деятельности.

Обратимся вновь к статье 161 Бюджетного кодекса РФ. П.3 данной статьи гласит:

«В смете доходов и расходов должны быть отражены все доходы бюджетного учреждения, получаемые как из бюджета и государственных внебюджетных фондов, так и от осуществления предпринимательской деятельности, в том числе доходы от оказания платных услуг, другие доходы, получаемые от использования государственной или муниципальной собственности, закрепленной за бюджетным учреждением на праве оперативного управления, и иной деятельности».

В соответствии с действующим законодательством организация вправе осуществлять любой вид деятельности, не запрещенный законодательством. Как известно, право организации (учреждения) заниматься определенными видами деятельности регламентируется тремя основными видами документов:

1. Нормативные документы, прямо запрещающие определенные виды деятельности.
2. Учредительные документы.
3. Нормативные документы, определяющие необходимость наличия лицензии на определенный вид деятельности.

Нормативных документов, прямо запрещающих медицинским учреждениям заниматься законными видами немедицинской деятельности, не существует.

Статьей 52 ГК РФ установлено, что «в учредительных документах некоммерческих организаций... должны быть определены предмет и цели деятельности юридического лица». Таким образом, именно устав учреждения определяет, создано ли медицинское учреждение для оказания исключительно медицинских услуг и имеет ли оно право оказывать, наряду с медицинскими, еще и немедицинские (иные) услуги. Устав учреждения утверждается собственником. Поэтому соответствующей записи в уставе, предоставляющей право учреждению оказывать платные немедицинские услуги (или просто «иные услуги»), вполне достаточно для обоснования правомерности оказания платных немедицинских услуг (при соблюдении действующего порядка оказания данных видов услуг, включая

наличие лицензии, если законодательство требует наличия лицензии на данный вид деятельности).

Следовательно, на закономерный вопрос: требуется ли медицинскому учреждению лицензия на оказываемый вид платной немедицинской деятельности, можно ответить достаточно просто: если действующее законодательство требует наличия лицензии на осуществляемый вид деятельности, то она нужна.

Наконец, обратимся к Постановлению Правительства РФ от 13 января 1996 г. №27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». Действительно, оно определяет порядок оказания только платных медицинских услуг. Однако из этого вовсе не следует, что медицинские учреждения не вправе оказывать платные немедицинские услуги. Речь идет совершенно об ином. Специфические требования к медицинским учреждениям по оказанию платных медицинских услуг, изложенные в этом Постановлении, не распространяются на оказание платных немедицинских услуг. Поэтому медицинскому учреждению наличие специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранением (предусмотренного п.4 указанного Постановления) для оказания платных немедицинских услуг не требуется. Одновременно это означает, что органы управления здравоохранением не вправе претендовать на выдачу разрешений на оказание платных немедицинских услуг. Медицинские учреждения иммеют право оказывать платные немедицинские услуги без специального разрешения вышестоящего органа управления здравоохранением.

Добавим, что если отталкиваться от Постановления №27, то формально к «иным» услугам относятся и медицинские услуги, оказываемые на возмездной основе в системе добровольного медицинского страхования. В п.2 данного Постановления четко определено, что речь идет о платных медицинских услугах населению, оказываемых медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей. Договора оказания медицинской помощи по программам ДМС не подпадают под указанные выше виды договоров; так речь идет о предоставлении медицинской помощи не работникам страховых организаций или членам их семей, а застрахованным (об этом журнал «Менеджер здравоохранения» писал в № 2 за 2004 год, в рубрике «Вопросы и ответы»). Следовательно, в Постановлении №27 речь идет только о платных медицинских услугах (медицинских услугах, оказываемых населению или работникам предприятий на возмездной основе), а медицинские услуги в системе ДМС следует отнести не к платным медицинским, а к «прочим» услугам.

Отметим еще один момент, связанный с указанным Постановлением. Распространяются ли другие требования по порядку оказания платных медицинских услуг, изложенные в этом Постановлении (за исключением требования получения специального разрешения), на оказание платных немедицинских услуг? Да, распространяются, но не как требования данного Постановления, а как требования Гражданского кодекса РФ и Закона «О защите прав потребителей», отраженные в этом постановлении. Другими словами, само данное Ппостановление не определяет порядок оказания платных немедицинских услуг. Но основные положения данного Постановления базируются на Гражданском кодексе РФ и Законе «О защите прав потребителей». А требования указанных законодательных актов обязательны для исполнения при оказании платных услуг независимо от того, являются ли эти услуги медицинскими или немедицинскими.

12 марта 2005 г.

В Москве состоялось заседание Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования о ходе реализации положений Федерального закона от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ и разработанных в его развитии нормативных правовых актов по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг.

Заслушав и обсудив информацию руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Р.У.Хабриева о ходе исполнения Федерального закона Российской Федерации от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ (далее Закон), а также выступление заместителя директора Федерального фонда обязательного медицинского страхования Д.Н.Усенко о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования по разработке нормативных правовых документов, принимаемых для реализации Закона и исполнения Постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2004 №864 «О порядке финансирования расходов по предоставлению гражданам государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг и установлении платы за предоставление государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг лицам, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, и приравненным к ним категориям граждан» (далее – Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2004 №864), Правление отмечает следующее.

По данным мониторинга Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на 12 марта 2005 года гражданам, имеющим право на государственную социальную помощь, выписано 15 млн. 779 тыс. рецептов, из которых в аптеки предъявлено 14 млн. 827 тыс. рецептов (93,96%). Из предъявленных обслужено 13 млн. 790 тыс. рецептов (93,01%), находятся на отсроченном обслуживании 745 тыс., рецептов (5,02%). Отказано в отпуске и находятся на отсроченном обслуживании более 10 дней 292 тыс. рецептов (1,97%). По сравнению с показателями предыдущих недель ситуация с лекарственным обеспечением стабильно улучшается.

Основываясь на расчетном среднем показателе, гражданам, имеющим право на государственную социальную помощь, к настоящему дню отпущено лекарственных средств на сумму около 2 млрд. 340 млн. рублей.

Участие в программе является добровольным и открытым, а количество участников не оказывает влияние на расходы бюджета в условиях наличия зарегистрированных цен на лекарственные средства и установленных предельных торговых надбавок к этим ценам. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, начиная с октября 2004 года, осуществлял подготовку по компетентности, необходимых нормативных правовых документов, регламентирующих организацию лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, совместно с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерством финансов Российской Федерации, федеральными службами и государственными внебюджетными фондами.

Согласно плану подготовки нормативных документов, ФОМС утвердил порядок перечисле-

12 марта 2005 г.

ния средств на счета фармацевтических организаций (Приказ ФОМС от 02.02.2005 № 9 зарегистрирован в Минюсте РФ 28.02.2005).

Территориальные фонды ОМС в срочном порядке приступили к подготовке и проведению экспертизы счетов фармацевтических организаций для реализации пункта 18 Правил финансирования («...в случае отсутствия в субъекте Российской Федерации страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность по обеспечению граждан необходимыми лекарственными средствами, территориальный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет перечисление средств на счета фармацевтических организаций»).

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования на заседании Комиссии ФОМС по реализации мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами от 24.02.2005 были рассмотрены бюджетные заявки территориальных фондов обязательного медицинского страхования и перечислены средства для реализации мер социальной поддержки отдельных категорий граждан на январь на сумму 2 538 707,3 тыс. руб. (Протокол №1 от 24.02.2005 заседания Комиссии).

