Менеджер здравоохранения

№8. 2005

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

НА НАШЕМ САЙТЕ:

WWW.IDMZ.RU

Смотрите полные тексты следующих
Приказов Минздравсоцразвития России за апрель 2005 г.:

- Об организации внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан (№ 249 от 1 апреля 2005 г.)
- Об утверждении схемы размещения территориальных органов федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (№ 254 от 1 апреля 2005 г.)
- Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию и российской академии медицинских наук (№ 259/19 от 6 апреля 2005 г.)
- О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория (№ 273 от 11 апреля 2005 г.)
- Об утверждении положения о межведомственном Экспертном совете по установлению причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан, подвергшихся воздействию радиационных факторов (№ 289 от 21 апреля 2005 г.)
- О минимальном ассортименте лекарственных средств (№ 312 от 29 апреля 2005 г.)

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№8
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:

Виды медицинской помощи, типы организаций здравоохранения, источники финансирования в здравоохранении. Разграничение полномочий по уровням власти. Часть 1
Н.Б.Найговзина, Н.А.Пудовкина 4-12

Мониторинг реализации Программы государственных гарантий как основа государственного регулирования в сфере здравоохранения
Т.А.Сибурина, Л.К.Лохтина 13-20

Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии
А.В.Тихомиров 21-28

Стоматологическое обслуживание населения в условиях реформирования отечественного здравоохранения
Т.О.Монашеров 29-31

Технология социологических исследований в маркетинге стоматологических услуг
Г.В.Артамонова, Г.В.Савицкая 32-38

Анализ проектов федеральных законов «Об автономных учреждениях», «Государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях» и «Об установлении порядка, условий и критериев реорганизации государственных и муниципальных учреждений»
Ю.В.Михайлова, Н.В.Косолапова, Л.О.Короткова 39-46

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н, заместитель Главы администрации г.Ставрополя
ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович, д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВа, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик МАНЭП, заведующий курсом менеджмента и экономики здравоохранения Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова, начальник кафедры морской медицинской подготовки плавсостава Государственной морской академии им. адм. С.О.Макарова
РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,
д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГПУ им. Н.И.Баумана
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
ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, советник заместителя министра здравоохранения и социального развития

Проблемы интегрирования национальных систем здравоохранения в условиях глобализации
И.А.Тогунов 47-49

О некоторых подходах к проблеме государственного регулирования предоставления платных медицинских услуг населению (на примере Москвы и Санкт-Петербурга)
Консультирует «МЗ» 50-55

Подходы к оценке нематериальных активов медицинской организации
В.И.Стародубов, Н.Г.Куракова 56-59

Вопросы и ответы 60-62

О понятийном и терминологическом аппарате оценочной деятельности в сфере медицины. Часть 5
В.С.Кудрин 63-65

Врачи защищаются
Ученая степень 66-69

«Мишени здоровья» как инструмент совершенствования способа принятия рациональных решений в сфере здравоохранения. Часть 1
Ш.Т. Дорандж, М. Хайм-Немерсон 70-74

Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения 75-80

«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 № 080805

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Н.Б.НАЙГОВЗИНА,
д.м.н., профессор Российской академии последипломного образования, г.Москва
Н.А.ПУДОВКИНА,
Российская академия последипломного образования, г.Москва

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ТИПЫ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ПО УРОВНЯМ ВЛАСТИ. Часть 1

Принятие федеральных законов, разграничивающих и устанавливающих полномочия органов государственной власти и местного самоуправления, привело к необходимости переосмысления структуры медицинских организаций, их функций, принадлежности к определенному уровню власти, а также источников и механизмов их финансирования.

Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» от 6 октября 1999 года №184-ФЗ, в редакции Федерального закона от 04.07.2003 года № 95-ФЗ, определяющий полномочия органов государственной власти субъекта Российской Федерации, а также общие принципы разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъекта Российской Федерации, вступил в силу с 1 января 2005 года. Следует отметить, что логика данного закона такова: в случае, если какая-либо функция в данном законе не закреплена, она принадлежит к компетенции Федерального центра.

Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 6 октября 2003 года №131-ФЗ (ст.13), определяющий полномочия органов власти муниципальных образований, вступает в силу через год, с 1 января 2006 года.

Изложенные обстоятельства вызвали необходимость внесения изменений в значительное число законодательных актов, регулирующих сферу здравоохранения, в том числе в Закон РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (№5489-1 от 22 июля 1993 года, далее Основы), который за эти годы достаточно «устарел».*

*Закон Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (№5489-1 от 22 июля 1993 года, в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. №122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации» и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

© Н.Б.Найговзина, Н.А.Пудовкина, 2005 г.

Попытаемся проанализировать, как формируется современное законодательство, установившее виды медицинской помощи и источники их финансирования, в зависимости от уровней власти, структуры сети организации здравоохранения. Как будут реализовываться эти нормы?

В Федеральном законе «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 6 октября 2003 года №131-ФЗ, закрепившем вопросы местного значения в части организации оказания медицинской помощи, определено, что на территории муниципального района (пункт 12 статьи 15) осуществляется организация оказания:

- скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной);
- первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях;
- медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

Таким образом, законодатель определил, что на территории муниципального района первичная медико-санитарная помощь реализуется в моделях организации медицинской помощи, имеющих определенную структуру: амбулаторно-поликлинических, больничных учреждениях, станциях скорой помощи.

Определяя в указанном законе вопросы местного значения на территории городского округа, законодатель уточнил (пункт 14, части 1 статьи 16), что к ним относится организация оказания:

- скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной);
- первичной медико-санитарной помощи в стационарно-поликлинических и больничных учреждениях;
- медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

Из данных норм следует, что на уровне муниципального района и городского округа должна оказываться первичная медико-санитарная медицинская помощь, скорая медицинская помощь и медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и после родов. Причем в муниципальном районе первичная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно-поликлиническими и больничными учреждениями, а в городском округе законодатель вводит особую форму организации предоставления медицинской помощи в виде стационарно-поликлинических учреждений, которые в 60–70-е годы прошлого столетия получили свое развитие и неоправданно были забыты, а также больничные учреждения. Таким образом, исходя из норм закона, амбулаторно-поликлинические учреждения и часть больничных учреждений в городских округах должны трансформироваться в стационарно-поликлинические учреждения. Кроме того, в городских округах должны быть и больницы.

Вместе с тем полагаем необходимым внести в законодательство поправку, касающуюся организации предоставления медицинской помощи в муниципальном районе стационарно-поликлиническими организациями, которые существуют в настоящее время. Так, центральная районная больница или районная больница имеет в своем составе поликлинику и фельдшерско-акушерские пункты. Эта форма организации оправдана, так как способствует эффективному использованию ресурсов, в то же время в городском округе должны быть амбулаторно-поликлинические организации. В связи с этим необходимо внести соответствующие поправки в законодательство Российской Федерации.

Законодатель не ограничивает механизм реализации нормы по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов в городском округе и муниципальном районе типом учреждения. Поскольку женщинам в период беременности, во время и после родов, наряду с предоставлением первичной медико-санитарной помощи, оказывается специализированная акушерская и гинекологическая меди-

цинская помощь, следует, что законодатель допускает на местном уровне предоставление такой медицинской помощи соответствующими специализированными структурными подразделениями медицинских организаций общего профиля, а также специализированными медицинскими организациями: женскими консультациями, родильными домами, гинекологическими больницами, перинатальными центрами.

Таким образом, законодатель решил многолетний спор специалистов о том, каким видом медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь, – медицинской помощью, четко привязанной к амбулаторно-поликлиническому учреждению (структурный подход), или медицинской помощью, предоставляемой амбулаторно-поликлиническими и больничными учреждениями в зоне первого контакта пациента с системой здравоохранения (функциональный подход), как толковала Алма-Атинская конференция (1978).

Из толкования этого понятия Алма-Атинской конференцией следует, что медико-санитарная помощь как технология медицинской помощи предоставляется больному при его первичном обращении в медицинскую организацию. При этом отсутствуют жесткие указания на организационную форму (поликлиника, больница и др.) и форму собственности (государственная, муниципальная, частная) этой организации. Таким образом, медико-санитарная помощь является формой организации медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом, стационарно-поликлиническом и больничном учреждении муниципального района и городского округа.

Имущество, предназначенное для оказания указанных видов медицинской помощи, может находиться в собственности таких муниципальных образований, как муниципальный район и городской округ, исключая муниципальные поселения. В соответствии с указанным федеральным законом источниками финансирования первичной медико-санитарной помощи являются средства муниципального бюджета и обязательного медицинского страхования.

Законодательством об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации определено, что к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения относятся:

- организация оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, туберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации);
- организация оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой помощи;
- организация обязательного медицинского страхования неработающего населения.

Законодатель определил санитарно-авиационную скорую медицинскую помощь в качестве специализированного вида медицинской помощи и подтвердил это в Федеральном законе от 22 августа 2004 года №122-ФЗ. При этом в Федеральном законе №131-ФЗ он не выразил четко свою позицию в отношении скорой медицинской помощи, оказываемой на территории муниципального округа и городского поселения. Из смысла норм данного закона и Основ следует, что она относится к первичной медико-санитарной помощи. Следует отметить, что особенностью санитарно-авиационной медицинской помощи является средство доставки медицинской помощи больному, а не технология лечения. Поэтому неясны причины, побудившие законодателя разделить скорую помощь на скорую помощь и скорую специализированную медицинскую помощь.

В разделе VIII Основ, устанавливающем гарантии осуществления медико-социальной помо-

щи гражданам, в редакции Федерального закона №122-ФЗ законодатель уточнил понятия видов медицинской помощи.

1. Так в статье 38 определено: «Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Объем и порядок оказания первичной медико-санитарной помощи устанавливается законодательством в области охраны здоровья граждан.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством муниципального образования.

Оказание первичной медико-санитарной помощи может также финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования и других источников в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Таким образом, законодатель в угоду разграничению финансовых полномочий между уровнями власти исключил из понятия медико-санитарная помощь такие ее важнейшие составляющие, как проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. С такими изменениями трудно согласиться. Исключение из первичной медико-санитарной помощи санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий может привести к тому, что медицинские учреждения не будут проводить в рамках этой формы организации медицинской помощи такие важные мероприятия, как вакцинация, меры по изоляции инфекционных больных и установлению карантина, санитарно-гигиеническая обработка в очагах инфекций и т.д. Не будет должной координации действий при проведении этих мер между муниципальными медицинскими учреждениями и учреждениями и органами санитарно-эпидемиологической службы, которые относятся к компетенции Федерального центра. Это приведет к ухудшению проведения профилактических мер.

Законодатель в 1993 году необоснованно включил в первичную медико-санитарную помощь меры по охране семьи, материнства, отцовства и детства. По сути они и не входили в структуру этой помощи. Однако их полное исключение Федеральным законом №122-ФЗ, как представляется, является также неоправданным, поскольку в первичную медико-санитарную помощь входят меры по охране здоровья семьи, материнства, отцовства и детства.

Установление порядка оказания первичной медико-санитарной помощи в законе определено в достаточно общей форме – «в соответствии с законодательством». Однако в настоящее время такой порядок не установлен. Порядок предоставления первичной медико-санитарной помощи следует урегулировать федеральным законом о здравоохранении, а также законами субъектов Российской Федерации, принимаемыми в соответствии с ним, и соответствующими приказами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Ранее такой порядок был установлен Основами, а в №122-ФЗ был не уточнен, а исключен.

Следует отметить, что в соответствии с данным определением первичная медико-санитарная помощь входит в программу обязательного медицинского страхования и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования и муниципальных бюджетов. При этом законодатель допустил, что государственные, муниципальные и частные организации здравоохранения могут оказывать первичную медико-санитарную помощь по договорам со страховыми медицинскими организациями, не уточнив, какой вид страхования они будут осуществлять – обязательное или добровольное медицинское страхование. Таким образом в данном определении отсутствует четкость в разграничении полномочий по осуществлению финансирования.

Такая двойственность приводит к различному пониманию при определении мер по реструктуризации медицинской помощи. Что должно стать объектом реформирования: медицинская помощь, предоставляемая больному в зоне его первого контакта с системой здравоохранения, или только медицинская помощь, оказываемая указанными учреждениями здравоохранения? Ответ на этот вопрос важен при определении мер по реструктуризации медицинской помощи.

В федеральном законе целесообразно закрепить понятие первичной медико-санитарной медицинской помощи с учетом рекомендаций Алма-Атинской конференции в следующей редакции:

«Первичная медико-санитарная помощь является гарантированным (доступным и бесплатным) для каждого гражданина видом медицинской помощи, оказываемой гражданину в зоне его первого контакта с системой здравоохранения – медицинскими организациями муниципального района или городского округа, и включает профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию наиболее распространенных заболеваний (состояний), а также травм, отравлений, санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране здоровья семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам, включая санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия».

В таком понимании первичная медико-санитарная помощь включает первичную медицинскую помощь, оказываемую с применением простых медицинских технологий на амбулаторном этапе врачами, имеющими врачебную специальность участковый врач, врач общей практики (семейный врач), и специализированную невысокотехнологичную медицинскую помощь, а также санитарно-гигиеническое образование и санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия. Перечень медицинских технологий, программ санитарно-гигиенического образования и санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий должен утверждаться федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Следует отметить, что при внесении изменений в данный закон необходимо будет отсутствующее в Конституции Российской Федерации понятие «медицинское обслуживание», правовой и организационный смысл которого малопонятен, заменить конституционным понятием «медицинская помощь».

2. Статьей 40 Основ установлено, что «специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность.

Виды и стандарты специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских организациях (за исключением федеральных специализированных медицинских организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации) в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъекта Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими организациями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством Российской Федерации».

Таким образом, данные нормы определяют, что, в отличие от первичной медико-санитарной помощи, специализированная медицинская помощь оказывается в соответствии со стандартами, которые, наряду с видами медицинской помощи, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Федеральный закон № 122-ФЗ устранил в Основах противоречия в части делегирования полномочий по установлению стандартов специализированной медицинской помощи субъектам Российской Федерации, уравняв в правах республики в составе Российской Федерации, области, края, города Москву и Санкт-Петербург, исключив саму возможность такого делегирования.

Однако ее оказание в соответствии со стандартами ограничено государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения. Законодатель не обязал частные медицинские учреждения и лиц, занимающихся частной медицинской деятельностью, предоставлять медицинскую помощь в соответствии со стандартами медицинской помощи. Это противоречит положениям Конституции Российской Федерации (статья 71) об отнесении стандартизации к сфере компетенции Российской Федерации, установлении равных прав организаций различных организационно-правовых форм и форм собственности, равных прав граждан на получение медицинской помощи.

Сохранились и противоречивые положения данных статей в отношении лицензирования. Законодатель сохранил норму, устанавливающую, что специализированная медицинская помощь лицензируется. При этом указания о лицензировании первичной медико-санитарной помощи отсутствуют. Данное противоречие устранено законодательством о лицензировании, поскольку лицензируется медицинская деятельность, а не медицинская помощь, но требует коррекции и в данном законе.

3. Нормы статьи 39 определяют показания, сроки, организации здравоохранения и лиц, которые оказывают скорую медицинскую помощь гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях) безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной и ведомственной подчиненности, формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной) гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством муниципального образования».

То есть законодатель уточнил (№122-ФЗ), что скорая медицинская помощь (экстренная медицинская помощь) оказывается как самостоятельными учреждениями скорой медицинской помощи – больницами скорой медицинской помощи, так и подразделениями скорой медицинской помощи государственных или муниципальных учреждений здравоохранения.

Порядок оказания скорой медицинской помощи должен определить федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения, то есть Минздравсоцразвития России. При этом законом четко установлено, что мероприятия по оказанию специализированной медицинской помощи (санитарно-авиационной) финансируются из бюджета субъектов Российской Федерации, а оказание скорой медицинской помощи является расходным обязательством муниципального образования, имеющего статус муниципального района или городского округа. При этом гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, скорая медицинская помощь оказывается бесплатно.

То есть из смысла норм следует, что скорая медицинская помощь является первичной медико-санитарной медицинской помощью. Понятие скорая медицинская помощь в целях данного закона требует уточнения в соответствии с такими понятиями, как служба скорой медицинской помощи и станция скорой помощи.

Совершенно непонятно, чем руководствовался законодатель, исключив из статьи 39 Основ право медицинских работников на использование транспорта для доставки больного в медицинское учреждение при угрозе его жизни:

«При угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право использовать бесплатно любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение. В случае отказа должностного лица или владельца транспортного средства выполнить законное требование медицинского работника о предоставлении транспорта для перевозки пострадавшего они несут ответственность, установленную законодательством Российской Федерации».

Ведь это право не влечет расходных обязательств бюджетов всех уровней или фондов обязательного медицинского страхования. Каким числом смертей обернется исключение этой нормы? Какая замещающая мера предложена обществу – идеальные дороги и безупречно работающая служба доставки?

Эта проблема требует незамедлительного решения. В первую очередь речь идет о пострадавших в автокатастрофах, в которых и в связи с которыми ежегодно погибают более тридцати тысяч человек, в том числе и по причине несвоевременного (позднего) оказания экстренной медицинской помощи необходимых уровня и объема. В законодательстве, регулирующем сферу здравоохранения, смешиваются классификационные признаки, определяющие технологии оказания медицинской помощи и формы ее организации. Это приводит к нечеткости разделения медицинской помощи по уровням ее оказания. В результате возникают проблемы при практической реализации реструктуризации медицинской помощи и организаций здравоохранения.

Медицинская помощь должна классифицироваться по видам медицинской помощи (первичная и специализированная), по срокам оказания ме-

дицинской помощи (плановая и экстренная), этапам оказания (амбулаторная, стационарная), а также типам организаций, предоставляющих медицинскую помощь (поликлиника, диспансер, центр, больница, служба скорой помощи и т.д.).

Сопоставление норм данных законов и положений Приказа Минздрава России «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» от 3 июня 2003 года №229 (далее – Номенклатура) выявляет несоответствие между разделением видов помощи по уровням власти и номенклатурой учреждений, оказывающих эти виды медицинской помощи, а также дублирование однотипных учреждений.

Анализ законодательства и сложившейся сети учреждений здравоохранения, формализованный Минздравом России в Номенклатуре, позволяет сделать следующие выводы:

- отсутствует согласованная специалистами и утвержденная федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, классификация медицинской помощи по видам, формам организации, применяемым технологиям, времени ее предоставления;
- редакция норм законов, касающихся вопросов разграничения полномочий, не учитывает особенности сложившихся форм организации и видов медицинской помощи;
- номенклатура сформирована с учетом сложившейся практики, содержит значительное многообразие названий организаций здравоохранения зачастую с однотипными функциями;
- сложившееся многообразие видов медицинских организаций не позволит провести реструктуризацию медицинской помощи.

Указанные противоречия можно устранить следующим образом:

- определить классификационные признаки медицинской помощи и сформировать ее классификацию;
- модернизировать Номенклатуру, определив основные типы медицинских организаций;
- закрепить законом право федерального органа исполнительной власти, осуществляющего нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, утверждать положение о деятельности кого-либо типа медицинских организаций.

Декларируемые тезисы о необходимости реструктуризации в отрасли, стандартизации в здравоохранении требуют прежде всего унификации подходов к типизации организаций здравоохранения. С этой целью рассмотрим связи форм организации медицинской помощи и структуры организаций здравоохранения, а также их законодательного закрепления.

В связи с тем, что федеральными законами о разграничении полномочий между уровнями власти оказание специализированной медицинской помощи в специализированных медицинских учреждениях законодателем отнесено к компетенции субъекта Российской Федерации, у специалистов возникают три вопроса:

- Какие медицинские организации являются специализированными?
- Только ли специализированные медицинские организации оказывают специализированную медицинскую помощь, или, иными словами, является ли медицинская помощь, оказываемая специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений и многопрофильных больниц различного уровня, специализированной?
- В чьей собственности находятся специализированные медицинские организации и, следовательно, кто несет расходные обязательства по финансированию медицинской помощи, оказанной в них?

Обсуждая данную проблему, попытаемся ответить вначале на вопрос: «Что представляет собой понятие «специализированная медицинская помощь»?

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в организациях здравоохранения всех уровней: от поликлиники до

высокоспециализированных федеральных центров. Вместе с тем в нашей системе здравоохранения по сложившейся практике общехирургические и терапевтические отделения стационаров не являются специализированными. Следовательно, работающих в них хирургов и терапевтов нельзя было бы считать специалистами. С этим нельзя согласиться. Кроме того, поскольку врачи урологических, неврологических, офтальмологических и других специализированных отделений являются «узкими специалистами», следовательно, врачи общехирургических и терапевтических отделений должны быть «широкими специалистами». Такой подход не отвечает современным принципам организации медицинской помощи и уровню применяемых медицинских технологий. Опыт зарубежных стран свидетельствует, что все врачи являются специалистами только различных специальностей. Следовательно, участковые врачи, врачи общей практики, семейные врачи также являются специалистами, которые оказывают первичную медицинскую помощь. Врачи-специалисты других специальностей оказывают специализированную медицинскую помощь.

Таким образом, **специализированная медицинская помощь** оказывается на амбулаторном и стационарном этапах врачами соответствующей специальности, перечень которых утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативное правовое обеспечение здравоохранения.

С целью разграничения форм организации медицинской помощи по уровням власти и закрепления источника финансирования специализированную медицинскую помощь целесообразно разделить на первичную специализированную медицинскую помощь, вторичную специализированную медицинскую помощь и третичную специализированную медицинскую помощь.

Первичная специализированная медицинская помощь (специализированная медицинская помощь первого уровня) оказывается врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, самостоятельных или входящих в состав стационарно-поликлинических организаций здравоохранения, а также врачами-специалистами в рамках амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в больничных учреждениях.

Следует отметить, что при переходе к работе по принципу врача общей практики, семейного врача частично функции специалистов, то есть первичная специализированная медицинская помощь, перейдут на этап первичной медицинской помощи.

Вторичная специализированная медицинская помощь (специализированная медицинская помощь второго уровня) оказывается врачами-специалистами центров и стационаров общего профиля (участковая больница, районная больница, центральная районная больница, городская больница).

Третичная специализированная медицинская помощь (специализированная медицинская помощь третьего уровня) оказывается врачами-специалистами специализированных организаций здравоохранения федерального уровня по перечню, утвержденному Правительством Российской Федерации, а также специализированными организациями здравоохранения субъекта Российской Федерации, установленными Номенклатурой организаций здравоохранения.

В рамках третичной специализированной медицинской помощи оказывается высокоспециализированная медицинская помощь по перечню, утверждаемому федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Первые вопросы, на которые необходимо ответить, – какая форма организации специализированной медицинской помощи, какими медицинскими организациями предоставляется и какие из них являются специализированными?

Ответы на эти и остальные вопросы Вы найдете в следующем выпуске журнала.

Т.А.СИБУРИНА, Л.К.ЛОХТИНА,
ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, г.Москва

МОНИТОРИНГ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ КАК ОСНОВА ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мониторинг ПГГ является реальным инструментом повышения эффективности государственного регулирования в сфере социального обеспечения граждан в условиях развития демократических принципов управления экономикой страны. Обеспечивает контроль полноты реализации государственных гарантий в области оказания медицинской помощи населению независимо от места жительства человека, а также проведение оценки и выявление основных причин случаев их невыполнения и обоснование мер по исправлению сложившейся ситуации. Мониторинг строится на принципах минимизации количества мониторуемых показателей, оптимизации методов оценки, регламентации целей и направлений углубленного анализа. Так как предметом мониторинга являются программа государственных гарантий по оказанию гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, ее нормативная база, учитывающая особенности реализации территориальных ПГГ в субъектах РФ, то необходимо хорошо представлять сильные стороны ПГГ, ее уязвимые места, соответствие направлениям деятельности и перспективам развития здравоохранения, оценить заложенный потенциал.

Мониторинг осуществляется в сложившемся правовом поле, для его проведения требуется учет правовых и регламентирующих документов, определяющих порядок и особенности реализации ПГГ, что потребует постоянного отслеживания изменений в правовых актах, подбора и анализа регламентирующих и стратегических документов.

Построение мониторинга преимущественно на основе функционирующей системы государственной и отраслевой статистики обосновывает необходимость четко представлять ее возможности, отслеживать изменения, своевременно вносить соответствующие коррективы. Большое значение в формировании системы мониторинга имеют анализ и использование предшествующего опыта мониторирования и оценки деятельности системы здравоохранения, состояния финансового управления отраслью. Отличительными чертами создаваемой системы мониторинга должны быть его строго целевая направленность, оптимальность, экономичность.

Учитывая то, что подготовка управленческих решений порой нуждается в информации, выходящей за пределы мониторируемых показателей, организация аналитической работы сопровождается постоянным совершенствованием, информационным, технологическим и организационным обновлением, что также должно составлять одно из важных направлений работы в системе мониторинга. Мониторинг – это сложная, постоянно развивающаяся система, требующая четкого управления собственным развитием с учетом анализа эффективности деятельности.

© Т.А.Сибурина, Л.К.Лохтина, 2005 г.

Таким образом, решение конкретной задачи в рамках мониторинга предусматривает контроль и оценку целевых показателей ПГГ, учет факторов, непосредственно влияющих на уровень ее реализации, отслеживание динамики состояния внешней среды (демографической, социально-экономической ситуации, правовой и информационно-методической составляющих, отраслевых и региональных особенностей) по параметрам, напрямую связанным с мониторируемым явлением, а также регулируемое организационно-управленческое развитие самой системы мониторинга в соответствии с современной теорией управления и спецификой отрасли.

