ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№3. 2008

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

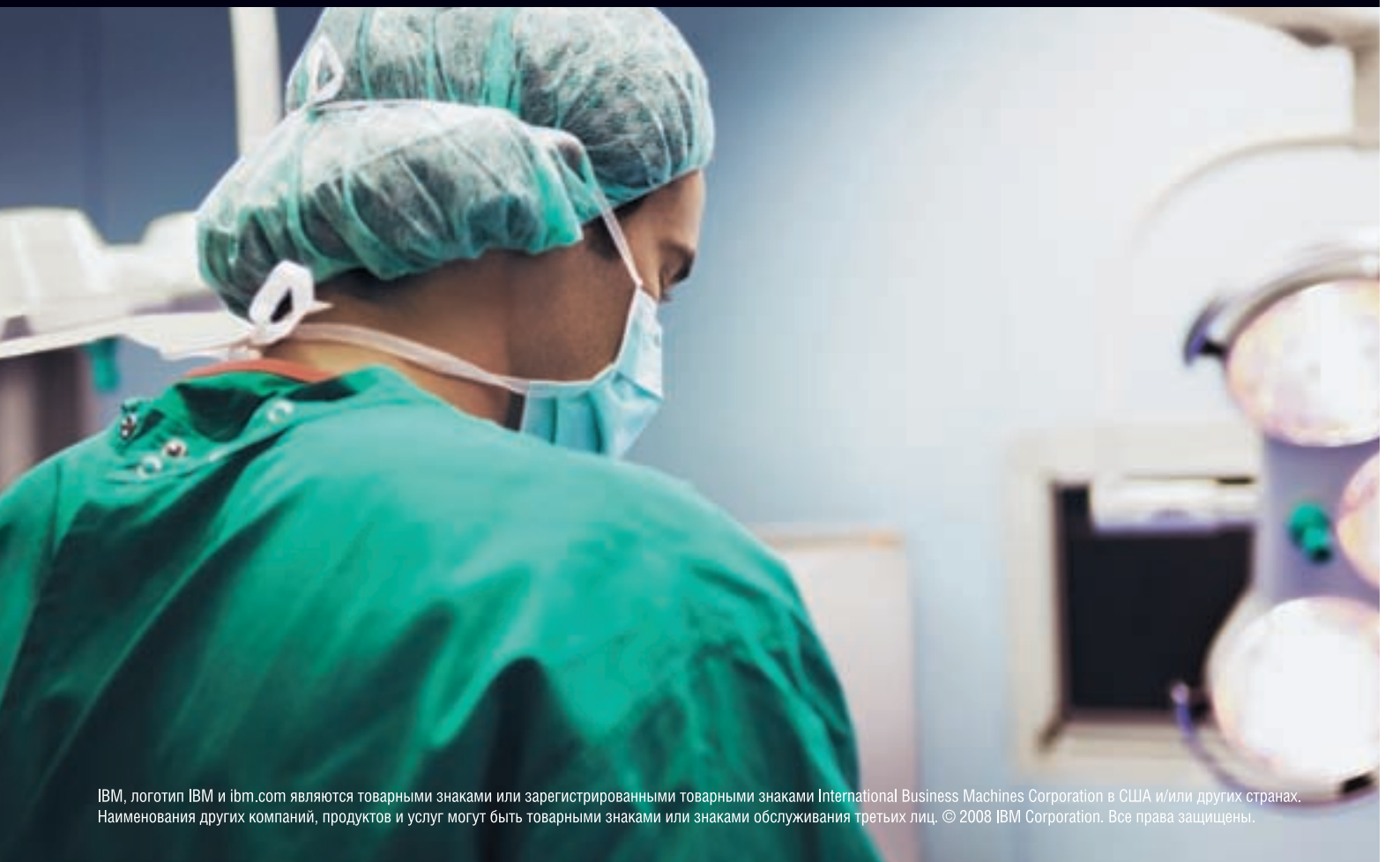
9 771811 018003

РЕКЛАМА

IBM

ХВАТИТ
РАССУЖДАТЬ О МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ
ПОРА
ЛЕЧИТЬ ПАЦИЕНТОВ

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



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

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Перспективы развития сектора частных медицинских услуг в России
- ☑ Актуальные вопросы регистрации новых медицинских технологий
- ☑ Эволюция потребности клиники в компонентах крови
- ☑ Пациент как партнер в деле улучшения здравоохранения
- ☑ Организация обработки персонифицированных данных в медицинских учреждениях: правовые основы и новые требования
- ☑ О новых тенденциях в системе медицинского последипломного образования и необходимости их развития
- ☑ Терминология помощи пострадавшим, оказываемой на месте происшествия.

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 3
2008

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

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

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

Редакционная коллегия:
ВИНОГРАДОВ Константин Анатольевич,
профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и фармации Красноярской государственной медицинской академии
МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, директор ЦНИИОИЗ Росздрава
МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н, заместитель Главы администрации г.Ставрополя

В номере:

НОВОСТИ ОТРАСЛИ

- В Минздравсоцразвития России создана комиссия по разработке концепции развития здравоохранения до 2020 года — 4–5
- Минздравсоцразвития России открыло интернет-сайт для обсуждения концепции развития здравоохранения до 2020 года

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Принципы создания и функционирования системы первой помощи в России
Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, Л.И. Дежурный, А.М. Халмуратов — 6–9

Организация системы управления качеством медицинской помощи в Елизаветинской больнице как крупном многопрофильном стационаре
Б.М. Тайц, Г.Н. Кричмар — 10–20

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРАХ — 20

Национальный проект «Здоровье» и обеспечение первичной медицинской помощью населения мегаполиса
Е.Н. Фуфаев — 21–25

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Опыт работы Иркутского отделения «Российского общества организаторов здравоохранения» в развитии кадровых ресурсов здравоохранения региона
Г.М. Гайдаров, А.А. Ленский — 26–30

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Дискуссия «МЗ»: **Быть ли отечественному институту менеджеров здравоохранения?** — 31–34

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВ, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик МАНЭП, заведующий курсом менеджмента и экономики здравоохранения Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова, начальник кафедры морской медицинской подготовки плавсостава Государственной морской академии им. адм. С.О.Макарова
РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,
д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.И.Баумана
ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,
д.м.н., профессор кафедры управления Владимирского филиала Российской академии государственной службы при Президенте РФ
ОРЛОВ Олег Игоревич,
д.м.н., генеральный директор фонда «Телемедицина»
ШЕЙМАН Игорь Михайлович,
профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок
ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, советник заместителя Министра здравоохранения и социального развития

Проблемы управления рисками на фармацевтическом рынке и роль в этом программы ДЛО
А.Ю. Рогачев 35–38

Верховный суд РФ: изменения к номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ подлежат применению
А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк, П.И. Алешин 39–42

ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Методы распределения затрат медицинских учреждений
Ф.Н. Кадыров 43–50

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
Ф.Н. Кадыров 51–53

НОВОСТИ ОТРАСЛИ 53

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ
Как разработать коллективный договор
Макет коллективного договора, применимый для всех категорий организаций здравоохранения 54–78

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ 78

ОРГАНАЙЗЕР
Медицинские конференции и выставки в марте-апреле 2008 года 79–80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

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

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

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

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

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

Отпечатано в
типографии «Стрит принт»
Заказ № 276

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

В Минздравсоцразвития России создана комиссия по разработке концепции развития здравоохранения до 2020 года

В Минздравсоцразвития под председательством Министра Татьяны Голиковой прошло совещание по разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 года. В нем приняли участие члены Общественной палаты РФ, руководители ведущих НИИ и образовательных учреждений РАМН, представители Государственной Думы, Экспертного управления Президента РФ. Татьяна Голикова отметила, что в последние годы ситуация в здравоохранении стала радикально меняться. «Нацпроект «Здоровье» положил начало глубоким преобразованиям в сфере здравоохранения», — подчеркнула Министр. «Он сделал важный прорыв по многим направлениям. Теперь, наконец, настало время, когда мы можем и должны закрепить достигнутые результаты, обеспечить принятие системных решений, — добавила Татьяна Голикова. — Мы должны с вами прийти к единой позиции по поводу развития всей системы здравоохранения, разработав Концепцию развития здравоохранения до 2020 года».

Министр предложила к обсуждению проект структуры Концепции, которая была разработана на основе документов, исследований, докладов, выступлений о проблемах и путях развития здравоохранения, подготовленных за последний год представителями медицинского сообщества. «В ней уже закреплены результаты обсуждений проблем и перспектив здравоохранения», — сказала Татьяна Голикова. По мнению главы Минздравсоцразвития, любые перемены в здравоохранении немедленно становятся ощутимыми и очевидными для всего населения страны. Поэтому разработка Концепции развития здравоохранения должна идти публично: с участием самых авторитетных специалистов медицинского сообщества, открыто для всего населения. «Только тогда Концепция сможет стать реальной силой развития здравоохранения, а не очередным лежащим на столе документом», — заявила Татьяна Голикова.

В ходе совещания было принято решение о создании Комиссии по разработке концепции развития здравоохранения до 2020 года и тематических рабочих групп по основным направлениям Концепции. Члены Комиссии выразили готовность возглавить рабочие группы:

В.С. Белов, заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации, — рабочая группа ***«Система финансового управления здравоохранением»;***

Л.А. Бокерия, председатель Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по формированию здорового образа жизни, — рабочая группа ***«Система организационного управления здравоохранением»;***

О.Г. Борзова, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья, — ***«Правовое, информационное обеспечение развития здравоохранения, общественный контроль»;***

М.И. Давыдов, президент РАМН, руководитель Государственного научного онкологического центра имени Блохина, — рабочая группа ***«Инновационное и кадровое обеспечение развития здравоохранения»;***

К.В. Лядов, директор Лечебно реабилитационного центра Росздрава, — рабочая группа ***«Система управления ЛПУ»;***

Д.В. Мантуров, заместитель Министра промышленности и энергетики Российской Федерации, — рабочая группа ***«Материально-техническая база здравоохранения, развитие медицинской и фармацевтической промышленности»;***

Г.Г. Онищенко, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты потребителей и благополучия человека, — рабочая группа ***«Приоритетные программы развития здравоохранения: профилактика заболеваний и медицинская помощь отдельным группам населения и программы по развитию отдельных видов медицинской помощи»;***

М.А. Пальцев, ректор Московской медицинской академией имени И.М.Сеченова Росздрава, — рабочая группа ***«Приоритетные программы развития здравоохранения: профилактика заболеваний и медицинская помощь отдельным группам населения и программы по развитию отдельных видов медицинской помощи»;***

Л.М. Рошаль, председатель Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по вопросам здравоохранения, — рабочая группа ***«Программа государственных гарантий».***

Источник: Пресс-релиз Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Минздравсоцразвития России открыло интернет-сайт для обсуждения Концепции развития здравоохранения до 2020 года

Сайт ***www.Zdravo2020.ru*** призван стать интерактивной дискуссионной площадкой, где любой желающий может внести свой вклад в разработку Концепции развития здравоохранения до 2020 года.

Идея создания специализированного ресурса была поддержана ведущими медицинскими, академическими, общественными и образовательными институтами и организациями. Среди партнеров проекта — Общественная палата Российской Федерации, Российская академия медицинских наук, Государственная Дума и другие авторитетные структуры и организации.

Министр подчеркнула, что интерактивный сайт, открывшийся сегодня по адресу www.Zdravo2020.ru «будет функционировать все время, пока мы будем работать над концепцией». Она также подчеркнула, что в Министерстве рассчитывают, что участие в обсуждении концепции на интерактивном сайте примут не только специалисты-медики, но и представители широкой общественности.

Татьяна Голикова также отметила, что разработка концепции может быть успешной только в том случае, если она пройдет с участием медицинского сообщества, максимально публично и открыто для всего общества.