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2004 года №864, оплата производится за лекарственные средства, включенные в перечень, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 02.02.2004 №296, фактически отпущенные пациентам по рецептам врача (фельдшера). Однако ни одна фармацевтическая организация до настоящего времени оплату за произведенный отпуск лекарственных средств не получила. Это создает трудности в продолжении поставок необходимых лекарственных средств в аптечные организации, может привести к возникновению значительной дефектуры и росту социальной напряженности в обществе.

Учитывая вышеизложенное, Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования решило:

1. Рекомендовать территориальным фондам обязательного медицинского страхования осуществлять перечисление средств на оплату стоимости лекарственных средств по дополнительному лекарственному обеспечению в соответствии с п.18 Правил финансирования, определенных Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2004 №864.

2. Целевым использованием денежных средств является оплата стоимости лекарственных средств, которая производится территориальным фондом обязательного медицинского страхования фармацевтическим организациям за фактически полученные гражданами, имеющими право на государственную социальную помощь, лекарственные средства по рецептам, выписанным в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №257, по ценам, не превышающим зарегистрированных цен, предельной торговой надбавки к этим ценам с учетом действующего налогового законодательства.

3. Рекомендовать территориальным фондам ОМС осуществлять оплату отпущенных лекарственных средств по договорам, заключенным с фармацевтическими организациями, фактически отпустившими лекарственные средства, в соответствии с порядком, определенным Приказом ФОМС от 2.02.2205 №9.

4. Руководители территориальных фондов несут персональную ответственность за осуществление своевременной оплаты лекарственных средств, отпущенных гражданам, имеющим право на государственную социальную помощь.

15–18 марта 2005 г.

15–18 марта в Санкт-Петербурге проходил Российский межрегиональный семинар «Актуальные вопросы организации управления средним медицинским персоналом службы скорой медицинской помощи».

Более 100 представителей из разных регионов России приняли участие в работе семинара. Это старшие и главные фельдшеры «03» из Новосибирска, Липецка, Уфы, Люберцев, Астрахани, Великого Новгорода, Калининграда, Набережных Челнов, Петрозаводска, Сыктывкара, Череповца, Саратова, Великого Устюга, Нижневартовска, Вологды, Ленинградской и Кемеровской областей и др., руководители медицинских и образовательных учреждений, занимающиеся профессиональной подготовкой и организацией работы среднего медицинского персонала службы скорой медицинской помощи.

Представитель Министерства здравоохранения и социального развития в Северо-Западном округе объявил собравшимся о том, что они вышли с инициативой проведения конкурса на звание «Лучший фельдшер», что особенно актуально, так как специальности уделяется мало внимания. Участниками семинара принято решение о разработке новых форм конкурса, новых оценочных критериев проведения соревнований на межрегиональном уровне в условиях, максимально приближенных к реальным. Все единогласно отмечали, что «сестринское дело» – специальность «раскрученная», есть у нее и программы обучения, и конкурсы, и повышения квалификации, и высшее образование. А вот для фельдшеров только сегодня вошли новые стандарты подготовки – с сентября 2004 года сквозная единая четырехгодичная система. Самая больная проблема – как готовить организаторов фельдшерского дела? Участники отметили, что назрела необходимость пересмотра образовательных стандартов последипломного обучения. В Петербурге уже ведется активная работа в данном направлении. Директор Училища повышения квалификации средних медицинских работников Петербурга Сергей Регентов настаивает на внедрении в практику образовательной программы нового поколения по усовершенствованию фельдшеров, ускорении обновления федеральных нормативных документов, на основании которых идет повышение квалификации.

Наиболее актуальны для организаторов служб «03» регионов Российской Федерации ежедневные проблемы с нехваткой кадров, оснащением, устаревшим автомобильным парком. Во многих субъектах Федерации отсутствует компьютеризация рабочих мест диспетчеров, нет современного оборудования, на линии выходят старички «УАЗики», в принципе не приспособленные для транспортировки пострадавших. Волнуют сотрудников службы и вопросы социальных гарантий, льгот, пенсионного обеспечения, заработной платы, а также реализация всем известного 122-го Закона.

Результатом встречи стало рождение координационной межрегиональной группы по взаимодействию в вопросах организации службы скорой медицинской помощи, в которую вошли представители 16 субъектов Федерации, подготовлено обращение в Министерство здравоохранения и социального развития с предложением о созыве I Всероссийского съезда работников службы скорой помощи. Заместитель главного врача Городской станции скорой медицинской помощи г.Набережные Челны Рамзия Халикова дала высокую оценку организации семинара и выразила надежду, что подобные встречи станут проводиться регулярно не только для фельдшеров, но и для начмедов и заведующих подстанциями «03». Участники семинара поддержали Рамзию Кутдусовну, ведь это единственный способ межрегионального обучения. В этом свете особенно важно определение единого методического центра по организации службы скорой медицинской помощи в масштабах страны. Возможно, им станет Санкт-Петербург.

15–18 марта 2005 г.

С 15 по 18 марта 2005 года в Москве на ВВЦ прошла VI Всероссийская научно-практическая конференция «Информационные технологии в системе модернизации здравоохранения» и VI Специализированная выставка «Информационные технологии в медицине».

Мероприятие стало основным событием года в области информатизации здравоохранения. В нем приняли участие более 400 специалистов из 52 регионов России.

В своем приветствии к участникам конференции Заместитель министра здравоохранения и социального развития Владимир Стародубов отметил, что в основе организации единой информационной среды здравоохранения должно лежать создание корпоративной информационной системы с единым правовым, организационно-методическим, информационным и программным обеспечением. Без создания и внедрения такой информационной системы в практику работы органов управления вряд ли можно задействовать новые экономические механизмы в сфере оказания медицинских услуг. Очевидно, что поставленные задачи могут быть решены только на государственном уровне, а на их реализацию уйдет несколько лет. Но проведение подобных мероприятий уже сегодня создает технические и организационные предпосылки для их решения.

По единодушному мнению участников конференции и выставки, в этом году впервые удалось собрать в одном месте разработчиков медицинских информационных систем (ИС) и врачей, то есть тех, кому созданные ИС и предназначаются. Сама концепция мероприятия стала принципиально новой: на первый план были выдвинуты не возможности РЫНКА медицинских ИС, а потребности ВРАЧА.

Все стенды Выставки и все доклады Конференции, по замыслу организаторов, должны были дать ответы на совокупность вопросов, стоящих перед руководителем медицинской организации, принявшим решение о приобретении или разработке ИС: что предлагается на рынке, в чем конкурентные преимущества того или иного продукта перед аналогами, от каких проблем внедрения и эксплуатации ИС надо быть застрахованным, сколько это будет стоить, где взять деньги, какой механизм защиты имущественных и авторских прав на созданный программный продукт надо избрать, каково место информационных технологий в системе реформы отрасли, что предлагает и планирует осуществить Минздравсоцразвития России, Пенсионный фонд, Федеральный ФОМС для превращения информационных технологий в инструмент реформирования здравоохранения.

Кроме этого, было продемонстрировано, как врач уже сегодня может получить дополнительное образование в формате дистанционного обучения, какими информационными ресурсами можно регулярно и бесплатно пользоваться врачу, как сайт медицинской организации может стать инструментом маркетинга, что нужно сделать, чтобы получить грант Российского фонда фундаментальных исследований на исследования в области медицинской информатики.

Конференция подвела промежуточные итоги и обозначила перспективы использования информационных технологий в здравоохранении как неотъемлемого элемента лечебно-диагностической, управленческой, образовательной, научной и иной деятельности. По итогам Конференции ее организаторами и участниками будет подготовлено Информационное письмо для Минздравсоцразвития России, содержащее анализ проблем правового, экономического, психологического, организационно-технического и технологического характера, препятствующих быстрой информатизации отрасли.