Требования, предъявляемые к организации мониторинга

Мониторинг ПГГ должен соответствовать следующему представлению: ***мониторинг (в сфере социально-экономических отношений) – это специально организованный системой управления процесс систематического наблюдения за фактическим состоянием объекта с целью оценки ситуации и ее коррекции в соответствии с заранее установленными критериями (нормативами, плановыми показателями и т.п.).*** Таким образом, организация мониторинга предполагает:

- определение предмета мониторинга: какие именно процессы, явления должны быть наблюдаемы;
- определение объекта мониторинга: на каком уровне социально-экономической системы изучается предмет мониторинга, кто или что является «носителем» наблюдаемых процессов (индивид, организация, группа организаций т.д.);
- формализацию главной цели и задач мониторинга, которая определяет конкретные направления оценочно-аналитической деятельности;
- определение системы социально-экономических показателей (индикаторов), уровень и динамика которых должны быть наблюдаемы;
- установление по каждому из выбранных индикаторов нормативных (базисных, критериальных, граничных) уровней, сравнение с которыми фактических значений индикативных показателей может четко свидетельствовать о динамике наблюдаемой ситуации в лучшую или худшую стороны;
- определение ответственного управленческого органа, придание ему необходимых полномочий по организации мониторинга;
- сбор информации о текущем состоянии индикативных показателей, сравнение текущих и нормативных значений данных показателей;
- формулирование вывода об оценке ситуации с наблюдаемым объектом по степени отклонения фактических (отчетных) величин показателей от нормативных (например, в таких терминах, как ситуация «улучшилась», «ухудшилась», «не изменилась»);
- установление на основе анализа причинно-следственных связей основных факторов, влиявших на динамику наблюдаемого объекта;
- разработка и принятие управленческого решения по результатам мониторинга.

Важным методическим требованием к организации мониторинга является четкая взаимосвязь его цели (задач) с системой наблюдаемых индикативных показателей. Весьма часто в системах мониторинга **используется избыточное количество показателей**, собираемых «на всякий случай». Естественно, что такой подход удорожает процедуры мониторинга, делает их трудно реализуемыми, поскольку орган управления – заказчик нуждается в оперативной и предельно понятной обобщающей информации. Иначе говоря, роль каждого индикативного показателя должна быть предельно четко прописанной. *Требования, предъявляемые к мониторингу*, помимо уже указанных выше, включают достоверность, оперативность, систематичность, независимость и объективность, комплексность – одновременное отслеживание динамики показателей, характеризующих различные стороны изучае-

мого явления, при этом возможен как мониторинг каждого отдельно взятого показателя, так и сведение их в интегральный показатель, позволяющий судить о процессе реализации в целом.

Виды индикаторов, используемых для целей мониторинга

1. ***Обобщающие*** (конечные) индикативные показатели, которые связаны непосредственно с главной целью мониторинга, отвечают на основной вопрос наблюдения: в целом ситуация в рассматриваемой области стала лучше или хуже? В свою очередь в зависимости от целей мониторинга его конечные индикаторы можно разделить на две группы:

- ***результативные*** обобщающие показатели, дающие ответ о том, можно ли считать результаты функционирования управляемой системы удовлетворительными;
- ***процессные*** обобщающие показатели, дающие характеристику качественным тенденциям в наблюдаемой сфере.

2. ***Промежуточные*** индикативные показатели, направленные на измерение влияния основных социально-экономических факторов на ту или иную динамику (уровень) конечных индикаторов. Среди промежуточных индикативных показателей целесообразно также различать два их вида:

- находящиеся в непосредственной (функциональной) связи с обобщающими показателями, непосредственно обусловливающие наблюдаемый уровень и динамику конечного индикатора («функциональные» промежуточные показатели);
- находящиеся в более сложной, отдаленной (корреляционной) причинной связи с конечным индикатором («корреляционные» промежуточные показатели).

Выбор индикаторов зависит как от сложности специфики изучаемого явления, так и от того, что можно реально отследить при имеющихся ресурсах и ограничениях по времени.

Очевидно, что количество промежуточных (особенно корреляционного типа) показателей может быть весьма велико. Можно выстроить многоуровневое «дерево» таких показателей, вершину которого составляют 2–3 обобщающих конечных индикатора. В то же время практика организации мониторингов четко свидетельствует о том, что увлечение количеством промежуточных показателей (более 3–4 уровней иерархии анализа) вряд ли оправдано.

Помимо непосредственного сбора информации о наблюдаемом объекте, выраженной в совокупности индикаторов, мониторинг предполагает ее систематизацию, упорядочение и первичную оценку на предмет *соответствия ожидаемому значению*. В задачи оценки, производимой на этом этапе, входит только определение *динамики* значений индикаторов (больше, меньше, не изменилось), то есть *количественная* оценка. Отсутствие динамики означает, что «все идет по плану, волноваться не стоит, продолжаем наблюдать». Наличие любой (положительной либо отрицательной) динамики, в том числе ожидаемой (запланированной), означает, что информация, полученная в процессе мониторинга, должна подвергнуться более глубокой *оценке*, направленной на *анализ* результатов деятельности и/или произведенного эффекта, соотнесение этих результатов с определенными критериями и при необходимости немедленную коррекцию.

Главное отличие оценки от мониторинга – глубина анализа. Мониторинг проводится непрерывно (или периодически) для получения оперативной информации о состоянии дел и означает регулярное отслеживание ключевых элементов исполнения планового документа. Оценка проводится эпизодически, на ключевых этапах реализации плана (программы, проекта), с целью анализа *причин* достижения/не достижения запланированных результатов. Оценка позволяет анализировать данные по индикаторам не только количественного, но и качественного характера, поскольку именно оценка

ответит на вопросы: *почему и как* удалось достичь поставленных целей и задач, промежуточных и конечных результатов; либо, напротив, почему и каким образом этого не произошло?

Причем, кроме анализа данных (значений индикаторов), настоятельно рекомендуется производить анализ *результативности затрат* и анализ *выгодности затрат*, которые позволяют измерить оправданность ресурсных вложений по сравнению с полученными результатами. При этом измерения производятся как в денежном эквиваленте (при анализе выгодности), так и путем сопоставления денежного вклада и неденежного результата (при анализе результативности).

Несмотря на то, что результаты мониторинга обладают ценностью достаточно ограниченный промежуток времени, обратно пропорциональный динамике развития системы, они помогают установить, насколько хорошо реализованы цели, задачи, и могут определять необходимость их модификации. Имеется четкая обратная связь: полученные в результате мониторинга данные после оценки и анализа послужат основой для корректировки методологии самого мониторинга. В целях повышения эффективности система мониторинга должна быть «встроена» в плановый документ (проект, программу) с самого начала. Несмотря на то, что мониторинг, оценка и анализ выделены в самостоятельные системы, они тесно взаимосвязаны между собой и, более того, замкнуты в единый контур.

Особенности мониторинга ПГГ

Исходя из направленности практического применения мониторинга в сфере управления, мониторинг реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи является на сегодняшний день необходимым условием, обеспечивающим контроль сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Особенность мониторинга ПГГ состоит в том, что информация поступает один раз в году, а сбор и обработка ее затягиваются еще на полгода. В результате ПГГ на предстоящий год формируется без результатов ее реализации в текущем году. Понятно, что мониторинг необходимо организовать таким образом, чтобы максимально сократить затраты времени на этапе разработки управленческих решений, обеспечить наиболее возможное соответствие целям оперативного управления. Все это предъявляет к его структуре и содержанию жесткие требования, связанные с обработкой, анализом информации и поэтапным представлением результатов заказчику в текущем режиме, начиная с оценки рассогласования фактических и нормативных показателей, динамики происходящих изменений и завершая анализом (организационно-управленческим, финансово-экономическим) ситуации. Такой подход потребует разделения работы на этапы по степени углубления оценки и анализа, а также согласования на каждом из этапов характера требуемой заказчику в данный момент времени информации.

Структура программ государственных гарантий и их нормативной базы определяет структуру мониторинга. Программа включает в себя:

- перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно;
- перечень видов медицинской помощи, предоставляемой в рамках Базовой программы ОМС;
- перечень видов медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов всех уровней;
- нормативы объемов медицинской помощи; подушевые нормативы финансирования ПГГ.

Нормативная база объемов медицинской помощи ПГГ включает:

- нормативы амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе в дневных стационарах всех типов;
- нормативы стационарной помощи;
- нормативы скорой медицинской помощи.

Нормативная база ПГГ на протяжении всех лет сохраняла стабильность, за исключением объема помощи в дневных стационарах, норматив которой в 2005 г. был снижен с 749 до 577 дней лечения. Объемы финансирования единиц медицинской помощи менялись в соответствии с финансовой ситуацией в стране.

Анализ публикаций в области мониторинга ПГГ показал, что система информационного обеспечения управления ПГГ имеет разработанную методологию (В.О.Флек, 2002), которая из года в год усложнялась, сохраняя базовую часть по параметрам, характеризующим основные виды помощи. Менялись системы используемых показателей, аналитические формы, что обусловлено расширением возможностей статистического учета (введением формы №62) и углублением анализа. Вместе с тем четкого структурирования информационной и методической базы в целях динамического отслеживания ситуации и периодического проведения оценки не произошло, сохраняется высокая вариабельность в представлении результирующих данных.

Конкретизируя задачи мониторинга реализации ПГГ, можно выделить следующие:

- обеспечить регулярный контроль за реализацией федеральной и территориальных программ государственных гарантий на основе формирования единой системы индикаторов, использования отраслевой статистики;
- проводить квалифицированную оценку и анализ ситуации в целом по стране, в субъектах РФ, в разрезе федеральных округов по выполнению государственных гарантий обеспечения населения бесплатными видами медицинской помощи, при необходимости привлекать независимых экспертов, источники дополнительной информации, организовывать специальные исследования;
- разрабатывать предложения по повышению эффективности финансового управления здравоохранением, оптимизации финансовых потоков, совершенствованию механизмов управления, обосновывать состав и содержание необходимых управленческих решений;
- ежегодно готовить и представлять основному заказчику аналитический отчет о реализации ПГГ в Российской Федерации;
- широко информировать общественность страны о реализации государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью, регулярно публикуя результаты мониторинга в средствах массовой информации, популярных и научных изданиях;
- обеспечить накопление информационных данных об уровне и динамике обеспечения населения медицинской помощью, ее финансировании, эффективности использования финансовых средств и по другим параметрам, характеризующим процессы управления отраслью;
- вносить предложения по оптимизации учетно-отчетной документации государственной статистики, совершенствовать формы и методы сбора и обработки информации;
- развивать региональную сеть мониторинга ТПГГ.

В соответствии с задачами проведения мониторинга целесообразно выделить два основных блока:

Первый блок – контроля и оценки реализации ПГГ по основным показателям;

Второй блок – анализа реализации ПГГ с использованием дополнительных показателей.

Структура ***контрольного блока*** мониторинга предусматривает дифференциацию информации в соответствии со структурой ПГГ:

- *по уровням управления:* федеральный – реализация Программы государственных гарантий предоставления гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; уровень субъектов РФ – реализация территориальных программ государственных гарантий;
- *по основным видам медицинской помощи:* амбулаторно-поликлиническая; стационарная; дневные стационары различных форм организации; скорая медицинская помощь;

- *по следующим группам показателей:* показатели объема помощи; показатели объема финансирования; показатели уровня финансирования.

При оценке информации по первому блоку могут быть использованы методы стандартизации (по территориальным коэффициентам, возрастному составу населения, уровню заболеваемости), сравнительного анализа, анализа динамики, получение интегральных показателей, корреляционный и регрессионный анализы и пр.

Состав показателей для ***аналитического блока*** должен определяться по результатам оценки основной информации, целью выявления причин (факторов), обусловивших возникновение конкретных ситуаций. Для анализа могут быть использованы массивы необходимой дополнительной статистической отраслевой информации, данных Госкомстата, различных министерств и ведомств. Диапазон применяемых методов анализа, способов статистической обработки данных определяется в каждом конкретном случае.

Если исходить из положений законопроекта РФ «О государственных гарантиях медицинской помощи», то направления анализа должны предусматривать разработку программы мер по устранению выявленных в ходе контроля недостатков. Это касается имеющихся задолженностей финансирования, а также разработки дополнительных мер по повышению структурной эффективности оказания гарантированной медицинской помощи в субъекте РФ, совершенствования нормативных и правовых актов субъекта РФ и др.

Состав основных индикаторов для проведения мониторинга фактически регламентирован утвержденной Программой государственных гарантий и соответствует заложенным в ней нормативам. Задача мониторинга, связанная с контролем реализации государственных стандартов (нормативов), требует формулирования индикатора как степени достижения нормативного уровня (или процента реализации).

Перечень основных индикаторов представлен в табл. 1. За основу взята структура ПГГ на 2005 год.

Однотипный перечень индикаторов формируется по разделу Базовой программы ОМС как составной части ПГГ, нормативы по реализации которой представлены в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год.

Учитывая, что нормативная база ПГГ не пересматривалась по основным видам помощи (за исключением ДС в 2003 г.) в течение длительного времени, а разрабатывалась для медико-демографической ситуации расчетного 1997 г., то было бы целесообразно произвести учет соответствия нормативных показателей динамики произошедших перемен к мониторируемому году.

Цель оценки в условиях мониторинга состоит не только в констатации состояния исследуемой системы здравоохранения, но и в установлении основных причин сложившейся ситуации. Именно выявленные причины становятся информационной основой для научного обоснования принятия управленческих решений и/или разработки стратегий развития как самой системы здравоохранения, так и совершенствования нормативно-правовой базы ПГГ.

К факторам, оказывающих влияние на формирование нормативной базы ПГГ, относятся:

- динамика возрастной структуры населения;
- динамика уровня здоровья населения;
- развитие медицинских технологий;
- внедрение современных организационных технологий.

Для ТПГГ – это показатели, характеризующие региональные особенности (численность и плотность населения; демографическую ситуацию; здоровье населения; типологию и мощность сети учреждений здравоохранения; потребление населением различных видов медицинской помощи; обеспеченность ресурсами; интенсивность использования ресурсов).

Таблица 1

Перечень и характеристика индикаторов основной группы

№ п/п	Наименование индикатора	Способ получения	Особенности представления
1 1.1 1.2 1.3	Степень соответствия фактически предоставляемых видов бесплатной медицинской помощи перечню, заложенному в ПГГ: а) из всех источников; б) из бюджета всех уровней; в) из средств ОМС	Территориальные программы госгарантий, утвержденные соответствующими органами исполнительной власти субъектов РФ	Расчет предусматривает определение процентного отношения количества пунктов (видов помощи) ТПГГ, совпадающих с ПГГ, к общему числу видов помощи, заложенных в ПГГ, и перечень имеющихся несовпадений по каждой их ТПГГ в разрезе источников финансирования
2	Процент выполнения норматива амбулаторно-поликлинических посещений	Расчет производится с учетом возрастной структуры населения или уровня здоровья. Источники информации: статистическая форма №62, сборники Госкомстата по составу населения, статистические сборники МЗ и СР РФ	Фактическое число посещений на 1000 населения / нормативное число посещений на 1000 населения и умноженное на 100
3	Процент выполнения норматива объема медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах всех форм		Фактическое число дней лечения в ДС на 1000 населения / нормативное число дней лечения в ДС на 1000 населения и умноженное на 100
4	Процент выполнения норматива объема стационарной помощи		Фактическое число койко-дней лечения в стационарах на 1000 населения / нормативное число койко-дней лечения в стационарах на 1000 населения и умноженное на 100
5	Процент выполнения норматива объема скорой медицинской помощи		Фактическое количество вызовов на 1000 населения / нормативное количество вызовов СМП на 1000 населения и умноженное на 100
6	Процент выполнения норматива затрат на 1 посещение амбулаторно-поликлинической организации	Рассчитываются с учетом поясного коэффициента. Источник информации – форма №62	Фактический уровень затрат на 1 амбулаторно-поликлиническое посещение / нормативный уровень затрат на 1 амбулаторно-поликлиническое посещение и умноженный на 100
7	Процент выполнения норматива затрат на 1 день пребывания в дневном стационаре		Фактический уровень затрат на 1 день пребывания в дневном стационаре / нормативный уровень затрат на 1 день пребывания в дневном стационаре и умноженный на 100
8	Процент выполнения норматива затрат на 1 койко-день в стационаре		Фактический уровень затрат на 1 койко-день в стационаре / нормативный уровень затрат на 1койко-день в стационаре и умноженный на 100
9	Процент выполнения норматива затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи		Фактический уровень затрат на 1 вызов СМП / нормативный уровень затрат на 1 вызов СМП и умноженный на 100
10	Процент выполнения подушевого норматива финансирования ПГГ с учетом влияния районных коэффициентов*	Подушевой норматив получается на основании расчета суммы затрат на 1 человека на предоставление перечисленных видов помощи и умножается на районный коэффициент	Фактическая величина подушевого норматива (количество затрат на 1 человека) / нормативная величина подушевого норматива и умноженная на 100
11	Интегральный показатель выполнения нормативной базы Программы госгарантий	Рассчитывается по каждому из субъектов РФ	Сумма частного от деления каждого из фактических показателей реализации ПГГ на сумму нормативных показателей (в сантилях). Может быть учтен и коэффициент значимости каждого из индикаторов, полученный экспертным путем

**Без учета расходов, связанных с финансированием обеспечения необходимыми лекарственными средствами граждан из числа категорий, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.*

В качестве базы контрольных показателей целесообразно использовать Приложения к Методическим рекомендациям по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (2001 г.).

Таким образом, мониторинг реализации ПГГ представляет собой многоуровневую систему, обеспечивающую контроль выполнения основных нормативных показателей в стране в целом и в субъектах РФ, оценку их динамики и проведение причинно-следственного анализа в случаях имеющихся сбоев на основе привлечения дополнительной информации и/или проведения специальных исследований. Сформулированы следующие требования к организации мониторинга ПГГ:

- мониторинг должен четко соответствовать основной цели программно-целевого управления – контролю реализации целевых показателей (нормативов);
- должен быть предельно ясным и не может быть перегружен информацией, ориентированной на другие цели;
- состав индикаторов, используемых для контроля, должен точно соответствовать целевым показателям;
- должна строго соблюдаться четкость и последовательность в проведении оценки и анализа мониторируемых показателей;
- оценка контрольных показателей в рамках мониторинга предусматривает изучение динамики исследуемого явления, сопоставление фактических данных с установленным уровнем целевых показателей (нормативами);
- вся остальная деятельность в рамках мониторинга находится в области анализа с целью обоснования управленческих решений оперативного и стратегического характера (является научной компонентой и может не входить в состав практического мониторинга);
- аналитическая деятельность может иметь различные направления, содержание которых определяется в каждом конкретном случае;
- статистическая информация, собираемая в рамках мониторинга, должна по объему и составу четко соответствовать его целям и разделяться по функциям мониторинга (контрольным и оценочным, аналитическим – для принятия решений по коррекции ситуации, для обоснования стратегий).

В ходе разработки учтены перспективные требования к мониторингу реализации ПГГ в соответствии с законопроектом «О государственных гарантиях медицинской помощи», заложена структура целевых показателей, утвержденная ПГГ на 2005г.

В дальнейшей работе в рамках формирования системы мониторинга ПГГ предполагается:

- апробация методологии мониторинга по результатам реализации ПГГ в 2004г.;
- уточнение состава основных индикаторов (контроля и оценки реализации ПГГ);
- разработка методики коррекции основных нормативных показателей ПГГ объема медицинской помощи;
- разработка методов стандартизации субъектов РФ по основным параметрам, определяющим объемы помощи;
- разработка форм представления информации и согласование их с основными заказчиками;
- определение показаний (типизация ситуаций), требующих дополнительного причинно-следственного анализа;
- уточнение и согласование с заказчиками перечня дополнительных аналитических показателей первой (факторов влияния) и второй (комплексного анализа ситуации) групп;
- разработка предложений по формированию информационно-аналитической системы мониторинга;
- разработка предложений по совершенствованию статистических форм учета и отчетности в области реализации ПГГ.

А.В.ТИХОМИРОВ,
адвокат, член Московской областной коллегии адвокатов

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РЕФОРМА ИДЕОЛОГИИ*

Несмотря на неуклонно изменяющиеся социально-экономические условия, здравоохранение сохраняет свое прежнее устройство.

Меняются названия органов управления здравоохранением: от Министерства здравоохранения через Министерство здравоохранения и медицинской промышленности пройден путь к Министерству здравоохранения и социального развития.

Меняется системообразование здравоохранения: прежде единая система государственного здравоохранения ныне представлена государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения.

Меняется финансирование здравоохранения: наряду с бюджетным, возник внебюджетный источник – обязательное медицинское страхование.

Не меняется только идеология организации здравоохранения. Поэтому, несмотря на множество концепций реформирования здравоохранения, его состояние прогрессивно ухудшается, а с этим – здоровье граждан, как и качество их жизни в целом.

Следовательно, проблема не в устройстве здравоохранения, а в идеологии его устройства. И реформировать нужно не следствие (состояние здравоохранения), а причину (идеологию организации здравоохранения).

Если состояние здравоохранения не соответствует политическим, экономическим и юридическим реалиям, то причина этого – в организации здравоохранения.

Если прежде устройство здравоохранения соответствовало социально-политическим реалиям в государстве, то простой перенос такого устройства (и идеологии, на которой оно сложилось) в изменившийся уклад государства неизбежно приведет к краху здравоохранения и к необходимости пересмотра идеологии организации здравоохранения.

Государство – это не только территория страны, но и организация общества. В тоталитарном государстве оно полностью подчиняет общество и экономику. В нетоталитарном государстве оно распространяется только в пределах, необходимых для обеспечения потребностей общества. Жизнедеятельность общества и развитие экономики происходят вне пределов механизма государства. Государство не тождественно обществу. Экономика отделена от государства.

Прежде здравоохранение относилось к непроизводственной сфере народного хозяйства постольку, поскольку оно находилось на полном содержании государства и в нем не происходило товарообмена. В настоящее время здравоохранение стало частью общего экономического пространства страны, так как в нем осуществляется оборот товаров, работ и услуг медицинского назначения. Следовательно, в отличие от прежнего периода, здравоохранение представлено двумя различными частями. Та часть здравоохранения, которая относится к механизму государства (и муниципальных образований), представлена государственными (и муници-

*Статья передана для публикации редакцией журнала «Главный врач: хозяйство и право».

© А.В.Тихомиров, 2005 г.

пальными) органами. Та часть здравоохранения, которая производит и реализует товары, работы и услуги медицинского назначения, представлена хозяйствующими субъектами. Поскольку экономика отделена от механизма государства, постольку не имеют общего и не могут быть каким-либо образом объединены государственные или муниципальные органы и хозяйствующие субъекты.

Однако наследием предшествующего времени в новые социально-экономические условия перешли государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, положение которых до сих пор определяется прежними представлениями. Если в тоталитарном государстве они относились к механизму государства наряду с государственными органами, то в нынешнее время, не будучи государственными или муниципальными органами, они не могут быть отнесены к механизму государства. Несмотря на то, что, подобно хозяйствующим субъектам, основанным на частной собственности, они производят и реализуют товары, работы и услуги медицинского назначения, их основанность на государственной или муниципальной собственности позволяет государственным или муниципальным органам подменять их имущественную принадлежность административной подчиненностью. Тем самым государственные и муниципальные учреждения, будучи хозяйствующими субъектами, не обрели это положение и, не относясь к механизму государства, поставляются в административную подчиненность государственным или муниципальным органам.

Если при таком неопределенном положении учреждения здравоохранения при производстве и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения руководствуются публичными интересами, которые преследуют государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, то в ущерб своим интересам в качестве хозяйствующих субъектов. Если же учреждения здравоохранения пытаются руководствоваться интересами хозяйствующих субъектов, то это встречает административные препятствия. Тем самым громадная сеть учреждений здравоохранения фактически выключена из участия в обороте, но, находясь в подчиненности государственных и муниципальных органов, содержится на административном бюджетно-внебюджетном финансировании.

Если участие в обороте позволяет хозяйствующим субъектам имущество воспроизводить, то бюджетно-внебюджетное содержание учреждений здравоохранения сводит их деятельность к потреблению внеоборотных ассигнований. На казне это отражается двояко: как неполученными доходами, так и затратами на содержание учреждений здравоохранения.

До настоящего времени в здравоохранении сохраняется принцип обобщения: финансирование здравоохранения, общественное здоровье и т.д.

Вместе с этим реалии совершенно иные. Финансирование государственной и муниципальной систем здравоохранения из бюджета и внебюджетных фондов не отражает действительной ситуации в здравоохранении. Во-первых, из бюджета финансируются как государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, так и учреждения здравоохранения. Во-вторых, совокупные бюджетные поступления распределяются органами управления здравоохранением по учреждениям здравоохранения по субъективным соображениям целесообразности, а не по заранее установленным правилам. В-третьих, ассигнования в учреждения здравоохранения из бюджета и внебюджетных фондов (также из соображений целесообразности) поступают из консолидированного бюджета органов управления здравоохранением. В-четвертых, финансирование здравоохранения связано никак не с положительной динамикой состояния здоровья граждан, а с запросами органов управления здравоохранением или учреждений здравоохранения, существующих в условиях постоянной нехватки средств.

Очевидно, что управление здравоохранением ориентировано на централизацию доступа к средствам казны государства или муниципальных образований.

История повторяется: Положение-декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 года «О страховании на случай болезни» передал все медицинские учреждения разных ведомств больничным кассам, которые обязывались обеспечивать застрахованным – рабочим, служащим и членам их семей – бесплатную медицинскую помощь. Так сформировались две организации здравоохранения – Наркомздравовская государственная и более финансово крепкая страховая, существовавшая от отчислений предпринимателей, пока 18 февраля 1919 года СНК РСФСР не принял декрет о передаче всей лечебной части больничных касс Наркомздраву РСФСР.

Кроме того, финансирование здравоохранения никак не связано с действительной финансовой ситуацией в области охраны здоровья. Поскольку, наряду с учреждениями здравоохранения, финансируемыми из бюджета и внебюджетных фондов, деятельность в обороте товаров, работ и услуг медицинского назначения осуществляют частные организации, постольку их финансовые результаты могут быть учтены, но не охватываются рамками финансирования здравоохранения.