Источник: Фармацевтический вестник

Ю.В. Михайлова,
д.м.н., профессор, директор ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, заслуженный деятель науки, г. Москва
И.М. Сон,
д.м.н., профессор, зам. директора по научной работе ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, г. Москва
Л.И. Дежурный,
д.м.н., ведущий научный сотрудник ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, г.Москва
А.М. Халмуратов,
врач, научный сотрудник директор ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, г.Москва

ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

В настоящее время в Российской Федерации главная роль в оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе отводится службе скорой медицинской помощи. Однако в силу различных причин время прибытия бригады к месту травмы в крупных городах составляет как минимум 15–20 минут, а в загородной зоне значительно больше. Именно в этот достаточно короткий промежуток времени определяется судьба большинства пострадавших, так как, пока скорая помощь в пути, нарушения в организме пострадавшего при тяжелых травмах быстро нарастают и усугубляют его состояние. Оказание первой помощи очевидцами, водителями транспортных средств и другими способно было бы устранить или минимизировать некоторые ранние осложнения травмы и поддержать жизнь пострадавшего до прибытия бригады скорой медицинской помощи. Однако сложившаяся ситуация показывает, что, несмотря на множество нормативных документов по первой помощи, указаний и разговоров на эту тему, реально в настоящее время первая помощь пострадавшим практически не оказывается. Поэтому в России существует острая необходимость заполнения этого этапа оказания помощи пострадавшим и создания всех условий для активного оказания первой помощи широким кругом лиц.

Для выполнения этой задачи можно обратиться к опыту развитых зарубежных стран. В большинстве из них (страны Европейского Союза, США, Австралия, Япония) сформирована и в течение продолжительного времени исправно функционирует система неотложной помощи пострадавшим (EMS, Emergency Medical System). Эта система объединяет верти-

© Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, Л.И. Дежурный, А.М. Халмуратов, 2008 г.

кальными и горизонтальными связями службы, оказывающие помощь на догоспитальном этапе, травматологические и другие стационары, административные органы, учебные организации, систему снабжения и другие субъекты оказания помощи пострадавшим. Она включает в себя различные звенья. Это сотрудники экстренных служб (полиция, пожарные и т.п.), подготовленные к оказанию помощи по определенным программам и имеющие соответствующее оборудование; парамедики, подготовленные по более обширной программе, выполняющие расширенный объем помощи; медицинские работники. Деятельность этой системы включает вопросы обучения, оснащения, организации, финансирования и многое другое, необходимое для ее эффективного функционирования. Функционирование системы EMS также направлено на создание условий для максимально широкого участия в оказании первой помощи пострадавшим очевидцев, водителей транспортных средств, полиции, пожарных и пр.

Низкий процент летальности и хорошие результаты лечения пострадавших говорят о высокой эффективности функционирования системы неотложной помощи пострадавшим в этих странах. Однако попытка создания в ближайшее время в России единой системы, аналогичной системе Emergency Medical System (EMS), объединяющей и оказание помощи на месте происшествия, и дальнейшее лечение в стационаре, было бы на сегодняшний момент слишком радикальным шагом, который мог бы нарушить функционирование более менее эффективно работающей службы скорой медицинской помощи и травматологических стационаров. Кроме того, это, возможно, создало бы трудновыполнимую задачу и не позволило бы правильно расставить акценты и выбрать приоритеты.

Поэтому в настоящее время целесообразным будет создать практически отсутствующую сейчас в России ***систему первой помощи***, а развитие и улучшение системы скорой медицинской, травматологической и реанимационной помощи пострадавшим производить как самостоятельное направление. В то же время создание ***системы первой помощи*** нужно производить в тесном научном и практическом взаимодействии со службой скорой медицинской помощи с целью их дальнейшей интеграции.

При создании системы первой помощи необходимо широко использовать мировой опыт, однако нужно воздерживаться от слепого копирования действующих в зарубежных странах систем, а адаптировать их к местным условиям.

В процессе создания и совершенствования системы может возникнуть желание скопировать и внедрить наиболее развитые организационные схемы, использовать современные возможности транспортировки и эвакуации пострадавших, а также передовые методики оказания помощи, называемые ALS (Advanced Life Support — Передовая поддержка жизни).

Однако нужно учитывать, что эффект от применения продвинутых методик лечения присутствует только при оказании помощи наиболее тяжелым больным и пострадавшим. Если принять во внимание стоимость, то эти методики могут невольно оказывать вред системе догоспитальной помощи, отклоняя драгоценные ресурсы от менее ярких, но достаточно эффективных вмешательств, которые приносят пользу гораздо большему количеству людей. Поэтому ВОЗ в настоящее время рекомендует проявлять осмотрительность, принимая решение об использовании ALS, и базировать решения на основе ясного понимания соотношения затрат для выполнения этих методов и ожидаемого улучшения результата лечения. ВОЗ рекомендует организацию этого вида помощи пострадавшим только в том случае, если она не идет в ущерб оказанию более простых и массовых видов помощи. Особое значение эта рекомендация получает в странах со средним и низким уровнем доходов населения (к кото-

рым принадлежит в настоящее время Россия), где ресурсы здравоохранения и без того ограничены.

Исходя из этого, на первом этапе создания ***системы первой помощи*** основные усилия необходимо направить на создание условий для оказания первой помощи даже в минимальном объеме наиболее широкими слоями участников. Суммарный медицинский и экономический эффект от широкого оказания даже самых простых мероприятий первой помощи будет более значительным, чем оказание расширенной помощи ограниченному числу пострадавших.

Для создания системы нужно определить ее субъект (потенциальных исполнителей первой помощи) и разделить на однородные группы. Эти группы могут существенно отличаться друг от друга по численности, вероятности оказания первой помощи, степени мотивации к оказанию первой помощи, возрасту, образованию, степени организованности и т.д. Поэтому элементы ***системы первой помощи*** для них могут существенно различаться.

Ключевым для создания системы первой помощи является создание адекватной нормативно-правовой базы. Учитывая разнородность потенциальных участников оказания первой помощи и множественность аспектов, требующих нормативного регулирования, не удастся обойтись каким-либо одним всеобъемлющим нормативным актом. Речь идет, скорее всего, о создании ***системы нормативно-правовых актов по первой помощи***, имеющих свою иерархию, подчиненных единой идеологии и описывающих все аспекты первой помощи для всех ее субъектов. Для создания такой системы необходимо принятие федерального нормативного акта (закона о первой помощи), описывающего основные положения системы первой помощи. После принятия такого закона необходимо создание новых подзаконных нормативных актов для различных составляющих системы первой помощи и для различных ее субъектов. Кроме того, необходимо приведение в соответствие закону действующих нормативных актов, имеющих отношение к оказанию первой помощи.

Для успешного функционирования и управления ***системой первой помощи*** должен быть создан исполнительный орган в виде координационного совета, выходящего за рамки отдельного министерства или ведомства. Он должен включать в свой состав представителей всех заинтересованных министерств и ведомств, а также решать и координировать все вопросы первой помощи (по аналогии с Правительственной комиссией Российской Федерации по обеспечению безопасности дорожного движения).

Кроме того, для эффективной организации деятельности координационного совета и для прочей текущей работы должна быть создана рабочая группа по подготовке проектов решений, организационных схем и других самых разнообразных вопросов первой помощи.

На основании сформированного законодательства по первой помощи необходимо создать ***систему обучения*** различных потенциальных участников оказания первой помощи. Система обучения должна быть подчинена единой идеологии, использовать стандартные программы обучения, методологию и др. Структура системы обучения должна иметь определенную иерархию и разделение функций. Для этого предлагается создать федеральный учебно-методический центр по обучению вопросам оказания первой помощи. Основная задача такого центра — методическое обеспечение всей системы обучения, контроль за этой системой и научные разработки в области методик преподавания, организационных схем обучения и др. Реальное обучение в таких центрах должно быть минимизировано и ограничиваться отдельными группами преподавателей первой помощи и организаторов процесса обучения правилам оказания первой помощи.

В регионах должны быть созданы специализированные учебные центры для обучения граждан вопросам первой помощи. Эти учебные центры должны выполнять следующие функции:

1. Обучать преподавателей различных учебных центров, в которых вопросы первой помощи изучаются в рамках различных немедицинских программ обучения, оснащать их всеми необходимыми материалами для дальнейшего обучения.

2. Обучать инструкторов первой помощи как для оказания ими при необходимости первой помощи пострадавшим, так и для дальнейшего обучения ими лиц, не имеющих медицинского образования (коллег, сослуживцев и др.). Инструкторы также должны обучаться педагогическим методикам и оснащаться необходимыми материалами для дальнейшего преподавания на рабочих местах предприятий, при проведении инструктажей и т.д.

3. Обучать лиц, не имеющих медицинского образования, для оказания ими первой помощи пострадавшим.

На эти центры также возлагается функция контроля и методической помощи организациям, проводящим обучение, правилам оказания первой помощи.

Кроме того, необходимо решить весь спектр вопросов, связанных с оснащением потенциальных исполнителей первой помощи средствами для ее оказания.

Перечни оснащения для оказания первой помощи (аптечки, наборы, укладки и т.д.) должны разрабатываться и утверждаться на основе объема первой помощи, определенного законом о первой помощи.

Необходимо чтобы все производители аптечек, наборов и укладок первой помощи, выпускали свою продукцию в соответствии с утвержденными перечнями. За выполнением этого требования должен быть установлен постоянно действующий контроль со стороны Координационного совета, Министерства здравоохранения и социального развития, Всероссийского научно-исследовательского испытательного института медицинской техники, Госстандарта, Роспотребнадзора и других контролирующих органов.

Необходимо отметить, что выполнение отдельных элементов системы первой помощи или их несогласованное выполнение не даст ожидаемого результата либо этот результат будет минимальным. Только комплексное выполнение всех составляющих позволит создать систему первой помощи и повысит частоту и качество оказания первой помощи на догоспитальном этапе.

Наиболее быстрое, эффективное и комплексное создание системы первой помощи будет в случае подготовки, утверждения и выполнения федеральной целевой программы по первой помощи или другого подобного мероприятия.

Новости отрасли

Правительство РФ утвердило правила финансового обеспечения в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Согласно документу Министерству здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития России) поручено утвердить перечень оборудования, приобретаемого для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

Сайт Совета при Президенте РФ по реализации национальных проектов

Б.М. Тайц,
Г.Н. Кричмар,
Елизаветинская больница, г. Санкт-Петербург

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ КАК КРУПНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Как правило, при оценке деятельности стационарных медицинских учреждений используются преимущественно количественные показатели и характеристики: число пролеченных пациентов, количество койко-дней (к/д), средний к/д, оборот койки, летальность и др.

Статистический учет работы стационара проводится по формам, утвержденным Минздравом России. Для анализа деятельности больницы и принятия управленческих решений мы используем следующие основные учетные формы:

— статистическая карта выбывшего из стационара (форма 077/у);
— листок учета больных и коечного фонда (форма 077/у);
— журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма 011/у);
— протокол (карта) патолого-анатомического исследования (форма 013/у);
— журнал записи оперативных вмешательств (форма 008/у);
— медицинская карта стационарного больного (форма 003/у).

Перечисленные учетные документы содержат информацию, необходимую не только для составления годовых отчетов, но и для оперативного управления деятельностью Елизаветинской больницы.

Анализ деятельности Елизаветинской больницы Санкт-Петербурга за последние 6 лет в соответствии с принятой в России системой статистической отчетности позволяет говорить о значительном улучшении показателей использования коечного фонда, эффективности работы стационара в целом.

Елизаветинская больница является крупным многопрофильным стационаром с отделением экстренной медицинской помощи. В 2006 году в больнице было пролечено более 58 тысяч пациентов, что значительно больше в сравнении с другими стационарами Санкт-Петербурга. При этом необходимо отметить, что рост числа пролеченных пациентов в Елизаветинской больнице начал отмечаться только после 2000 года, когда особое внимание стало уделяться решению задачи, направленной на повышение уровня обеспеченности населения города стационарной помощью. За период 2000–2006 гг. рассматриваемый показатель увеличился в 2 раза.

© Б.М. Тайц, Г.Н. Кричмар, 2008 г.

Одним из показателей, характеризующих использование коечного фонда, является средняя длительность пребывания больных в стационаре (в днях) — средний койко-день. За последние 6 лет в Елизаветинской больнице отчетливо прослеживается тенденция к уменьшению значения этого показателя, что является отражением политики руководства стационара по интенсификации лечебно-диагностического процесса и более рациональному использованию коечного фонда.

В условиях осуществления радикальных преобразований в сфере здравоохранения показатель оборота койки приобретает значение одного из важнейших интегрированных критериев уровня организации и эффективности работы стационара. Анализ этого показателя в динамике свидетельствует о его увеличении в 2 раза за период 2000–2006 гг. ($p<0,05$) и стабилизации с 2002 года ($p>0,05$).