КАЛЕНДАРЬ МЕДИЦИНСКИХ ВЫСТАВОК

МАЙ			
11–14	Екатеринбург	Медицина 14-я международная выставка – конференция Таблетка 2-я специализированная выставка – шоу фармацевтических товаров	УралЭкспоЦентр (343) 349-30-17, 374-43-37
16–17	Москва	Фармацевтические и физические методы лечения в оториноларингологии III Научно-практическая конференция	ИнфоМедФарм Диалог (095) 915-23-03, 915-49-99 info@infomedfarm.ru www.infomedfarmdialog.ru
17–20	Санкт-Петербург, Клуб ВмедА	Гастро – 2005 7-й Славяно-Балтийский Международный научный Форум	ООО «Гастро» (812) 317-89-30 gastro@peterlink.ru
18–20	Чита	Читамедсервис	ЭкспоФорум-Сибирь (3832) 39-11-34 exposib@hotmail.ru www.exfosib.ru
18–20	Ростов-на-Дону	Здоровье человека. Реалии и перспективы. Научно-практическая конференция и выставка	ВЦ «РостовЭкспо» (8632) 99-41-92 rexpo@aanet.ru
18–21	Казахстан, Международный выставочный комплекс «Атакент»	KIHE 2005 12-ая межрегиональная выставка по здравоохранению	ПримЭкспо (812) 380-60-06 med@primexpo.ru www.primexpo.ru
19–20	Москва, Здание правительства Москвы	Неотложная и специализированная хирургическая помощь I Конгресс московских хирургов	ИнфоМедФарм Диалог (095) 915-23-03, 915-49-99 info@infomedfarm.ru www.infomedfarmdialog.ru
19–22	Санкт-Петербург, Клуб ВмедА	Современное состояние проблемы нейроинфекции Всероссийская конференция с международным участием Нейроиммунология XIV Всероссийская конференция	ОО «Человек и его здоровье» (812) 327-24-97,98, 542-35-91 ph@peterlink.ru
19–21	Краснодар	Дентима –2005 5-я специализированная выставка и Всероссийская стоматологическая конференция	КраснодарЭкспо (8612) 699-892, 699-893 www.krasnodarexpo.ru
20–22	Ростов-на-Дону	Эрос-Красота. Интим. Здоровье – 2005 7-я специализированная выставка	ВФ «Концерн Мировая коллекция» (8632) 90-33-31 kmk@aaanet.ru www.kmk.rostov-expo.ru
23–27	Санкт-Петербург	Дни иммунологии в Санкт-Петербурге, конференция	СЗО РАМН (812) 238-71-94, 234-90-39
24–27	Санкт-Петербург, ЛенЭкспо	Стоматология-2005	ПримЭкспо (812) 380-60-06 med@primexpo.ru www.primexpo.ru
25–29	Москва	Сексуальное здоровье Международное здоровье	Защита Экспо (095) 460-05-10, 231-21-41
26–28	Омск	Эндохирургия. Здоровье – XXI век	ЭкспоФорум-Сибирь (3832) 391-134, 324-750 exposib@hotmail.ru www.exfosib.ru
Май	Петрозаводск	Здоровье Карелии 2005. Мир здоровья и красоты	Выставочное агентство "Еврофорум" (8142) 76-83-00 euroforum@karelia.ru
31.05–03.06	Челябинск, ДС «Юность»	УралМедика-2005 XI Медицинская специализированная выставка	ЮжУралЭкспо, ВЦ (3512) 63-07-01, 63-07-15 uralexpo@chel.surnet.ru
31.05–03.06	Москва, ЦМТ	Радиология-2005 6-й ежегодный научный форум и специализированная выставка	МедиЭкспо (095) 938-29-17 expo@mediexpo.ru

И КОНФЕРЕНЦИЙ НА МАЙ–ИЮНЬ 2005 Г.

ИЮНЬ			
01–03	Казань	Стоматология – 2005 4-я специализированная выставка	ВП «ТАТЭКСПО» (8432) 646-251, 646-261 tatexpo@mi.ru www.tat.aha.ru
04–06	Сочи	Медицина – сегодня и завтра –2005 Специализированная выставка Фармация и медицина регионов России. V Всероссийская фармацевтическая конференция и выставка	Сочи-Экспо (8622) 62-05-24, 62-28-51 medicina@sochi-expo.ru
06–11	Санкт-Петербург, Шпалерная ул., д. 41	36-й Всемирный конгресс по военной медицине	ОО «Человек и его здоровье» (812) 327-24-97/98, 542-35-91 ph@peterlink.ru
07–10	Санкт-Петербург, Михайловский Манеж	Лаборатория, приборы, технологии исследований, оснащение, расходные материалы	РЕСТЭК (812) 320-63-63 320-80-90 www.restec.ru
07–10	Нижний Новгород	Медицина + XIV Международная выставка	Нижегородская ярмарка (8312) 775-799 alv@yarmarka.ru
10	Санкт-Петербург, НИИ остеопатии	Функциональные нарушения и остеопатия (фасциальные технологии в клинической практике)	СПбМАПО (812) 444-70-40
14–17	Санкт-Петербург, ЛенЭкспо	Скорая помощь 6-я Международная конференция-выставка	ПРИМЭКСПО (812) 380-60-06 med@primexpo.ru www.primexpo.ru
14–17	Санкт-Петербург, СПбМАПО, ГБ № 12 – Центр гемокоррекции, ЛОКБ	«Белые ночи» Международная нефрологическая конференция (XIII ежегодный нефрологический семинар)	СПбМАПО (812) 542-30-88, 559-03-71
15–17	Санкт-Петербург, СПбМАПО	НПК по медицинской микологии 8-е Кашкинские чтения	СПбМАПО (812) 510-62-40
16	Москва	День медицинского работника Выставочная экспозиция в рамках торжественного заседания, посвященного празднованию Дня медицинского работника	Экспопресс (095) 745-39-63, 745-39-62, 217-36-43/44 expopress@inbox.ru http://expo.medi.ru
16–17	Санкт-Петербург	Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии Всероссийская научно-практическая конференция	ОО «Человек и его здоровье» (812) 327-24-97/98, 542-35-91 ph@peterlink.ru
29–30	Москва, Здание Правительства Москвы	Безопасность больного в анестезиологии – реаниматологии III Научно-практическая конференция	ИнфоМедФарм Диалог (095) 109-13-03, 915-23-03, 915-49-99 info@infomedfarm.ru
Июнь	Ростов-на-Дону	Конференция «Современные тесты в кардиологии, акушерстве и гинекологии» и специализированная выставка «Клиническая лаборатория–2005»	РАМЛД (095) 433-24-04
30.06–01.07	Санкт-Петербург	Педиатрия: из XIX в XXI век Научная конференция	ОО «Человек и его здоровье» (812) 327-24-97/98, 542-35-91 ph@peterlink.ru

Е.Ф.АЛЁШКИН, О.А.СТРАХОВ,
ЗАО Московское конструкторское бюро «Параллель», г.Москва

САЙТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК МАРКЕТИНГОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ

***Об авторах:* специалисты Московского конструкторского бюро «Параллель», работающего на рынке информационных технологий более 12 лет, специализирующегося на изготовлении и размещении Интернет-сайтов на программном обеспечении «Битрикс:Управление сайтом» по заказам медицинских учреждений info@pll.ru, http://www.pll.ru**

Российский сегмент Интернета (Рунет) растет и развивается высокими темпами. Об этом можно судить по статистическим данным, приводимым различными экспертами и аналитическими агентствами. Так, например, по оценке «iKS-Консалтинг» (www.iks-consulting.ru), еще в первом полугодии 2004 года объем трафика в Рунете по сравнению с аналогичным периодом 2003 года вырос на 245%, достигнув 18.4 петабайт. По данным рейтинга «Rambler's Top-100» (top100.rambler.ru), в конце июля 2004 года в Рунете функционировало около 120 тысяч активных сайтов, а на момент написания статьи данная цифра приближалась к 140 тысячам (активным считается любой сайт, на котором в течение одной недели зарегистрирован хотя бы один посетитель). Ежесуточно в Рунете регистрируются в среднем более 400 новых сайтов.