Понятие финансирование здравоохранения исходит из выделения средств для потребления, в то время как реальным показателем становится показатель интенсивности оборота в области охраны здоровья. А это – величина совокупного оборота в области охраны здоровья от деятельности всех отдельных хозяйствующих субъектов. Это не расчетная величина расходов, а фактически достигаемая величина доходов. Учитывая, что оборот представлен практически только частными медицинскими организациями, такой показатель не является отражением эффективности деятельности государственной и муниципальной систем здравоохранения.

При этом других объективных показателей эффективности деятельности государственной и муниципальной систем здравоохранения в настоящее время нет. Едва ли таким показателем можно считать состояние социальной среды – показатели общественного здоровья могут лишь служить обоснованием потребностей государственной и муниципальной систем здравоохранения, но не отражением эффективности их деятельности.

Здравоохранение – это поле действия организации здравоохранения как отрасли научных знаний и их практической реализации.

В настоящее время идеология организации здравоохранения рассчитана на обоснование нуждами общественного здоровья плановых затрат на существование отрасли. Это первая фактическая функция органов управления здравоохранением, сложившаяся при сохранении прежней идеологии организации здравоохранения в новых условиях.

В таких условиях система органов управления здравоохранением существует как институт доведения команд (исходя из текущей целесообразности многократно изменяемых) до учреждений здравоохранения. Это вторая фактическая функция органов управления здравоохранением, сложившаяся при сохранении прежней идеологии организации здравоохранения в новых условиях.

Командный подход к частным организациям, производящим и реализующим товары, работы и услуги медицинского назначения, не очень получается – они адекватно реагируют обращением в суд. Вместе с тем повсеместно развивается подзаконное нормотворчество по толкованию положений закона или по использованию его пробелов. Преодоление плодов такого подзаконного нормотворчества, особенно при лицензировании, при различных проверках, стимулирует развитие коррупции. Подзаконное нормотворчество – это третья фактическая функция органов управления здравоохранением, сложившаяся при сохранении прежней идеологии организации здравоохранения в новых условиях.

В настоящее время идеология организации здравоохранения отторгает частную медицину, в отношении которой искусственно создается презумпация недобросовестности, поскольку иными мерами нельзя запретить фон, на котором слишком наглядна неэффективность государственного и муниципального здравоохранения.

Между тем частная медицина возникла в соответствии со складывающимися в государстве правовой доктриной, политическим и социально-экономическим устройством. Именно частная медицина в своем существовании отправляется от тех начал, которые установлены государством. Свою деятельность частная медицина строит в условиях тех возможностей, которые предоставляет экономический оборот. Государственное и муниципальное здравоохранение не составляет конкуренции частной медицине хотя бы потому, что фактически не представлено в обороте. Отсюда и достаточно высокие цены в частной медицине, и слабая конкуренция между хозяйствующими субъектами, и (что важнее) низкий социальный эффект, не корреспондирующий размеру оборота.

Модель самоорганизации деятельности частных организаций, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения, не соответствует традиционной идеологии организации здравоохранения, но это не позволяет не признать очевидную жизнеспособность частной медицины. Для обеспечения такой жизнеспособности, как показывает практика самоорганизации оборота, не нужны надорганизационные централизующие структуры, роль которых в государственном и муниципальном здравоохранении выполняют органы управления здравоохранением.

Основное, что вменяется в вину частной медицине традиционной идеологией организации здравоохранения, – это ориентированность на доходы, прибыль. Государство же, напротив, признает коммерческие организации, регистрируя их в этом качестве, как и предпринимательскую деятельность, которой вправе заниматься и некоммерческие организации. Следовательно, проблема не в организационно-правовой форме хозяйствующих субъектов и не в характере их деятельности, кроме которой в обороте иная деятельность и не осуществляется.

С позиций традиционной идеологии организации здравоохранения предназначением здравоохранения является комплекс мер по оздоровлению граждан, но это не означает, что такие меры не могут осуществляться в порядке взаимовыгодного товарообмена, принося пользу потребителям товаров, работ и услуг медицинского назначения и доходы (прибыли) производящим и реализующим их хозяйствующим субъектам. И нет оснований полагать, что плательщиком хозяйствующим субъектам за граждан не может выступать государство вне зависимости от их организационно-правовой формы и форм собственности.

Социальный результат достигается не от финансирования здравоохранения, а от совокупной деятельности отдельных организаций, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения. Будь то учреждения, хозяйственные товарищества и общества, производственные и потребительские кооперативы, автономные некоммерческие организации и некоммерческие партнерства и т.д. – если они осуществляют в области охраны здоровья деятельность с товарным результатом, то нет оснований полагать, что эта деятельность не отражается на здоровье потребителей производимых и реализуемых ими товаров, работ и услуг медицинского назначения. Следовательно, товарная деятельность хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья в любом случае проявляется социальным результатом.

В настоящее время социальный результат не корреспондирует результат товарной деятельности хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья. И если бы государственное и муниципальное здравоохранение могло продемонстрировать социальную эффективность своей деятельности, упрек

мог быть обращен к частной медицине. Но такой социальной эффективностью не обладает равно государственное, муниципальное и частное здравоохранение. Следовательно, проблема не в сфере предоставления товаров, работ и услуг медицинского назначения, а в сфере их заказа под соответствующую оплату.

В настоящее время заказ предоставления товаров, работ и услуг медицинского назначения происходит в порядке определения цены (тарифов) публичным плательщиком (государством) и контроля за расходованием исполнителем выделенных средств. Однако возможен и альтернативный подход, когда плательщик по ценам, складывающимся в обороте, оплачивает товары, работы и услуги медицинского назначения на условиях достижения заданного социального результата. Это – достаточно широкая мировая практика. И нет оснований полагать, что такой подход не нормализует ситуацию в здравоохранении.

Следовательно, вопрос лишь в том, как размещаются средства, выделяемые для достижения заданного социального результата, между хозяйствующими субъектами. И мировая практика, и отечественное законодательство позволяют ответить на этот вопрос – посредством конкурса. На конкурс выносятся соответствующие средства и условия их освоения, например, на конкретной территории показатели нозологической линейки на конкретную дату будущего периода должны быть не выше заданных. С помощью такого механизма можно размещать публичные средства в тех зонах, в которых спрос из-за низкой покупательной способности или в силу иных причин ограничен и которые по этим причинам не привлекательны для бизнеса. Но это позволяет достичь главного – интенсификации оборота, проявляющегося социальным эффектом.

Начавшаяся административная реформа (не без вопросов) создала для этого предпосылки. Объединенным платежным ведомством становятся соответствующие агентства, функции которых и призваны выполнять региональные и муниципальные органы управления здравоохранением. А функции надзора и контроля за соответствием величины размещенных на конкурсах средств величине социального эффекта отводятся единой Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в лице ее территориальных подразделений.

Конкурсные условия размещения средств казны приведут к имущественной несостоятельности очень многие организации, производящие и реализующие товары, работы и услуги медицинского назначения: не все участники становятся победителями конкурса и не все оставшиеся способны существовать в конкурентных условиях.

Поэтому неизбежна предварительная реорганизация государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, по долгам которых дополнительную ответственность несет собственник (государство или муниципальное образование). Это также сопряжено с приватизацией находящегося в принадлежности учреждений здравоохранения государственного и муниципального имущества.

В интересах собственника сберечь при приватизации активы особой ценности (прежде всего недвижимость). Поэтому очевидна необходимость двухступенчатой реорганизации учреждений здравоохранения: сократить имущество реорганизуемых учреждений здравоохранения до размеров необходимой достаточности для осуществления уставной деятельности (изъять недвижимость и имущество, служащее целям обслуживания пациентов и вспомогательного обеспечения), после чего приступать к преобразованию в форму частной организации с приватизацией оставшегося имущества.

В результате в обороте сосредоточится множество хозяйствующих субъектов частной принадлежности, конкурирующих за средства оплаты товаров, работ и услуг медицинского назначения. Это неизбежно приведет к падению цен и после ликвидации несостоятельных – к нормализации рынка.

Появится необходимость в становлении трех основных институтов организации здравоохранения: управления в сфере публичного надзора в области охраны здоровья, управления публичным финансированием здравоохранения (в целом – публичного управления) и управления хозяйствующими субъектами (частного или корпоративного управления). Эти институты управления имеют различную природу и им свойственны различающиеся характеристики. Общее между ними – они представляют организацию здравоохранения, соответствующую социально-экономическому, правовому и политическому устройству российского государства.

Институты публичного управления имеют общее в том, что существуют в сфере публичного права. В рамках обоих институтов публичного управления осуществляется деятельность, состоящая в применении права органами исполнительной власти и местного самоуправления, то есть в исполнении правовых предписаний. Объектом их деятельности в обоих случаях являются публичные (государственные и муниципальные) и социальные (общественные) интересы. В рамках обоих институтов публичного управления осуществляется нетоварное распределение имущества, но если в сфере публичного надзора в области охраны здоровья имущество используется только для обеспечения соответствующей деятельности органов исполнительной власти, то институт управления публичным финансированием здравоохранения призван осуществлять также распределение средств казны между третьими лицами. И в том, и в другом случае деятельность органов исполнительной власти и местного самоуправления носит характер социального менеджмента.

Специалисты по публичному надзору в области охраны здоровья могут быть востребованы Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также их территориальными подразделениями, а специалисты в области управления публичным финансированием здравоохранения – Федеральным, региональными и муниципальными агентствами по здравоохранению и социальному развитию.

Напротив, институт корпоративного управления складывается в сфере частных отношений, в которых разрешено все, что не запрещено. Поэтому его назначением является реализация права во всей полноте возможностей, предоставленных законом. В сфере корпоративного управления находятся хозяйствующие субъекты – коммерческие и некоммерческие организации, а также предприниматели без образования юридического лица, осуществляющие приносящую доходы (предпринимательскую) деятельность. Объектом этой деятельности являются материальные блага и нематериальные блага, имеющие стоимостную оценку. Предметом деятельности в рамках корпоративного управления являются товарные отношения, товарообмен. Корпоративное управление имеет характер бизнес-администрирования. Специалисты по корпоративному управлению востребованы как руководители многочисленных организаций государственной, муниципальной и частной принадлежности, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения (табл.1).

Поскольку именно организация здравоохранения как особая отрасль знаний – наука и учебная дисциплина – объединяет все три института управления, возникает вопрос о ее предмете и методе.

Предмет современной теории организации здравоохранения, то есть **что изучается этой отраслью знаний** – это механизм управления финансовыми мерами достижения социального результата в области охраны здоровья. Предметом теории организации здравоохранения охватываются отношения:

- между государственными и муниципальными органами по поводу охраны здоровья;
- между хозяйствующими субъектами в области охраны здоровья;

- между государственными и муниципальными органами и хозяйствующими субъектами, осуществляющими деятельность в области охраны здоровья;
- между хозяйствующими субъектами и потребителями товаров, работ и услуг медицинского назначения.

Метод теории организации здравоохранения, то есть **как изучается ее предмет** – это комплексный метод системного структурно-функционального анализа и юридической, экономической и организационной оптимизации механизма управления (контроллинга*) в разных средах.

Задачей современной отечественной теории организации здравоохранения является развитие технологий управления в рамках каждого института.

Технологии управления в сфере публичного надзора в области охраны здоровья, управления публичным финансированием здравоохранения и корпоративного управления отличаются друг от друга, а в рамках каждого отдельного института сходны.

В настоящее время технологии современного управления в области охраны здоровья не получили научного обоснования, поскольку не сформировалась соответствующая политическому, юридическому, экономическому и социальному устройству государства идеология организации здравоохранения, не обозначены ее предмет и метод, наконец, не установлены практические цель и задачи управления в области охраны здоровья.

Таблица 1

Виды деятельности и права

Деятельность	Сфера публичного права	Сфера частного права
Содержание деятельности	Применение права	Реализация права
Субъект деятельности	Органы исполнительной власти и местного самоуправления	Хозяйствующие субъекты
Объект деятельности	Публичные и общественные интересы	Материальные и нематериальные блага
Предмет деятельности	Нетоварное распределение имущества	Товарообмен
Характер деятельности	Социальный менеджмент	Бизнес-администрирование

Такой целью становится социальный результат, корреспондирующий показателям оборота в области охраны здоровья.

Управление публичным финансированием здравоохранения эффективно в той мере, в какой средства такого финансирования, размещенные между хозяйствующими субъектами, влекут определенный социальный результат.

Управление в сфере публичного надзора в области охраны здоровья эффективно в той мере, в какой товарная деятельность хозяйствующих субъектов имеет не стесняющую их экономическую свободу и не препятствующую наступлению социального эффекта упорядоченность.

Корпоративное управление эффективно в той мере, в какой развивает оборот в области охраны здоровья, проявляющийся социальным эффектом.

В сфере публичного спроса за социальную эффективность организации здравоохранения находятся публичные институты управления, а частный институт корпоративного управления находится в сфере частного (потребительского) спроса и ориентирован только на имущественную эффективность хозяйственной деятельности. Не могут публичные институты управления находиться в сфере спроса за имущественную эффективность деятельности хозяйствующих субъектов равно, как не может институт корпоративного управления находиться в сфере публичного спроса за социальную эффективность имущественного оборота в области охраны здоровья.

---

*Более подробно см. Ананькина Е.А., Данилочкин С.В., Данилочкина Н.Г.и др. Контроллинг как инструмент управления предприятием/Под ред. Н.Г.Данилочкиной. – М.: Аудит, ЮНИТИ. – 1999. – 297 с.
Контроллинг рассматривается как новое явление в науке и практике современного управления, возникшее на стыке экономического анализа, планирования, управленческого учета и менеджмента. Однако в отсутствие юридической составляющей контроллинг обречен на неэффективность из-за имущественных последствий целесообразных, но юридически необоснованных решений (прим. автора).

Для достижения этой цели перед организацией здравоохранения стоят соответствующие задачи.

Первой такой задачей является допуск в оборот субъектов (коммерческих и некоммерческих организаций и предпринимателей без образования юридического лица) и объектов (товаров, работ и услуг медицинского назначения) экономической деятельности. Эту задачу призвана решать Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и ее территориальные подразделения (лицензирование хозяйствующих субъектов и проверка соответствия деятельности условиям лицензирования, сертификация продукции медицинского назначения и прочее).

Второй является задача обеспечения доступа граждан к товарам, работам и услугам медицинского назначения. Эта задача решается Федеральным, региональными и муниципальными агентствами по здравоохранению и социальному развитию. Эти агентства, осуществляя функции плательщика (государства) в пользу граждан, размещают средства казны между хозяйствующими субъектами (на конкурсе, в порядке обязательного медицинского страхования или иным образом).

Ведущим принципом размещения этих средств является привлекательность предлагаемых условий для хозяйствующих субъектов. Если такие условия являются привлекательными для хозяйствующих субъектов, осваивать эти средства будут наиболее конкурентоспособные из них, если нет – наименее конкурентоспособные. Размещение средств между хозяйствующими субъектами позволяет соответствующим публичным агентствам создавать условия для развития оборота в зонах наибольшей социальной незащищенности (в среде пенсионеров, инвалидов, детей, в отдаленных местностях и т.д.).

При распределении средств казны, соответствующем имущественным интересам хозяйствующих субъектов, публичные агентства способны управлять распределением оборота, достигая максимального его сосредоточения в зонах наименьшей покупательной способности граждан или наибольшей социальной значимости.

Третья задача, которая встает перед организацией здравоохранения в современных условиях, – достижение необходимой развитости оборота в области охраны здоровья в той мере, в какой от этого зависит достижение необходимого социального результата. Пока оборот в области охраны здоровья не развит, нельзя ожидать, что имущественные результаты деятельности хозяйствующих субъектов принесут социально полезные плоды. Показателем развития оборота является концентрация производства. Концентрация производства в области охраны здоровья в стабильных условиях обусловливает концентрацию воспроизводящегося в ней капитала. Создание условий для воспроизводства капитала влечет развитие обеспечительной (вспомогательной, вторичной) инфраструктуры рынка товаров, работ и услуг медицинского назначения. Если развивается такая инфраструктура, то расширяется воспроизводство сопутствующей продукции и дополнительного капитала, концентрирующегося в области охраны здоровья. Все это приводит к такой интенсивности конкуренции, которая обеспечивает снижение цен до стабильного уровня, расширение ассортимента предложений и нахождение в обороте только добросовестных хозяйствующих субъектов и высококачественной продукции.

Таким образом, без изменения идеологии организации здравоохранения невозможно соответствующее устройству государства реформирование здравоохранения. Любые реформы здравоохранения не приведут к благополучному результату, если идеология организации здравоохранения строится на приоритетах, не соответствующих политическим, юридическим, экономическим и социальным реалиям. И напротив, идеология организации здравоохранения, соответствующая существующим реалиям, обречена на удачу в реформировании здравоохранения.

Т.О.МАНАШЕРОВ,
учредитель Национальной Академии Эстетической Стоматологии, президент компании UNIDENT

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Стоматологическая помощь, занимая третье место по заболеваемости и второе (вслед за терапевтической помощью) по обращаемости, является наиболее массовым видом медицинского обслуживания населения. Уже у детей в возрасте до 14 лет распространенность патологий зубочелюстной области составляет 600‰ при наибольшей распространенности в возрасте 7–9 лет. Среди взрослого контингента данный показатель достигает 950–960‰ при необходимости зубопротезирования в 60–100% случаев.

Реорганизация системы медицинского обслуживания населения стала элементом социально-экономических преобразований, проводимых в нашей стране на протяжении последних пятнадцати лет. Отправной точкой проводимых реформ стало разделение общего объема медицинской помощи на минимальный социальный пакет, гарантируемый государством, и медицинскую помощь, выходящую за рамки данного пакета, не оплачиваемую через каналы государственного перераспределения.

Социальный пакет медицинского обслуживания формируется путем утверждения Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей номенклатуру соответствующего медицинского обслуживания с разбиением его на медицинскую помощь, предоставляемую за счет ОМС, и медицинскую помощь, предоставляемую за счет бюджетов всех уровней. В стоматологии к первой категории медицинской помощи относится амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь при заболеваниях зубов и полости рта, ко второй категории – льготное зубопротезирование. Кроме того, программа декларирует, что в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется проведение мероприятий по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение здоровых детей.

На основе данной программы и соответствующих методических рекомендаций субъектами Российской Федерации принимаются собственные (территориальные) программы государственных гарантий. Формируя эти программы, субъекты Российской Федерации не имеют права уменьшать объем государственных гарантий, принятых на федеральном уровне, но могут дополнить его, финансируя принимаемые дополнения за счет средств собственных бюджетов. К сожалению, в контексте стоматологического обслуживания этого практически не происходит, за редкими исключениями действующие территориальные программы фактически повторяют имеющуюся федеральную программу. Кроме того, в них, как правило, содержится положение касательно того, что за счет бюджетов субъектов Федерации финансируются принятые в установленном порядке целевые программы по охране здоровья граждан. Наличие в данном перечне целевых программ по стоматологическому обслуживанию населения является необязательным, более того, эти программы чаще всего приносятся в жертву реализации программ, направленных на борьбу с заболеваниями, традиционно рассматриваемыми как «социальное зло».

В действующей федеральной программе заложено существенное сокращение гарантированного объема стоматологического обслуживания населения по

© Т.О.Манашеров, 2005 г.

сравнению с объемом, который имел место в период административно-командной экономики. Так она говорит о лечении стоматологических заболеваний по обращаемости граждан и не учитывает необходимости проведения акций по разовому или периодическому обследованию и лечению тех или иных контингентов населения. Из нее исключены возможности населения осуществлять бесплатное зубное протезирование. Наконец, в программе присутствуют упоминания о профилактике заболеваний с акцентом на профилактику и раннее выявление заболеваний детей. Но приоритет здесь отдается нестоматологическим заболеваниям.

Параллельно с сокращением социальных обязательств государства в ходе реформ произошли реструктуризация и некоторое сокращение мощностей предоставления стоматологических услуг, находящихся в его собственности. Оно не в столь значительной степени коснулось мощностей, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В некоторых субъектах Федерации даже наблюдается рост показателя обеспеченности ими населения. Так, например, в период с 1996 по 2000 гг. в Краснодарском крае число врачей-стоматологов выросло на 4,2%, до 3,7 человека на 10 000 человек населения. Также выросло и количество среднего медицинского персонала.

Однако параллельно за период с 1990 по 2000 гг. число больничных учреждений края сократилось на 8,8%, врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений – на 0,9%, фельдшерско-акушерских пунктов – на 6,7%. Перечисленные категории учреждений здравоохранения являлись той основной базой, на основе которой осуществлялось стоматологическое обслуживание населения первого и второго уровня. Их совокупная численность превышает 1730, по состоянию на 2001 г. в крае насчитывалось лишь 34 специализированных стоматологических учреждения. Примечательно, что отмеченное сокращение было особенно интенсивным для учреждений, специализированных на первичном медицинском обслуживании сельского населения (как свидетельствует официальная статистика, интенсивность этого процесса была выше более чем в 6 раз).

Однозначное и несравненно более интенсивное сокращение сети стоматологического обслуживания населения имело место в ведомственном здравоохранении и обусловливалось следующими факторами. Во-первых, в процессе приватизации многие предприятия и организации, находившиеся в государственной собственности, перешли в частные руки. В условиях экономического кризиса новые собственники стали ликвидировать стоматологические кабинеты, имевшиеся здесь в рамках децентрализованной системы стоматологического обслуживания, целые медицинские учреждения, принадлежавшие и стоявшие на балансе данных предприятий и организаций. Во-вторых, в период административной экономики в рамках той же ведомственной системы активно работали стоматологические кабинеты ряда учреждений среднего, среднего специального и высшего профессионального образования. В связи с недостаточностью финансирования часть из них была ликвидирована, а часть продолжила свою работу лишь «на бумаге».

Современная статистика не обладает достоверными данными и не позволяет в полной мере оценить масштаб сокращения ведомственной сети стоматологического обслуживания. Тем не менее, существуют данные, позволяющие косвенно оценить его масштабы. Так, например, только по состоянию на 1996 г. число врачей-стоматологов в государственном секторе сократилось по сравнению с 1985 г. на 16 447 человек.

В ходе реформы государственные и муниципальные учреждения здравоохранения фактически легализовали свое право осуществлять медицинское обслуживание населения не только на некоммерческой, но и на коммерческой основе. Если учитывать, что первая категория медицинского обслуживания эквивалентна обеспечению программы государственных гарантий, осуществляется только государственным и муниципальным здравоохранением и рассматривается как его основное предназначение, это означало еще большее сокращение обеспеченности данной программы.

Сокращение сети стоматологического обслуживания населения в государственной собственности в среднем компенсировалось развитием сети негосударственных стоматологических учреждений, предоставляющих свои услуги исключительно на коммерческой основе. Согласно существующим исследованиям, благодаря развитию негосударственного сектора в стоматологии обеспеченность населения врачами-стоматологами, составила в 1997 г. 3,2 врача на 10 000 жителей (на 28% выше уровня 1985 г.). В 1998 г. распределение пока пациентов между государственным и частным секторами в стоматологии в среднем соотносилось как 82% к 18%, в декабре того же года выплаты частным стоматологам составили 67% от общего объема оплаты стоматологической помощи. Как показывают собственные исследования автора, в дальнейшем отмеченная тенденция лишь нарастала: по результатам опроса 2003–2004 гг. к услугам преимущественно частного сектора в стоматологии прибегало 30% респондентов.

Факт, что сокращение государственной и муниципальной сети стоматологического обслуживания населения замещалось развитием частной стоматологии, означает собой формальное сохранение производственной базы предоставления стоматологических услуг. Однако современная производственная база предоставления стоматологических услуг отличается от существовавшей в период административно-командной экономики. Это вытекает из самой природы частного здравоохранения и выражается в следующих ключевых моментах.

Во-первых, средние показатели развития сети стоматологического обслуживания не отражают частной динамики по территориям. В наименее благополучных из них (как, например, на селе) сокращение из-за дефицита средств государственной и муниципальной сети стоматологического обслуживания сопровождалось замедленным развитием частной стоматологии. Причиной такого развития была низкая платежеспособность населения, следствием – падение доступности стоматологических услуг.

Во-вторых, частная стоматология управляется собственником, в большинстве своем призвана максимизировать его доход, соответственно стремится к максимально высоким ценам, не доступным для большинства населения. Это также ведет к тому, что замещение ею государственной и муниципальной сети не означает собой сохранение прежнего уровня доступности стоматологических услуг.

В-третьих, в условиях дефицита инвестиционных ресурсов частная стоматология в большинстве своем не может обеспечить комплексности лечения, в некоторых случаях отсутствует не только его комплексность, но и необходимое качество.

Обобщающим моментом в данном случае является то, что государство в лице органов исполнительной власти на региональном и муниципальном уровнях практически не имеет рычагов воздействия на происходящие процессы. Оно не может управлять ни ценой, ни доступностью, ни качеством услуг в частном секторе стоматологического обслуживания населения.

Причиной сложившейся ситуации является то, что, во-первых, имеющиеся рычаги государственного воздействия, которое сводится в данном случае к регулированию рынка, крайне немногочисленны и слабы. А, во-вторых, в ходе так называемой децентрализации управления отечественным здравоохранением само государственное управление оказалось нескоординированным по своим уровням.

Результатом описанной ситуации стало отсутствие целостного рынка стоматологического обслуживания населения, сегменты которого дополняли бы друг друга. Учитывая же, что государство отказалось гарантировать населению весь спектр стоматологической помощи, стремится оптимизировать (фактически сократить) производственную базу выполнения принятых гарантий, становится очевидным вывод, что задача создать систему государственного управления формированием и развитием рынка стоматологических услуг является сегодня первоочередной. До момента ее решения будут иметь место потери как в бюджетном (неэффективное использование средств, недобор налогов), так и в экономическом (потери, связанные с болезнями), социальном (недовольство населения) процессах.