О качестве и эффективности оказываемой в Елизаветинской больнице стационарной медицинской помощи мы судим по летальности в динамике, по ряду других показателей. Так, за период 2000–2006 гг. летальность в нашем стационаре уменьшилась в 1,7 раза, что свидетельствует о высоком уровне квалификации медицинского персонала, качестве лечебно-диагностического процесса и о сознательном отношении медицинских работников к своим профессиональным обязанностям.

Таким образом, анализ деятельности Елизаветинской больницы свидетельствует в целом об улучшении показателей работы за период 2000–2006 гг. Кроме того, отмечается их стабилизация с 2002 года. Последний факт объясняется актуализацией управленческой деятельности, направленной на улучшение не только количественных показателей, но и качественных. С этой целью прежде всего возникла необходимость ответить на ряд вопросов, касающихся качества лечебно-диагностического процесса в Елизаветинской больнице. Мы выделили девять основных направлений, которые было решено исследовать с помощью экспертного метода:

1. Соответствует ли медицинская помощь в Елизаветинской больнице утвержденным стандартам медицинской помощи по профилям, а также современным медицинским методологиям и технологиям?

2. Допускаются ли в ходе оказания медицинской помощи врачебные ошибки, каково их количество и структура?

3. Имеются ли дефекты ведения медицинской документации, какие? Влияют ли дефекты ведения медицинской документации на появление врачебных ошибок, их количество?

4. На что влияют допущенные ошибки: на постановку диагноза, на качество лечения, на исход, на прогноз, на среднюю длительность пребывания больных в стационаре?

5. Приводят ли врачебные ошибки и дефекты ведения медицинской документации к экономическим потерям?

6. Какое количество финансовых средств больница теряет в связи с частичной или полной неоплатой медицинской помощи по медицинским причинам?

7. Оказывают ли влияние выявленные ошибки и дефекты на рациональное использование ресурсов больницы: на медикаменты, перевязочные средства, трудовые ресурсы?

8. Удовлетворены ли наши пациенты оказанной им медицинской помощью, если не удовлетворены, то чем именно?

9. Какие управленческие решения требуется принять для того, чтобы медицинская помощь, оказываемая в больнице, была надлежащего качества? Что необходимо для соответствия медицинской помощи современному уровню и технологиям? Можно ли исключить врачебные ошибки и их влияние на течение заболевания, прогноз, исход и как добиться удовлетворенности пациентов? Как сократить экономические потери, связанные с дефектами, и достичь более рационального использования ресурсов больницы?

Фактический материал для такого анализа отсутствовал, поэтому мы начали с анализа актов вневедомственной экспертизы качества

Таблица 1

Количество случаев частичной или полной неоплаты медицинской помощи в Елизаветинской больнице в 2001 году и первом полугодии 2002 года и связанные с этим финансовые потери

2001 год		*2002 год*	
Количество случаев	*Финансовые потери*	*Количество случаев*	*Финансовые потери*
964	Не посчитаны	497	311 048 руб.

медицинской помощи и медико-экономической экспертизы.

В 2002 году нами были проанализированы все акты вневедомственной медико-экономической экспертизы и КМП за 2001 год и первую половину 2002 года, результаты которых повлекли частичную или полную неоплату медицинской помощи за пролеченных пациентов по различным медицинским причинам *(табл. 1)*.

Прогнозируя количество случаев частичной или полной неоплаты медицинской помощи за пролеченных больных на конец 2002 года, мы опасались, что финансовые потери больницы могут составить сумму, приближающуюся к 700 тыс. рублей.

Такой неутешительный прогноз определил необходимость проведения ряда превентивных мероприятий. Прежде всего принятые управленческие решения коснулись организационных аспектов работы стационара. Так, для контроля качества медицинской помощи в больнице был организован экспертно-страховой отдел с двумя должностями врачей-экспертов качества медицинской помощи. В соответствии с рекомендациями Минздрава России введена должность заместителя главного врача по клинико-экспертной работе. Кроме того, были предприняты меры по усилению контроля за качеством оказания медицинской помощи на всех его уровнях: со стороны заместителей главного врача, заведующих отделениями, ЛКК, КЭК и КИЛИ.

Врачи-эксперты КМП оценивали качество медицинской помощи и ведение медицинской документации с заполнением протокола. На основании этих протоколов подсчитывалось общее число дефектов ведения медицинской документации, диагностических и лечебных ошибок, а в последующем проводились сравнительный анализ показателей по структурным подразделениям стационара и изучение их динамики по кварталам.

Такую работу мы активизировали с 2002 года. Ежегодно анализируется не менее 1/7 историй болезни пациентов, прошедших лечение в Елизаветинской больнице.

Так, в 2004 году в больницу обратилось 63 232 пациента. Для анализа качества оказанной им медицинской помощи методом случайной выборки было отобрано 12,5% историй болезни.

Результаты ведомственной экспертизы качества медицинской помощи в 2004 году отражены в *табл. 2*.

Результаты проведенной ведомственной экспертизы качества медицинской помощи, оказанной пациентам в Елизаветинской больнице в 2004 году, показали, что наибольшее число дефектов обнаруживается при ведении документации и при диагностике заболеваний (соответственно, 70,4±0,5 и 24,0±0,5 на 100 дефектов). Лечебных ошибок отмечалось значительно меньше ($p<0,05$).

При этом наиболее часто встречались дефекты, связанные с недостаточным лабораторным и инструментальным обследованием пациентов (13,6±0,4 на 100).

Среди дефектов обращают на себя внимание несоответствия требованиям:

1. Заполнение документации средним медицинским персоналом: неинформатив-

Таблица 2

Результаты ведомственной экспертизы качества медицинской помощи в 2004 году

	Выявленные по результатам экспертиз КМП дефекты	*Число дефектов (абс.)*	*Частота дефектов на 100 экспертиз (P±m)*
Дефекты ведения медицинской документации	Отсутствие дневника или записей дежурной службы	383	5,36±0,3
	Неинформативные дневники	630	8,81±0,3
	Отсутствие эпикриза или его неинформативность	587	8,21±0,3
	Неинформативность первичного осмотра	343	4,80±0,3
	Отсутствие подписи заведующего отделением	91	1,27±0,1
	Отсутствие информированного согласия, отказа	546	7,64±0,3
	Дефекты ведения температурного листа, листа назначений	517	7,23±0,3
	Отсутствие осмотра при алкогольной интоксикации	62	0,87±0,1
	Отсутствие направления на госпитализацию	43	0,60±0,1
	Отсутствие результатов лабораторных и других исследований	534	7,47±0,3
	Отсутствие описания Rg, КТ	285	3,99±0,2
	Отсутствие описания ЭКГ	196	2,74±0,2
	Лабораторные анализы без номера, даты с исправлениями	144	2,01±0,2
	Дефекты заключительного диагноза	506	7,08 ±0,3
	Дата выписки не соответствует фактической	72	1,01±0,1
	Ошибки экспертизы временной нетрудоспособности	20	0,28±0,1
	Дефекты протоколов переливания крови	75	1,05±0,1
	ИТОГО	***5034***	***70,40±0,5***
Диагностические ошибки	Недостаточное лабораторное и инструментальное обследование	969	13,55±0,4
	Ошибки или отсутствие оценки результатов обследования	367	5,13±0,3
	Отсутствует консультация специалистов	281	3,93±0.2
	Несвоевременный осмотр в отделении	98	1,37±0.1
	Отсутствие посева крови на стерильность при длительной лихорадке	2	0,03*)
	ИТОГО	***1717***	***24,01±0,5***
Лечебные ошибки	Не введена ПСС и ПСА	210	2,94±0,2
	Отсутствует лабораторный контроль при введении антикоагулянтов	17	0,24±0,1
	Необоснованное назначение препаратов	15	0,21±0,1
	Не проведено назначенное ФТЛ и ГБО	58	0,81±0,1
	Отсутствие в назначениях рекомендаций заведующего отделением и специалистов	45	0,63±0,1
	Отсутствие лечения сопутствующих заболеваний	42	0,59±0.1
	Назначение противопоказанных препаратов	11	0,15*)
	Нарушение дозировок лекарственных средств	2	0,03*)
	ИТОГО	***400***	***5,59±0,3***
Общее число выявленных дефектов		7151	
Среднее число выявленных дефектов в 1-м акте		2,6	

*) Данные статистически недостоверны

Таблица 3

Характеристика случаев частичной или полной неоплаты медицинской помощи за пролеченного больного по медицинским причинам и связанные с ними финансовые потери по структурным подразделениям в 2004 году

Наименование отделения	*Число случаев неоплаты медицинской помощи (абс.)*	*Финансовые потери (руб.)*	*Средняя стоимость одного случая неоплаты медицинской помощи (руб.)*
1-е хирургическое	*6*	*3299,42*	*549,9*
2-е хирургическое	4	2230,0	557,5
3-е хирургическое	1	185,15	185,15
1-е травматологическое	*6*	*5519,68*	*920,0*
2-е травматологическое	*3*	*4428,21*	*1476,0*
ЛОР-отделение	1	222,86	222,86
Нейрохирургическое	*6*	*4973,47*	*828,9*
Гинекологическое	*1*	*3600,0*	*3600,0*
1-е неврологическое	1	653,7	653,7
Гастроэнтерологическое	2	1218,0	609,0
Пульмонологическое	*3*	*5257,54*	*1752,5*
Кардиологическое	2	821,0	410,5
Отделение экстренной помощи	1	120,0	120,0
ИТОГО	*37*	*32529,03*	*879,2*

ность или неправильное ведение дневников дежурной службой, температурных листов, листов назначений, отсутствие результатов лабораторных или других исследований.

2. Врачебной работы: неверно вынесенный заключительный диагноз, неинформативность или отсутствие выписного или переводного эпикризов.

3. Правовых аспектов: отсутствие информированного согласия, отказа пациента от оперативного вмешательства.

Кроме того, нами был проведен анализ частоты случаев неоплаты медицинской помощи и связанных с ними финансовых потерь по различным отделениям *(табл. 3)*. Результаты такого анализа позволили выявить отделения, работа которых сопровождалась наибольшим числом дефектов (1-е хирургическое, 1-е травматологическое и нейрохирургическое отделения), а также те структурные подразделения, которые стали причиной наибольших финансовых потерь (1-е травматологическое, нейрохирургическое и пульмонологическое отделения).

При этом необходимо отметить, что наибольшая средняя стоимость одного случая неоплаты медицинской помощи во 2-м травматологическом, гинекологическом и пульмонологическом отделениях.

Нами были предприняты все возможные меры по профилактике выявленных дефектов и врачебных ошибок во всех выше указанных отделениях больницы. Проведенные мероприятия позволили достичь определенных положительных результатов: случаи неоплаты и соответственно связанные с ними финансовые потери были сведены практически к нулевым значениям. Однако невозможность определить вклад каждого отделения и выявленного дефекта в общие потери больницы затруднила определение первоочередных задач по совершенствованию работы медицинского персонала.

Таблица 4

Характеристика классов ненадлежащего качества медицинской помощи

Класс	*Риск возникновения врачебной ошибки*	*Риск ухудшения состояния пациентов*	*Риск социально значимого ухудшения состояния пациентов*	*Риск неоптимального использования ресурсов*
I	>0	=0	=0	=0
II	>0	=0	=0	>0
III	>0	>0	=0	=0
IV	>0	>0	=0	>0
V	>0	>0	>0	=0
VI	>0	>0	>0	>0

Для оптимизации управления больницей и повышения качества работы нами было принято решение о необходимости создания системы управления качеством медицинской помощи в Елизаветинской больнице. В мае 2005 года больница приобрела программу Автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи (АТЭ КМП), разработанную на кафедре организации здравоохранения и экспертизы КМП Санкт-петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова.

Были введены дополнительные должности врачей-экспертов качества медицинской помощи (в настоящее время таких должностей 4), которые были обучены технологии экспертизы КМП. Силами больницы отдел оснащен компьютерной техникой, создана локальная компьютерная сеть. В настоящее время экспертный отдел является одним из звеньев, составляющих систему управления больницей, и одним из звеньев локальной компьютерной сети с централизованным поступлением необходимых сведений по больнице.