Об увеличении российской Интернет-аудитории свидетельствуют результаты исследований, проводимых фондом «Общественное мнение» (www.fom.ru). Так на зиму 2004–2005 гг. шестимесячная аудитория (люди, которые выходили в Интернет хотя бы один раз за последние полгода) составляла 17,6 млн. человек, трехмесячная – 16,0 млн. человек, месячная – 14,2 млн. человек, недельная – 10,3 млн. человек, суточная – 5,2 млн. человек. На тот же момент времени общее число российских пользователей сети Интернет, по оценкам ФОМ, составляло 17,6 млн. человек и было распределено по регионам следующим образом: Москва – 20% всей российской аудитории (3,6 млн. человек), Центральный регион (без Москвы) – 16% (2,7 млн. человек), Приволжский – 17% (2,9 млн. человек), Северо-Западный – 15% (2,6 млн. человек), Сибирский – 12% (2,1 млн. человек), Южный – 11% (2,0 млн. человек), Уральский – 5% (0,9 млн. человек), Дальневосточный – 4% (0,7 млн. человек).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в настоящее время Интернет становится все доступнее для большого числа пользователей, что позволяет различным предприятиям и компаниям осуществлять эффективный обмен информацией с клиентами и партнерами, но и должным образом формировать и совершенствовать собственный имидж. Не являются исключением и медицинские учреждения.

© Е.Ф.Алёшкин, О.А.Страхов, 2005 г.

Если у медицинского учреждения есть Интернет-сайт, зарегистрированный в поисковых системах, пациенту достаточно набрать название медицинского учреждения (поликлиники или диагностического центра) для получения ссылки на его сайт и доступа к информации, выложенной на нем: режим работы специалистов, перечень предоставляемых медицинских услуг и т.п. Это первый путь, приводящий потенциального клиента на сайт медицинского учреждения, – поиск по названию. Возможен и второй путь – поиск по услуге, оказываемой медицинским учреждением. Допустим, потенциальному пациенту надо сделать общий анализ крови. Он обращается с таким запросом на одну из поисковых систем и получает список ссылок. Большинство ссылок приведут его на сайты медицинских учреждений, оказывающих услугу общего анализа крови. Сравнив характеристики услуги (в данном случае это может быть, например, срок готовности результатов анализа) и ее стоимость в различных клиниках, можно выбрать оптимальный вариант. При этом, как показывает практика, обычно выбор осуществляется в три этапа. **Первый этап –** отбор по виду услуги (это помогает сделать поисковая система). На этом этапе для медицинского учреждения будет важно, чтобы сайт был правильно проиндексирован поисковой системой, иначе услуги могут просто «не найтись». **Второй этап –** сравнение расценок (это характерно для платных услуг) и отбор клиник по принципу «приемлемой стоимости». **Завершающий этап –** выбор клиники по дополнительным критериям: полнота информации об услуге, удобство расположения, стоимость и (что иногда не учитывают) дизайн и удобство поиска информации на сайте. Очевидно, что каждый из этапов непосредственно связан с сайтом, его наполнением и размещением.

Таким образом, использование Интернет-технологий является относительно недорогим, но в то же время эффективным инструментом продвижения медицинских услуг. Отметим лишь некоторые возможности, открывающиеся перед любым медицинским учреждением при использовании Интернет-сайта.

Оперативное и качественное информирование. Пациенты, имеющие доступ в Интернет, смогут получить актуальную информацию о работе медицинского учреждения (новости, расписание приема врачей, прайс-лист платных услуг и т.п.) в любое удобное для них время, так как сайт, в отличие от регистратуры работает в режиме «24х7» (24 часа, 7 дней в неделю), при этом его доступность составляет 95,5%.

Обратная связь. Реализация на сайте медицинского учреждения таких механизмов, как анкетирование, опросы, форумы, позволяет оперативно и без каких-либо дополнительных затрат получать отзывы, комментарии и пожелания своих пациентов. Согласно независимым исследованиям, проведенным авторами статьи, пациентами востребованы консультации специалистов, проводимые на Интернет-сайте в режимах on-line и off-line, а также экспертные медицинские тесты.

Представительские функции. Сайт любой организации является ее визитной карточкой, которая позволяет ей находиться на шаг впереди аналогичных организаций, не представленных в Интернете. Для медицинского учреждения сайт послужит показателем хорошего уровня развития, атрибутом серьезного подхода к делу, символом качества обслуживания пациентов. Уже стало традицией размещение на сайте общей информации о медицинском учреждении, его истории, сотрудниках, научной работе, партнерах и т.п.

Однако практика показывает, что многие медицинские организации все еще не способны по достоинству оценить весь информационный потенциал Интернет-технологий, неаргументированно считая их использование у себя сомнительным по соотношению «стоимость внедрения и эксплуатации/ожидаемый эффект». Недоверие к использованию Интернет-технологий зачастую вызвано тем, что до недавнего времени разработка хорошего сайта была дорогой, а эксплуатация – сложной. Однако активное развитие систем управления содержимым сайта (SCMS, Site Content Management System) в корне изменило ситуа-

цию. Использование таких систем позволит любому медицинскому учреждению реализовать сайт, который будет обладать следующими качествами:

Простота управления. Управлять сайтом легко благодаря дружественному и интуитивно-понятному пользовательскому интерфейсу, а также доступно написанной эксплуатационной документации. Изменять содержание смогут люди, обладающие лишь базовыми навыками работы с ПК и сетью Интернет.

Масштабируемость. Предусмотрена возможность наращивания функций сайта вплоть до полноценного портального решения за счет подключения дополнительных программных модулей.

Возможность интеграции. Сайт, реализованный на основе SCMS, достаточно легко интегрируется с автоматизированными системами и программными комплексами, которые уже используются в инфраструктуре медицинского учреждения.

Низкая стоимость при высоком качестве. Использование типового программного продукта в качестве основы сайта позволяет существенно снизить трудоемкость его разработки и внедрения.

При продвижении услуг медицинского учреждения посредством собственного Интернет-сайта следует учитывать и обратить особое внимание на полноту информации сайта, простоту и удобство пользования, актуальность информации, простоту управления содержанием, правильное восприятие (индексация) поисковыми системами. Поэтому эффективность сайта как маркетингового инструмента и его окупаемость напрямую зависят от профессионализма его изготовления, размещения и поддержки.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ: ФОРМАЛЬНОСТЬ ИЛИ ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ?

По материалам «Всероссийского кадрового конгресса»

Для эффективного управления персоналом необходимо четкое разграничение целей, задач и полномочий, а также ответственности отдельных штатных единиц организации. Каждый из упомянутых факторов можно письменно зафиксировать в ходе составления должностных инструкций (ДИ), которые в настоящее время все шире применяются в управленческой практике.

Зачем нужны ДИ

Если должностная инструкция создается для управления, то важно с самого начала представлять, каким образом она будет использоваться. Второе важное назначение должностных инструкций – стать для руководителей источником сведений о том, кто и за что отвечает. Кроме того, ДИ помогает оценить соответствие кандидата на должность предъявляемым требованиям (учитывая способности, навыки, знания и опыт). С неменьшим успехом с помощью ДИ можно оценивать и работающего сотрудника. Уже сегодня 20% российских организаций используют ДИ для проведения аттестации специалистов.