Г.В.АРТАМОНОВА,
д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинской информатики Кемеровской государственной медицинской академии
Г.В.САВИЦКАЯ,
заместитель главного врача Муниципального учреждения здравоохранения «Клиническая стоматологическая поликлиника № 4», г.Кемерово

ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МАРКЕТИНГЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Актуальность проблемы

Маркетинг для руководителя – это способ эффективной управленческой деятельности в конкурентной рыночной среде. Потребители являются важнейшей категорией рынка. Их распределение (по определенным признакам) на целевые сегменты позволяет оценить потребительский спрос, уровень которого определяет процветание или угасание бизнеса. Руководитель должен контролировать наличие самой общей информации о потребителе [2]. Маркетинговый анализ позволяет менеджеру медицинской организации получить необходимые сведения о том, какие медицинские услуги желают получить потенциальные пациенты сегодня, завтра и в перспективе. Кроме того, очень важно менеджеру знать, сколько пациенты готовы заплатить за стоматологические услуги и какие из них наиболее рентабельны. Маркетинг в стоматологии есть вид экономический деятельности, направленной на удовлетворение спроса между пациентом и врачом-стоматологом, производителем стоматологических товаров и стоматологическим учреждением посредством обмена соответствующих товаров [1].

Сложившаяся стоматологическая практика показывает, что даже наличие высокотехнологичного оборудования, новых технологий, карпульных анестетиков само по себе не способствует привлечению новых пациентов. В современных условиях маркетинговые исследования, как правило, проводят в частных стоматологических клиниках, однако необходимость таких исследований является очевидной и в учреждениях другой организационно-правовой формы собственности. В условиях финансового дефицита деятельности муниципальных стоматологических поликлиник маркетинговый анализ рынка медицинских услуг должен быть направлен на выявление дополнительных источников финансирования.

Сущность маркетинга в стоматологии определяется потребностью производить соответствующие товары и оказывать услуги таким образом, чтобы они находили сбыт. Значимым компонентом маркетингового анализа в стоматологии является определение спроса и предложения на стоматологические услуги. По результатам маркетинговых исследований прогнозируется изменение рыночной ситуации в сфере стоматологического обслуживания, анализируются возможные изменения в структуре платежеспособного спроса населения.

Основу любого маркетинга составляет сегментация. Сегментация рынка товара или услуги – это многоплановое деление потенциальных потребителей на группы таким образом, что каждая из них предъявляет особые, существенно отличающиеся требования к данному товару или услуге в сравнении с другими потребителями [3, 4].

© Г.В.Артамонова, Г.В.Савицкая, 2005 г.

Следовательно, провести анализ маркетинговой среды – значит оценить ту среду, в которой находится медицинская организация, изучить потребителей услуг и конкурентов, после чего приступить к разработке маркетингового плана. При помощи маркетингового анализа менеджеры могут эффективно продвигать услуги на рынке и своевременно доводить их до потребителя.

Методические подходы

Технология маркетингового исследования состоит из пяти этапов. На *первом этапе* необходимо четко определить проблему и согласовать цели исследования (поисковые, описательные, экспериментальные). На *втором этапе* надо определить вид интересующей информации и пути ее наиболее эффективного сбора. Разработать специальный план, требующий предварительных решений относительно методов исследования, плана составления выборки, способов связи с аудиторией. Схематично этот план выглядит следующим образом:

- *методы исследования:* наблюдение, эксперимент, опрос;
- *орудия исследования:* анкеты, механические устройства;
- *план составления выборки:* единица выборки, объем выборки, процедура выборки;
- *способы связи с аудиторией:* телефон, почта, личный контакт.

Анкетирование является наиболее распространенным методом исследования в маркетинге. Существует экспедиционный способ, когда лицо, проводящее опрос, само раздает и собирает анкеты, и корреспондентский способ, когда анкеты рассылаются и возвращаются по почте. Его преимущество заключается в том, что в результате обработки ответов может быть получена количественная, статистическая характеристика изучаемого явления, могут быть выявлены и смоделированы причинно-следственные связи. Составлению анкеты предшествует исследовательская работа, имеющая целью учесть психологию респондента, предугадать его реакцию на ту или иную форму вопроса, степень его искренности и возможности сформулировать недвусмысленный ответ. Совокупность ответов должна дать характеристику изучаемой проблемы. Разработка анкет – творческая задача. Рассмотрим схему построения анкеты, она состоит их трех частей.

1. Введение, где указываются цели опроса и сведения об опрашивающей организации, логотип, ее адрес.

2. Перечень вопросов, характеризующих предмет исследования. Число вопросов не должно быть чрезмерно большим, в противном случае опрашиваемый может не пожелать заполнять анкету, с другой стороны нужно стремиться к полному освещению изучаемого явления, нужен разумный компромисс между желанием сделать анкету максимально полной и реальной возможностью получить ответы.

3. Сведения о респондентах. Здесь нужно проявить особый такт и умение формулировать вопросы. Некоторые вопросы могут вызвать негативное отношение респондентов. С другой стороны, данные об экономическом, социальном и демографическом положении часто необходимы для последующей стратификации совокупности выявления некоторых закономерностей и связей, оценки влияния факторов и т.д.

Обязательно подчеркивается анонимность опроса и строгая доверительность ответа, охраняемая законом. Вопросы анкеты классифицируются по степени свободы ответа, характеру ответов, форме вопросов. По степени свободы все вопросы делятся на открытые и закрытые.

Открытый, или свободный вопрос предполагает ответ в свободной форме, без каких-либо ограничений. Ответы дают богатейшую информацию, но трудно поддаются последующей обработке. Приходится проводить дополнительную работу по шифровке и формализации ответов или делать обобщающие выводы только качественного характера.

Закрытые вопросы предлагают перечень вариантов ответов, в том числе альтернативных (да, нет, не

знаю). К ним относятся вопросы с перечнем ответов, из которых следует выбрать один вариант ответов или несколько. Последний случай называется веером ответов.

Ответы могут быть даны в виде шкальной (балльной оценки), то есть числовой величины (градуировки), приписываемой каждому ответу.

Фильтрующие вопросы задаются в случае, если часть вопросов относится не ко всем опрашиваемым.

Вопросы должны задаваться в логической последовательности с учетом сложившейся рыночной ситуации. Необходимо учитывать особенности тех групп населения, которым адресована анкета. То есть вопросы должны задаваться в доступной форме, сформулированы так, чтобы были понятны любому потребителю услуг – пациенту. План разработки анкет составляется заранее и увязывается с общими задачами маркетингового исследования.

При проведении *третьего этапа* очень важно наладить успешное общение между людьми, для чего исследователям рекомендуется соблюдать следующие правила:

- проясните взгляды тех, кто является объектом коммуникации, с целью их полного или частичного учета;
- прежде, чем осуществлять коммуникацию, выясните, какую цель Вы преследуете: получить информацию, изменить взгляды какого-либо лица, побудить к действию и т.д.;
- принимайте во внимание окружающую среду (место, физическое, человеческое окружение, время);
- Ваши слова должны подкрепляться делами. Наиболее доходчивым видом сообщения является не то, что Вы говорите, а то, что Вы делаете;
- при реализации коммуникации стремитесь не к тому, чтобы Вас поняли, а старайтесь понять собеседника – будьте хорошим слушателем. Может наблюдаться и такое, что пациенты не захотят заполнять анкеты.

Четвертый этап посвящен извлечению из совокупности полученных данных наиболее важных сведений и результатов.

На *пятом этапе* необходимо представить основные результаты, важные для принятия главных маркетинговых решений. Например, какие из услуг, оказываемых на платной основе, будут наиболее востребованными, каким образом лучше организовать работу по оказанию услуг на платной основе, как активно воздействовать на спрос.

Результаты маркетингового анализа стоматологических услуг

Для изучения сегмента рынка в качестве объекта исследования взята МУЗ «Клиническая стоматологическая поликлиника №4», г.Кемерово, метода исследования – социологический опрос по специально разработанной анкете (Приложение 1).

Цель исследования: получить полную характеристику потребителей услуг – пациентов муниципальной стоматологической поликлиники с учетом их социального положения, образования, района проживания, дохода семьи, а также общего и стоматологического здоровья для того, чтобы спланировать свою деятельность по оказанию услуг на платной основе в соответствии с нуждами конкретных потребителей. Опрошено сплошным методом 710 человек, обратившихся в стоматологическую поликлинику.

Анкета построена следующим образом: *введение*, в котором представлен логотип, полное название учреждения, цель опроса; *основная часть*, в которой сгруппированы вопросы по темам.

Вопросы сформулированы в доступном для пациентов понимании, разделены на блоки.

Первыми были вопросы о том, почему пациент пришел в поликлинику и что для него важно при выборе поликлиники. Ответы на эти вопросы дают нам возможность понять как причину обращения, так и то, почему пациент пришел к нам, а не к нашим конкурентам.

Во второй блок входили вопросы о том, когда пациент был на приеме у стоматолога в последний раз, субъективная оценка состояния зубов и десен, а также об общем здоровье. Ответы на эти вопро-

Приложение 1

АНКЕТА

Уважаемые пациенты!
Просим Вас принять участие в маркетинговом исследовании, проводимом МУЗ «Клиническая стоматологическая поликлиника №4», с целью улучшения качества медицинского обслуживания и расширения видов предоставляемых услуг

1. Почему Вы пришли в нашу поликлинику?
- ☐ Острая зубная боль
- ☐ Профилактический осмотр
- ☐ Вылечить зубы
- ☐ Вылечить дёсны
- ☐ Протезирование зубов
- ☐ Другое_____

2. Что для Вас важно при выборе поликлиники?
Расставьте ответы в порядке важности 1–6
- ☐ Качество лечения
- ☐ Доброжелательное отношение
- ☐ Быстрота обслуживания
- ☐ Стоимость услуги
- ☐ Гарантия после лечения
- ☐ Современные технологии

3. Когда Вы были последний раз на приёме у стоматолога?
- ☐ Полгода назад
- ☐ Год назад
- ☐ Более года назад

4. Как Вы оцениваете здоровье своих зубов и дёсен?
- ☐ Отличное
- ☐ Хорошее
- ☐ Удовлетворительное
- ☐ Плохое

5. Есть ли у Вас хронические заболевания?
- ☐ Сердца
- ☐ Желудка
- ☐ Суставов
- ☐ Почек
- ☐ Другие_____

6. Считаете ли Вы, что не вылеченные и разрушенные зубы могут оказывать вредное воздействие на здоровье человека (заболевания сердца, почек, суставов)?
- ☐ Да
- ☐ Нет

7. Есть ли у Вас вредные факторы и вредные привычки?
- ☐ Курение
- ☐ Контакт с химическими веществами на производстве
- ☐ Нерегулярное питание
- ☐ Нервно-эмоциональные перегрузки
- ☐ Другие_____

8. Как Вы ухаживаете за своими зубами и дёснами?
8.1. Чищу зубы
- ☐ Два раза в день
- ☐ Один раз в день
- ☐ Реже

8.2. Меняю зубную щётку
- ☐ Один раз в три месяца
- ☐ Один раз в полгода
- ☐ Один раз в год

Приложение 1(окончание анкеты)

8.3. Использую зубную пасту

- ☐ По совету стоматолога
- ☐ Отечественную
- ☐ Ту, что подешевле
- ☐ Импортную

9. Доход вашей семьи

- ☐ Низкий
- ☐ Средний
- ☐ Высокий
- ☐ Достаточный

10. Какую сумму Вы готовы отдать за дополнительные стоматологические услуги, предоставляемые сверх тех, которые оказываются по медицинскому полису бесплатно?

- ☐ 100—300 руб.
- ☐ 300—500 руб.
- ☐ 500—1000 руб.
- ☐ 1000—1500 руб.
- ☐ 1500—2000 руб.
- ☐ 2000 руб. и выше

11. Расскажите о себе:

11.1. Пол ☐ Мужской ☐ Женский

11.2. Возраст

11.3. Категория населения

- ☐ Рабочий
- ☐ Пенсионер
- ☐ Временно неработающий
- ☐ Домохозяйка
- ☐ Учащийся
- ☐ Служащий
- ☐ Частный предприниматель
- ☐ Другое _____

11.4. Образование

- ☐ Среднее
- ☐ Среднее специальное
- ☐ Неоконченное среднее
- ☐ Высшее
- ☐ Неоконченное высшее

11.5. Район проживания

- ☐ Центральный
- ☐ Ленинский
- ☐ Заводский
- ☐ Кировский
- ☐ Рудничный
- ☐ Иногородний

12. Откуда Вы узнали о нашей поликлинике?

Из средств массовой информации

- ☐ Газета
- ☐ Телевидение
- ☐ Радио

Или

- ☐ Много лет сюда хожу
- ☐ Иду к знакомому врачу
- ☐ Работаю рядом
- ☐ Живу рядом
- ☐ По совету знакомых
- ☐ Другое_____

13. Что Вам понравилось в нашей поликлинике?

- ☐ Внимательный персонал
- ☐ Безболезненное лечение
- ☐ Квалифицированные врачи
- ☐ Точность приёма
- ☐ Доступные цены на платном приёме
- ☐ Другое_____

14. Что на Ваш взгляд необходимо улучшить?

- ☐ Работу регистратуры
- ☐ Работу смотрового кабинета
- ☐ Провести ремонт
- ☐ Приобрести новое оборудование
- ☐ Качество лечения
- ☐ Другое_____

Искренне благодарим Вас за предоставленную информацию!

сы дают нам возможность понять, какое значение имеет общее и стоматологическое здоровье для респондентов, чтобы в дальнейшей работе по гигиеническому обучению и воспитанию населения донести до потребителя тот факт, что нужда в хорошем здоровье является одной из главнейших.

Интересен факт наличия неблагоприятных производственных факторов и вредных привычек, а также их отношение к гигиене полости рта. Ответы этого блока могут помочь выбрать правильную тактику профессиональной гигиены и спланировать лечение.

После того, как достигнуто расположение пациента, задана серия вопросов, касающихся доходов семьи, и то, какую сумму пациент готов отдать за дополнительные медицинские услуги, предоставляемые сверх программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Это позволяет определить, какие по стоимости услуги будут пользоваться спросом.

Для более полной характеристики пациентов в анкету включены вопросы: пол, возраст, род занятий, образование, район проживания. Кроме того, важно было узнать, что пациентам понравилось и что, по их мнению, следует улучшить. Ответы на эти вопросы помогают лучше организовать работу с целью более полного удовлетворения потребителей услуг для того, чтобы они стали постоянными посетителями.

В Заводском районе г.Кемерова, где расположена поликлиника, проживают 107 364 человека, в том числе женщин – 58 664 (54,6%), мужчин – 48 700 (45,4%). Всего детей 19,5%, лиц в возрасте старше 60 лет – 20, 7%. Среди обслуживаемого населения к категории особого внимания отнесен 6901 человек (6,4%). Поскольку ГСП № 4 территориально относится к Заводскому району г.Кемерова, то очевидно, что основными потребителями стоматологических услуг и должны быть жители этого района.

Опрос показал, что в ГСП №4 обращаются жители различных районов города, в том числе проживающие в Заводском районе – 60,1 %, в Центральном – 19,2%, в Ленинском – 10%, в Кировском – 3,8%, в Рудничном – 2,7%, а также иногородние – 4,2%.

Респонденты были в возрасте от 15 до 83 лет, из них мужчин – 269 человек (37,9%) и женщин – 441 (62,1%). Наибольшую группу составили пациенты в возрасте 30–49 лет (50,7%) и старше 60 лет (19,4%).

По социальному статусу пациенты распределились следующим образом: рабочие – 28,6%, пенсионеры – 21,1%, служащие – 19,4%, домохозяйки – 11%, временно неработающие – 9,3%, учащиеся – 7,2%, частные предприниматели – 3%, другие категории населения – 0,4%.

Большинство пациентов имеют высшее (32,1%), среднее специальное (32,4%), неоконченное высшее (19%) и среднее (13,5%) образование.

Основными причинами обращения в ГСП №4 на момент опроса у пациентов были: плановое лечение (43,9%), острая зубная боль (28%), протезирование зубов (25,7%). С целью профилактического осмотра пришли лишь 10 человек (1,4%), по другим причинам – 7 человек (1%). Пациенты обратились в эту поликлинику потому, что рядом работают (31%), к знакомому врачу (19,7%), много лет обслуживаются (18,3%), рядом живут (14,8%), по совету знакомых (14,9%), по другим причинам (1,3%).

Субъективно здоровье своих зубов и десен пациенты оценивают в большинстве случаев как удовлетворительное (66,4%) и хорошее (10,6%). Плохое стоматологическое здоровье у 22,7% и только у 2 человек (0,3%) оно отличное. В большинстве случаев (50,3%) в анамнезе пациентов отмечаются болезни желудка, суставов (21,7%), почек (5,6%), сердца (3,7%) и другие заболевания (10,4%). Считают себя абсолютно здоровыми 59 человек (8,3%).

На вопрос: «Есть ли у Вас вредные факторы и вредные привычки?», утвердительно ответили 98,3% человек. Среди факторов первые четыре места занимают: нерегулярное питание – 34,6% ответов, курение –29,2%, контакт с химическими веществами на производстве – 20,1% и нервно-эмоциональные перегрузки – 12,7%.

Изучение отношения к гигиене полости рта показало, что большинство пациентов чистят зубы один раз в день (62,4%), меняют зубную щетку один раз в полгода (67,9%), используют импортную зубную пасту (59,6%). 81,1% пациентов считают, что не вылеченные и разрушенные зубы могут оказывать вредное воздействие на здоровье человека. При этом последний раз на приеме у стоматолога более года назад было 69,9% пациентов, год назад – 21,8%.

Платежеспособность пациентов оценивалась по уровню дохода семьи. Как правило, у пациентов средний (64,5%) и достаточный (11,3%) доход. 22,8% считают свой доход низким и только 1,4% – высоким.

Готовы платить за стоматологические услуги, оказываемые сверх программы государственных гарантий, от 100 до 300 рублей 18,6% человек, от 300 до 500 рублей – 28,5% человек, от 500 до 1000 рублей – 37,3% пациентов, от 1000 до 1500 рублей – 7,2%, от 1500 до 2000 рублей – 3,9%, 2000 рублей и выше – 4,5%.

Ответы на вопрос: «Что для Вас важно при выборе поликлиники?», распределились следующим образом. На первом месте качество лечения, гарантии и новые технологии – 30,4% ответов, на втором – доброжелательное отношение (28,9%), на третьем – стоимость (28,6%) , на четвертом – быстрота обслуживания (12,1%).

Не высказали никаких замечаний в адрес работы поликлиники 34 человека (4,8%). На вопрос: «Что Вам понравилось в поликлинике?», были получены следующие ответы: квалифицированный и внимательный персонал – 71,4% ответов, безболезненное лечение – 17,6%, доступные цены на платном приеме – 7,9%, точность приема – 3%, ничего – 0,1% ответов. Основная часть пациентов считает, что для улучшения уровня обслуживания в ГСП №4 необходимо провести ремонт (79,3%), приобрести новое оборудование (11,5%). На совершенствование работы регистратуры и смотрового кабинета обратило внимание 3,4% респондентов.

Таким образом, предложенный алгоритм действий – маркетинговых исследований, позволяет получить комплексную характеристику потребителей услуг – пациентов муниципальной стоматологической поликлиники с учетом общего и стоматологического здоровья и в маркетинговой деятельности спланировать работу по продвижению на рынке стоматологических услуг и активному влиянию на спрос – с учетом полученных результатов в сочетании с различными формами гигиенического обучения и воспитания населения.

Анализ потребителя стоматологических услуг позволил выделить приоритеты совершенствования медицинской помощи населению. Это в первую очередь развитие методов гигиенического воспитания населения по формированию здорового образа жизни, активизация профилактической деятельности, совершенствование медицинских технологий с целью улучшения качества и расширения доступности услуг, повышение квалификации медицинского персонала, укрепление материально-технической базы учреждения, обеспечение информированности населения о видах оказываемых стоматологических услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ашуров Г.А.* Маркетинг стоматологических товаров и услуг//Стоматология. – 1997. – №3. – С. 70–71.
2. *Клебанов А.И.* Маркетинг для руководителя. – ТехноМИР. – 2002. – №1(12). – С.84–88.
3. *Котлер Ф.* Основы маркетинга/Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1990. – №7. – С.36.
4. *Федько В.П.* Маркетинг. Серия «Высший балл». – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 416 с.

Ю.В.МИХАЙЛОВА,
д.м.н., профессор, директор ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранения и социальному развитию» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»)
Н.В.КОСОЛАПОВА,
к.ю.н., зав. отделением научно-методического и информационного обеспечения законодательных работ в области здравоохранения ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», доцент кафедры публичного права Саратовского Государственного Университета им. Н.Г.Чернышевского
Л.О.КОРОТКОВА,
научный сотрудник отделения научно-методического и информационного обеспечения законодательных работ в области здравоохранения ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», г.Москва

АНАЛИЗ ПРОЕКТОВ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЗАКОНОВ «ОБ АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ», «ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) АВТОНОМНЫХ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ» И «ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ПОРЯДКА, УСЛОВИЙ И КРИТЕРИЕВ РЕОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ»

На сегодняшний день в единой системе здравоохранения медицинские учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения рассматриваются фактически как база мощностей и ресурсов здравоохранения.

Эта ситуация значительно отличается от существовавшей в 90-годы, когда государственные и муниципальные учреждения обладали относительно высокой степенью самостоятельности в привлечении внебюджетных и расходовании бюджетных и внебюджетных средств.

С принятием Бюджетного кодекса было осуществлено последовательное сокращение объема прав государственных и муниципальных учреждений, их полномочия были значительно ограничены. Произошел переход к повышению финансовой дисциплины в планировании и расходовании бюджетных средств, казначейскому исполнению операций с бюджетными средствами, была принята новая, детализированная классификация бюджетных расходов, в соответствии с которой производится бюджетное финансирование учреждений и утверждение сметы их расходов, операции по внебюджетным доходам и расходам учреждений переведены на казначейское исполнение [1].

Данная ситуация привела к тому, что медицинские учреждения государственной и муниципаль-

© Ю.В.Михайлова, Н.В.Косолапова, Л.О.Короткова, 2005 г.

ной систем здравоохранения фактически выступают в условиях рыночных отношений как объекты публичного управления, зависящие от объемов бюджетно-сметного финансирования и тарифов ОМС. Но финансирование по смете осуществляется без увязки с результатами работы получателей средств, не создает стимула к более рациональному использованию ресурсов, воспроизводит затратный тип хозяйствования, а тарифы ОМС зачастую не покрывают реальные затраты медицинских учреждений.

Назрела ситуация, когда стали необходимы преодоление несоответствия возможностей государственных и муниципальных учреждений условиям рынка, предоставление им большей свободы в финансово-хозяйственной деятельности, переход к новым формам финансового обеспечения предоставления услуг, наконец, развитие конкуренции медицинских организаций.

Для достижения указанных целей в настоящее время в Минэкономразвития России идет работа над проектами Федеральных законов «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях», «Об автономных учреждениях» и «Об установлении порядка, условий и критериев, вводящие новые организационно-правовые формы медицинских организаций.

Необходимо оговориться, что действие указанных законов будет распространяться не только на медицинские организации, но и на иные государственные и муниципальные учреждения, действующие в социальной сфере – в области науки, образования, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта.

За основу для разработки новых организационно-правовых форм были взяты уже существующие виды некоммерческих организаций – учреждение и автономная некоммерческая организация. Соответственно будущие организации также будут **некоммерческими.** Это означает, что целью их деятельности не является извлечение прибыли. Полученная же прибыль не распределяется в пользу учредителей и используется исключительно в уставных целях.

Возникновение организаций в новых организационно-правовых формах возможно двумя способами: путем создания новых организаций и путем реорганизации действующих учреждений в форме преобразования.

При создании учредителем обеих организаций в соответствии с проектами законов о них сможет выступить лишь государство – Российская Федерация, субъект РФ или муниципальное образование в лице соответственно федерального правительства, исполнительного органа субъекта Федерации или органа местного самоуправления. При этом учредитель остается единственным как при создании АУ, так и при создании Г(М)АНО.

Более актуальным для **действующих** государственных и муниципальных учреждений на сегодняшний день является вопрос их **преобразования** в новые формы – Г(М)АНО и автономное учреждение, и в хозяйственное общество

В соответствии с проектом ФЗ «Об установлении порядка, условий и критериев реорганизации государственных и муниципальных учреждений» преобразование учреждений может осуществляться только в отношении учреждений, способных эффективно применять свою деятельность в рыночных условиях за счет использования как бюджетных, так и внебюджетных средств.

Указанным проектом установлены **общие критерии**, соблюдение которых дает возможность преобразовать учреждение:

- характер и уровень социальных гарантий, предоставляемых учреждением в сфере его деятельности;
- преобразование не повлечет нарушения предусмотренных законом прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи;
- наличие конкурентной рыночной среды в сфере деятельности учреждения на государствен-

ном и муниципальном рынке предоставления соответствующих услуг и производства работ;

- потенциальная возможность, оцененная на основании экономических, технологических, научно-производственных и иных ресурсов подлежащего реорганизации учреждения, осуществлять свою деятельность в условиях рыночной конкурентной среды;
- размер внебюджетных доходов учреждения и соотношение доли внебюджетных доходов и доли бюджетного финансирования;
- соотношение размера доходов от основного вида деятельности с размером доходов от иных видов деятельности.

По каждому из перечисленных критериев соответствующим исполнительным органом могут утверждаться **конкретные социально-экономические показатели**: по федеральным государственным учреждениям – Правительством РФ, по государственным учреждениям субъектов РФ – органом исполнительной власти субъекта РФ, по муниципальным учреждениям – органом местного самоуправления в рамках их компетенции.

Также в проекте перечислены **обязательные условия**, дающие возможность принять решение о преобразовании учреждения:

- отсутствие у преобразуемого учреждения кредиторской задолженности по обязательствам, просроченной более чем на три месяца на дату принятия решения о преобразовании (устанавливается на основании бухгалтерской отчетности на последнюю отчетную дату);
- переход учреждения на финансирование по результатам выполнения работ и (или) оказания услуг.

Федеральным правительством могут быть установлены **дополнительные условия** для принятия решения о преобразовании. Кроме того, Правительством РФ либо уполномоченным на то органом государственной власти субъекта РФ или органом местного самоуправления могут определяться перечни учреждений, не подлежащих преобразованию.