При этом параллельно решался и ряд других организационных задач:

— ознакомление всех врачей с технологией экспертизы, правилами экспертной оценки;

— освоение врачами-экспертами и лечащими врачами формализованного языка экспертизы;

— совмещение программы АТЭ КМП с программой учета пациентов «Медицинские услуги» фирмы АОЗТ «Медиана» для автоматического ввода сведений о пациентах из одной программы в другую;

— обоснование управленческого решения на основании анализа полученных данных.

Приведенный ниже пример экспертизы качества медицинской помощи пациентам кардиологического профиля в непрофильных отделениях Елизаветинской больницы (пульмонологическом и гастроэнтерологическом) по сравнению с профильными инфарктным и кардиологическим отделениями демонстрирует возможности экспертизы КМП при использовании ее результатов для выявления приоритетных направлений совершенствования работы и принятия наиболее оптимальных управленческих решений.

Нами было решено подвергнуть экспертной оценке 482 истории болезни. Из них в отделении пульмонологии — 96, а в гастроэнтерологии — 84 истории болезни.

Эти два отделения отличало от других большее число случаев оказания медицинской помощи ненадлежащего качества: в пульмонологии — 80, в гастроэнтерологии — 70 случаев ненадлежащего КМП (на 100 историй болезни).

При анализе ситуации мы прежде всего исходили из классификации ненадлежащего качества медицинской помощи по шести классам *(табл. 4)*. В соответствии с такой классификацией выделяются классы, позво-

Таблица 5

Структура качества медицинской помощи, оказанной в 2004 году пациентам кардиологического профиля в отделении пульмонологии

Название заболевания	Частота надлежащего КМП P±m (на 100 случаев заболевания)	Частота ненадлежащего качества медицинской помощи P±m (на 100 случаев заболевания)					
		I класс	II класс	III класс	IV класс	V класс	VI класс
П/инф	33,3±7,2	–*)	33,3±7,2	–	33,3±7,2	–	–
ПМА	50,0±7,6	–	50,0±7,6	–	–	–	–
Сердечная недостаточность	26,1±6,7	8,7±4,3	30,4±7,0	–	21,7±6,3	–	*13,1±2,3*
Атеросклероз	–	–	–	–	100,0	–	–
Гипертоническая болезнь	100,0	–	–	–	–	–	–
Стенокардия	15,4±5,5	–	46,2±7,6	–	30,7±7,0	–	*7,7**)*
Частота соответствующего класса ненадлежащего КМП (на 100 историй болезни)	11,5±3,3	2,0**)	15,6±3,7	–	11,5±3,3	–	*4,2±2,0*

Таблица 6

Структура качества медицинской помощи, оказанной в 2004 году пациентам кардиологического профиля в отделении гастроэнтерологии

Название заболевания	Частота надлежащего КМП P±m (на 100 случаев заболевания)	Частота ненадлежащего качества медицинской помощи P±m (на 100 случаев заболевания)					
		I класс	II класс	III класс	IV класс	V класс	VI класс
Гипертоническая болезнь	16,7±5,7	5,6**)	61,0±7,4	–	5,6**)	–	*11,1±4,8*
Ат. к-з	28,6±6,9	–	57,1±7,5	–	0	–	*14,3±5,3*
Сердечная недостаточность	33,3±7,2	–	16,7±5,7	–	16,7±5,7	–	*33,1±7,2*
Инфаркт миокарда	–	–	100,0	–	0	–	–
П/инф.	–	–	100,0	–	0	–	–
Стенокардия	18,7±5,9	25,0±6,6	12,5±5,0	–	6,3±3,7	*37,5*	*37,5±3,6*
Частота соответствующего класса ненадлежащего КМП (на 100 историй болезни)	11,9±3,3	6,0±2,4	23,8±4,3	–	3,6**)	–	*13,1±3,4*

*) Выявлено.
**) Данные статистически недостоверны

ляющие расценивать качество медицинской помощи, как безусловно и условно ненадлежащее (Чавпецов В.Ф. с соавт., 1998).

Безусловно ненадлежащим КМП признается в случаях, когда врачебные ошибки повлияли на состояние пациента и социальные ресурсы (классы V, VI). В остальных случаях (классы I–IV) качество медицинской помощи признается условно ненадлежащим. Необходимо отметить, что случаи безусловно ненадлежащего КМП являются обязательным поводом для применения санкций против медицинского учреждения.

В этой связи в первую очередь мы обращали особое внимание на ошибки, увеличивающие риск ухудшения состояния пациентов и неоптимального использования ресурсов (классы V, VI) *(табл. 5, 6)*.

Проведенный анализ структуры КМП в отделениях Елизаветинской больницы показал, что в основном преобладает II класс ненадлежащего качества медицинской помощи (15,6 случая в пульмонологическом и 23,8 — в гастроэнтерологическом отделениях на 100 экспертируемых историй болезни, $p>0,05$). Классов безусловно ненадлежащего качества медицинской помощи было меньше (соответственно, 4,2 и 13,1 случая на 100 историй болезни, $p<0,05$).

Следующим этапом анализа состояния качества оказываемой в Елизаветинской больнице медицинской помощи пациентам кардиологического профиля в двух рассматриваемых отделениях стало выявление заболеваний, обусловливающих наибольший вклад в ненадлежащее КМП. Анализ проводился с помощью диаграммы Парето *(рис. 1 и 2)*.

Представленные диаграммы ярко выделяют заболевания, при которых совершается наибольшее количество врачебных ошибок. В отделении пульмонологии необходимо было провести детальный анализ причин и следствий врачебных ошибок по историям болезни пациентов с сердечной недостаточностью, стенокардией и артериальной гипертензией, в гастроэнтерологии — по историям болезни пациентов со стенокардией, сердечной недостаточностью и гипертонической болезнью.

При анализе экспертных заключений по выбранным историям болезни были выявлены следующие ошибки:

— сбора информации о пациенте (жалоб, анамнеза, частоты и выбора инструментальных, аппаратных и лабораторных исследований);

— медикаментозной терапии: отсутствие назначения показанных лекарственных препаратов, назначение непоказанных лекарственных препаратов, избыточное назначение медикаментов;

— ошибки преемственности лечения и др.

На основе результатов проведенного анализа руководство больницы приняло управленческое решение: разработка и внедрение в практику работы врачей стандартов оказания медицинской помощи по всем профилям медицинской помощи. При этом приоритетными заболеваниями стали сердечная недостаточность, стенокардия и гипертоническая болезнь, а также синдром артериальной гипертензии.

С этой целью были созданы рабочие группы, в состав которых входили заведующие отделениями, заместители главного врача, опытные врачи отделений, представители базовых кафедр Елизаветинской больницы, а также врачи-эксперты КМП действующего экспертно-страхового отдела.

При разработке стандартов оказания медицинской помощи рабочей группой учитывались следующие нормативные документы:

— Приказ МЗ РФ от 03.08.1999 № 303 «О введении в действие отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования»;

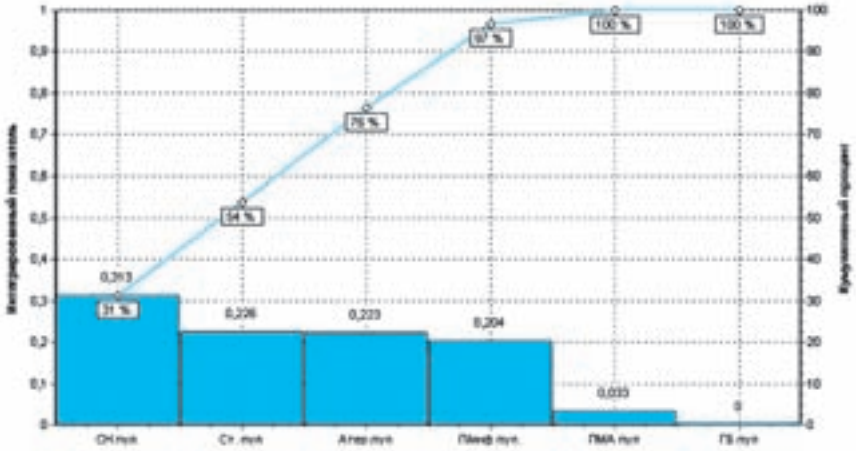
— Приказ МЗ РФ от 24.01.2003 № 4 «О мерах по совершенствования организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации»;

— Приказ МЗ РФ от 27.05.2003 № 164 «Об утверждении отраслевого стандарта

Большой интерес представляет ответ на вопрос:

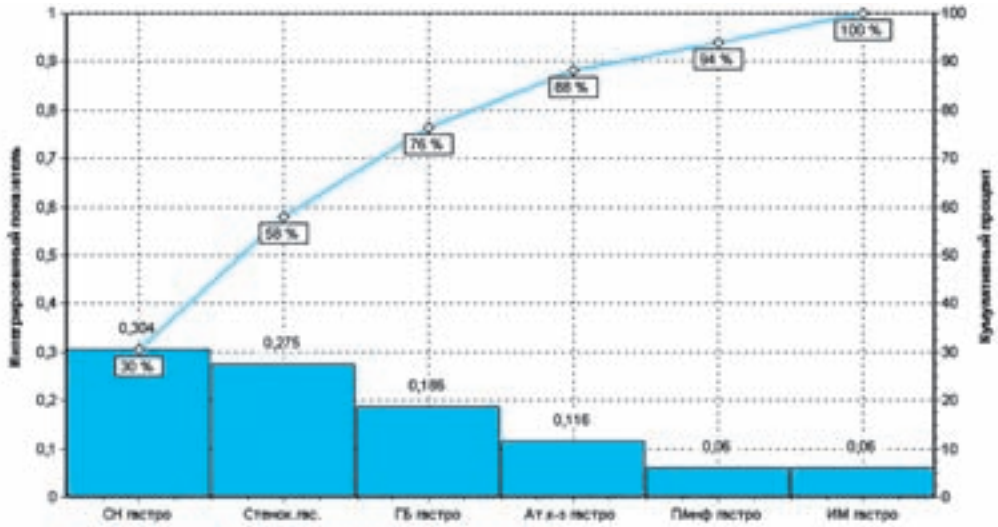
Какая проблема занимает основной удельный вес в возникновении недолжного качества медицинской помощи, повлияв на которую можно было бы в основном исправить положение?

На это может помочь ответить **диаграмма Парето:**



В **отделении пульмонологии** наибольшее количество ошибок совершается при лечении пациентов с сердечной недостаточностью, стенокардией, артериальной гипертензией.

Рис. 1. **Вклад различных заболеваний кардиологического профиля в ненадлежащее КМП в пульмонологическом отделении**



На **отделении гастроэнтерологии** наибольшее количество ошибок совершается при лечении пациентов со стенокардией, сердечной недостаточностью и гипертонической болезнью.

Рис. 2. **Вклад различных заболеваний кардиологического профиля в ненадлежащее КМП в гастроэнтерологическом отделении**

«Протоколы ведения больных с сердечной недостаточностью»;

— Приказ МЗ РФ от 16.07.2001 № 269 «О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав»;

— Приказ МЗ РФ от 08.04.1996 № 134 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи»;

— Приказ МЗ РФ от 22.10.2004 № 29 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным стенокардией»;

— Приказ МЗ РФ от 22.10.2004 № 246 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным мерцательной аритмией»;

— Приказ МЗ РФ от 22.10.2004 № 237 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным сердечной недостаточностью»;

— «Лечение острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ» — Всероссийское научное общество кардиологов. Российские рекомендации. Москва, 2001 г.;

— «Диагностика и коррекция липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» — Всероссийское научное общество кардиологов. Российские рекомендации. Москва, 2004 г.;

— «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» — Всероссийское научное общество кардиологов. Российские рекомендации. Москва, 2004 г.

Стандарты (клинические протоколы) разрабатывались на основе современных методологий и технологий с учетом экономических возможностей больницы, ее оснащенности диагностическим оборудованием и других факторов.

Стандарты оказания медицинской помощи в Елизаветинской больнице пациентам кардиологического профиля утверждены главным врачом (07.11.2005) и содержат следующие рубрики:

I. Протокол осмотра кардиологического больного.

II. Показания к госпитализации.

III. Стандарты оказания медицинской помощи в Елизаветинской больнице:

1. Гипертоническая болезнь.