Результаты оценки персонала могут подсказать направление развития и обучения сотрудников. Это поможет им обрести те навыки и знания, которых пока не достает как для работы в своей должности, так и для карьерного роста.

Как создаются ДИ

Обычно должностные инструкции разрабатываются на основе «Положения о работе подразделения» – документа, регламентирующего порядок создания и структуру подразделения, его задачи, функции, права и ответственность. Все функции, возложенные на подразделение, необходимо распределить между его персоналом, то есть обязанности работников должны проистекать из основных задач подразделения.

Содержание ДИ, ее основные разделы, обычно зависят от потребностей и специфики деятельности предприятия. Схематично ДИ может выглядеть так:

1. Наименование организации, подразделения.
2. Общие положения, определение должности.
3. Краткие сведения об организации.
4. Схема подчиненности.
5. Возможности замещения.
6. Краткое описание работы.
7. Цель работы, выполняемые подцели, ответственность.
8. Права.
9. Должностные обязанности (содержание работы).
10. Требуемые результаты и критерии оценки.

11. Наиболее частые деловые контакты (внутренние, внешние).

12. Схема информационных потоков между подразделениями.

13. Ведение первичной документации.

14. Условия работы (безопасность, режим работы, оплата труда и др.).

15. Порядок оформления трудовых отношений.

Большую помощь в наполнении перечисленных разделов ДИ может оказать информация, содержащаяся в квалификационных справочниках, утвержденных Министерством труда и социального развития РФ. Квалификационные характеристики по каждой должности состоят из трех разделов:

1. «Должностные обязанности». Раздел содержит основные функции, которые частично или полностью могут быть поручены работнику, занимающему данную должность.

2. «Должен знать». В этом разделе приводятся основные требования, предъявляемые к работнику в отношении специальных знаний.

3. «Требования к квалификации». В данном разделе определен уровень профессиональной подготовки работника, необходимый для выполнения предусмотренных должностных обязанностей.

Указанные разделы служат основой для разработки должностных инструкций по многим профессиям. Но квалификационный справочник не дает ответов на многие вопросы, связанные с порядком деятельности работника, а также не содержит всех существующих должностей. Поэтому для облегчения разработки новой ДИ предлагается следующий подход.

Шаг 1. Определение представления работника о должности.

Для решения этой задачи можно использовать анкету, включающую следующие вопросы:

- Что является целью Вашей работы?
- Над выполнением каких задач Вы работаете?
- Какими видами работ Вам приходится заниматься ежедневно?
- Какую работу Вы выполняете периодически, но не ежедневно?
- Какую работу приходится выполнять время от времени?
- Какими полномочиями Вы наделены для выполнения своих обязанностей?
- От кого Вы получаете распоряжения?
- Кому Вы отдаете распоряжения?
- Кто консультирует Вас (дает Вам советы) либо дает Вам рекомендации в процессе работы?
- Кому Вы даете рекомендации?
- О чем Вы, как подчиненный, информируете своего начальника; о чем Вы, как руководитель, информируете своих подчиненных?
- Кого, не считая руководителя и сотрудников, Вы информируете о результатах работы и о других важных событиях, происходящих во вверенной Вам сфере; от кого Вы получаете подобную информацию?
- Кто выполняет Ваши обязанности при Вашем краткосрочном или длительном отсутствии, и как это происходит?
- Если отсутствует Ваш начальник, коллега или сотрудник, исполняете ли Вы их обязанности, и если да, то каким образом?

Шаг 2. Утверждение представления руководителя о должности.

Для решения этой задачи можно использовать анкету, включающую следующие вопросы:

- Что Вы рассматриваете в качестве цели деятельности данного работника?
- Какого результата он может достигнуть в наиболее благоприятных условиях?
- Соответствует ли объем решаемых работником задач его возможностям, или необходимы изменения?
- Соответствуют ли полномочия работника решаемым им задачам; не следует ли изменить объем этих полномочий?

- Кем в настоящее время выполняются задачи, которые по своей сути относятся к компетенции конкретного работника?
- Должны ли произойти изменения во вверенных и подчиненных работнику сферах?
- Как организован обмен информацией с работником, и нужны ли какие-либо изменения?
- Как организована система замещения работника на случай его отсутствия, и нужно ли здесь что-нибудь отрегулировать по-новому?

Шаг 3. Оценка и обработка собранного материала работниками отдела персонала.

Наполнение разделов ДИ, утвержденных с учетом специфики деятельности предприятия, соответствующим содержанием. Во избежание каких-либо недоразумений необходимо выяснить мнение работника и его руководителя по поводу подготовленного предварительного варианта должностной инструкции.

Шаг 4. Принятие решения об окончательном закреплении обязанностей и полномочий за работником с фиксацией их в его должностной инструкции. Утверждение должностной инструкции руководителем предприятия, ее подписание работником.

Привлечение к разработке должностной инструкции самих сотрудников – практически беспроигрышный ход. Это не только позволяет предотвратить оторванность документа от жизни, но и существенно упрощает процесс его введения в действие. Все разногласия, которые нередко возникают на стадии подписания инструкции или уже в ходе ее исполнения, можно решить еще на этапе ее разработки.

Спецификация

Должностные инструкции нередко содержат такой раздел, как спецификация должности, в котором определены требования к работнику. При наполнении этого раздела следует учитывать:

- типовые должностные инструкции и приведенный там перечень требований к квалификации;
- особенности предприятия и должности;
- разработанные психологами «профили» на отдельные профессии (профессиограммы) с выделением профессионально значимых качеств;
- мнения экспертов и отдельных работников предприятия.

Спецификация должности обычно включает профессиональные, личностные, биографические, ситуативные требования к персоналу. К профессиональным относятся требования к образованию, конкретным навыкам и умениям, стажу работы, наличию официальных документов, подтверждающих уровень квалификации (диплом, лицензия). Профессиональные требования должны быть тесно связаны с содержанием работы специалиста в данной должности. К личностным требованиям относятся внешний вид, интеллектуальный уровень, черты характера и способности. Биографические и ситуационные требования определяются спецификой предприятия и должности. Это могут быть требования к возрасту, полу, семейному положению, месту жительства и др. При их определении нужно стараться различать необходимые и желательные качества, а также не забывать о том, что требования к персоналу должны быть реалистичными.

В завершение хотелось бы обратить внимание на то, что внедряемые инструкции не могут застыть навечно в монолите. Нужно оперативно реагировать на все происходящие в организации изменения и вносить соответствующие коррективы в должностные инструкции (делать это лучше в ходе проведения годовой аттестации сотрудников). Тогда ДИ будут реальным и эффективно работающим инструментом управления.