Безусловно, животрепещущим вопросом является вопрос о том, какие учреждения будут преобразованы и в какие формы. Свое видение проблемы изложил на Рабочем совещании «Пути совершенствования здравоохранения в России» член рабочей группы по здравоохранению Фонда «Центр стратегических разработок» профессор С.В.Шишкин. По его мнению, часть медицинских учреждений целесообразно сохранить в прежней форме, часть преобразовать в принудительном порядке, часть преобразовать по инициативе коллектива учреждения и по решению учредителя.

По его мнению, если основная деятельность не может быть адекватно измерена объемными (результирующими) показателями и налицо ситуация когда важнее обеспечить возможность оказывать необходимую медицинскую помощь, чем оптимизировать загрузку мощностей, то такие учреждения как центры санэпиднадзора, инфекционные и психиатрические больницы, туберкулезные и наркологические диспансеры, центры СПИД целесообразно сохранить в прежней форме и финансировать по смете их содержание.

В ситуации когда учреждение не находится в монопольном положении, необходима оптимизация мощностей учреждений данного профиля, имеется управленческий потенциал для самостоятельного хозяйствования, целесообразно преобразовать учреждение в Г(М)АНО. Среди таких учреждений могут быть городские больницы в городах, где имеются две и более однотипные больницы, специализированные больницы в регионах, где имеются другие больницы, оказывающие аналогичный вид помощи, клиники НИИ, если в зоне их деятельности имеются другие больницы, оказывающие аналогичный вид помощи, диагностические центры при наличии в зоне их деятельности других организаций, оказывающих аналогичные виды диагностических услуг, городские по-

ликлиники при наличии в городе двух и более поликлиник.

Также были рассмотрены варианты «особых случаев преобразования». Например, такие когда стоматологическая поликлиника для взрослых преобразовывается в Г(М)АНО либо приватизируется, участковые врачи и врачи общей практики при выходе из состава амбулаторно-поликлинического учреждения создают групповые практики (не менее 5 врачей) в форме Г(М)АНО с закреплением за ними движимого и недвижимого имущества (при соблюдении установленных условий преобразования).

Решение о преобразовании учреждения принимается его учредителем – органом исполнительной власти Российской Федерации, субъекта РФ или муниципального образования.

Решение о преобразовании должно содержать указание на:

- основание принятия решения о преобразовании;
- сроки его проведения;
- перечень организационно-правовых мероприятий, обеспечивающих выполнение в полном объеме обязательств преобразуемого учреждения по выполнению работ, оказанию услуг в сфере его деятельности;
- указание на орган (комиссию), уполномоченный учредителем на проведение преобразования, его председателя и персональный состав;
- указание на источник финансирования расходов, связанных с осуществлением преобразования.

При преобразовании учреждения в автономное учреждение передача имущества осуществляется путем принятия решения собственника имущества об изъятии имущества из оперативного управления преобразуемого учреждения и закреплении его на праве оперативного управления за правопреемником. Имущество, изъятое из гражданского оборота и ограниченное к использованию в нем (памятники культуры и истории, культурные ценности, природные ресурсы (кроме земельных участков), передается АУ в пользование.

Состав передаваемого автономному учреждению имущества определяется собственником этого имущества, а сведения о нем являются приложением к решению собственника о передаче имущества.

Таким образом, управление **имуществом** автономного учреждения остается в ведении органа исполнительной власти, на который возложено управление государственным или муниципальным имуществом. В этом схожесть между существующим ныне учреждением и будущим автономным учреждением.

При преобразовании учреждения в государственную (муниципальную) автономную некоммерческую организацию имущество, по решению его собственника передается в собственность последней, за исключением:

- памятников истории и культуры, музейных ценностей;
- природных ресурсов (кроме земельных участков);
- иных видов имущества, ограниченного для использования в гражданском обороте или изъятого из него.

Перечисленные виды имущества передаются Г(М)АНО в пользование.

Состав передаваемого Г(М)АНО имущества так же, как при передаче имущества автономному учреждению, определяется собственником имущества, а сведения о нем являются приложением к решению собственника.

В законопроекте о Г(М)АНО предусмотрена возможность передачи Г(М)АНО имущества **в аренду и безвозмездное пользование** и подробно описан **порядок заключения договоров** аренды и безвозмездного пользования. В аренду или безвозмездное пользование может передаваться движимое и недвижимое имущество, отнесенное к ос-

новным средствам. При этом собственник передаваемого имущества и Г(М)АНО обязаны заключить договор аренды или безвозмездного пользования недвижимым имуществом. В качестве основания для заключения договора аренды и/или безвозмездного пользования имуществом в законопроекте рассматривается решение о преобразовании.

Преобразование в хозяйственные общества предполагается применять в исключительных случаях. Под исключительным случаем в проекте понимается положение, когда бюджетное учреждение или его подразделения, на протяжении многих лет фактически действуют как коммерческие организации.

Так же, как в случаях с Г(М)АНО и АУ, при преобразовании учреждения в хозяйственное общество решение об изъятии имущества из оперативного управления учреждения принимается одновременно с решением о преобразовании.

Каков правовой статус новых организаций по сравнению с их прообразами, какие возможности дают медицинским учреждениям законопроекты?

Новые организации создаются для оказания услуг (выполнения работ) в целях осуществления предусмотренных законодательством РФ функций государства (муниципальных образований) в социальной сфере.

АУ отвечает по своим обязательствам всем своим имуществом, за исключением недвижимого и особо ценного движимого имущества, которым оно не вправе распоряжаться без согласия собственника. Виды этого имущества определяются федеральным правительством. Собственник же не отвечает по обязательствам АУ.

АУ самостоятельно распоряжается имуществом (в том числе недвижимым), которое оно приобретает на доходы от своей деятельности. Собственник же имущества не получает доходов от деятельности и использования автономным учреждением имущества.

Земля закрепляется за АУ на праве постоянного бессрочного пользования – так же, как в настоящее время она закреплена за государственными и муниципальными учреждениями.

С согласия собственника имущества автономное учреждение вправе выступать учредителем и вносить денежные средства и иное имущество в уставный (складочный) капитал (фонд) или иным образом передавать его в качестве учредителя (участника) других юридических лиц, деятельность которых соответствует его целям и способствует качественному предоставлению услуг (выполнению работ) автономным учреждением.

Помимо **основной деятельности,** ради осуществления которой АУ создано, оно осуществляет деятельность по ***бесплатному или частично платному оказанию услуг (выполнению работ) в соответствии с заданиями учредителя и обязательствами перед страховщиком по обязательному социальному страхованию.*** Финансируется эта деятельность из бюджета, государственных внебюджетных фондов или иных средств.

При надлежащем выполнении задания и исполнении обязательств АУ вправе по своему усмотрению оказывать услуги и выполнять работы, относящиеся к его основной деятельности, для любых граждан и юридических лиц, **возмездно**, заключая публичный договор. На тех же началах АУ вправе оказывать услуги (выполнять работы), которые носят **дополнительный характер** по отношению к его основной деятельности. При этом все виды дополнительной деятельности автономного учреждения должны быть исчерпывающим образом указаны в его уставе.

Органы управления АУ

Структура органов управления АУ проста:

- высший коллегиальный орган управления – попечительский совет;

- единоличный исполнительный орган – руководитель;
- иные органы, предусмотренные законом и уставом.

Основные функции управления автономным учреждением остаются за **учредителем:**

- определение приоритетных направлений деятельности АУ;
- внесение изменений и дополнений в устав, утверждение устава в новой редакции;
- реорганизация и ликвидация;
- утверждение передаточного акта и разделительного баланса;
- назначение ликвидационной комиссии и утверждение промежуточного и окончательного ликвидационного балансов;
- назначение и прекращение полномочий руководителя, если законом не предусмотрен иной порядок;
- принятия решение о создании филиалов и открытии представительств;
- рассмотрение и одобрение предложений руководителя автономного учреждения о совершении сделок по распоряжению недвижимостью и особо ценным движимым имуществом и т.д.

Состав **попечительского совета** также формируется **учредителем,** который назначает и досрочно прекращает деятельность членов совета. В состав входят представители органа исполнительной власти, в ведении которого находится АУ, – учредителя; органа, на который возложено управление имуществом, и представители общественности, не состоящие с АУ в трудовых отношениях. Работа в попечительском совете не оплачивается, возмещаются только документально подтвержденные расходы, связанные с работой совета.

Попечительский совет, несмотря на статус высшего органа управления, является по сути совещательным органом, в чью компетенцию входят рассмотрение и выдача рекомендаций по вопросам, отнесенным к компетенции учредителя, который не вправе принимать решения по этим вопросам без рассмотрения рекомендаций попечительского совета. Единственный вопрос, в котором попечительский совет действует самостоятельно, в качестве надзорного органа, – одобрение предложений руководителя о совершении крупной сделки или сделки, в отношении которой имеется конфликт интересов (сделки с заинтересованностью).

К компетенции руководителя (главного врача) АУ отнесены все вопросы текущего руководства организацией, за исключением вопросов, отнесенных к компетенции учредителя и совета.

Также на руководителя возложена имущественная ответственность в размере убытков, причиненных автономному учреждению в результате нарушения условий совершения крупной сделки и сделки с заинтересованностью, причем независимо от того, была ли сделка признана недействительной. Крупной сделкой в целях законопроекта признается сделка, если ее цена либо стоимость отчуждаемого или обременяемого имущества превышает 5% балансовой стоимости активов АУ на последний отчетный период.

Основным отличием правого статуса **государственной (муниципальной) автономной некоммерческой организации (Г(М)АНО)** от статуса автономного учреждения является то, что Г(М)АНО обладает имуществом на праве собственности.

Так же, как и в случае с АУ, учредитель Г(М)АНО не отвечает по ее обязательствам и не получает доход от использования ее имущества и деятельности.

В отношении **видов деятельности** законопроект о Г(М)АНО почти полностью дублирует положения проекта ФЗ «Об автономных учреждениях»:

- с согласия учредителя Г(М)АНО вправе выступать учредителем (участником) и вносить денежные средства и иное имущество в уставный (скла-

дочный) капитал (фонд) или иным образом передавать в качестве учредителя (участника) других юридических лиц, деятельность которых соответствует ее целям, и способствует качественному предоставлению услуг (выполнению работ) Г(М)АНО;

- помимо **основной деятельности,** ради осуществления которой Г(М)АНО создана, она осуществляет деятельность по ***бесплатному или частично платному оказанию услуг (выполнению работ) на основании заказа учредителя.*** Финансируется эта деятельность из бюджета, государственных внебюджетных фондов или иных средств;
- при надлежащем выполнении заказа учредителя Г(М)АНО вправе по своему усмотрению **возмездно** оказывать услуги и выполнять работы, относящиеся к ее основной деятельности, для любых граждан и юридических лиц, заключая публичный договор;
- на тех же началах Г(М)АНО вправе оказывать услуги (выполнять работы), которые носят **дополнительный характер** по отношению к ее основной деятельности. При этом все виды дополнительной деятельности Г(М)АНО должны быть исчерпывающим образом указаны в ее уставе.

Органы управления Г(М)АНО

Структура органов управления Г(М)АНО схожа с таковой автономного учреждения:

- высший коллегиальный орган управления – попечительский совет, состоящий из представителей тех же органов, что и в случае с АУ;
- состав попечительского совета также формируется учредителем, который назначает и досрочно прекращает деятельность членов совета;
- единоличный исполнительный орган – руководитель;
- уставом Г(М)АНО может быть предусмотрено создание коллегиального исполнительного органа;
- иные органы, предусмотренные законом и уставом.

Компетенция попечительского совета Г(М)АНО коренным образом отличается от такового в автономном учреждении – в нее входят те вопросы, которые отнесены к компетенции учредителя АУ:

- определение приоритетных направлений деятельности организации;
- внесение изменений и дополнений в устав, утверждение устава в новой редакции;
- реорганизация и ликвидация организации;
- утверждение передаточного акта и разделительного баланса;
- назначение ликвидационной комиссии и утверждение промежуточного и окончательного ликвидационного балансов;
- назначение и прекращение полномочий единоличного и коллегиального исполнительных органов, если законом не предусмотрен иной порядок;
- принятия решение о создании филиалов и открытии представительств.

А также вопросы:

- утверждение годового отчета и годового бухгалтерского баланса, представления их учредителю;
- утверждение плана финансово-хозяйственной деятельности;
- утверждение внутренних документов в области деятельности организации и ее органов;
- рассмотрение и одобрение предложения исполнительного органа о совершении крупных сделок и сделок с заинтересованностью.

В отличие от попечительского совета АУ, попечительский совет Г(М)АНО является основным органом управления, принимающим решения по важнейшим вопросам деятельности организации.

К компетенции руководителя (главного врача) Г(М)АНО отнесены все вопросы текущего руководства организацией, за исключением вопросов, отнесенных к компетенции учредителя и совета. Также на руководителя возложена имущественная ответственность в размере убытков, при-

чиненных Г(М)АНО в результате нарушения условий совершения крупной сделки и сделки с заинтересованностью, причем независимо от того, была ли сделка признана недействительной. Крупной сделкой в целях законопроекта признается сделка, если ее цена либо стоимость отчуждаемого или обременяемого имущества превышает 10% балансовой стоимости активов Г(М)АНО на последний отчетный период.

На сегодняшний день работа над законопроектами продолжается, требуется также разработать и ряд подзаконных актов, необходимых для корректного введения законов в действие. Также возможно принятие отдельного закона, регулирующего особенности рассмотренных организационно-правовых форм в сфере здравоохранения. Обсуждается также роль и компетенция попечительских советов организаций. Решается вопрос о субсидиарной ответственности собственника имущества автономного учреждения, например, по коммунальным платежам. Вынести законопроекты на рассмотрение Правительства предполагается в июне текущего года, а ввести в действие – не ранее 2006 года.

Специалисты нашего Института непрерывно следят за работой над проектами, отслеживая последние изменения в них. Мы продолжаем вести работу по изучению новых организационно-правовых форм, в том числе порядка их деятельности, структуры органов управления, источников имущества, порядка финансирования и т.д. Изучаются вопросы преобразования действующих в сфере здравоохранения государственных (муниципальных) учреждений в автономное учреждение, государственную (муниципальную) автономную некоммерческую организацию, хозяйственное общество, вопросы подготовки учреждений к преобразованию, прорабатывается схема действий органов управления учреждения, анализируются изменения в бухгалтерской и налоговой отчетности.

Также разработаны базовый пакет организационно-методической документации по преобразованию медицинских учреждений в новые организационно-правовые формы и программа обучающих семинаров для главных врачей, финансовых директоров, главных бухгалтеров, экономистов, юристов государственных и муниципальных учреждений, действующих в сфере здравоохранения.

По принятию нового законодательства специалисты нашего Института готовы оказывать консультативную и информационную помощь обратившимся за ней медицинским учреждениям.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шишкин С.В.* О новых организационно-правовых формах организаций социальной сферы/Материалы Рабочего совещания «Пути совершенствования здравоохранения в России» г.Москва, 18–19 декабря 2004 г.

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

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРИРОВАНИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ

Исследования закономерной эволюции национальных систем здравоохранения крайне актуальны в направлении поиска и вскрытия характерных тенденций формирования и развития либеральных отношений между производителями и потребителями медицинских услуг.

Концепция рыночных реформ в здравоохранении, впервые выдвинутая среди европейских стран Великобританией и Нидерландами в 80-е годы XX века, уже к началу XXI века стала актуальной для большинства европейских государств, в том числе и бывших социалистических стран, ступивших на путь рыночных преобразований.

Д.Черниховский [1], анализируя реформы здравоохранения в западных странах, прогнозирует эволюционное развитие абсолютного большинства национальных европейских систем здравоохранения с ослаблением государственных функций обеспечения медицинского обслуживания и появлением социальных институтов, осуществляющих организацию и управление потреблением медицинской помощи.

В целом взаимосвязи и взаимозависимость между многими факторами и иерархиями причинной цели в предоставлении медико-санитарного обслуживания легче могут быть поняты при рассмотрении этих систем как открытых, построенных со специальной целью социальных систем [2].

В условиях интеграции стран Европы в рамках единого Европейского Союза (ЕС), состоявшееся и перспективное вступление в этот Евросоюз государств, возникших на территории СССР, крайне актуальными становятся проблемы единства и специфичности национальных систем здравоохранения.

Следует предположить, что, несмотря на национальные и экономические особенности отдельно взятой системы здравоохранения, переменные, характеризующие специфичность той либо иной национальной системы здравоохранения, в определенной степени могут быть классифицированы по ряду общих для всех систем признаков.

По нашему мнению, в современных условиях развития европейской цивилизации к некоторым общим характерным чертам эволюции национальных систем здравоохранения могут быть отнесены, наряду с прочими, следующие вектора:

- изменение правового статуса форм и содержания отношений между медицинскими ра-

© И.А.Тогунов, 2005 г.

ботниками и пациентами, между производителями и потребителями медицинских услуг;

- преимущественный характер экономической, финансовой составляющей здравоохранения в целом и в производственных и межличностных отношениях субъектов сферы оказания медицинской помощи;
- возникновение форм и механизмов конкуренции между одноранговыми субъектами производства и предложения медицинских услуг;
- поиск и формирование своеобразной системы многоканальности финансовых потоков для создания устойчивости финансирования медицинской помощи в условиях ослабления якобы гарантированного государственного бюджета;
- формирования методов и форм эффективной защиты прав пациентов как своеобразных противовесов в условиях маркетинговых отношений в медицине. Повышение роли институтов стандартизации, лицензирования и аккредитации, а также действенной системы экспертизы качества медицинской помощи.

В абсолютном большинстве европейских стран реформы национальных систем здравоохранения обусловлены в первую очередь решением проблем по сдерживанию расходов покрытия объема предоставленных медицинских услуг. Исключением, возможно, являются Германия и Франция, которые занимают два первых места среди стран Европейского Союза по расходам на здравоохранение.

Таким образом, при исследовании закономерного эволюционного развития и возможных методах и формах модернизации национальных систем здравоохранения стран мирового содружества можно выделить среди немаловажных прочих тенденций две основополагающие:

- развитие и приоритетность рыночных отношений субъектов системы здравоохранения;
- решение непростых задач по сдерживанию (регулированию) расходов, необходимых на покрытие медицинского обслуживания населения.

При подобном развитии событий в рамках каждой из национальных систем здравоохранения интеграционные процессы, по нашему убеждению, будут носить двойственный характер: с одной стороны, это адаптация в рамках конкретной национальной системы здравоохранения сущностей и структур систем здравоохранения, а также форм и методов управления этими системами иных государств в поисках оптимальности функционирования собственной системы; с другой, возникновение здоровой конкуренции между национальными рынками здоровья в соответствующем сегменте рынка медицинских услуг.

Первое направление ведет к определенной степени открытости и доверия, а также к тесному сотрудничеству и высокой степени интеграции.

В свою очередь конкуренция в условно негативной своей области приведет к некоторой «закрытости» национальных систем здравоохранения по отношению к конкурирующей стороне.

Методологически целесообразно рассматривать проблемы привлечения иностранных инвестиций в национальные системы здравоохранения на государственном или региональном уровне, исходя из основ конкурентного соперничества.

Будут ли готовы инвесторы вкладывать средства в конкурирующую структуру, предоставляющую медицинские услуги? Могут ли лечебно-профилактические учреждения и сама национальная система здравоохранения в целом быть инвестиционно привлекательными? Какие приоритеты государственных выгод, в частности, в сфере социального благополучия, могут явиться определяющими с целью корпоративности на уровне сущности и структур различных систем здра-

воохранения, а также на уровне инвестирования либо объединения финансовых средств?

Вскрытые противоречия между объективной необходимостью углубления интеграции национальных систем здравоохранения и естественной конкуренцией как обязательного элемента рыночных отношений в условиях глобализации возможно при создании над национальных структур, занимающихся вопросами общественного здоровья. Структуры эти, по всей видимости, обязаны взять на себя решение проблем становления и развития интегрированной системы здравоохранения, в том числе проблем финансового обеспечения. Подобные структуры в определенной степени могут усилить и скоординировать действия по разработке теоретических и методологических решений, прикладного обеспечения работ по интеграции в рамках национальных и общих задач здравоохранения и решить вопросы концентрации и инвестирования соответствующих финансовых корпоративных средств. Вполне понятно, что в правовом поле должно быть законодательно обеспечено возможное единство.

Таким образом, к примеру, исследовать проблемы перспективного развития кадрового и иного ресурсного потенциала отдельно взятой национальной системы здравоохранения, развития и соотношения современных и перспективных медицинских технологий, привлечение иностранных инвестиций в национальные системы здравоохранения, по нашему убеждению, представляется возможным лишь в рамках системного подхода с учетом реалий, условно определенных категорией «глобализация».

По всей видимости, уже сегодня необходимо включение в курсы учебных программ подготовки и переподготовки специалистов в области общественного здоровья тем под условным названием «Европейские интеграционные процессы и здравоохранение. Здравоохранение в условиях глобализации».

Представляемая публикация не претендует на глубину и исчерпывающее исследование обозначенной проблемы. Задачи автора значительно скромнее: затронуть вопросы, решение которых в доступной нам литературе представлено крайне недостаточно.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Chernichovsky D.* Health system reform in industrialized democracies: An emerging paradigm/The Milbank Quarterly, 1995. – V. 73. – № 3. – С.339–372.
2. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. Стратегия улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах/Под ред. Г.Жаркович с соавт. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. – 21 с.

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

ОТ РЕДАКЦИИ:
В прошлом номере нашего журнала были опубликованы Приказ Департамента здравоохранения Правительства Москвы «О мерах по упорядочению практики оказания платных медицинских услуг в медицинских учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы» и Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга «О порядке предоставления платных медицинских услуг». Не секрет, что медицинская общественность многих регионов рассматривает наработки Москвы и Санкт-Петербурга как своего рода полигон апробирования новых идеологических подходов к оказанию платных услуг. Сегодня мы публикуем комментарий к этим документам, в котором приведено сопоставление позиций органов управления здравоохранением Москвы и Санкт-Петербурга по ключевым проблемам предоставления платных медицинских услуг. Учитывая, что в сфере оказания платных медицинских услуг по-прежнему остается много нерешенных вопросов, хотелось бы узнать точки зрения наших читателей на эту проблему. Приглашаем всех к дискуссии по проблемам оказания платных услуг.

О НЕКОТОРЫХ ПОДХОДАХ К ПРОБЛЕМЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ (на примере Москвы и Санкт-Петербурга)

Анализ опубликованных документов (включая материалы Коллегии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, опубликованные в 12-м номере журнала за прошлый год) показывает близость исходных позиций органов управления здравоохранением Москвы и Санкт-Петербурга в вопросах оказания платных услуг. Признается важность платных услуг как дополнительного источника для поддержания материально-технической базы учреждений здравоохранения, повышения уровня оплаты труда медицинского персонала и улучшения возможностей оказания медицинской помощи населению.

Одновременно признается, что оказание бюджетными учреждениями здравоохранения платных медицинских услуг неизбежно порождает целый ряд проблем, связанных с обеспечением прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, с соблюдением финансовой дисциплины и т.д. Это предполагает необходимость совершенствования государственного регулирования порядка предоставления платных медицинских услуг.

Если взглянуть на проблему шире (выходя за пределы Москвы и Санкт-Петербурга), то хорошо видно, что подходы к регулированию вышестоящими органами власти порядка оказания платных медицинских услуг отличаются большим разнообразием. В одних случаях, понимая неизбежность предоставления бюджетными учреждениями платных услуг, власти стараются

не замечать имеющих место очевидных нарушений (подмена платными услугами бесплатной медицинской помощи; ухудшение возможности получения гражданами бесплатной медицинской помощи из-за параллельного оказания в одних и тех же кабинетах платных и бесплатных услуг и т.д.).

В других же случаях имеет место перестраховка: вводятся необоснованные ограничения в оказании платных услуг (например, в основное рабочее время без учета специфики услуг; право учреждений самостоятельно использовать полученный от оказания платных услуг доход и т.д.). Очевидно, и в первом, и во втором случаях мы имеем дело с крайностями. В то же время поиск «золотой середины» вряд ли можно признать приемлемым – нельзя пытаться найти «допустимый уровень нарушений».

Представляется, что подход к регулированию порядка предоставления платных медицинских услуг должен быть другим: необходимо попытаться выявить основные ключевые проблемы, возникающие в процессе оказания платных медицинских услуг, и найти решение каждой из них. В этом тоже видится единство подходов Москвы и Санкт-Петербурга.

Структура рассматриваемых документов, несмотря на наличие ряда аналогичных разделов, довольно сильно различается. В Московском Приказе много внимания уделено вопросам ценообразования, приведено «Типовое положение об отделении (кабинете) по оказанию платных медицинских услуг населению». В Санкт-Петербургском Распоряжении более подробно описаны основания для предоставления услуг на платной основе, регламентирован порядок получения учреждениями здравоохранения разрешения на предоставление платных медицинских услуг (в Москве этому посвящен отдельный документ).

К достоинствам распоряжения, изданного в Санкт-Петербурге, можно отнести то, что в его подготовке и обсуждении приняли участие представители Территориального фонда ОМС, Комитета финансов и ряда других комитетов, депутаты Законодательного Собрания Санкт-Петербурга, медицинские ассоциации и Ассоциация страховщиков, кафедры медицинских Вузов, научно-исследовательские организации Санкт-Петербурга и Москвы, широкие круги медицинской общественности (к сожалению, информации о порядке разработки Московского Приказа у нас нет). Все это позволило создать нормативный документ, согласованный со всеми сторонами, имеющими отношение к этой проблеме. А это крайне важно, учитывая, что оказание платных услуг прямо или косвенно затрагивает интересы не только самого населения, но и всех субъектов системы обязательного медицинского страхования.

К достоинствам московского документа относятся более широкий список основных используемых понятий, а также «Перечень документов, регламентирующих деятельность медицинских учреждений по оказанию платных медицинских услуг» (Приложение № 5). При этом характерно, что в обоих документах отсутствуют ссылки на Конституцию РФ. Совершенно ясно, что отсутствие ссылок на Конституцию ни в коей мере не является каким-либо нарушением, и можно было бы ограничиться констатацией этого факта.