2. Ишемическая болезнь:

— острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия, непроникающий инфаркт миокарда без подъема ST-сегмента);

— трансмуральный инфаркт миокарда с подъемом ST-сегмента;

— стабильная стенокардия.

3. Тромбоэмболия легочной артерии.

4. Перикардит.

5. Миокардит.

6. Кардиомиопатии.

7. Инфекционный эндокардит.

8. Осложнения кардиальной патологии:

— сердечная недостаточность;

— нарушения сердечного ритма и проводимости;

— отек легких.

IV. Нормативные документы.

V. Состав рабочей группы.

VI. Протоколы согласований.

С июня 2005 по июль 2007 гг. нами разработаны и внедрены в практику работы врачей клинические протоколы по всем основным профилям: общая хирургия, нейрохирургия, гинекология, отоларингология, травматология, урология, кардиология, неврология, пульмонология, гастроэнтерология, эндокринология, нефрология, системные заболевания.

При разработке стандартов учитывались выявленные врачебные ошибки как системные, так и случайные, дефекты оформления медицинской документации.

Таким образом, стандарты медицинской помощи регламентируют сбор информации (жалобы, анамнез, объективный осмотр, лабораторное и инструментальное обследование), постановку и формулирование диагноза в соответствии с современными классификациями, консервативную терапию, хирургическое лечение и рекомендации на последующий этап медицинской помощи.

Все стандарты утверждены приказом главного врача и являются обязательными для исполнения каждым врачом.

В настоящее время отдел экспертизы качества медицинской помощи работает по определенному плану: проведены плановые экспертизы качества медицинской помощи в отделениях: кардиологии, пульмонологии, кардиологии для инфарктных больных; проводятся ЭКМП в отделениях: гастроэнтерологии, нейрохирургии, 1-ой травматологии; проведены ЭКМП умершим пациентам в 1-ом квартале 2006 года и ЭКМП умершим пациентам в 2006 году при расхождении клинического и патолого-анатомического диагнозов.

План работы отдела ЭКМП преследует цель — получить портрет «базового» КМП в больнице в целом. При этом каждая ЭКМП приводит к определенному управленческому решению, которое отражается не только на деятельности экспертируемого отделения, но и на деятельности остальных структурных подразделений, что дает возможность работать на «опережение», предотвращение возможных ошибок.

Кроме того, ЭКМП автоматизированным методом применяется в случаях жалоб пациентов или их родственников, по требованию Комитета по здравоохранению, страховых компаний, ТФ ОМС и т.д.

Такой вид деятельности является новым для нашего ЛПУ, поэтому приходится сталкиваться со множеством трудностей: отсутствием опыта работы, отсутствием подготовленных кадров, отсутствием финансирования, отсутствием заинтересованности у врачей и заведующих отделениями обнародовать свои врачебные ошибки.

Последнее обстоятельство имеет первостепенное значение для качества экспертной работы, так как невозможно больнице сформировать экспертную группу из полностью освобожденных от лечебной работы врачей и таким образом независимых. Частично эту проблему удается решать за счет «перекрестной» экспертизы, но это возможно только в том случае, если в больнице имеются два отделения одного профиля.

Загруженность врачей лечебной работой и нежеланием отвлекаться на «посторонние» дела также является значительным препятствием. И, конечно, экспертная деятельность должна быть обеспечена финансированием на заработную плату сотрудникам, обучение, программное и техническое обеспечение.

Таким образом, Елизаветинская больница Санкт-Петербурга активно внедряет автоматизированную технологию экспертизы качества медицинской помощи, а в перспективе намерена раскрыть ее возможности в целях обоснования принимаемых управленческих решений по повышению качества лечебно-диагностического процесса.

Здравоохранение в цифрах

Американские и британские ученые проанализировали около 30 тыс. случаев врачебных ошибок и установили, что прямой или косвенной причиной 5% случаев с летальным исходом были неверно понятые сокращения. Самой распространенной ошибкой была неправильная дозировка медикаментов.

Педиатры, которым были продемонстрированы аббревиатуры, правильно интерпретировали от 56 до 94% из них, в то время как врачи других специализаций — лишь от 31 до 63%. Эксперты призвали медиков использовать в своих записях сокращения, имеющие только одно значение.

Источник: Washington Profile

Е.Н. Фуфаев,
Городская поликлиника № 195, г. Москва

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ» И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» предусматривает снижение смертности, инвалидности, заболеваемости населения; повышение доступности и качества медицинской помощи; развитие профилактической направленности здравоохранения; повышение роли участковой службы (врача общей (семейной) практики, участковых терапевта, педиатра); создание условий для увеличения объема медицинской помощи на догоспитальном этапе; повышение удовлетворенности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи. Именно поэтому целью данного исследования явился анализ показателей здоровья прикрепленного населения и происходящих тенденций в работе первичного звена на уровне поликлиники мегаполиса (Московская городская поликлиника № 195) за период 2004–2006 гг.

За указанный период занятость врачебных ставок увеличилась с 62,9 до 88,9%, а занятость ставок «участковый терапевт» достигла в 2006 г. 97,9%. Укомплектованность врачебных ставок физическими лицами возросла с 56,1% в 2004 г. до 60,6% в 2006 г. Достоверно увеличилась укомплектованность врачебных ставок «участковый терапевт» физическими лицами с 48,7 до 54,5% ($p<0.05$) Коэффициент совместительства в 2006 г. составил 1,46 (в том числе среди участковых терапевтов) — незначительно выше запланированного в рамках реализации национального проекта «Здоровья» (1,4).

Несмотря на высказанные специалистами экспертные мнения о возможности массового перехода врачей узких специальностей на работу

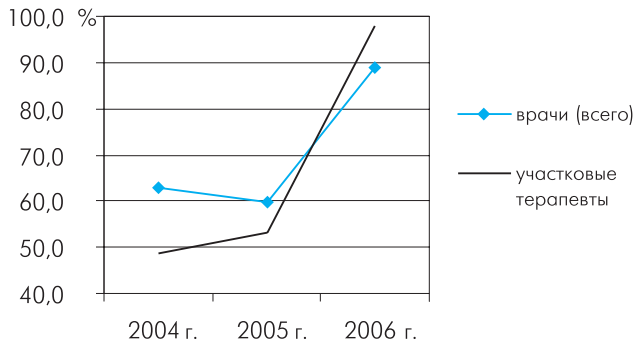


Рис. 1. **Укомплектованность штатного расписания врачами (занятых ставок)**

© Е.Н. Фуфаев, 2008 г.

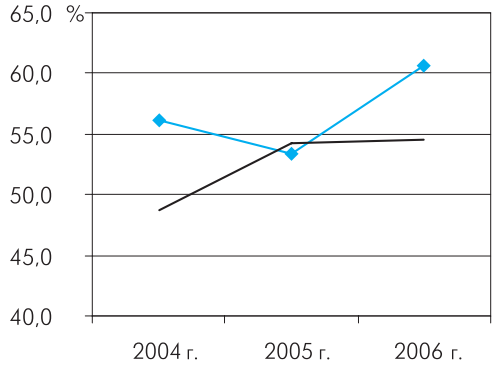


Рис. 2. **Укомплектованность врачебных ставок физическими лицами**

участкового терапевта, связанного с увеличением оплаты труда участковых терапевтов при отсутствии аналогичного повышения заработной платы для врачей других специальностей (Приказ МЗиСР № 816 от 30.12.2005), этого не произошло. Как видно на *рис. 1 и 2,* укомплектованность штатного расписания физическими лицами участковыми терапевтами имеет более медленный темп роста, чем врачами других специальностей. Такая динамика может быть обусловлена несколькими факторами.

Общее число посещений поликлиники увеличилось на 83% (с 697 004 до 1 264 612). Удельный вес профилактических посещений увеличился почти вдвое. Доля посещений участковых терапевтов составляет четверть всех посещений врачей поликлиники, общее число посещений участковых терапевтов с 2004 г. (184 903) по 2006 г. (309 849) увеличилось на 67%. Таким образом, несмотря на абсолютное увеличение числа посещений участковых терапевтов, их роль в оказании медицинской помощи населению мегаполиса не является доминирующей. Сложившаяся на протяжении десятилетий «органная» модель оказания медицинской помощи сохраняется и не имеет тенденции к изменению: одновременно с увеличением числа посещений врачей-участковых терапевтов возросло даже в большей степени число посещений врачей узких специальностей (например, врачей-кардиологов на 140%).

Таблица 1

Динамика числа инструментальных исследований, выполненных в поликлинике

Наименование исследования	*2004 г.*	*1 исследование на число посещений*	*2006 г.*	*1 исследование на число посещений*	*Прирост объема исследований (2004–2006)*
Рентгеновские исследования (всего)	39 045	17	41 014	30	5,0%
Из них органов грудной клетки	12 984	52	11 605	107	–10,6%
УЗИ (всего)	167 398	4	173 000	7	3,3%
Из них:					
ЭхоКГ	6949	98	8300	150	19,4%
УЗИ ССС	41 682	16	44 300	28	6,3%
УЗИ брюшной полости	18 690	36	24 500	51	31,1%
ЭКГ	24 925	27	45 058	28	80,8%
Холтеровское мониторирование	2152	316	2019	617	–6,28%
Эндоскопические исследования	8856	76	13 134	94	48%
Лабораторные исследования	1 665 160	0,4	2 362 473	0,5	41%

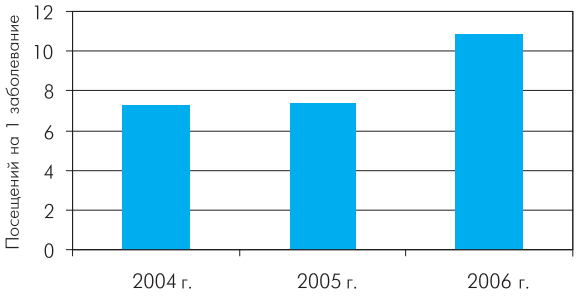


Рис. 3. **Среднее число посещений врача в течение года на 1 случай болезни**

Число инструментальных и лабораторных исследований увеличилось в меньшей степени. Практически не изменился показатель выполнения ЭКГ (одно исследование на каждые 27–28 посещений), несколько увеличилось число лабораторных исследований на каждое врачебное посещение, частота использования других методов исследований по отношению к числу посещений врачей снизилась *(таблица 1)*.

Вероятная причина таких изменений — использование метода исследования в качестве скрининга и/или контроля за течением болезни с помощью инструментальных методов лечения с частотой, идентичной посещениям пациентами лечащих врачей, или отсутствие такой необходимости. Такие лабораторные исследования, как анализ крови, мочи, глюкоза крови, и ряд других показателей на практике часто используются в качестве скрининга, поэтому объем исследований превышает число посещений практически в 2 раза. Например, при вегетососудистой дистонии пациент в течение года может обратиться к врачу 3–15 раз, однако, в аналогичном повторении ЭХОКГ, ЭКГ, Холтеровского мониторирования в большинстве случаев нет необходимости. При некоторых хронических заболеваниях (деформирующий остеоартрит, остеохондроз) в повторных исследованиях нет необходимости, так как это не влияет на тактику ведения пациента. В то же время у больного с ИБС контроль ЭКГ необходим, необходимо также контрольное проведение гастроскопии при язвенной болезни.

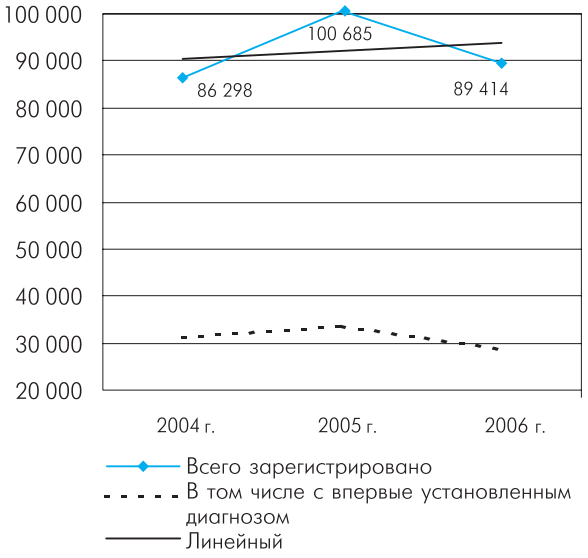


Рис. 4. **Динамика показателей «общее число зарегистрированных заболеваний» и «число впервые выявленных болезней»**

Таким образом, отсутствие значительного увеличения числа инструментальных исследований, вероятно, свидетельствует о хорошо обследованной популяции прикрепленного к поликлинике контингента, но не снижении доступности исследований.