По материалам журнала «Директор-инфо» (http://www.director-info.ru/)

В.С.КУДРИН,
ГУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», г.Оренбург

О ПОНЯТИЙНОМ И ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОМ АППАРАТЕ ОЦЕНОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ. Часть 2

Начало в «МЗ» 2005, №4

Тезаурус по оценке медицинской деятельности

11. КАЧЕСТВО

1.Совокупность свойств продукции, обусловливающих ее пригодность удовлетворять определенные потребности в соответствии с ее назначением *(ГОСТ 15467-79).*

2.Совокупность свойств и характеристик продукции или услуги, которые придают им способность удовлетворять обусловленные или предполагаемые потребности *(Международный стандарт ИСО 8402-94).*

3. Способность совокупности характеристик, присущих продукции, системе, процессу, выполнять требования заказчиков и других заинтересованных сторон *(Международный стандарт ИСО 9000-2000).*

4. Соответствие требованиям *(Ф. Кросби).*

5. Соответствие назначению *(Дж.М.Джуран).*

6. Совокупность сложных рыночных, технических, производственных и эксплуатационных характеристик изделия (услуги), благодаря которым используемое изделие (услуга) отвечает ожиданиям потребителя *(А.В.Фейгенбаум).*

7.Удовлетворение или превышение требований потребителя по приемлемой для него цене *(Дж. Харрингтон).*

8. Сложное свойство, представляющее собой совокупность всех тех и только тех свойств, которые характеризуют получаемые при потреблении объекта результаты (как желательные положительные, так и нежелательные отрицательные) *(Азгальдов Г.Г. Общие сведения о методологии квалиметрии//Стандарты и качество. – 1994. – № 11. – С. 24–29).*

9. Совокупность свойств продукции (услуги), позволяющих в максимальной степени удовлетворять потребности человека (общества) при минимальном для него ущербе от существования данной продукции (услуги) на протяжении всего ее жизненного цикла *(Пухальский В. Определение качества//Стандарты и качество. – 2001. – № 3. – С. 50–53)*

12. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

1. Обеспечение каждому больному такого комплекса диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам, в соответствии с уровнем медицинской науки и техники и такими биологическими факторами, как возраст, тяжесть основного заболевания, характер сопутствующей патологии, реакция на выбранный метод лечения; максимальными должны быть взаимодействие пациента с системой медицинской помощи и полученные результаты; для достижения последних должны быть привлечены минимальные средства; минимальным должен быть и риск дополнительного травмирования или утраты трудоспособности вследствие врачебного вмешательства *(Принципы обеспечения качества: Отчет о совещании ВОЗ. – М., 1983).*

2. Характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий профессиональным стандартам тех или иных адекватных техноло-

© В.С.Кудрин, 2005 г.

гий, выбранных для достижения поставленной цели *(Концепция оценки качества и эффективности медицинской помощи (методические материалы)/Сост. А.Л.Линденбратен, В.С.Васюкова, Т.М.Шаровар. – М., 1989. – 12 с.).*

3. Совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их выполнения и подтверждающих соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки и технологии, стандартам, а также потребностям пациента *(Терминология по общественному здоровью и здравоохранению//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 4. – С. 47–55).*

4. Мера адекватности действий медицинского персонала на протяжении всего срока ведения пациента от госпитализации до выписки. Адекватность медицинской помощи оценивается технологически (на основании протоколов и технологических карт больного), а также субъективно (на основании экспертных оценок) *(Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Современные аспекты эффективного управления медицинским учреждением//Экономика здравоохранения. – 2002. – № 910. – С. 57).*

5. Совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии *(Воробьев П.А., Горбунов С.Н., Юрьев А.С., Авксентьев М.В. Проблемы терминологии в стандартизации, лицензировании и аккредитации//Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. – № 1. – С. 13–26).*

13. КАЧЕСТВО ТРУДА

1. Совокупность свойств процесса трудовой деятельности, обусловленных способностью и стремлением работника выполнить некоторые задания в соответствии с указанными требованиями *(ГОСТ 15467-70).*

2. Целостная структура существенных свойств труда, проявляющихся (при равных объективных условиях) в различной его эффективности. Качество труда выражает не потенциальную способность к труду, а реальное функционирование работников в общественном производстве, выражающееся в эффективности труда, в его результатах *(Лион В. Качество труда и его оплата//Экономические науки. – 1982. – № 5. – С. 50–59).*

3. Устойчивая совокупность свойств труда в их взаимосвязи и взаимодействии, которая создает существенную определенность труда вне зависимости от особого вида деятельности и обусловливает разные производственные и социальные результаты при одинаковом количестве труда в неизменных условиях производства *(Гузакова О.Л. Качество труда и его зависимость от уровня образования работника//Дис. ... канд. экон. наук. – Кострома, 1999).*

14. КВАЛИМЕТРИЯ научная дисциплина, изучающая методологию и проблематику количественной оценки качества любых объектов (предметов, процессов, явлений, событий, искусственных или естественных, живых и неживых, продуктов труда или продуктов природы). Одна из основных **идей**, на которых основывается квалиметрия, – сведение воедино, в рамках комплексного критерия качества, разнообразных показателей, характеризующих различные свойства оцениваемого объекта. **Метод квалиметрии** показатель качества в основном определяется как средняя взвешенная арифметическая из показателей отдельных свойств объекта и соответствующих коэффициентов весомости. **Цель квалиметрии** количественное оценивание качества или интегрального качества. Это процесс, на выходе которого получается в комплексной количественной форме информация о качестве объекта с учетом не отдельных, а одновременно всех его свойств *(Азгальдов Г.Г. Квалиметрия в архитектурностроительном проектировании. – М., 1989).*

15. КВАЛИФИКАЦИЯ

1. Статус, приданный организации или лицу, продемонстрировавшим соответствие установленным требованиям, а также процесс получения этого ста-

туса *(Робертсон Б. Лекции по аудиту качества// Стандарты и качество. – 1996. – № 2. – С. 68–71).*

2. Степень, соответствие профессиональной подготовленности к какому-либо виду труда *(Словарь иностранных слов, 1987).*

3. Способность и готовность работника осуществлять определенную профессиональную деятельность в определенных условиях с определенным качеством.

16. КВАНТИФИКАЦИЯ

1.Количественное выражение, использование количественных методов в научной и вообще познавательной деятельности *(Азгальдов Г.Г. Квалиметрия: прошлое, настоящее, будущее//Стандарты и качество. – 1994. – № 1. – С. 53–55).*

2. Придание количественного выражения свойствам оцениваемого объекта, результатам деятельности, их количественное описание. Получение количественных оценок состояния, эффективности и качества какого-либо объекта в системе здравоохранения представляется делом сложным, требующим учета множества сторон и взаимосвязей и не приводящим к однозначным результатам. Именно сложность и множественность взаимосвязей влекут за собой необходимость использования количественных методов, поскольку только они создают необходимый уровень определенности для принятия рациональных управленческих решений *(Брызгалин Г.И. О количественных методах определения эффективности и качества деятельности здравоохранения//Здравоохранение Российской Федерации. – 1986. – № 4. – С. 25–28).* При оценивании медицинской деятельности, отличающейся большим количеством неформализуемых или трудноформализуемых свойств, квантификация обеспечивается, как правило, посредством экспертных оценок.

17. КОНТРОЛЛИНГ это выходящий за рамки одной функции управленческий инструмент, который поддерживает процесс управления внутри организации с помощью подбора и обработки информации. Концепция контроллинга ориентирована на общеуправленческую систему, то есть его основная функция – в координации всей управленческой системы для обеспечения целенаправленного руководства организацией. Функция контроллинга включает в себя в качестве частичной области традиционную функцию контроля и как более широкая управленческая функция стоит выше нее.