Однако, например, депутаты Законодательного Собрания Санкт-Петербурга делают по этому поводу укор исполнительной власти. Поэтому коснемся вопросов, связанных с Конституцией, более подробно.

Очевидно, дело не в том, упоминается ли Конституция в документах, регламентирующих порядок предоставления платных медицинских услуг, или нет, а в том, противоречат ли рассматриваемые документы Конституции или нет.

Для этого обратимся к статье 41 Конституции РФ, которая гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Эта статья означает не запрет на оказание платных услуг в госу-

дарственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, как это некоторые пытаются трактовать, а лишь то, что за счет бюджета и средств обязательного медицинского страхования помощь для граждан должна предоставляться бесплатно.

Представим сравнительный анализ Приказа Департамента здравоохранения Правительства Москвы «О мерах по упорядочению практики оказания платных медицинских услуг в медицинских учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы» и Распоряжения Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга «О порядке предоставления платных медицинских услуг» по другим позициям в виде таблицы (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ
Приказа Департамента здравоохранения Правительства Москвы
и Распоряжения Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

Сравниваемые позиции	Приказ Москвы	Распоряжение Санкт-Петербурга
Сфера действия документов	Медицинские учреждения системы Департамента здравоохранения города Москвы (преамбула приказа)	Правила обязательны для исполнения не только всеми городскими учреждениями здравоохранения Санкт-Петербурга, но также иными медицинскими организациями при оказании ими медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы госгарантий (п.1.2)
	Комментарий: *в Санкт-Петербурге федеральные, ведомственные и частные организации, работающие в системе ОМС или оказывающие определенные виды медицинской помощи бесплатно для населения за счет финансирования из бюджета по договорам, обязаны придерживаться этих правил при предоставлении гражданам, имеющим право на бесплатную медицинскую помощь в указанных ситуациях, дополнительных платных услуг*	
Определение платных медицинских услуг	Платные медицинские услуги – медицинские услуги и услуги медицинского сервиса, оказываемые медицинскими учреждениями пациентам за счет личных средств граждан, организаций, средств добровольного медицинского страхования и иных источников, предусмотренных законодательством (п.1)	Платные медицинские услуги - это медицинские услуги, которые в соответствии с действующим законодательством не должны предоставляться за счет средств государственных внебюджетных фондов и бюджета, а также все медицинские услуги, предусмотренные действующими отраслевыми классификаторами, которые предоставляются на возмездной основе по желанию граждан (п.1.3)
	Комментарий: *в санкт-петербургском документе определение одновременно содержит и два важнейших основания для предоставления услуг на платной основе: к платным услугам относятся и «заведомо платные» услуги и любые «бесплатные», оказываемые по желанию граждан*	
Основания для оказания платных услуг	- Выполнение в полном объеме учреждением территориальной Программы государственных гарантий. - Отсутствие соответствующих медицинских услуг в Гарантированной программе и целевых комплексных программах. - Наличие лицензии на соответствующие виды медицинской деятельности и специального разрешения на оказание платных медицинских услуг. - Добровольное желание пациента получить медицинскую услугу за плату. - Оказание платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (п.2.2)	- отсутствие обязательств по оплате данного вида медицинской помощи (медицинской услуги) из средств бюджетов и внебюджетных фондов; - оказание медицинских услуг по инициативе гражданина (п.2.1)
	Комментарий: *ключевые основания совпадают. Требование наличия лицензии имеется в п.3.4 Распоряжения (СПб). Однако в санкт-петербургском документе в качестве основания отсутствует требование выполнения плановых заданий в рамках Программы госгарантий. Это объясняется тем, что, во-первых, текущий (ежедневный) контроль выполнения плана по всем подведомственным учреждениям осуществлять невозможно, а разрешать оказывать платные услуги только в конце месяца после того, как выполнен месячный план, бессмысленно. Во-вторых, не всегда невыполнение плана – вина учреждений (например, в роддомах). В-третьих, соблюдение прав граждан на бесплатную помощь должно обеспечиваться требованием недопущения ухудшения условий оказания медицинской помощи лицам, имеющим право на бесплатную медицинскую помощь (п.2.4)*	

Таблица 1 (продолжение)

Сравниваемые позиции	Приказ Москвы	Распоряжение Санкт-Петербурга
Конкретизация видов услуг, средств и материалов, подлежащих оплате	Приведен в п.3.1	Приведен в п.2.2, 2.3 и 2.4
	Комментарий: *в целом перечень услуг совпадает. Однако перечень в Распоряжении (СПб), во-первых, шире. Во-вторых, включает еще и перечень средств и материалов, подлежащих оплат. В-третьих, выделяется перечень ситуаций*	
Время и место оказания платных услуг	В специально организованных структурных подразделениях (отделениях, кабинетах) оказание платных медицинских услуг медицинским персоналом осуществляется в свободное от основной работы время (п.2.6)	Жестко не регламентируется
	Комментарий: *в московском приказе имеется некоторая неясность относительно того, касается ли требование оказания платных медицинских услуг в свободное от основной работы время, в том числе и работников хозрасчетных подразделений (что было бы нелогичным)*	
Возможность оказания платных медицинских услуг в основное рабочее время	В порядке исключения (при условии первоочередного оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и при выполнении специалистами объемов медицинской помощи по Гарантированной программе): - в случаях, когда технология их проведения ограничена рамками основного рабочего времени медицинского учреждения; - в случаях, когда условия работы за счет интенсивности труда позволяют оказывать платные медицинские услуги без ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи (п.2.7)	- если это не создает препятствий для получения бесплатной медицинской помощи лицами, имеющими на это право; - если в силу особенностей процесса оказания медицинской помощи невозможно организовать предоставление медицинских услуг за плату во внерабочее время (п.3.6)
	Комментарий: *принципиально важно то, что оба документа допускают оказание платных услуг в основное рабочее время. Описания ситуаций, при которых это возможно, по смыслу очень близки (см. специальный материал на эту тему в журнале «Менеджер здравоохранения», № 5 за 2004 г.)*	
Возможность оказания платных услуг вне общей очереди	Внеочередная госпитализация в стационар при предоставлении платных медицинских услуг проводится только на специальные выделенные койки - внебюджетные (сверх государственного муниципального заказа) (п.2.8)	Оказание плановой медицинской помощи возможно вне общей очереди при недопущении ухудшения условий оказания медицинской помощи лицам, имеющим право на бесплатную медицинскую помощь: в хозрасчетных кабинетах и подразделениях, специалистами в свободное от основной работы время и т.д. (п.2.4)
	Комментарий: *при близости идеологических подходов санкт-петербургский документ предоставляет больше возможностей для использования данного основания предоставления услуг на платной основе*	
Форма заключения договора (письменная или устная)	Договор с пациентом может быть заключен в устной или письменной форме: - устная форма договора в соответствии с п. 2 ст. 159 ГК РФ предусмотрена в случаях предоставления услуг немедленно, при заключении договора (письменным доказательством ее предоставления являются: - медицинская карта больного с перечнем предоставленных услуг; - кассовый чек или бланк строгой отчетности об оплате услуг, сумма в котором соответствует прейскуранту услуг); - письменная форма договора в соответствии со ст. 161 ГК РФ предусмотрена в случаях предоставления услуг, исполнение которых носит пролонгированный по времени характер (п.2.10)	Договор о предоставлении платных медицинских услуг с гражданами (физическими лицами) и организациями (юридическими лицами) должен заключаться в простой письменной форме (п.3.8)
	Комментарий: *несмотря на кажущуюся противоположность подходов, они по своей сути близки. Ни один из рассматриваемых нормативных актов не требует непременного наличия письменного документа во всех без исключения ситуациях.* *Дело в том, что совершение лицом, получившим предложение (оферту), действий по выполнению указанных в нем условий договора (оплата соответствующей суммы и т.д.) считается согласием заключить договор (акцептом) (ст.438 ГК РФ). Причем если согласие заключить договор получено подобным образом, то в соответствии со ст.434 ГК РФ письменная форма договора считается соблюденной. То есть заключить письменный договор (договор, приравненный к письменному) можно не подписывая письменного (бумажного) документа*	

Таблица 1 (продолжение)

Сравниваемые позиции	Приказ Москвы	Распоряжение Санкт-Петербурга
Ценообразование	Цены устанавливаются по утвержденным методикам или в фиксированном виде Департаментом здравоохранения города Москвы, однако могут изменяться руководителем медицинского учреждения (раздел 4, а также приложения № 2–4)	Государственное регулирование цен (тарифов) на платные медицинские услуги не применяется. Цены на медицинские услуги формируются в порядке, предусмотренном Методическими рекомендациями по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденными Министерством экономики Российской Федерации от 06.12.1995 № СИ-484/7-982 (раздел 7)
	Комментарий: *Существует Постановление Правительства РФ, прямо запрещающее государственное регулирование цен на целый ряд видов товаров и услуг, в том числе и на платные медицинские услуги. Речь идет о Постановлении Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. № 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)».* *Поэтому в Санкт-Петербурге не вмешиваются в вопросы ценообразования (контролируя только правильность методики и то, чтобы уровень цен был не ниже себестоимости), а в Москве дают право учреждениям отходить от утверждаемого уровня цен (см. специальный материал в журнале «Менеджер здравоохранения», № 2 за 2004 г., а также в рубрике «Вопросы и ответы» в № 2 за 2005 г.)*	
Наличие льгот на платные услуги	Пенсионерам предоставлена 50%-ная скидка, а часть категорий вообще освобождена от оплаты некоторых услуг (раздел I приложения 3)	Не предусмотрены (п.7.4)
	Комментарий: *предоставление льгот со стороны вышестоящих органов требует соответствующего финансирования с их стороны, иначе это будет означать финансовое нарушение (см. специальный материал в журнале «Менеджер здравоохранения», № 7 за 2005 г., а также в рубрике «Вопросы и ответы» в № 12 за 2004 г.).*	
Возможность предоставления платных немедицинских услуг	Медицинские учреждения предоставляют за плату услуги медицинского сервиса и косвенно связанные с медицинскими услугами: - пребывание в стационаре с целью обеспечения ухода; - доставка лекарств на дом; - транспортные услуги; прокат изделий медицинского назначения; - выдача дубликатов медицинской документации по запросу граждан (п.3.3)	Учреждения здравоохранения вправе предоставлять за плату немедицинские услуги (дополнительные бытовые и сервисные услуги, включая пребывание в палатах повышенной комфортности; дополнительный уход, не обусловленный медицинскими показаниями; дополнительное питание и т.д.; транспортные и другие услуги) (п.1.7)
	Комментарий: *позиции близки. К сожалению, в ряде регионов медицинским учреждениям запрещают оказывать платные немедицинские услуги (см. специальный материал на эту тему в журнале «Менеджер здравоохранения», № 5 за 2005 г.)*	
Регулирование платных услуг в форме оказания медицинской помощи по программам добровольного медицинского страхования	Правила в полном объеме регулируют порядок оказания медицинских услуг в системе добровольного медицинского страхования (раздел 6)	Правила не регулируют порядок оказания медицинских услуг в системе добровольного медицинского страхования в части получения специального разрешения вышестоящего органа управления здравоохранением на осуществление указанных видов деятельности (п.1.5)
	Комментарий: *в п.2 Постановления Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» сказано: «Платные медицинские услуги населению осуществляются медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей». Оказание же медицинских услуг в системе ДМС не подпадает под это определение. Соответственно специального разрешения вышестоящего органа на осуществление указанных видов деятельности не требуется*	
Права страховых организаций контролировать порядок оказания платных услуг	Не прописаны	Учреждения здравоохранения при предоставлении за плату по желанию граждан медицинских услуг, входящих в Территориальную программу ОМС, обязаны по требованию страховой организации предъявить для ознакомления договор о предоставлении данных видов медицинской помощи (п.4.4)
	Комментарий: *в Санкт-Петербурге созданы возможности для дополнительного контроля за обоснованностью взимания денежных средств с населения*	

Таблица 1 (окончание)

Сравниваемые позиции	Приказ Москвы	Распоряжение Санкт-Петербурга
Возможности контроля за соблюдением добровольности получения пациентами платных услуг	При оказании медицинских услуг, предусмотренных Гарантированной программой, на платной основе по желанию пациента медицинские учреждения обязаны информировать пациента о возможности получения им услуги бесплатно и дополнительно к договору получить его письменное согласие на платную медицинскую услугу, содержащее информацию об ознакомлении пациента об имеющейся альтернативе бесплатного получения медицинских услуг и волеизъявлении пациента на получение медицинских услуг за плату (п.2.10)	В различных выражениях содержится требование зафиксировать в медицинской карте отказ пациента от получения бесплатной для него медицинской помощи в обычных условиях (пп.2.3–2.5)
	Комментарий: *общие подходы к этой проблемы в рассматриваемых документах близки*	
Регламентация использования средств, полученных от оказания платных услуг, на оплату труда	Фонд оплаты труда формируется после оплаты всех обязательных платежей, но не превышает предельно допустимый уровень 60% от полученного дохода (п.5.5). На оплату труда административного персонала предусматривается в суммарном объеме до 5% от средств, направляемых на оплату труда (п.5.6)	Вышестоящие и иные органы не вправе ограничивать направление использования средств, полученных за счет предоставления платных медицинских услуг (устанавливать максимальный размер или долю средств, направляемых на оплату труда или другие статьи расходов и т.д.) (п.8.2)
	Комментарий: *в соответствии с п.6 статьи 161 Бюджетного кодекса: «Бюджетное учреждение при исполнении сметы доходов и расходов самостоятельно в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников» (см. специальный материал на эту тему в журнале «Менеджер здравоохранения», № 9 за 2004 г. а также в рубрике «Вопросы и ответы» в № 1 за 2004 г.)*	
Оплата труда руководителя учреждения	Размер материального поощрения главному врачу за организацию работы по оказанию платных медицинских услуг устанавливает соответствующий (по подчиненности) орган управления здравоохранением (п.5.6)	Размер материального поощрения руководителей государственных учреждений здравоохранения за организацию предоставления платных медицинских услуг согласовывается Комитетом по здравоохранению (п.8.4)
	Комментарий: *позиции совпадают и соответствуют статье 145 Трудового кодекса РФ*	
Обязанность учреждения использовать доходы от платных услуг на возмещение дефицита средств из общественных источников	Не оговаривается	На возмещение недостатка средств бюджета или обязательного медицинского страхования по решению руководителя государственного учреждения здравоохранения может направляться только часть прибыли от оказания платных медицинских услуг, оставшаяся после уплаты налогов (п.8.3)
	Комментарий: *возмещение недостатка средств бюджета или обязательного медицинского страхования за счет платных услуг – право, а не обязанность медицинского учреждения*	

В завершение отметим, что если попытаться вкратце выразить наиболее рациональную, на наш взгляд, позицию органов управления здравоохранением по проблеме оказания платных услуг, то ее можно сформулировать следующим образом: следует не замалчивать сложные вопросы оказания платных услуг (оказание платных услуг в основное рабочее время и т.д.), делая вид, что их не существует, а попытаться четко регламентировать поведение учреждений здравоохранения в этих ситуациях. Органы управления здравоохранением Москвы и Санкт-Петербурга в ряде случаев пошли по разному пути. Но в целом документы объединяет то, что в них сделаны попытки регламентировать основные ситуации, вызывавшие до этого споры и конфликты (условия оказания платных услуг вне общей очереди, в основное рабочее время и т.д.). Тем самым устанавливаются более четкие «правила игры» и одновременно снимаются многие необоснованные ограничения по оказанию платных услуг. В конечном счете это будет служить интересам и граждан, и самих медицинских учреждений.

В.И.СТАРОДУБОВ, профессор, академик РАМН
Н.Г.КУРАКОВА, к.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ

ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ НЕМАТЕРИАЛЬНЫХ

В любой медицинской организации нематериальных активов (НМА) насчитывается не меньше, чем объектов недвижимости. К ним относятся объекты промышленной собственности (способы диагностики, лечения, медицинские инструменты и техника, модели медицинской одежды и пр.), группа объектов авторского права (базы данных, медицинские информационные системы, методические пособия и руководства для врачей, типовые формы опроса пациента, демонстрационные версии оперативных вмешательств и пр.) и нетрадиционные объекты интеллектуальной собственности (сведения об организационно-управленческой деятельности, системы управления качеством, информация административного, коммерческого и финансового характера, используемая в режиме коммерческой тайны). Уже сегодня НМА могут стать инструментом улучшения имущественных отношений в медицинской организации – возможные варианты использования НМА будут рассмотрены в следующей статье цикла. Цель настоящей статьи – дать обзор возможных подходов к оценке НМА.

Согласно опубликованным в 1996 году данным комиссии по бухгалтерским стандартам Великобритании, суммы, выплачиваемые за НМА, возросли с 1% в 1976 году до 44% в 1986 году, а в 1996 году, то есть еще 20 лет спустя, стали составлять до 90% от суммы сделок. Современные концепции интеллектуального капитала, представленные в основном авторами из Северной Европы, Австралии и США, идут гораздо дальше, требуя еще более радикальных изменений в принципах оценки и учета НМА, и приводят многочисленные примеры разительного несовпадения между расчетными показателями рыночной стоимости и реальной ценой сделок в сфере бизнеса, основанного на знаниях. Наиболее яркие и убедительные из этих примеров – поглощение фирмы Lotus фирмой IBM за 3,5 млрд. долларов при балансовой стоимости 226 млн. долларов и падающей доходности (Edvinsson L., Malone M.S. 1997) [1].

Пока Россия относится к числу стран, где рыночная стоимость предприятия может вообще не существовать (акции не котируются) либо отражать интересы спекулирующих или контролирующих групп участников («голубые фишки»). Поэтому балансовая оценка нематериальных активов предприятий, с практической точки зрения, выглядит более доступной, однако, трудности с идентификацией, оформлением предметов собственности и оценкой таких активов приводят к тому, что в балансах большинства российских предприятий в графе «Нематериальные активы» стоит прочерк. Кроме того, действующий механизм учетной политики не позволяет формально относить многие виды расходов к формированию нематериальных активов, хотя (с позитивной точки зрения) они таковыми являются (например, реклама).

Для того, чтобы эффективно использовать НМА и в первую очередь их главную составляющую – интеллектуальную собственность (ИС), на первоначальном этапе нужно ответить на следующие основные вопросы:

- Действительно ли рассматриваемый объект относится к объектам ИС?
- Если рассматриваемый объект является объектом ИС, то к какому ее виду он относится?
- Кто является собственником ИС на момент ее рассмотрения и оценки?
- Если собственниками ИС являются несколько лиц (например, совладельцы патента на изобретение), то каковы их человеческие и юридические (например, трудовые) взаимоотношения на момент оценки?
- Имеются ли договоры на выполнение работ, в ходе которых были созданы и оформлены оцениваемые ИС (например, медицинские информационные системы)? Если имеются, то как распределены права на этот про-

© В.И.Стародубов, Н.Г.Куракова, 2005 г.

АКТИВОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

граммный продукт между заказчиками НИР и исполнителями (авторами и заявителями)?

На втором этапе нужно четко определить объем прав на объекты ИС и степень их защищенности. Для получения нужной информации необходимо ответить на следующие основные вопросы:

- Предоставлялась ли информация об оцениваемой ИС на выставках, конкурсах, ярмарках, в рекламных изданиях и в открытой печати? И если предоставлялась, то какова эта информация?
- Какие права на объекты ИС имеет ее владелец (например, частичные или исключительные права, право полной собственности, хозяйственного ведения, оперативного управления)?
- Какие документы подтверждают защиту прав на объекты ИС?
- Каково юридическое обоснование оставшегося срока службы защитных документов на ИС?
- Уплачены ли (если уплачены, то за какой срок) пошлины за сохранение силы охранного документа на ИС (например, патента на изобретение, в случае, если авторское свидетельство на это изобретение переведено в патент)?
- Каков характер (тип или назначение) продукции или услуг, в которых может быть использована оцениваемая ИС?
- Имеются ли акты, подтверждающие факт использования оцениваемых объектов ИС на практике? Такие акты должны представлять собой заверенные копии с указанием объемов использования (в натуральных и экономических показателях), затрат на использование (включая выплату вознаграждений авторам, если речь идет, например, об авторских свидетельствах на изобретение).
- Имеются ли данные о других (в том числе конкурирующих) организациях, использующих аналогичные по назначению объекты ИС? Если такие данные имеются, то каковы эти данные?

Количество методов оценки ИС значительно превышает количество методов оценки недвижимости, поскольку в число методов, характерных только для оценки ИС (и совершенно не могущих быть использованными при оценке недвижимости), входят такие как «освобождение от роялти», многочисленные разновидности методов «преимущество в прибыли» и «преимущество в расходах». Технологии оценки объектов ИС могут быть следующими:

- *договорная* (например, при определении вклада в уставный капитал, когда учредители договариваются между собой относительно стоимости ИС, образующей вклад без проведения каких-либо расчетов);
- *расчетная* (аналитическая) (например, при оценке изобретения, когда искомая стоимость изобретения определяется расчетом по определенному алгоритму);
- *экспертная* (например, при оценке многих объектов авторских прав).

Основной технологией оценки ИС, используемой в России и принимаемой Налоговой инспекцией, является расчетная (аналитическая) технология. Классификацию подходов к оценке ИС (так же, как и других видов собственности) можно базировать на разных признаках деления. В качестве такого признака будет оправданным взять те градации, которые характеризуют взаимосвязи между человеком и главными характеристиками процесса его труда. Понятно, что в любой целесообразной деятельности человека (не важно, является ли она хозяйственной или какой-либо другой) могут существовать только три градации таких взаимосвязей:

1. Результаты (доход, эффект).
2. Затраты (расходы, издержки).
3. Совокупность результатов и затрат.

Эти градации и обусловили появление следующих трех подходов к оценке собственности (в том числе оценки ИС):

1. Доходный (результатный).
2. Затратный.
3. Сравнительный (результатно-затратный).

К этим же трем подходам можно прийти, если в основу классификации заложить другой признак классификации – участки континуума времени, которые принимаются в расчет при оценке различных видов собственности. Так, если учитывается только прошедшее время, то методы объединяются в группу затратного подхода. Если учитывается только настоящее время, то методы относятся к рыночному подходу. Если же во внимание принимается только будущее время, то методы объединяются доходным подходом [2].

При оценке объектов **промышленной собственности (ПС)** применяются принципы, изложенные в Налоговом кодексе РФ (пп.1, 2 и 4 ст.40) и законе «О бухгалтерском учете» (ст. 9 и 11):

- приобретенной организацией – суммированием фактически произведенных расходов на покупку по лицензионному договору;
- произведенной в самой организации – по стоимости изготовления (затратам на создание объекта ПС);
- полученной безвозмездно – по рыночной стоимости на дату оприходования.

Для обоснования позиции о достоверности стоимости объекта промышленной собственности (ПС) для целей налогообложения можно воспользоваться двумя принципами определения стоимости, установленными Налоговым кодексом РФ:

- принимается стоимость, указанная сторонами сделки в лицензионном договоре (пока не доказано обратное, предполагается, что указанная в договоре стоимость соответствует уровню рыночных цен);
- рыночной стоимостью объекта промышленной собственности признается стоимость, сложившаяся при взаимодействии спроса и предложения на рынке идентичных объектов ПС.

При оценке стоимости объектов промышленной собственности организации можно выделить доходные методы (преимущество в прибыли; освобождения от роялти; выигрыш в себестоимости) и затратные методы (стоимость создания; стоимость приобретения). Рекомендуется применять, по крайней мере, два метода оценки и, если возможно, всегда использовать метод стоимости создания ПС [3].

Компромиссным вариантом стоимостной оценки НМА организации, по мнению ряда авторов [4], является затрат-

Метод преимущества в прибыли

Этот метод применяется в том случае, если есть возможность с разумной степенью точности определить преимущества в прибыли, ассоциированные только с одним конкретным активом, например, оценка секретной технологии производства конкретного продукта.

При использовании этого метода необходимо проделать следующие шаги:

- сделать прогноз относительно объема продаж;
- определить срок службы актива;
- определить преимущество в цене продажи продукции;
- капитализация потока прибылей.

Метод освобождения от роялти

В этом методе делается допущение, что патентом владеет третья сторона и, следовательно, истинный владелец должен платить роялти за право пользования патентованным средством.

В силу того, что патент на самом деле является собственностью его истинного владельца, ему не нужно платить роялти – отсюда название метода «освобождение от роялти».

Этот метод традиционно применяется для оценки стоимости патента. Роялти обычно представляют ставкой **P**, выраженной в процентах от базы, в качестве которой могут использоваться:

- валовый доход;
- чистый доход;
- цена единицы продукции;
- себестоимость и т. д.

Обычно базой является цена единицы продукции.

ный подход, подразумевающий вычленение из общего потока расходов предприятия затрат, связанных с созданием и использованием нематериальных активов, например, расходов на создание и поддержку репутации медицинской организации (реклама, участие в выставках, опросы и анкетирование пациентов, представительские расходы), на создание организационной культуры (систем мотивации и стимулирования сотрудников, разработку положений и должностных инструкций), расходы на приобретение научной периодики и специальной литературы, тренинги и программы переподготовки сотрудников, проведение прикладных исследований, создание баз данных, экспертных систем и других видов программного обеспечения, юридическое оформление прав на объекты ИС и пр.

Бухгалтерский учет объектов ИС как составной части нематериальных активов (подп. «ш» п.2 Положения о составе затрат..., включаемых в себестоимость...), осуществляется на счете 04, предназначенном для обобщения информации о наличии и движении нематериальных активов, принадлежащих предприятию. Основанием для записи в регистрах бухгалтерского учета являются первичные документы, фиксирующие факт совершения хозяйственной операции.

В следующей публикации будут рассмотрены возможные пути использования организацией идентифицированных и оцененных НМА.

Метод выигрыша в себестоимости

Если нематериальный актив позволяет сэкономить на затратах, он вносит вклад в прибыль предприятия. Применим для оценки стоимости секретной технологии, контракта по найму ценного работника и т.д.