Среднее число посещений врача на 1 случай болезни увеличилось с 7,3 до 10,9 в 2006 г. *(рис. 3)*.

Такая динамика объясняется и лучшей укомплектованностью поликлиники врачами и некоторым ростом в структуре заболеваний числа болезней с хроническим течением, требующих неоднократной коррекции лечения, и возросшим числом обращений, связанных с выпиской бесплатных лекарственных препаратов в течение года. Это подтверждает динамика таких показателей, как общее число зарегистрированных заболеваний, увеличилось и число впервые выявленных болезней *(рис. 4)*. Хронические заболевания и соответственно связанная с ними нагрузка на врачей поликлиники составляют 65–70%.

Структура зарегистрированных в поликлинике заболеваний среди взрослого населения

Таблица 2

Структура зарегистрированной в поликлинике патологии в 2004 и 2006 гг.

Классы заболеваний	*2004 г. (%)*	*2006 г. (%)*
Инфекционные и паразитарные болезни	1,2	0,5
Новообразования	7,2	7,6
Болезни эндокринной системы	2,5	3,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,8	2,2
Болезни нервной системы	1,3	1,5
Болезни системы кровообращения	24,2	27,2
Болезни органов дыхания	22,0	19,8
Болезни органов пищеварения	10,5	8,9
Болезни мочеполовой системы	8,3	10,0
Травмы	1,6	0,7
Болезни костно-мышечной системы	9,5	8,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	7,5	7,5
Прочие	2,4	2,2
Всего	100,0	100,0

представлена в *таблице 2.* Первое ранговое место занимают болезни системы дыхания, второе — болезни системы кровообращения и третье — болезни системы пищеварения.

По сравнению с 2004 г. в 2006 г. зарегистрировано в 3 раза меньшее число инфекционных и паразитарных болезней. Рост абсолютного числа зарегистрированных болезней произошел по классам болезни эндокринной системы (за счет увеличения числа больных с сахарным диабетом) и нервные болезни. По остальным классам болезней в течение 3-х лет число зарегистрированных случаев практически не изменилось. В определенной степени это может свидетельствовать о незначительном изменении структуры обращающегося за медицинской помощью прикрепленного контингента (подавляющее большинство случаев болезни являются хроническими, зарегистрированы у лиц проживающих в районе обслуживания и регулярно посещающих врача по поводу своего заболевания). Наиболее высокая доля впервые выявленных заболеваний (81%) в классе болезни органов дыхания (за счет острых респираторных заболеваний). В классе болезни системы кровообращения доля впервые выявленных заболеваний достоверно уменьшилась с 6,5% в 2004 г. до 4,9% в 2006 г. ($p<0,001$), болезни органов пищеварения — с 15 до 11,4% ($p<0,001$), болезни мочеполовой системы — с 40,7 до 38,3% ($p<0,01$), болезни костно-мышечной системы — с 27,8 до 20% ($p<0,001$). Снижение доли впервые выявленных болезней косвенно может свидетельствовать об улучшении состояния здоровья прикрепленного контингента и эффективной профилактической работе (в том числе кабинета доврачебного осмотра и диспансеризации). Различие в удельном весе впервые выявленных болезней в разных классах связано с частотой возникновения острых, не переходящих в хроническую патологию заболеваний внутри каждого класса, а также случайным выявлением во время инструментальных и лабораторных

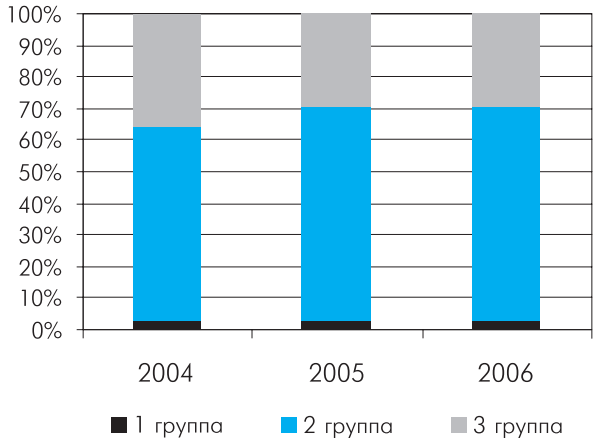


Рис. 5. **Структура инвалидности по группам (2004–2006 гг.)**

исследований патологии, которая клинически в большинстве случаев не проявляется и не обязательно требует применения медикаментозного или хирургического лечения (например, кисты почек, печени; деформирующий остеоартроз или остеохондроз).

За исследуемый период времени отмечено увеличение на 22% числа обслуживаемых учреждением лиц, имеющих группу инвалидности и нуждающихся не только в медицинской, но и социальной помощи. Однако доля лиц, вышедших на группу инвалидности в текущем году, снизилась с 4,7% в 2004 г. до 3,6% в 2006 г., что косвенно может отражать эффективность оказания медицинской помощи (увеличение продолжительности жизни лиц с имеющейся группой инвалидности и более результативное оказание медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями, выявленными на более ранней стадии).

Одной из проблем оказания эффективной медицинской помощи на поликлиническом этапе является отсутствие адекватной социальной помощи. Большинство пациентов с хроническими заболеваниями нуждаются не только в медицинской, но и социальной помощи. Это люди старшего и пожилого возраста, пациенты, имеющие вторую или третью группу инвалидности. Многие из пожилых пациентов, страдающие хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеют ментальные нарушения, что препятствует адекватному самостоятельному выполнению врачебных предписаний. В то же время в поликлинике остаются незанятыми ставки специалистов по социальной работе (2,25), психолога (2,25), психотерапевта (3,25). Это связано с несколькими факторами: отсутствием кадров, низкой заработной платой... Но самое главное — традиционно устоявшейся в рамках общества модели оказания помощи больным разобщенными медицинскими и социальными структурами. В экономически развитых странах мира в связи с демографическими изменениями (увеличением доли населения старшего и пожилого возраста) наблюдается отчетливая тенденция к «бригадному» методу ведения хронических пожилых больных с обязательным включением социального работника и психотерапевта. Однако в России, несмотря на объединение ведомств в единое Министерство здравоохранения и социального развития, изменения модели оказания первичной медицинской помощи не произошло. Сам термин «первичной» к нам пришел из англоязычных международных документов по здравоохранению и, вероятно, был переведен не совсем удачно, поскольку словосочетание «essential services» может обозначать не только и не столько первичную помощь, сколько базовую, жизненно необходимую. И тогда это словосочетание трактуется уже совсем по-другому: обеспечение равенства в доступности населения к тем медицинским услугам, которые на данный момент развития общества обеспечивают наилучшие показатели общественного здоровья. Для развивающихся стран с высоким уровнем смертности от инфекционных болезней — это профилактические прививки, а для экономически развитых стран, с высокой долей в структуре болезней хронических и инвалидизирующих болезней — это доступность без обнищания домохозяйства к дорогостоящим, но с доказанной эффективностью методам лечения в сочетании с адекватной социальной помощью.

Г.М. Гайдаров,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, председатель Правления Иркутского отделения Российского общества организаторов здравоохранения
А.А. Ленский,
заведующий организационно-методическим отделом клиник ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, исполнительный директор Иркутского отделения Российского общества организаторов здравоохранения

ОПЫТ РАБОТЫ ИРКУТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАЗВИТИИ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

Происходящие преобразования в нашей стране во всех сферах ее жизнедеятельности закономерно вызывают потребность внесения определенных изменений в систему здравоохранения, направленных на дальнейшее совершенствование медицинского обслуживания населения. В современных условиях среди неотложных задач на первый план выдвигается совершенствование кадровой политики, наращивание и рациональное использование человеческих ресурсов, направленной на развитие кадрового планирования, совершенствование системы оплаты и улучшение охраны труда работников здравоохранения, их социальной защиты, совершенствование системы подготовки персонала.

Качество медицинской помощи определяется не только оптимальностью организационных форм, состоянием материально-технической базы здравоохранения, но и наличием квалифицированных специалистов. Медицинские кадры являются главной, наиболее ценной и значимой частью ресурсов здравоохранения. Эффективное функционирование как всей системы здравоохранения в целом, так и отдельных ее структурных подразделений обеспечивается именно кадровыми ресурсами. Это определяет кадровую политику как один из приоритетов в развитии здравоохранения. Стратегия кадровой политики должна строиться с учетом особенностей регионального здравоохранения, адекватных мер по управлению персоналом и накопленного мирового опыта.

Постоянный анализ состава и структуры медицинских кадров, тенденций в изменении их численности, обеспеченности ими населения, соотношения между отдельными их категориями, демографические характеристики должны являться основной информационной базой для определения потребности общества и системы здравоохранения в медицинских кадрах, планирования до- и последипломной подготовки, решения целого ряда управленческих задач.

Одна из ведущих ролей в обеспечении эффективности реализации кадровой политики в Иркутской области принадлежит Иркутскому региональному отделению общероссийской общественной организации «Российское общество организаторов здравоохранения», которое функционирует с 2006 года и реализу-

© Г.М. Гайдаров, А.А. Ленский, 2008 г.

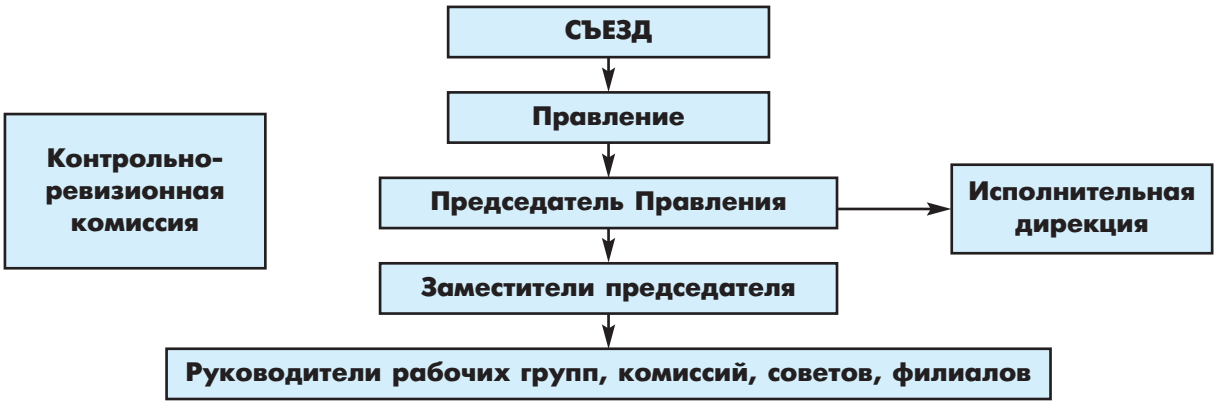


Схема 1. **Организационно-функциональная структура Иркутского регионального отделения «Российское общество организаторов здравоохранения»**

ет свою деятельность на территории большинства муниципальных образований региона с помощью 30 местных филиалов. Кроме этого, по всем основным направлениям деятельности организации созданы рабочие группы, комиссии и советы, возглавляемые опытнейшими специалистами своего профиля. Организационно-функциональная структура Иркутского регионального отделения Общества представлена на *схеме 1.*

Организация объединила руководителей муниципальных образований и их заместителей по социальным вопросам; руководителей территориальных агентств и служб; руководителей органов управления здравоохранением регионального и муниципального уровней; руководителей государственных, муниципальных, ведомственных и частных учреждений здравоохранения и их заместителей; руководителей и работников ТФ ОМС и страховых медицинских организаций; руководителей региональных медицинских ассоциаций и обществ по клиническим специальностям; ректоров и проректоров; заведующих клиническими кафедрами; профессорско-преподавательский состав; клинических ординаторов и аспирантов кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья ИГМУ и ИГИУВ. Члены организации входят в состав следующих государственных рабочих органов исполнительной и законодательной власти Иркутской области: Медицинский Совет при Губернаторе, Комитет по здравоохранению Законодательного Собрания, Коллегия Департамента здравоохранения, Совет по здравоохранению при Ассоциации муниципальных образований.