Термин «Controlling function» объясняется как обозначение деятельности по управлению и контролю любой деятельности по управлению организацией, направленной на выполнение производственных заданий согласно установленному плану. Суть контроллинга заключается в сопоставлении намеченных показателей и фактических результатов, а также в соответствующей процедуре. Большинство определений контроля не содержит в себе компонент оценки результатов. Но неявно подразумевается, что его целью является корректировка отклонений фактически полученных данных от запланированных *(«Бизнес. Менеджмент». Терминологический словарь// Пер. с англ. – М:ИНФРАМ, 1997.– С.102; Пич Г., Шерм Э. Уточнение содержания контроллинга как функции управления и его поддержка//Проблемы теории и практики управления. – 2001. – № 3. – С. 102–107; Шеффер У. Должен ли контроллинг выполнять функцию контроля?//Проблемы теории и практики управления. – 2002. – № 5. – С. 62–67).*

Функция контроллинга определяется как координация системы менеджмента в целом для обеспечения действий, направленных на целевое управление. Это комплексная функция («Управление управлением»). Однако главной является функция контроля с целью координации системы менеджмента («Не контролируя, невозможно координировать») *(Лабзунов П., Попов Р. Об организации системы контроллинга на промышленных предприятиях России//Проблемы теории и практики управления. – 2003. – № 2. – С. 97–99).*

Продолжение в следующем номере

Программа ВОЗ/CIDA «Политика и управление в области здравоохранения в РФ»
Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ И ДОКУМЕНТЫ ВОЗ

Выпуск 4, Март 2005

Тема номера:
ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Часть I. Обзор Документационного центра ВОЗ

7 апреля 2005 г. отмечается Всемирный день здоровья. Всемирная организация здравоохранения провозгласила лозунг этого дня «Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка».

Расчеты показали, что на каждый доллар, вложенный в охрану здоровья ребенка, общество получает 7 долларов США на основе сокращения расходов на социалычое обеспечение и увеличение продуктивности молодежи и взрослых (Всемирный банк, 1996).

Проблема здоровья матери и ребенка входит в Цели тысячелетия, принятые Организацией Объединенных Наций (ООН) в 2000 г. В частности, ООН поставила цель в период между 1990 и 2015 гг. сократить на две трети смертность детей в возрасте до пяти лет и сократить на три четверти показатели материнской смертности.

Всемирная организация здравоохранения подготовила **Пакет информационных материалов к Всемирному дню здоровья.** В нем представлена позиция ВОЗ и план конкретных действий, направленных на снижение материнской и детской смертности. С материалами ВОЗ, посвященными Всемирному дню здоровья, можно ознакомиться на сайте ВОЗ по адресу: *http://www.who.int/world-health-day/2005/toolkit.ru/pdf*

ВОЗ планирует выпустить **«Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005»**, котором будет сделан особый акцент на здоровье матери и ребенка. С Докладом можно будет ознакомиться на сайте Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ): *http://www.who.int*

Стратегический План действий по охране женщин в Европе. Одобрен на совещании ВОЗ, Копенгаген, 5–7 февраля 2001 г. – Европейское бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2002. – 53 с.

План действий был подготовлен группой экспертов, работающих с представителями сотрудничающих центров ВОЗ и членами Постоянного комитета ЕРБ ВОЗ. Он был одобрен экспертами из 34 стран, принявших участие в Третьем совещании координаторов по вопросам репродуктивного здоровья, здоровья женщин и внедрения гендерных подходов в Европейском регионе, которое состоялось в 2001 г. В Плане действий подчеркиваются необходимые меры, которые должны быть приняты в странах, и роль Европейского регионального бюро ВОЗ в этом процессе. Также в документе содержатся приложения, в которых рассматриваются Европейские задачи по укреплению здоровья женщин и резюмируются соответствующие политические документы ООН, служащие основой для этого плана. На уровне стран План действий может помочь в работе по улучшению состояния здоровья населения, указывая пути и подходы, позволяющие удовлетворить потребности населения в лечебно-профилактических программах с учетом всей специфичности и сложности гендерных проблем.

Документ на русском языке находится в Документационном центре ВОЗ. В Интернет доступен на английском языке по адресу: http://www.euro.who.int/document/e73519.pdf

Обеспечение безопасности беременности: основополагающая роль квалифицированного медицинского персонала. – ВОЗ. – Женева, 2004. – 24 с.

Это совместная публикация ВОЗ, Международной конфедерации акушерок и Международной федерации акушеров-гинекологов. Она предназначена для организаторов здравоохранения и конкретно для службы охраны материнства и детства. В ней содержаться рекомендации по планированию и организации акушерско-гинекологической службы по ведению беременных, осложнений беременности, родовспоможению и осуществлению перинатальной помощи. Также рассматриваются вопросы подготовки кадров акушеров-гинекологов и среднего медицинского персонала.

Полный текст публикации доступен на английском языке по адресу:
http://www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled attendant.pdf

Осложнение беременности и родов. Руководство для акушерок и врачей. – ВОЗ. – Женева, 2003. – 350 с.

Данное руководство предназначено для врачей и среднего медицинского персонала и посвящено осложнениям, возникающим при беременности и во время родов. В руководстве описаны симптомы осложнений, время, когда они могут развиться и методы их предупреждения и лечения.

Полный текст публикации доступен на английском языке по адресу:
http://www.who.int/reproductive-health/impac/mcpc.pdf

Ведение новорожденных с патологией. Руководство для врачей, медсестер и акушерок. – ВОЗ. – Женева, 2003. – 200 с.

Настоящее руководство разработано в рамках программы по интегрированному ведению беременных и детей (IMPC). В настоящем руководстве представлены методы диагностики и лечения новорожденных с различной патологией, включая новорожденных с низким весом при рождении, родовыми травмами и другой патологией в родах, детей от матерей с патологией беременности и детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Подробно представлены методы антибиотикотерапии, переливания крови, поддержания нормальной температуры тела у новорожденных и многое другое. Книга предназначена для практических врачей-педиатров и акушеров-гинекологов.

Полный текст публикации доступен на английском языке по адресу:
http://www.who.int/reproductive-health/docs/mnp.pdf

Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста. – ВОЗ. – Женева. – 34 с.

ВОЗ и ЮНИСЕФ совместно разработали Глобальную стратегию по кормлению детей грудного и раннего возраста, цель которой заключается в том, чтобы обеспечить на основе оптимальноп практики кормления необходимое состояние питания, рост и развитие, а, таким образом, и здоровье детей грудного и раннего возраста.

Публикация доступна Интернете на русском языке по адресу:
http://www.euro.who.int/documents/gs infant feeding cover rus.pdf

Michaelsen K.F., Weaver L., Branca F., Robertson A. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. – Европейское бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2001. – 369 с.

Надлежащие методы кормления позволяют предупредить неправильное питание и задержки роста в раннем детском возрасте, все еще характерные для некоторых частей Европейского региона ВОЗ, в частности, для стран, сложившихся на месте Советского Союза. В настоящей публикации дается научное основание для разработки на уровне стран рекомендаций по питанию и кормлению ребенка от рождения до трехлетнего возраста. Приводимая в публикации информация, должна помочь специалистам в странах разработать или обновить применяемые в настоящее время в их странах рекомендации по вопросам кормления. Публикация может представить большой интерес для министерств здравоохранения, педиатров, специалистов в области диетотерапии и питания, а также для специалистов общественного здравоохранения и других категорий профессиональных работников, сталкивающихся с проблемами питания и здоровья детей.

Полный текст публикации доступен на английском языке по адресу:
http://www.euro.who.int/document/WS 115 2000FE.pdf

Часть II. Обзор Библиотеки проектов реформы здравоохранения «ЗдравИнформ»

В настоящем обзоре представлены проекты и программы, затрагивающие вопросы здоровья матери и ребенка, по которым имеются полнотекстовые документы. Кроме перечисленных, за последние годы было выполнено большое количество других международных проектов по описываемой тематике.