При использовании этого метода необходимо проделать следующие шаги:

- сделать прогноз относительно объема продаж;
- определить срок службы актива;
- определить преимущество в себестоимости продукции;
- капитализация потока прибылей.

Метод стоимости создания

Метод используется для оценки таких активов, как патенты, секретные технологии, адресные списки. Метод стоимости создания может быть использован в качестве теста для проверки рыночной стоимости, полученной другими методами. При использовании этого метода необходимо проделать следующие шаги:

- выявить все затраты на создание промышленной собственности, в частности, затраты на поисковые работы, включая предварительную проработку проблемы, затраты на теоретические исследования, затраты на проведение экспериментов, затраты на проведение испытаний, затраты на услуги сторонним организациям, затраты на выполнение эскизного, технического и рабочего проектов, затраты на правовую охрану промышленной собственности, затраты на маркетинговые исследования;
- учесть прибыль на инвестиции;
- вычислить стоимость создания и охраны ПС с учетом коэффициента научной значимости ПС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Козырев А.Н., Макаров В.Л.* Оценка стоимости нематериальных активов и интеллектуальной собственности//Учебное пособие. – М., 2003. – 421 с.
2. *Азгальдов Г.Г., Карпова Н.Н.* Оценка интеллектуальной собственности в системе имущественных отношений: важность, сложность, проблематика//Имущественные отношения в РФ. – 2002. – №7(12). – С. 7–90.
3. *Кузнецов В.И.* Оценка стоимости государственных и муниципальных предприятий для целей приватизации//Вопросы оценки. – 2004. – №4. – С. 43–49.
4. *Старкова Н.О., Костецкий А.Н.* Исследование процесса формирования интеллектуальных активов фирмы и моделирование механизмов их влияния на эффективность функционирования. – 2000. – http://intel-assets.h1.ru/projects_rus.htm

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н.Кадыров

Как правильно называть отделения, занимающиеся оказанием только платных медицинских услуг: коммерческие или хозрасчетные?

Поскольку термины «коммерческий» и «хозрасчетный» характеризуют разные понятия, то их нельзя противопоставлять.

Термин «коммерческий» означает, что подразделение занимается только (или в основном) осуществлением предпринимательской деятельности.

Термин «хозрасчет» характеризует систему внутриучрежденческих экономических отношений, основанных на принципах самоокупаемости, самофинансирования и т.д. Поэтому отделение (подразделение) может быть одновременно и коммерческим, и хозрасчетным. А может быть коммерческим, но не хозрасчетным или, наоборот, некоммерческим, но хозрасчетным (например, при работе в системе ОМС).

Однако следует иметь в виду, что нужно быть крайне осторожными в применении указанных и аналогичных терминов. Понятия «коммерческий» и «некоммерческий» принято использовать в гражданском законодательстве для характеристики юридических лиц (коммерческие или некоммерческие организации). Отделения же медицинского учреждения, даже занимающиеся только оказанием платных услуг, не являются самостоятельными юридическими лицами.

Кроме того, использование в наименованиях отделений (подразделений) терминов, отсутствующих в официальных нормативных документах, определяющих номенклатуру учреждений, отделений, врачебных специальностей и т.д., может создать серьезные проблемы, с точки зрения льготного пенсионного обеспечения работников этих отделений (подразделений).

Поэтому не рекомендуется в официальных названиях отделений (подразделений) медицинского учреждения использовать слова «хозрасчетное», «коммерческое» и т.д. Систему экономических отношений, финансовые основы деятельности отделений (подразделений) целесообразнее прописывать в таких документах, как «Положение об отделении», «Положении о хозрасчетных принципах деятельности» и т.д. Например, в «Положении об отделении» может содержаться фраза примерно следующего содержания: «Деятельность ....(наименование) отделения строится на хозрасчетных отношениях, предполагающих....».

Обязательно ли при оплате труда пропорционально стоимости оказанных услуг (в процентах от стоимости услуг) выплачивать надбавку за непрерывный стаж, доплаты и повышения за вредность и т.д.?

При оплате труда в процентах от стоимости оказанных услуг (например, пропорционально стоимости оказанных платных медицинских услуг), то есть при применении так называемой бестарифной системы оплаты труда, отдельная выплата надбавок, доплат и повышений, как правило, не предполагается. Однако это не означает, что работники лишены возможности получения тех из них, которые предусмотрены действующим законодательством и нормативными актами, регулирующими вопросы оплаты труда в здравоохранении. Дело в том, что установление нормативов оплаты труда в процентом отношении от стоимости оказанных услуг предполага-

ет, что при расчетах нормативов должен использоваться уровень оплаты труда не ниже предусмотренного действующими нормативными актами. В частности, оплата труда должна предусматриваться с учетом всех полагающихся работникам надбавок, доплат и повышений в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 15 октября 1999г. № 377 «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения».

Хотим предусмотреть в Положении об оплате труда хозрасчетного отделения возможность штрафных санкций за упущения в работе. Допустимо ли введение штрафов, ведь речь идет не о подразделениях, финансируемых за счет бюджета или ОМС, а об отделении, зарабатывающем себе зарплату за счет оказания платных услуг?

В соответствии с действующим трудовым законодательством штрафные санкции к работникам недопустимы независимо от источника финансирования (бюджет, ОМС, платные услуги). Тем не менее, это не означает отсутствия возможностей экономического воздействия на провинившихся лиц.

В Положении об оплате труда может предусматриваться снижение фонда оплаты труда или фонда материального поощрения за те или иные упущения в работе (понижающие коэффициенты, снижение КТУ и т.д.). Однако речь может идти об уменьшении только той части фонда оплаты труда подразделения или индивидуальной зарплаты работника, которая выше гарантированного уровня оплаты труда.

Правда ли, что будут отменены существующие ныне повышения зарплаты на 25% специалистам, работающим на селе?

Ответ на этот вопрос содержится в нижеприведенном документе. Тем не менее, дадим небольшой комментарий.

Во-первых, для лиц, принятых на работу до 1 января 2005 года, ничего не меняется.

Во-вторых, для отмены повышений окладов (ставок) требуется не только отменить закон, в соответствии с которым они были введены, но и подзаконные нормативные акты, в частности, Приказ Минздрава РФ от 15 октября 1999 г. № 377 «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения».

В-третьих, отмена повышенных окладов (ставок) касается только работников организаций, финансируемых из федерального бюджета.

В-четвертых, в соответствии с Федеральным законом от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ субъекты Федерации получили право самостоятельно устанавливать системы оплаты труда для работников бюджетной сферы. Право специалистов, работающих на селе, на повышенные оклады (ставки) может быть установлено в региональных системах оплаты труда независимо от того, каков порядок оплаты труда работников федеральных учреждений здравоохранения.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО

от 11 апреля 2005 г. № 02-18/14-3122

Направляю для сведения и использования в работе разъяснения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по вопросу установления надбавки к окладам и тарифным ставкам в размере 25% специалистам, работающим на селе.

А.П.КУЗНЕЦОВ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО

от 24 февраля 2005 г. № 449-4

Согласно ст. 156 Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ, с 1 января 2005 года Закон РСФСР от 21 декабря 1990 года № 438-1 «О социальном развитии села» признан утратившим силу.

В соответствии со ст. 153 Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ вновь устанавливаемые размеры и условия оплаты труда (включая надбавки и доплаты) не могут быть ниже размеров и условий оплаты труда (включая надбавки и доплаты), предоставлявшихся соответствующим категориям граждан, по состоянию на 31 декабря 2004 года.

Поэтому для работников организаций, финансируемых из федерального бюджета, вступивших в трудовые отношения до 1 января 2005 года, повышенные тарифные ставки (оклады) должны сохраняться в рамках длящихся правоотношений в полном объеме.

Для вновь принятых на работу в организации, финансируемые из федерального бюджета, с 1 января 2005 года оснований для получения повышенных тарифных ставок (должностных окладов) не имеется.

Заместитель директора Департамента трудовых отношений
И.В.ИЛЬИН

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

О ПОНЯТИЙНОМ И ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОМ АППАРАТЕ ОЦЕНОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ.

Часть 5

Окончание. Начало см. в «МЗ», 2005, №4–7

Тезаурус по оценке медицинской деятельности

46. УНИВЕРСАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ТРУДА (ДЕЯТЕЛЬНОСТИ) – свойства, присущие производственной деятельности вне зависимости от профессии, специальности, категории персонала, условий среды – количество, сложность и качество труда (деятельности).

47. УЧЕТ – управленческая функция, заключающаяся в формировании комплекса достоверной информации о состоянии и функционировании управляемого объекта, отвечающей требованиям необходимости и достаточности. Это процесс сбора и фиксации информации о прошедшем и текущем состоянии и функционировании объекта и среды. Учет представляет собой сложную систему наблюдения, измерения, регистрации, формализации, передачи информации о фактах деятельности, необходимой для системы управления на всех уровнях *(Калемуллоев М.В. Производственный учет в системе управленческого учета: Дис....канд. экон. наук. – М., 1999. – 186 с.; Яковлев Е.П., Гребенников В.И. Управленческий учет медицинского учреждения//Главный врач. – 2000. – № 3. – С. 5–12).*

48. ХАРАКТЕР ТРУДА (ДЕЯТЕЛЬНОСТИ) – тип общественной организации труда (деятельности) и отношения к труду членов общества. Он определяется спецификой и способом соединения рабочей силы со средствами производства, существующими формами разделения и кооперации труда, взаимосвязью отдельных видов труда. Характер труда выражает связи и отношения между трудом всего общества и трудом каждого отдельного исполнителя. Характер труда – это его форма *(Белкин В. Белкин Е. Труд: квалификация, профессия, характер и содержание//Экономические науки. – 1981. – № 12. – С. 20–31).*

Характер труда отражает социально-экономические стороны труда: форма и способы соединения рабочей силы со средствами производства, дисциплина труда, отношение к труду *(Еловиков Л.А. Экономика труда. Учебное пособие в 2-х частях. Ч.1. Общественная организация труда. – Омск: ОмГУ, 1997. – 203с.).*

49. ЦЕЛЬ ТРУДА (ДЕЯТЕЛЬНОСТИ)

1. Идеальное, мысленное предвосхищение результата деятельности. В качестве непосредственного мотива цель направляет и регулирует человеческую деятельность.

Содержание цели зависит от объективных законов действительности, реальных возможностей субъекта и применяемых средств. В условном смысле термин «Цель» в биологии и кибернетике обозначает состояние системы, достигнутое путем обратной связи *(Советский энциклопедический словарь, 1986).*

2. Общая цель любой деятельности создание новой увеличенной добавленной стоимости *(Соколова Л. О понятии социальноэкономической категории «совокупная производительность труда»//Человек и труд. – 2004. – № 3. – С. 78–81).*

Целью производственной деятельности является заданная динамика ее объекта. Цель – это идеальный результат. Понятия «цель» и «результат» соотносятся как частное и общее – результат включает в себя цель. Цель

© В.С.Кудрин, 2005 г.

не всегда достигается, но это **всегда** то, что требуется, что желательно. Достижение цели **всегда** оценивается положительно субъектом управления (тем, кто определяет цель), поскольку получено то, что планировалось, то, что требовалось, на что была ориентирована деятельность и на что были затрачены производственные ресурсы.

50. ЦЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – максимально возможная в реальных условиях положительная динамика здоровья пациента (населения) и/или недопущение отрицательной динамики здоровья.

Многообразие видов медицинской деятельности (диагностическая, лечебная, профилактическая, научная, управленческая...) предполагает и многообразие ее целей, определение которых не предусматривалось при подготовке настоящей публикации. Приведено самое общее определение, поскольку медицинская деятельность, независимо от вида, имеет в качестве стратегической цели заданную динамику здоровья пациента (населения).

51. ШКАЛЫ КВАЛИМЕТРИЧЕСКИЕ – основа измерения оцениваемых объектов (наряду со способом, средством и единицей измерения).

Шкала наименований (номинативная шкала) используется для описания принадлежности объектов к определенным классам. Всем объектам одного и того же класса присваивается одно и то же число, а объектам разных классов разные числа. В связи с этим шкала наименований может называться шкалой классификации и используется при индексации номенклатуры объектов (спецификация объектов): изделий, документов, видов информации, видов деятельности, нумерации структурно-функциональных подразделений в организации и т.п.

Шкала порядка (порядковая шкала) используется для измерения упорядочения объектов по одному или по совокупности признаков. Применяется при экспертном оценивании для упорядочения объектов. Числа в шкале порядка определяют порядок следования объектов и не дают возможность выяснить, насколько или во сколько раз один объект предпочтительнее другого.

Шкала интервалов отображение величины различия между свойствами объектов. Например, измерение температуры в градусах. При экспертном оценивании шкала интервалов применяется для оценки полезности объектов. Основным свойством шкалы интервалов является равенство интервалов.

Шкала разности дает возможность определить, НАсколько один объект превосходит другой по одному или нескольким признакам.

Шкала отношений позволяет выявить отношения измеренных объектов, то есть определить, во сколько раз один объект превосходит другой по одному или нескольким свойствам.

(Евланов Л.Г.Теория и практика принятия решений. – М.: Экономика, 1984. – 176 с.).

52. ЭФФЕКТИВНОСТЬ

1. Эффективность есть отношение и выражается относительными величинами, она не может быть выражена абсолютной величиной. Эффективность есть отношение результатов к затратам. Она проявляется совокупностью совершенных актов производства, обмена, потребления и находит свое выражение в конечном счете в росте производительности труда.

Мы можем измерять различные аспекты эффективности экономический, технический, научный, социальный, соответствующие различным видам производственной деятельности, сравнивать и соизмерять между собой различные варианты этих трудовых процессов.

Частные аспекты эффективности правомочны лишь в том случае, если они вытекают из общеэкономического критерия эффективности *(Афанасьев В.Г., Хабаров В.С., Черняк Ю.И. Эффективность теория, методология, практика//Социологические исследования. – 1990. – № 4. – С. 3–15).*

2. Эффективность – это связь между результатами и использованными ресурсами *(ГОСТ Р ИСО 9000–2001).*

3. Эффективность – это отношение любых полученных результатов к затратам ресурсов. Результаты могут быть выражены в виде медицинских, социальных, экономических или других показателей и индикаторов.

Эффективность представляет собой плату за результаты *(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).*

4. Эффективность трудового процесса выражается отношением рыночно полезного результата производства (труда) к соответствующим затратам живого труда *(Щербаков А. Производительность труда: виды, уровни, измерение//Человек и труд. – 2004. – № 9. – С. 83–86).*

5. Эффективность отражает соотношение результата производственной деятельности и понесенных для его достижения затрат производственных ресурсов.

Эффективность – это результаты на единицу затрат. Использование показателей, отражающих результаты производственной деятельности, а также показателей, характеризующих затраты производственных ресурсов, понесенные для достижения данных результатов, использование для операций с этими показателями сопоставимых единиц измерения (как правило, через придание им стоимостного выражения) при определении эффективности обязательно, то есть определение эффективности производственной деятельности невозможно без экономического анализа.

Повышение эффективности, на что должен быть постоянно ориентирован субъект производственной деятельности, возможно либо посредством повышения количества и качества производственных результатов при неизменных затратах ресурсов, либо при снижении затрат, понесенных для получения определенных результатов (это крайние варианты между которыми – множество промежуточных, ориентированных как на увеличение результатов, так и на снижение затрат – абсолютное или, что чаще, относительное). Главное условие для повышения эффективности производственной деятельности – затраты должны быть меньше полученных результатов (в сопоставимых единицах измерения) и разница эта должна стремиться к увеличению. Понятия «эффективность» и «результативность» взаимосвязаны, но не тождественны.

53. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

1. Эффективность медицинской помощи – показатель соотношения фактического воздействия службы или программы в рамках действующей системы и максимальным воздействием, которое эта служба может оказать в идеальных условиях *(Вуори Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания: Концепция и методология//Пер. с англ. – Копенгаген: ВОЗ, 1985. – 179 с.).*

2. Эффективность медицинской помощи представляет собой характеристику данного объекта, отражающую степень достижения конкретных результатов при определенных материальных, временных и трудовых затратах.

В свою очередь, эти затраты отражают степень использования материальных и кадровых ресурсов и определяют, по существу, стоимость медицинской помощи. Эффективность медицинской помощи зависит от выбора медицинских технологий и их соблюдения или качества медицинской помощи *(Концепция оценки качества и эффективности медицинской помощи (методические материалы)/Сост. А.Л.Линденбратен, В.С.Васюкова, Т.М.Шаровар. – М., 1989. – 12 с.).*

3. Эффективность медицинской помощи (медицинская эффективность) – степень достижения конкретных результатов (динамика состояния пациента) при определенных уровнях затрат (материальных, трудовых, финансовых).

Факторами, определяющими эффективность медицинской помощи, являются:

- личностные характеристики медицинского персонала (квалификация, ответственность);
- материальнотехническая база ЛПУ;
- возраст, пол больного;
- исходное состояние пациента;
- тяжесть заболевания.

(Шамшурина Н.Г. Экономика лечебно-профилактических учреждений. – М.: МЦФЭР, 2001. – С. 156–157).

ВРАЧИ ЗАЩИЩАЮТСЯ

КИРБАСОВА Нина Петровна

Научное обоснование и разработка современных технологий управления в акушерстве и гинекологии

Научная новизна заключается в том, что впервые научно обоснована и внедрена в практику федерального учреждения здравоохранения методология расчета планово-нормативной стоимости услуг, позволяющая в полном объеме возмещать технологически обусловленные затраты на оказание акушерско-гинекологической помощи; показано значение единой электронной базы данных на пациентов федерального профильного учреждения здравоохранения в качестве инструмента для перевода акушерско-гинекологической помощи на новые социально ориентированные и экономически мотивированные принципы рыночной экономики; научно обоснован и внедрен регламент управленческого и финансового взаимодействия с органами исполнительной власти в области здравоохранения в целях достижения баланса между объемом государственного задания на акушерско-гинекологическую помощь и величиной бюджетных ассигнований; на основе современного управленческого учета доказана эффективность управления ресурсами организации акушерского профиля; предложены и научно обоснованы ситуационные модели акушерско-гинекологической помощи на основе действующих протоколов ведения пациентов; построена система управления качеством акушерско-гинекологической помощи, разработаны критерии качества в сопоставлении с уровнем удовлетворенности пациентов НЦ АГиП РАМН; предложена модель национальной функционально интегрированной сети учреждений акушерско-гинекологического профиля на основе совместного пользования информацией, необходимой и достаточной для эффективного управления акушерско-гинекологической помощью на всех уровнях и этапах ее оказания; предложена единая модель электронной базы данных на пациентов как основа и инструмент эффективного управления финансовыми средствами государственного бюджета, планируемыми и направляемыми на развитие высокотехнологичных (дорогостоящих) видов акушерско-гинекологической помощи в рыночных условиях хозяйствования.

Страниц: 250; ***иллюстраций:*** 14; ***количество таблиц:*** 33; ***количество ссылок:*** 433

Ученая степень: доктор медицинских наук

Шифр специальности: 14.00.33, 14.00.01. ***Шифр совета:*** Д.208.110.01

Официальные оппоненты: Цыбульская И.С., д.м.н., профессор; Краснопольский В.И., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор; Шарапова О.В., д.м.н., профессор

Ф.И.О. научных руководителей: Кулаков В.И., академик РАМН, д.м.н., профессор; Кузнецов П.П., д.м.н.

Дата защиты: 25.03.2005

Место защиты: ЦНИИОИЗ

Наименование организации соискателя: Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

БАДАЕВ Феликс Иосифович

Научные основы организации и управления производственной деятельностью и ресурсами многопрофильных больниц

Научная новизна состоит в решении научной проблемы методологического обеспечения управленческих решений в области повышения эффективности работы учреждения здравоохранения на основе рационального обеспечения и использования ресурсного потенциала. В ходе выполнения исследования с позиции современной концепции стратегического управления даны определения базовых понятий: результата деятельности стационарного учреждения, социально-экономической эффективности работы стационарного учреждения; определено место управления ресурсами в общей концепции управления организацией; сформулированы принципы управления реоурсами, методологические подходы к оценке ресурсной базы, обоснован состав внутренних и внешних факторов, определяющих эффективность работы учреждения; разработана оригинальная методика управленческого и экономического анализа состояния и использования основных видов ресурсов, построенная на системе показателей, традиционно применяемых в здравоохранении, и специфических показателей, отражающих экономические характеристики различных видов ресурсов; разработана и апробирована методика структурного анализа работы больниц (с учетом основной и хозяйственной деятельности), построенная на системе уникальных показателей оценки экономической эффективности, интегральной и рейтинговой оценок, позволившая обосновывать приоритетные направления развития и выявлять зоны неэффективности, требующие реорганизации; разработана и внедрена организационная структура управления многопрофильной больницей, обеспечивающая оптимальное сочетание организационных и экономических методов, способствующая концентрации управленческих функций и сокращению административного аппарата; применение методики психологического тестирования руководящего состава позволило выявить личностные особенности управленцев среднего звена, их готовность и возможность работать в новых экономических условиях, наметить конкретные направления их адаптации к работе учреждения на рынке медицинских услуг; получены ценные эмпирические данные, характеризующие мало известные стороны экономической деятельности системы здравоохранения на различных уровнях, движения кадровых ресурсов, использования основных фондов.

Страниц: 271; ***иллюстраций:*** 7; ***количество таблиц:*** 82; ***количество ссылок:*** 175

Ученая степень: доктора медицинских наук

Шифр специальности: 14.00.33. ***Шифр совета:*** Д.208.110.01

Официальные оппоненты: Преображенская В.С., д.м.н., профессор; Полунина Н.В., д.м.н., профессор

Ф.И.О. научного руководителя: Михайлова Ю.В., д.м.н., профессор

Дата защиты: 30.03.2005

Место защиты: ЦНИИОИЗ

Наименование организации соискателя: Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

КОРОЛЕВ Олег Петрович

Совершенствование организационных форм вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

Научная новизна заключается в том, что впервые:

- изучены уровень к особенности заболеваемости по обращаемости и впервые выявленной заболеваемости болезнями системы кровообращения населения Московской области и Российской Федерации за 8 лет (1995–2002 гг.) и в возрастно-половом аспекте;
- проанализированы показатели смертности населения Московской области и РФ от болезней системы кровообращения, рассчитаны потери от преждевременной смертности населения в разных возрастно-половых популяциях от сердечно-сосудистой патологии;
- в условиях эксперимента разработана и внедрена в практику программа первичной медико-санитарной помощи населению с сердечно-сосудистой патологией;
- апробированы 4 организационно-функциональные модели обучающих школ для больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Обоснованы их медико-социальная эффективность и экономический эффект.

Страниц: 171; ***иллюстраций:*** 13; ***количество таблиц:*** 13; ***количество ссылок:*** 141
Ученая степень: кандитат медицинских наук
Шифр специальности: 14.00.33, 14.00.06. ***Шифр совета:*** Д.208.110.01
Официальные оппоненты: Алексева В.М., д.м.н., профессор; Бойцов С.А., д.м.н., профессор;
Ф.И.О. научных руководителей: Злобин А.Н., д.м.н.; Калинина А.М., д.м.н.
Дата защиты: 17.12.2004
Место защиты: ЦНИИОИЗ
Наименование организации соискателя: Московский государственный медико-стоматологический университет

Статистика

По данным Росстата, численность постоянного населения России за январь–апрель этого года сократилась на 286,6 тыс. человек. При этом в среднем по стране смертность почти в два раза превышает рождаемость. Предыдущая волна смертности была зафиксирована в 1995–1996 гг. Тогда, по данным Центра макроэкономического анализа и краткосрочного прогнозирования, из 10 тысяч человек умирало 1256. В последующие два года ситуация несколько улучшилась. Но вот к 2003 году поднялась вторая волна смертей: из 10 тысяч мужчин умерло 1250. Динамика смертности женщин в точности повторяет мужскую: в 1995 г. из 10 тыс. женщин трудоспособного возраста умерло 296, в 1997 г. – 241, в 1999–2003 гг. умирало по 340 человек в год.

Лидеры по количеству смертей – центральные и северные регионы России, в то время как в Южном федеральном округе, прежде всего на Кавказе, рождаемость значительно превышает

ПАЦУКОВА Дина Владимировна

Научное обоснование процедур защиты прав застрахованных пациентов в условиях возмездного договора

Реферат: Впервые выявлены закономерности защиты прав застрахованных пациентов в системе обязательного медицинского страхования и обеспечения качественной медицинской помощью на основе экспертной оценки ошибочных действий врачей и способов урегулирования обращений граждан. Разработана комплексная система обеспечения качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных пациентов как механизм достижения прогноза гарантированного качества работы структурных подразделений лечебно-профилактического учреждения в условиях развития обязательного медицинского страхования и становления рыночных отношений. Проведено выявление и оценка врачебных ошибок, смертельных исходов и других отклонений в работе медицинских специалистов лечебно-профилактических учреждений, сотрудничающих со страховой медицинской организацией в соответствии с возмездным договором на оказание медицинской помощи. Разработаны принципы защиты прав застрахованных пациентов на этапах производства медицинских услуг при осуществлении вневедомственного экспертного контроля статистических, экономических показателей и применении регрессных исков.

Страниц: 185; ***количество таблиц:*** 30; ***количество ссылок:*** 213
Ученая степень: кандитат медицинских наук
Шифр специальности: 14.00.33. ***Шифр совета:*** Д.208.110.01
Официальные оппоненты: Шарапова Е.И., д.м.н.; Лакшин А.М., д.м.н.
Ф.И.О. научного руководителя: Ластовецкий А.Г., д.м.н.
Дата защиты: 25.02.2005
Место защиты: ЦНИИОИЗ
Наименование организации соискателя: Российский университет дружбы народов

смертность. Такая региональная дифференциация объясняется разными причинами. Если в южных регионах наличие нескольких детей в семье – это скорее традиция, то на жителей Центральной части России больше влияют социально-экономические факторы. И тем не менее ситуация не столь мрачна, как может показаться.