Целями работы Общества организаторов здравоохранения являются: привлечение интереса общественности, научных и практических медицинских кадров к решению проблем организации здравоохранения; развитие системы врачебного самоуправления, законодательства в области здравоохранения, системы профилактики заболеваний; повышение уровня научных знаний и практических навыков медицинских работников; содействие развитию системы медицинского страхования граждан и системы профессионального страхования медицинских работников; содействие развитию здорового образа жизни населения и реализация его прав на охрану здоровья; содействие созданию и развитию системы общественной сертификации медицинских работников и аккредитации медицинских учреждений; формирование этических норм в здравоохранении.

Общество организаторов здравоохранения осуществляет свою деятельность в следующих основных направлениях: оказывает содействие в организации финансирования мероприятий по организации здравоохранения и общественного здоровья; разрабатывает для органов здравоохранения предложения по повышению качества оказания медицинской помощи и

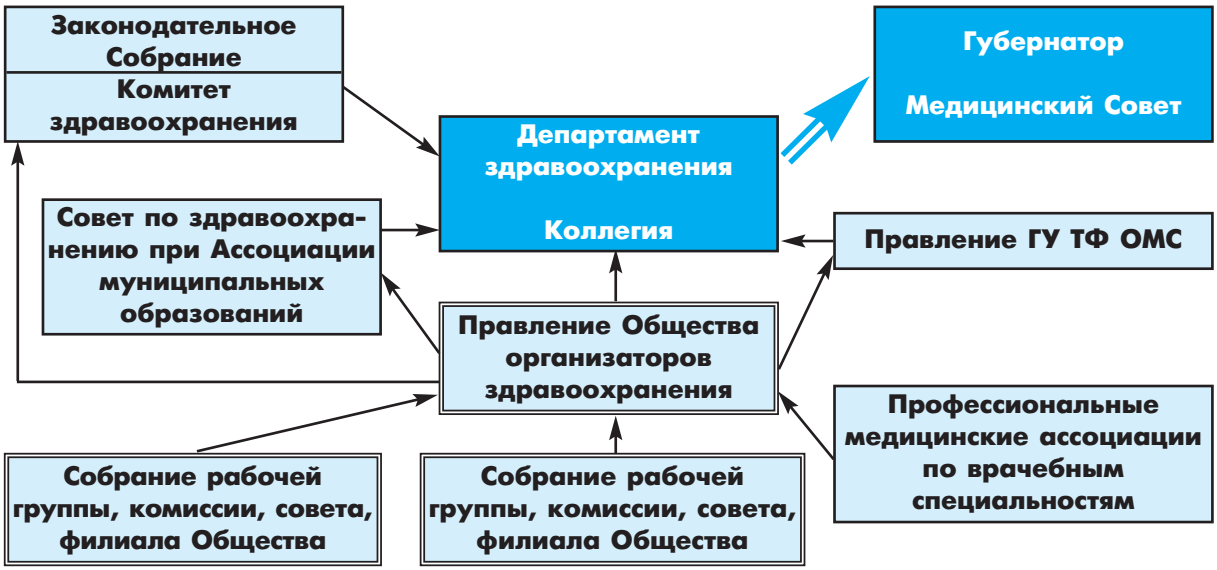


Схема 2. **Продвижение основных нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения Иркутской области**

совершенствованию научной работы; участвует в разработке предложений по совершенствованию учебных планов и программ преподавания в высших и средних медицинских учебных заведениях, включая послевузовское образование; организует и проводит научные конференции, семинары, круглые столы по вопросам организации здравоохранения и общественного здоровья, принимает участие в посвященных данной тематике российских и международных конгрессах, симпозиумах, конференциях.

Среди мероприятий, проводимых Обществом, значимая роль отводится разработке новых и совершенствованию действующих законодательных и нормативных актов, определяющих стратегию развития регионального здравоохранения, что позволяет по новому рассматривать механизмы разработки долгосрочных программ развития здравоохранения, когда, наряду с государственными структурами, в качестве разработчиков выступают общественные организации, принимая активное участие на всех этапах планирования, обсуждения и реализации документов.

Продвижение основных нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения Иркутской области представлено на *схеме 2.*

Необходимо отметить, что представители центральных органов не диктуют условия проведения региональным отделением мероприятий, а принимают активное участие в обсуждении поставленных вопросов, тем самым оказывая помощь и корректируя свои действия.

Одним из направлений работы Общества организаторов здравоохранения является повышение производительности, эффективности и качества труда работников здравоохранения путем формирования госзаказа на подготовку врачей, повышение привлекательности работы врачей в сельской местности, введение поощрительных надбавок к оплате труда работников здравоохранения.

Общество вносит свой вклад в развитие кадровых ресурсов регионального здравоохранения по следующим позициям:

1. Совершенствование кадровой политики в региональном здравоохранении:

— разработка Концепции прогнозирования, планирования и подготовки кадров здравоохранения Иркутской области;

— разработка сводов правил профессиональной этики и обеспечение их выполнения;

— превращение пропаганды здорового образа жизни в обязательный компонент

повседневной практики медицинского персонала;

— расширение применения самооценки профессионального мастерства медико-санитарных работников и оценки его со стороны коллег по профессии;

— реорганизация системы планирования подготовки и распределения кадров, нацеленная на изменение соотношения врач—медицинские работники среднего звена в сторону увеличения числа последних до уровня один к пяти;

— формирование органами управления здравоохранением целевых заказов на подготовку специалистов с заключением соответствующих договоров с учебными заведениями и абитуриентами;

— создание условий для развития общих врачебных практик с реорганизацией сложившихся структур первичного звена медицинской помощи.

2. Развитие системы кадрового планирования в здравоохранении Иркутской области:

— формирование государственного заказа на подготовку кадров в области здравоохранения на основе дифференцированных нормативов потребности в различных видах медицинских услуг, учитывающих региональные и муниципальные особенности организации работы и размещения сети медицинских учреждений, демографическую ситуацию и динамику здоровья населения:

— разработка квалификационных характеристик (должностных моделей) специалистов;

— повышение привлекательности работы в сельской местности и в районах, где не хватает кадров здравоохранения;

— создание постоянно действующей многоуровневой системы мониторинга развития кадров;

— создание единой системы учета вакансий в учреждениях и организациях отрасли с использованием возможностей системы Интернет.

3. Совершенствование системы подготовки кадров здравоохранения:

— обеспечение правовой и профессиональной подготовки главных врачей государственных и муниципальных учреждений здравоохранения путем внедрения новых подходов при подготовке, переподготовке и сертификации на базе кафедр общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ и ИГИУВ;

— организационно-правовая и финансово-экономическая поддержка клинических кафедр ИГМУ и ИГИУВ при обеспечении нормальных условий лечебной, учебной и научной работы в базовых лечебно-профилактических учреждениях путем разработки новых нормативно-правовых актов: положение о клиническом лечебно-профилактическом учреждении, положение о клинической кафедре медицинского ВУЗа и института усовершенствования врачей, типового договора о сотрудничестве медицинского ВУЗа с базовыми лечебно-профилактическими учреждениями;

— формирование системы медицинского и фармацевтического образования в соответствии с международными требованиями;

— совершенствование единой национальной системы контроля качества подготовки специалистов на всех этапах непрерывного образования;

— оценка качества работы выпускников медицинских учебных заведений;

— совершенствование программ обучения студентов;

— переход на систему субсидирования студентов;

— совершенствование всей взаимосвязанной системы документов, регламентирующих учебный процесс в медицинских образовательных учреждениях;

— разработка государственных стандартов в области обучения и подготовки кадров здравоохранения (стандартных учебных планов и программ и методических материалов).

4. Улучшение охраны труда и социальной защиты работников здравоохранения:

— пересмотр действующих в отрасли нормативных документов по охране труда, приведение их в соответствие с современными требованиями безопасности;

— проведение аттестации рабочих мест по соответствию нормам безопасности труда;

— обеспечение получения работниками здравоохранения предусмотренных законодательством компенсаций и льгот в полной мере;

— разработка и введение в действие механизма реализации прав работников отрасли на обязательное государственное личное страхование в случаях, когда исполнение служебных обязанностей связано с угрозой их жизни и здоровью;

— создание системы государственного социального страхования профессиональной ответственности на случай ошибки и при наличии риска в связи с медицинским вмешательством;

— расширение перечня категорий работников здравоохранения, имеющих право на пенсию за выслугу лет;

— более широкое использование контрактной системы, предусматривающей дополнительные социальные гарантии для лиц, работающих в сложных природных, экологических и других условиях, а также на отдаленных территориях;

— разработка нормативных документов по безопасности труда в учреждениях здравоохранения;

— обучение по вопросам охраны труда руководителей органов управления и учреждений здравоохранения, студентов медицинских образовательных учреждений;

— проведение единой политики по установлению компенсаций и льгот за особые условия труда медицинских работников;

— совершенствование системы социальной поддержки работников сельского здравоохранения «Закрепление специалистов на селе» (предоставление жилья на время работы, оплата коммунальных услуг, получение санаторно-курортного лечения, льготный проезд и пр.)

5. Совершенствование системы оплаты труда работников здравоохранения:

— разработка новой контрактной системы организации и оплаты труда руководителей ЛПУ;

— регулярный пересмотр размеров тарифов на медицинские услуги на основе тарифных соглашений с профессиональными медицинскими объединениями;

— введение поощрительных надбавок к оплате труда работников здравоохранения за высокое качество предоставляемой помощи, включая смешанные системы оплаты труда работников ПМСП, учитывающие не только число обслуженных пациентов, но и тарифные ставки оказанных услуг;

— совершенствование системы оплаты специализированной помощи на вторичном и третичном уровнях.

6. Кадровые ресурсы:

— создание надежной системы оценки деятельности медицинского работника;

— обеспечение открытости кадровых перестановок и осуществимости как «горизонтальных перемещений», так и повышений по службе;

— предоставление медицинскому персоналу возможности участия в научных исследованиях.

Общество организаторов здравоохранения будет активно способствовать тому, чтобы любые изменения, вносимые в такую социально, экономически и политически чувствительную сферу, как здравоохранение, прежде всего исходили из точной информации о состоянии на местах и о медицинских потребностях граждан Иркутской области, поскольку все возможные последствия любых предлагаемых мер необходимо спрогнозировать и просчитать на перспективу, без этого невозможно выбрать наиболее эффективный путь дальнейшего развития отрасли.

Общество организаторов здравоохранения предоставляет уникальную возможность для творческого сотрудничества всем тем, кто прямо или косвенно имеет отношение к здравоохранению Иркутской области. Развитие профессионального самоуправления медицинского сообщества, заметное повышение роли общественной экспертизы в деятельности органов и учреждений здравоохранения региона и обеспечения эффективной реализации кадровой политики — благородные, конкретные и достижимые цели.

БЫТЬ ЛИ ОТЕЧЕСТВЕННОМУ ИНСТИТУТУ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Сегодня все большее внимание уделяется вопросам внедрения инноваций в самые различные сферы деятельности. Все более значимым это становится и для системы управления службой охраны здоровья. Какие подходы необходимо использовать для формирования современного менеджмента в российском здравоохранении? Как должна осуществляться подготовка менеджеров отрасли? В каком объеме надо учитывать отраслевую специфику?

Вот только небольшой перечень вопросов по столь важной теме, которые мы предложили для обсуждения заведующему кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского ГИУВа, профессору Пивеню Д.В. и профессору кафедры управления Владимирского филиала Академии государственной службы при Президенте РФ Тогунову И.А.

Пивень Д.В.

Проблема разработки и внедрения новых управленческих технологий в систему отечественного здравоохранения, а соответственно подготовки, переподготовки и повышения квалификации управленческих кадров приобретает все большую и большую актуальность. При этом все чаще речь идет о необходимости формирования института менеджеров для службы охраны здоровья. Безусловно, убедительным аргументом в пользу этого является необходимость решения следующих задач:

— повышение качества лечебно-диагностического процесса;
— обеспечение рационального использования ресурсов;
— умение позиционировать свое учреждение на рынке медицинских услуг;
— способность привлекать дополнительные ресурсы;
— умение не только выживать, но и развиваться в конкурентной борьбе и т.д.

Едва ли найдутся оппоненты, утверждающие, что решать эти задачи не надо. В то же время значимых движений в направлении формирования института менеджеров для российского здравоохранения пока не сделано. На мой взгляд, причин для этого несколько, но все они достаточно серьезны.