Более подробно с ними можно ознакомиться на сайте Библиотеки: *http://zdravinform.ru*

Проект: Американский международный союз здравоохранения (AMC3)
Начало проекта: 1999
Донор: Агентство США по международному развитию (USAID)
Краткая информация: Повышение производительности и эффективности медицинского обслуживания в рамках первичного здравоохранения. Совершенствование обучения медицинских сестер уходу за больными, ведению больного, консультированию больных и соблюдению больными режима и схемы лечения. Улучшение репродуктивного здоровья, в особенности *сокращения смертности рожениц и младенческой смертности.* Сокращение уровня заболеваемости ВИЧ/СПИД. Снижение уровня госпитализации больных сахарным диабетом и количества осложнений, вызванных этим заболеванием. Сокращение количества наркозависимых и предотвращение насилия в семье; разработка электронной сети для системы дистанционного обучения и для обмена информацией среди партнеров.
Полная информация:
http://zdravinform.ru/dev/html/rus/proiects/pr passport,php?ppproiectid=153

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ И ДОКУМЕНТЫ ВОЗ
Выпуск 4, Март 2005

Проект: Реформирование системы медицинского обслуживания детей с психическими заболеваниями
Продолжительность: 1999–2001
Донор: Министерство международного развития Великобритании (DFID)
Краткая информация: Целью проекта было совершенствование системы психиатрической помощи, страдающим психическими заболеваниями, используя межсекторальный и комплексный подход. Главные результаты проекта:

- в системе психиатрической помощи детям и подросткам, страдающим психическими заболеваниями, использовался межсекторальный подход;
- разработана программа обучения социальных работников различных профилей. Прошли подготовку 16 социальных работников, которые также будут выступать в роли преподавателей;
- в пилотных регионах созданы многопрофильные группы специалистов для работы с детьми и подростками;
- разработано и утверждено Минздравом практическое руководство по организации многопрофильных бригад в системе психиатрической помощи детям и подросткам;
- проанализированы диагностические протоколы и протоколы лечения детей с психическими, основанные на принципах доказательной медицины;
- изменения в протоколах лечения детей привели к замене стационарной помощи на амбулаторное и уменьшение числа коек в психиатрических больницах и сроках пребывания в стационаре больных;
- разработано практическое руководство для психиатров по заболеваниям детей и подростков.

Полная информация: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/proiects/pr passport,php?ppproiectid=96

Проект: Помощь в реформировании системы здравоохранения Самарской области
Продолжительность: 1996–2000
Донор: Министерство международного развития Великобритании (DFID)
Краткая информация: Реорганизация и реформирование ряда выбранных служб первичной и вторичной медицинской помощи в г.Самара в соответствии с планами Самарской области и г.Самары.
Полная информация: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/proiects/pr passport,php?ppproiectid=99

Контактная информация:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, комната 202, 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
Кайгородова Татьяна Вадимовна –тел.: (095) 219-38-43; факс: (095) 219-38-40; E-mail: kaidoc@mednet.ru;
WWW: http://mednet.ru/whodc

Подписка на Бюллетень распространяется свободно по электронным адресам рассылки: ***bulletin@zdravinform.ru***

Предыдущие выпуски Информационного бюллетеня:
№1, Декабрь 2004 «Вводный выпуск» («Менеджер здравоохранения». – 2005. – № 1. – С. 39–43)
№2, Январь 2005 «Финансирование здравоохранения» («Менеджер здравоохранения». – 2005. – № 3. – С.46–52)
№2, Февраль 2005 «Политика здравоохранения» («Менеджер здравоохранения». – 2005. – № 4. – С.76–80)

Зарегистрировано в Минюсте РФ
21 февраля 2005 г.
№ 6346

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
17 января 2005 г.
№ 84

«О ПОРЯДКЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)»

В соответствии с подпунктами 5.2.11. и 5.2.23. пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 №321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, №28, ст. 2898), и в целях дальнейшего совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) (приложение 1);

1.2. Учетную форму №030/у-ВОП «Паспорт врачебного участка общей (семейной) врачебной практики» (приложение 2);

1.3. Инструкцию по заполнению учетной формы №039/у-ВОП «Дневник работы врача общей практики (семейного врача)» (приложение 3);

1.4. Инструкцию по заполнению учетной формы №039-1/у-ВОП «Карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейной сестры)» (приложение 4);

1.5. Отчетную форму № 1-ВОП «Сведения о деятельности врача (отделения, центра) общей (семейной) практики» (приложение 5).

2. Департаменту фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования (Н.Н.Володин):

2.1. Разработать квалификационные требования медицинского персонала общей врачебной (семейной) практики в срок до 1 декабря 2005 года;

2.2. Пересмотреть программы переподготовки и повышения квалификации специалистов, осуществляющих деятельность в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по принципу общей врачебной практики (семейной медицины), в срок до 1 октября 2005 года.

3. Департаменту развития медицинской помощи и курортного дела (Р.А.Хальфин):

3.1. Разработать инструкцию по заполнению отчетной формы № 1-ВОП «Сведения о деятельности врача (отделения, центра) общей (семейной) практики (семейного врача)» в срок до 1 апреля 2005 года;

3.2. Инструкцию по заполнению учетной формы №030/у-ВОП «Паспорт врачебного участка общей (семейной) врачебной практики» в срок до 1 апреля 2005 года.

4. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации предусмотреть стимулирующие выплаты при формировании фонда оплаты труда медицинских работников, работающих в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по принципу общей врачебной практики (семейной медицины).

5. Признать утратившим силу приложение №1 к Приказу Минздрава России от 20.11.2002 № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации» (в государственной регистрации не нуждается, письмо Минюста России от 02.12.2002 №07/11269-ЮД).

6. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя министра В.И.Стародубова.

Министр
М.Ю.ЗУРАБОВ

Приложение № 1
к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 17.01.2005 № 84

ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)

1. Настоящий Порядок регулирует деятельность врача общей практики (семейного врача).

2. Врач общей практики, или семейный врач – врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

3. На должность врача общей практики (семейного врача) назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование, по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», окончившие клиническую ординатуру по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», или врачи-терапевты участковые и врачи-педиатры участковые, прошедшие профессиональную переподготовку по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и получившие сертификат специалиста по этой специальности.

4. Врач общей практики (семейный врач) в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, органа исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органа местного самоуправления, а также настоящим Порядком.

5. Врач общей практики (семейный врач) осуществляет свою деятельность в медицинских организациях преимущественно муниципальной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению:

- центрах общей врачебной (семейной) практики;
- амбулаториях и участковых больницах муниципальной системы здравоохранения;
- отделениях общей врачебной (семейной) практики амбулаторно-поликлинических учреждений;
- других медицинских организациях.

6. Врач общей практики (семейный врач) может самостоятельно осуществлять свою деятельность в установленном порядке.

7. Оплата труда (финансирование деятельности) врача общей практики (семейного врача) осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Врач общей практики (семейный врач) оказывает первичную медико-санитарную помощь контингенту, сформированному на основе свободного выбора врача пациентами.

9. Врач общей практики (семейный врач):

- формирует врачебный участок из прикрепившегося контингента;
- осуществляет санитарно-гигиеническое образование; консультирует членов семьи по вопросам формирования здорового образа жизни;
- осуществляет профилактическую работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска путем диспансеризации прикрепившегося контингента в установленном порядке, в том числе детей, инвалидов, лиц старших возрастных групп;
- направляет больных на консультации к специалистам для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- организует и проводит лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- осуществляет патронаж беременных женщин и детей раннего возраста, в том числе новорожденных, в установленном порядке;
- организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- имеет право осуществлять наблюдение за пациентом на всех этапах оказания медицинской помощи;
- организует совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь семье для социально незащищенных групп населения: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;
- руководит деятельностью медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь по принципу общей врачебной практики (семейной медицины);
- ведет учет и представляет отчетность в установленном порядке.

Приложения № 2–5
к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 17.01.2005 № 84
см. на сайте журнала www.idmz.ru

Менеджер
здравоохранения