В начале июня ВЦИОМ провел опрос, данные которого вселяют оптимизм. «Около трети россиян (29%) отметили, что планируют иметь одного ребенка. В полтора раза больше тех, кто хотел бы иметь двух детей (46%), еще 12% планируют иметь трех детей. А в идеальных жизненных условиях более половины опрошенных (51%) указали, что хотели бы иметь двух детей, а чуть менее четверти респондентов (23%) – трех детей.

Источник: РБК

ШАНТАЛ Т. ДОРАНДЖ,
МЮРИЭЛЬ ХАЙМ-НЕМЕРСОН,
Мерк&Ко, Инк., Уайтхаузстейшн, Нью-Джерси, США

«МИШЕНИ ЗДОРОВЬЯ» КАК ИНСТРУМЕНТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПОСОБА ПРИНЯТИЯ РАЦИОНАЛЬНЫХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Часть 1

В настоящее время признается необходимость установки определенных приоритетов с целью принятия рациональных решений в сфере здравоохранения, концентрируясь при этом на основной задаче – улучшении здоровья населения. Данная тенденция в здравоохранении получила название «мишеней здоровья». Инициированная Всемирной Организацией Здравоохранения в конце 1970-х годов, данная программа переросла в курс «Здоровье для всех в XXI веке». Данная программа определяет 10 основных «мишеней здоровья», начиная от снижения заболеваемости по всему миру и заканчивая улучшением доступа к здравоохранению и его качества. Такие страны, как Великобритания и Австралия, уже адаптировали и внедрили подобные программы в отношении сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, травматизма и психического здоровья. Однако для многих стран внедрение подобных программ остается затруднительным вследствие недоступности надежной информации, а также по причине отсутствия соответствующих законов. В целом «мишени здоровья» представляются ключевым элементом в построении эффективного курса, учитывающего не только стоимость медицинского обслуживания, но и состояние здоровья населения, что является главнейшей задачей любой системы здравоохранения.

Введение

Во всем мире органы здравоохранения сталкиваются с увеличением расходов в медицинской сфере. Это происходит по разным причинам, начиная от увеличения средней продолжительности жизни (к 2025 году на планете будет более 800 миллионов человек старше 65 лет) и заканчивая разработкой новых медицинских технологий и повышенной потребностью в доступе к высококачественной медицинской помощи для улучшения качества жизни [1].

Для улучшения здоровья существуют весомые экономические причины. Например, только в одной Великобритании было подсчитано, что каждый год вследствие болезни теряется 187 миллионов рабочих дней, выплачивается 12 миллиардов фунтов стерлингов по больничным листам [2].

В настоящее время проводится курс, который явно определяет потребность установления приоритетов с целью принятия рациональных решений в политике здравоохранения, руководствуясь при этом главной целью здравоохранения – улучшать здоровье людей. Данный курс по-

литики здравоохранения получил название «мишени здоровья», хотя это название значительно варьирует.

В данной статье будет рассмотрено, каким образом различные нации и международные организации реализуют концепцию «мишеней здоровья» в качестве компонента политики здравоохранения.

Первой в данном списке находится Всемирная Организации Здравоохранения (ВОЗ), которая начала разработку своей программы «Здоровье для всех к 2000 году» еще в 1970-е годы. Некоторые страны уже адаптировали данную программу ВОЗ, разрабатывая и реализуя практически предложенный курс на национальном или региональном уровне: США, Великобритания, Австралия, Ирландия, Финляндия, Испания и Германия являются примерами. Недавно Италия и Португалия включили концепцию «мишеней здоровья» в национальную политику здравоохранения своих стран. Некоторые инициативы уже реализуются на уровне Евросоюза. В последующих разделах статьи будут обсуждаться процессы, инициированные ВОЗ, а также опыт Великобритании, которая разработала и проводит на практике данные реформы. В качестве примера страны, находящейся за пределами Европы, будет рассмотрен опыт Австралии. И, наконец, будут обсуждаться основные проблемы, появившиеся при реализации концепции «мишеней здоровья» с акцентом на отсутствие данных, которые можно было бы использовать для сравнения.

Определение «мишеней здоровья»

«Мишени здоровья» – это специфические и поддающиеся количественному определению планы и задачи для улучшения здоровья, рассматриваемые как часть всесторонней стратегии здравоохранения на национальном уровне [3]. Фундаментальной целью является улучшение здоровья населения путем установления четких задач, решение которых может быть достигнуто за определенный период времени. Основным принципом данной стратегии является то, что правительство несет двойную ответственность, не только за ресурсы, которые оно инвестирует в здравоохранение, а также каким образом данные средства распределяются, но и за то, достигнуто ли улучшение состояния здоровья населения. Хотя концепцию «мишеней здоровья» ВОЗ начала формулировать еще в 1970-е годы, в Великобритании [4] и Австралии [3] было решено адаптировать ее на современном уровне. Задачи, поставленные этими странами в рамках данной концепции, являются более четкими, конкретными и реально достижимыми по сравнению с инициативами ВОЗ.

Рабочее определение «мишеней здоровья» включает 4 стратегических момента:

1. Выбранная область должна быть главной причиной нетрудоспособности, предотвращенных смертности или заболеваний у всего населения, либо в определенных этнических группах или в специфических географических областях.

2. При определении патологии в качестве главной причины врачи и разработчики стратегии могут использовать такие показатели, как уровень смертности и показатель заболеваемости, а также данные о качестве жизни.

3. В выбранной области должны быть реально выполнимыми эффективные вмешательства, целью которых является улучшение здоровья. Например, сердечно-сосудистые заболевания сегодня поддаются лечению, как будет обсуждаться позднее в данной статье, тогда как мультиинфарктная деменция, по крайней мере, на сегодняшний день не поддается терапии. Это означает, что «мишень здоровья» может приниматься во внимание только тогда, когда становятся доступными новые методы лечения.

4. Последний и самый важный момент: данная область должна поддаваться количественной оценке и мониторингу, ипользуя доступные показатели.

«Мишени здоровья» по всему миру: обзор работающих программ

Рассматривая различные страны, где реализуется концепция «мишеней здоровья», небходимо отметить, что данная программа была реализована главным образом в развитых странах, несмотря на инициативы ВОЗ. Это может быть следствием того факта, что, как отмечалось ранее, необходимо идентифицировать и охарактеризовать состояние здоровья населения, используя соответствующие данные и статистику. Развивающиеся страны во многих случаях продолжают работать над созданием адекватных систем здравоохранения, и внедрение в них каких-либо стратегий, связанных с «мишенями здоровья», является преждевременным. Тем не менее, основываясь на эпидемиологических данных, доступных для некоторых развивающихся стран, можно утверждать, что в них наблюдается прогресс вследствие внедрения таких программ (например, в странах Восточной и Центральной Европы, где существуют развитая эпидемиологическая база и квалифицированные врачи). В других более развитых странах дефицитность ресурсов делает данный подход даже более необходимым с целью гарантировать, что ограниченные ресурсы оптимизированы, а население получает наибольшую пользу от их умелого размещения.

В некоторых развивающихся странах продолжительность жизни с рождения (которая на сегодняшний день составляет 66 лет по сравнению с 48 годами в 1955 г.) достигнет в среднем 73 лет в 2025 году [1] . Это означает, что будут существовать значительные различия между странами, где средняя продолжительность жизни превысит 80 лет (Австралия, Франция, Италия, Япония и Испания), и странами, где данный показатель возрастет, как ожидается, до 65 лет (большинство африканских стран) [1] . В то же время патологии богатых стран, такие как сердечно-сосудистые заболевания, будут распространяться в менее богатые страны одновременно с распространением в них западного стиля жизни. Ишемическая болезнь сердца и церебрально-васкулярные заболевания будут основными причинами смертности в 21 веке [5].

В последующих разделах статьи мы узнаем, что, по крайней мере, церебрально-васкулярные заболевания являются одной из «мишеней здоровья», наиболее превалирующей в различных программах сектора здравоохранения.

Всемирная Организация Здравоохранения и программа «Здоровье для всех»

В 1970-х годах ВОЗ приняла инициативу разработать «мишени здоровья» с целью обратить внимание на наименее развитые государства и значительные неравенства в здравоохранении среди населения данных стран. Хронология деятельности ВОЗ в европейских странах составляет уже более 20 лет.

В 1977 году ВОЗ и члены-государства по всему миру одобрили программу «Здоровье для всех к 2000 году». Тремя годами позднее и следуя ранее принятым руководствам, европейские страны-участники ВОЗ адаптировали региональную стратегию для программы «Здоровье для всех», выбирая курс здравоохранения как общую базу для развития перед адаптацией 38 региональных «мишеней» программы «Здоровье для всех». Данный шаг стал возможным после четырех лет анализа и обсуждений с привлечением сотен ученых и правительств каждого европейского члена ВОЗ, обещая, что пан-европейская политика приведет к изменениям в на-

циональных курсах здравоохранения. В итоге в 1991 году Региональный Европейский Комитет адаптировал задачи программы «Здоровье для всех» и выпустил письменное резюме. Результаты первого мониторинга были опубликованы в 1994 году [6].

38 «мишеней», включенных в европейские политические директивы, были распределены в следующие 5 основных групп:

- «мишени» для улучшения здоровья (включая снижение хронических, инфекционных и сердечно-сосудистых заболеваний);
- «мишени» для стиля жизни, способствующего здоровью;
- «мишени» для здоровой окружающей среды;
- «мишени» для соответствующих лечебных услуг;
- «мишени», необходимые для достижения вышеобозначенных целей [7].

«Мишени» программы «Здоровье для всех» преимущественно нацелены на изменения стиля жизни, а также на социальные, экономические преобразования и на изменения состояния окружающей среды, в частности, в странах Центральной и Восточной Европы, а также в СНГ. Хотя страны-участницы обещали адаптировать данные «мишени», они не стараются исполнить принятые обязательства. «Здоровье для всех» имеет только силу предложения, но не юридическую силу.

В 1994 году ВОЗ оценила прогресс в отношении поставленных целей в Европе. Отмечая, что данные по смертности, распространению инфекционных заболеваний и «в некоторой степени» больничная статистика являются вполне достоверными, доклад признает недостаточную доступность и сравнимость данных по неинфекционным заболеваниям и нетрудоспособности, не говоря уже об измерении качества жизни как главном затруднении на пути комплексной оценки состояния здоровья [6]. Очень небольшой прогресс достигнут в создании базы данных для показателей общих результатов в области перинатального и акушерского медицинского обслуживания, а также в области стоматологии. Тем не менее, данный доклад рассматривает программу «Здоровье для всех» как «влияющую через регионы» со здравоохранением, становящимся «возможно, сектором, наиболее подверженным существующим политическим и экономическим кризисам». Доклад ВОЗ оптимистически отмечает, что «некоторые западные страны, которые не помогали или не придавали значения развивающимся странам, в последнее время начали сотрудничать с ними» [7].

Вообще предпосылки для обновления программы «Здоровье для всех» возникли в 1995 году в ответ на глобальные изменения и с целью подготовить людей, страны и организации к изменениям XXI века. Данный процесс уже привлек к консультациям все страны, а также множество других, имеющих отношение к здоровью, участников. ВОЗ признает, что прогресс в осуществлении программы «Здоровье для всех» не достигнут по нескольктм причинам, включая недостаточную политическую поддержку для реализации программы, медленное социоэкономическое развитие, трудности в достижении межотраслевого взаимодействия, недостаточное финансирование здравоохранения, а также быстрые демографические и эпидемиологические изменения» [8]. 51-ая Мировая Ассамблея Здравоохранения обсудила и адаптировала Всемирную Декларацию о здоровье, подчеркивая, что «относительно здоровья наций» ситуация требует, чтобы мы оказали влияние на реализацию программы, ипользуя региональные и национальные стратегии [9].

Данная новая политика на международном уровне выделяет 10 глобальных «мишений» (значительно меньшее число по сравнению со ста-

рой версией программы), которые варьируют от снижения смертности от болезней (туберкулез, ВИЧ/СПИД, малярии, болезней, связанных с табакокурением, травматизмом и насилием) до улучшения доступа к полному и качественному медицинскому лечению [8].

Региональные европейские «мишени здоровья» разрабатываются на основе этих общих принципов. Намечено реализовать 21 «мишень» в XXI веке. Кроме реализации «мишени» №9 (которая специфически касается снижения неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, онкологические, связанные с диабетом, а также хронические респираторные заболевания), предложенная стратегия ставит вопрос по привлечению ресурсов для здравоохранения и управления качеством лечения [10].

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. The World Health Report 1998. Life in the 21st century – A vision for all – report of the director general. – Geneva: WHO, 1998.
2. UK Department of Health. Our healthier nation: a contract for health. – London: HMSO, 1998.
3. Australia Department of Human Services and Health. Better health outcomes for Australians: national goals, targets, and strategies for better health outcomes into the next century. – Canberra: Commonwealth of Australia, 1994.
4. UK Department of Health. The health of the nation: a strategy for health in England. – London: HMSO, 1992.
5. *Murray C.J.L., Lopez A.D.* The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. – Boston (MA): Harvard School of Public Health, WHO and World Bank, Harvard University Press, 1996.
6. World Health Organization. Health in Europe: the 1993/1994 Health for All monitoring report. – Copenhagen: WHO Regional Publications//European Series No. 56, 1994.
7. World Health Organization. Targets for Health for All: the health policy for Europe: summary of the updated edition, September 1991. – Copenhagen: WHO Regional Publications, 1991.
8. World Health Organization. Health for all in the twenty-first century. Consultation draft. – Geneva: WHO, 1998.
9. WHO press release. 1998 May 16. Available from: the WHO website. – *http://www.who.ch/inf/pr/1998/pr98-WHA8.html*
10. World Health Organization. Health 21. Leadership guide to the policy for Health for All in the European Region. 23 March 1998, Consultation draft. – Copenhagen: WHO, 1998.

Право на публикацию статьи любезно предоставлено редакцией журнала «Croatian Medical Journal» (WWW.CMJ.HR)
Исходная статья опубликована в C.M.J., 1998. – V.39. – № 3. – С. 332–338.
Перевод: М.В.Трушин

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 6, Май 2005

Тема номера: КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Улучшение качества медицинской помощи для большинства стран является одним из основных звеньев реформы системы здравоохранения и оказания услуг.

Выделяют 4 основных критерия качества медицинской помощи: эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов и результативность лечения. Управление качеством должно включать в себя следующие необходимые компоненты: оценку и контроль качества, улучшение качества, обеспечение качества.

Обеспечение качества включает в себя три важных критерия: оно является непрерывным, имеет различные методы измерения и улучшения качества, а также проводит четкое различие между внутренними и внешними подходами к оценке качества.

С начала 90-х годов проводятся исследования о факторах, влияющих на качество медицинской помощи. За этом время были определены большие различия в тактике ведения больных в разных учреждениях медицинской помощи и на ее различных этапах (первичная помощь, стационар, экстренная помощь), а также накоплены факты о низком качестве оказания медицинских услуг. Факты низкого качества отмечаются во всех странах мира, однако имеются данные, что низкое качество медицинской помощи особенно характерно для бедной экономики (развивающихся стран и стран с переходной экономикой) и государственных больниц в бедных районах развитых стран, что обусловлено плохим состоянием инфраструктуры медицинских учреждений, старостью и изношенностью оборудования, отсутствием у врачей мотивации и возможности регулярно повышать свои профессиональные знания и навыки.

Часть I. Обзор Документационного центра ВОЗ

Всемирная Организация Здравоохранения уделяет большое внимание проблеме обеспечения качества медицинской помощи. Эта проблема и ее связь с безопасностью больных была рассмотрена на 55 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и отражена в резолюции WHA55.R18.

По мнению экспертов ВОЗ, качество систем здравоохранения определяется как уровень достижения системами здравоохранения существенных целей в улучшении здоровья и соответствия справедливым ожиданиям населения.

До начала 90-х годов клиническое ведение больного считалось прерогативой конкретного врача. В связи с этим в разных странах мира и в разных учреждениях существовали свои методики, что значительно затрудняло проведения контроля качества. Поэтому было решено разрабатывать стандартные руководства и протоколы ведения больных.

Концептуальным подходом ВОЗ является то, что большинство причин низкого качества заключается в недостатках системы организации медицинской помощи, а не в отдельных поставщиках услуг или отдельных медицинских изделиях. При этом, обеспечение качества не может быть «навязано» системам здравоохранения; для его улучшения необходимо, чтобы культура качества разделялась одинаково и руководителями и персоналом, и в особенности той частью медицинского персонала, которая больше всех противостоит внешнему контролю и регулированию.

Ч.Д.Шоу, И.Кало. Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2001. – 67 с.

Документ содержит основные подходы и рекомендации ВОЗ по обеспечению качества медицинской помощи в странах Европы. В нем описываются ценности, формы и концепции, которые влияют на разработку национальных подходов по улучшению качества, предлагаются структура и принципы национальной стратегии по качеству с примерами по организации, методам и ресурсам, которые могут применяться в процессе создания институтов качества в государствах-членах.

Документ на русском языке находится в Документационном центре ВОЗ.

What are the best strategies for ensuring quality in hospital? (Какие стратегии обеспечения качества медицинской помощи в стационарах являются лучшими?). – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2003. – 25 с.

Исследования последних лет показывают, что наибольшее количество врачебных ошибок в ведении больных происходит в стационарах. Это связано с тем, что именно стационары проводят лечение наиболее тяжелых и сложных больных, и от того, как будет организована медицинская помощь, во многом зависит ее качество. Одним из важных компонентов по повышению качества медицинской помощи является непрерывная профессиональная подготовка медицинского персонала и опора на доказательную базу. Доклад основан на данных доказательной медицины и предназначен для лиц, принимающих решения в здравоохранении, в частности, отвечающих за обеспечение качества медицинской помощи. В нем содержатся примеры надлежащей практики по обеспечению высокого качества в больницах, подробно рассматриваются, какие стратегии больше соответствуют конкретным поставленным задачам, описываются подходы, которые способствуют повышению качества и безопасности ведения больных.

Доклад доступен в Интернете по адресу:
http://www.euro.who.int/document/Hen/hospquality.pdf

Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on WHO Workshop (Barcelona, Spain, 10–11 January, 2003) (Измерение стационарной помощи с целью повышения ее качества в Европе. Отчет о Рабочей группе ВОЗ. Барселона, Испания, 10–11 января 2003 г.). – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2003. – 20 с.

В настоящее время в странах Европы (как Западной, так и Восточной) идет активный процесс совершенствования стационарной помощи с целью сделать ее наиболее эффективной. При разработке программ усовершенствования одним из важных компонентов программ должно быть обеспечение качества стационарной помощи. В документе представлены 6 основных направлений обеспечения качества медицинской помощи в стационарах: клиническая эффективность; безопасность пациентов;

фокус на пациента; продуктивность помощи; подготовка медицинского персонала и ответственность государства за обеспечение качества медицинского обслуживания. Также в документе рассматриваются вопросы о стандартах стационарной помощи и индикаторах оценки качества этой помощи.

Доклад доступен в Интернете по адресу:
http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf

Quality and accreditation in health care. A global review (Качество и аккредитация в здравоохранении). – ВОЗ. Женева, 2003. – 209 с.

Глобальный обзор по качеству и аккредитации в службах здравоохранения является результатом исследования, проводимого Международным обществом по качеству медицинской помощи по контракту с ВОЗ. Обзор состоит из трех частей. В первой части описаны структура и деятельность на национальном и международном уровнях по обеспечению качества медицинской помощи. Во второй части представлена концепция качества и ее развитие на местном уровне. В третьей части раскрываются инициативы по аккредитации служб здравоохранения и их анализ в разных странах мира.

Приложение содержит международные рекомендации по обеспечению качества медицинской помощи.

Книга имеется на английской языке в Документационном центре ВОЗ.

Краткая информация в Интернете по адресу:
http://www.who.int/health-services-delivery/performance/accreditation/index.htm

WHO guide to cost-effectiveness analysis (Руководство по анализу эффективности затрат). – ВОЗ. – Женева, 2003. – 317 с.

В настоящее время существуют несколько руководств по проведению анализа эффективности затрат. Создание этого руководства было продиктовано двумя причинами. Во-первых, традиционный анализ эффективности затрат не применим к оценке эффективности при смешанных вмешательствах. Во-вторых, при оценке большого количества вмешательств традиционные подходы также затруднительны. В настоящем руководстве представлен подход, позволяющий проводить оценку эффективности как текущих, так и планируемых затрат при смешанных вмешательствах и обобщенный анализ эффективности затрат при оценке крупных программ.

Книга имеется на английской языке в Документационном центре ВОЗ.

Примеры применения анализа эффективности затрат содержатся в Интернете по адресу:
http://www.who.int/evidence/cea

Часть II. Обзор Библиотеки проектов реформы здравоохранения «ЗдравИнформ»

Проект: Управление качеством медицинской помощи (Health Care Quality Assurance Project)
Продолжительность: 1998–2004
Донор: Агентство США по международному развитию (USAID)
Основные результаты проекта:

1. Ощутимыми результатами первого этапа проекта обеспечения качества были клиническое руководство, основанное на принципах доказательной медицины, преобразованная система оказания медицинской помощи и мониторинг качества в трех клинических областях – гипертония, беременность и респираторный дистресс-синдром новорожденных – в Тульской и Тверской областях.
2. Улучшение системы профилактики и применяемых методов лечения привело к 90%-ному снижению госпитализаций по причине высокого артериального давления, которое является главной причиной смертности в Тульской области.
3. В Тверской области преобразования привели к 63%-ном сокращению младенческой смертности от респираторного дистресс-синдрома, который представляет собой основную причину смертей новорожденных.
4. Реформирование системы медицинской помощи в Твери значительно снизило затраты, особенно на лечение гипертонии, вызванной беременностью.
5. Подход, заключающийся в обеспечении качества, использовался во всех соответствующих медицинских учреждениях в двух регионах и является сейчас образцом для тиражирования в федеральном масштабе.
6. На втором этапе добавились новые клинические области: туберкулез в педиатрии, раннее выявление и лечение рака молочной железы в Тверской области, а также лечение депрессивных состояний в условиях ОВП в Тульской области.
7. В июне 2001г. на семинаре «Общенациональная политика повышения качества медицинской помощи» был разработан первоначальный вариант политического документа по обеспечению качества.

Полная информация о проекте:
http://zdravinform.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=149
Основные документы:
Качество медицинской помощи – Глоссарий. 1999 г.
Цель создания Глоссария – помочь специалистам в области здравоохранения работать над повышением качества медицинской помощи с использованием согласованной лексики.
Документ доступен на русском языке в электронном виде по адресу:
http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=836

❖ **Базовый курс по управлению качеством медицинской помощи. 2001 г.**
Основные задачи курса: определение понятия качества и управления качеством, объяснение основных принципов улучшения качества медицинской помощи, объяснения методологии улучшения процессов оказания медицинской помощи.
Документ доступен на русском языке в электронном виде по адресу:
http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=837

❖ **Руководство по управлению качеством. – Россия–США, 2000.**
Документ доступен на русском и английском языках в электронном виде по адресу:
http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=751

❖ **Клинико-организационное руководство для лечения женщин с гипертензией, вызванной беременностью. – Россия–США, 2000.**
Цель разработки данного руководства – создание новой системы диагностики, ведения и лечения ГВБ.
Документ доступен на русском языке в электронном виде по адресу:
http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=752

❖ **Клинико-организационное руководство для оказания медицинской помощи больным артериальной гипертензией врачом общей практики. – Россия–США, 2001.**
Руководство описывает клинические и организационные аспекты оказания первичной медицинской помощи врачом общей практики больным АГ.
Документ доступен на русском языке в электронном виде по адресу:
http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=747

❖ **Клинико-организационное руководство по оказанию помощи новорожденным с респираторным дистресс-синдромом. – Россия–США, 2000.**
Документ доступен на русском языке в электронном виде по адресу:
http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=750

❖ **Клинико-организационное руководство для первичного звена здравоохранения по медицинской профилактике неинфекционных заболеваний и «болезней поведения».**
Документ доступен на русском языке в электронном виде по адресу:
http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=749

❖ **Клинико-организационное руководство для оказания медицинской помощи больным депрессиями (легкой и умеренно выраженной) вра-**

чом общей практики, участковым, цеховым врачом. – Тульская область, 2001.

Содержание руководства соответствует имеющимся данным доказательной медицины на момент разработки этого документа. Руководство отвечает существующим организационным, технологическим, культурным и другим условиям Тульской области, где оно было разработано.

Контактная информация:

БИБЛИОТЕКА ПРОЕКТОВ «ЗДРАВИНФОРМ»
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11, комната 202
Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ).
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

ДОКУМЕНТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ВОЗ
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11, комната 206
Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ).
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

Информационный бюллетень распространяется свободно по электронным адресам, включенным в список рассылки. Добавить новый адрес в список, а также отказаться от рассылки можно по адресу: bulletin@zdravinform.ru

ПРЕДЫДУЩИЕ ВЫПУСКИ ИНФОРМАЦИОННОГО БЮЛЛЕТЕНЯ

№1, Декабрь 2004 «Вводный выпуск» (опубликован в №1.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 39–43).
№2, Январь 2005 «Финансирование здравоохранения» (опубликован в №3 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 46–52).
№3, Февраль 2005 «Политика здравоохранения» (опубликован в №4 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 76–80).
№4, Март 2005 «Охрана здоровья матери и ребенка» (опубликован в №5 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 75–78).
№5, Апрель 2005 «Политика в области лекарственных препаратов» (опубликован в №6 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 76–78 (часть 1); № 7, с. 78–80 (часть 2).

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

В книге «Модернизация здравоохранения в вопросах и ответах» Вы найдете ответы и получите консультации по 70 практически значимым вопросам управления учреждениями здравоохранения:

- **об оплате медицинских услуг;**
- **о порядке использования прибыли медицинскими учреждениями;**
- **о налогообложении деятельности медицинских учреждений;**
- **о лицензировании медицинской деятельности;**
- **об организационно-правовых формах медицинских организаций;**
- **о социально-трудовых отношениях в ЛПУ.**

С содержанием книги можно ознакомиться на сайте: www.idmz.ru
По вопросам приобретения обращайтесь в редакцию журнала:
тел.: (095)218-07-92
e-mail: idmz@mednet.ru