Причина первая. Здравоохранение Российской Федерации — очень разное здравоохранение. Только законодательно закреплено наличие государственного, муниципального и частного здравоохранения, крайне выражены территориальные различия, особенно между возможностями муниципального здравоохранения села, малых городов и здравоохранения регионального центра. Кроме того, усиливается и внутриотраслевая специфика в деятельности отдельных медицинских служб. При этом за последние годы все указанные различия только нарастают.

Причина вторая. Децентрализация в управлении отраслью в сочетании с минимальной правовой и хозяйственной самостоятельностью медицинских учреждений, с одной стороны, обусловливает взаимную изоляцию разных уровней управления,

а, с другой стороны, постоянно индуцирует попытки поиска и усиления механизмов административного влияния по принципу сверху — вниз. В свою очередь это также не приводит к большей востребованности управленческих инноваций.

Третья причина — результат первых двух. Несмотря на наличие в Российской Федерации системы подготовки управленческих кадров для здравоохранения, сегодня в стране нет единой государственной политики, предполагающей широкое внедрение технологий современного менеджмента в деятельность службы охраны здоровья.

На основании изложенного выше напрашивается довольно печальный вывод о том, что в здравоохранении России сегодня просто нет достаточных условий для формирования института менеджеров. Очевидно, что такая ситуация недопустима и ее надо ломать. Какие механизмы целесообразно разработать и внедрить, чтобы начать решение указанной проблемы?

Тогунов И.А.

Мой взгляд на проблему менеджмента в здравоохранении и в, частности, на создание действенной системы, обеспечивающей постоянное соответствие уровня профессиональной компетенции управленческого персонала субъектов здравоохранения требованиям развития экономики и социальной сферы, в чем-то совпадает с Вашим.

Вместе с тем по отдельным частным положениям позвольте не во всем согласиться.

Да, действительно, формирование института менеджеров для службы охраны здоровья — насущная проблема, но решение ее не должно являться самоцелью.

Задачи, обозначенные Вами (повышение качества лечебно-диагностического процесса; обеспечение рационального использования ресурсов; умение позиционировать свое учреждение на рынке медицинских услуг; способность привлекать дополнительные ресурсы; умение не только выживать, но и развиваться в конкурентной борьбе и т.д.), и решение их, скорее всего, находятся в плоскости конкретных управленческих решений уже подготовленного (либо неподготовленного) управленческого корпуса.

Мне бы не хотелось, чтобы дискуссия о поиске ***модели отечественного института менеджеров здравоохранения*** (условное определение И.Т.) велась в сфере обсуждения проблем самой системы здравоохранения, то есть чтобы не получилось в нашем разговоре так, что вместо того, чтобы говорить о системе подготовки и переподготовки управленческих кадров, мы бы начали с позиций менеджеров обсуждать проблемы системы и искать возможные управленческие решения по снятию этих проблем.

Мне думается, что задачей нашей дискуссии должно явиться акцентирование внимания на самой сущности деятельности менеджеров здравоохранения. А это при прочих равных:

⇨ ясное целепологание и четкое программирование всех сторон деятельности на всех уровнях управления отечественной системой здравоохранения как единым хозяйственным механизмом, интегрированным в общегосударственное устройство и общегосударственную деятельность;

⇨ постоянное накопление профессиональной компетенции менеджеров всех уровней системы здравоохранения;

⇨ регулярная обратная связь принятых и реализованных управленческих решений, оценка деятельности менеджеров и управленческой результативности;

⇨ формирование эффективной системы мотивации управленческой деятельности для менеджеров здравоохранения;

⇨ поощрение обновления знаний.

А для этого следует избрать стратегическую цель — перевод образовательных услуг в сфере подготовки, переподготовки и повышения квалификации менеджеров здравоохранения на основу требований общеобразовательных стандартов.

Решение данной проблемы, по моему мнению, возможно через реализацию целого комплекса мер: правовых, организационных, управленческих, образовательных, финансово-экономических, межведомственных и пр.

Пивень Д.В.

Согласен. Целесообразно формирование единых подходов к подготовке менеджеров здравоохранения как к качественно новой категории управленцев. Однако, вероятно, именно сейчас надо определиться не только с общими принципами такой подготовке, но и с отраслевой спецификой менеджмента в отечественном здравоохранении.

Например. Сегодня предложения к внедрению современных технологий менеджмента медицинской организацией, как правило, связывают с развитием рыночных механизмов, увеличением возможности больше зарабатывать, в том числе за счет повышения качества и объемов предоставляемых медицинских услуг, оптимизации управления ресурсами. Двигаться в этом направлении, несомненно, надо. Но! В современном российском здравоохранении рынок медицинских услуг имеет существенные особенности, а это нельзя не учитывать при подготовке менеджеров. Например, рынок медицинских услуг на селе, в малых и средних городах, а этот рынок обслуживает как минимум половину населения страны, чаще всего характеризуется выраженным дефицитом ресурсов, прежде всего кадровых, отсутствием какой бы то ни было конкуренции и общим низким уровнем той социально-экономической среды, в которой ему приходится функционировать. Следовательно, необходимы те управленческие технологии, которые обязаны данную ситуацию учитывать и в оптимальном варианте способствовать ее исправлению. Иными словами, что должен представлять из себя современный менеджмент для данного сегмента здравоохранения?

Еще одна проблема, которая требует обсуждения. Насколько полно технологии управления медицинской бизнес-организацией могут или должны быть перенесены на уровень муниципального или государственного учреждения? Один из главных критериев эффективного менеджмента медицинской бизнес-организацией — объем полученной прибыли. И это совершенно правильно.

В свою очередь для муниципальной и государственной системы здравоохранения указанный критерий, особенно в условиях российской действительности, не может и не должен быть основным. Конкуренция в рамках системы ОМС возможна и присутствует, но имеет целый ряд объективных ограничений. Например, в здравоохранении среднего города разными поликлиниками предоставляются примерно равные объемы бесплатной медицинской помощи. При этом основные потребители медицинских услуг (пенсионеры, дети, инвалиды) традиционно ориентированы на ближайшее медицинское учреждение.

Еще одна проблема в управлении медицинской организацией — нарастающие ограничения хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений. Сюда относятся и все более жесткие требования к планированию и расходованию средств, полученных от оказания платных медицинских услуг, и реализация Федерального закона № 94-ФЗ о размещении государственных (муниципальных) заказов на конкурсной основе, которая вообще несовместима с эффективным управлением ресурсами. Надеюсь, что еще наступит время, когда убытки от выполнения данного закона будут подсчитаны и озвучены.

Таким образом, одним из важнейших вопросов применительно к подготовке менеджеров муниципальных (государственных) медицинских организаций, на мой взгляд, является следующий. Кого и чему учить? Любые универсальные подходы к управленческой деятельности, вероятно, не могут и не должны игнорировать многообразие, специфику и различия медицинских организаций.

Тогунов И.А.

Прежде всего целесообразно всесторонне и объективно проанализировать и оценить ситуацию, сложившуюся в управленческом менеджменте системы здравоохранения, как с позиций кадрового обеспечения, так и с позиций степени его профессиональной готовности работать в условиях демократических преобразований, становления и развития рыночных отношений.

Низкая компетентность руководителей в здравоохранении может обернуться большими потерями. Это — принятие неэффективных и запаздывающих решений, падение авторитета медицинских работников, лечебных учреждений и органов системы здравоохранения, распространение коррупции, низкая конкурентоспособность субъектов отечественного здравоохранения.

Следует признать, что сегодня не всегда соблюдаются установленные законодательством (как на федеральном, региональном, так и муниципальном уровнях) процедуры и нормы подбора, расстановки, обновления руководителей субъектов системы здравоохранения.

Принципы работы с менеджерами здравоохранения в их нынешнем виде не в полной степени стимулируют потребность в профессиональном развитии и обучении, эффективной управленческой деятельности и карьерном росте.

Формирование и развитие эффективной системы подготовки и обучения менеджеров здравоохранения, по всей видимости, должны строиться на основе ряда ведущих и признанных в России учебных заведений разных организационно-правовых форм и уровней, предоставляющих образовательные услуги в области углубленных знаний по вопросам современных форм и методов управления, менеджмента, информационных технологий, учебных курсов, дающих возможность ориентироваться в области права, экономики, гуманитарных дисциплин и многого другого, что необходимо сегодня управленцу.

Уважаемые читатели!

Редакционная коллегия «Менеджера здравоохранения» считает, что рассматриваемые в данном материале проблемы затрагивают интересы самого широкого круга специалистов, и приглашает продолжить их обсуждение на страницах журнала.

А.Ю. Рогачев,
ведущий риск-менеджер компании Хоффман ля Рош (г. Базель, Швейцария),
маркетинговый контролер Российского представительства Хоффман ля Рош в г. Москве

ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ И РОЛЬ В ЭТОМ ПРОГРАММЫ ДЛО

Данные статистики Службы мониторинга ситуации в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, к сожалению, свидетельствуют о неуклонном росте общей заболеваемости взрослого населения. Растет заболеваемость населения, а значит, расширяется рынок фармацевтических препаратов. Все больше зарубежных компаний выходят на российский рынок, составляя здоровую конкуренцию отечественным производителям лекарственных средств. Государством создаются федеральные программы, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения, улучшение объемов и качества диагностики заболеваний, улучшение качества жизни людей, страдающих тяжелыми формами болезней. Реализуются территориальные программы, направленные в первую очередь на профилактическую деятельность. Некоторые фармацевтические компании самостоятельно поддерживают ряд социальных программ, инициированных на федеральном уровне. Примером тому является компания «Рош-Москва», при поддержке которой претворяется в жизнь программа «Равное право на жизнь», направленная в первую очередь на создание условий, обеспечивающих свободный доступ к современной диагностике и лечению для врачей и пациентов, независимо от места проживания.

Фармацевтический рынок занимает особое место в экономической системе любого государства, что связано с социальной направленностью и наукоемкостью продуктов производства фармацевтической отрасли и прибыльностью рыночного функционирования предпринимательских структур. Ведь именно фармацевтический рынок, по своей сути, предлагает социально значимые ценности, результатом потребления которых является улучшение качества жизни. Вместе с тем увеличение продолжительности жизни населения способствует развитию фармацевтического рынка. Таким образом, устойчивое положение фармацевтического рынка обеспечивается оптимальным совмещением интересов различных социальных субъектов и направленностью их деятельности на достижение общественно значимой цели — улучшение качества жизни.

Фармацевтический рынок многим компаниям видится весьма привлекательным. Однако данный бизнес является очень динамичным, высокотехнологичным и наукоемким сектором экономики. Далеко не все компании спо-

© А.Ю. Рогачев, 2008 г.

собны выжить в быстроменяющейся бизнес-среде. Поэтому транснациональные фармацевтические компании, лидеры рынка ставят инновационные разработки во главу своего стратегического развития и бизнес-приоритетов на ближайшие 15–20 лет. Но следует помнить, что любая инновационная деятельность в большей степени взаимосвязана с риском потерь, которые могут возникать в результате вложения компанией средств в производство новейших товаров и услуг. Ведь никто не может гарантировать успех разрабатываемого препарата на рынке. Для многих фармацевтических предприятий как никогда становятся актуальными вопросы эффективного управления бизнес-рисками. Ими создаются специализированные службы и подразделения риск-менеджмента.

Не только инновационная деятельность характеризует повышенную привлекательность, а вместе с тем и рискованность фармацевтического бизнеса. Их уровень варьируется от страны к стране, от региона к региону. Привлекательность различных субъектов Российской Федерации для фармацевтических компаний зависит от нескольких факторов. Прежде всего общая емкость рынка играет существенную роль для выхода компании в регион. Другим фактором является обеспеченность населения региона. Немаловажным представляется и то, насколько динамично растет объем регионального фармацевтического рынка. Бесспорно среди наиболее крупных по объему рынка фармацевтических средств субъектов Российской Федерации наиболее привлекательными являются оба столичных региона: Москва и Санкт-Петербург.

С другой стороны, постоянно меняющееся правовое поле и реформы здравоохранения значительно увеличивают риски как производителей, так и дистрибьюторов при работе на российском фармацевтическом рынке, который состоит из двух основных сегментов: коммерческого и государственного. Если коммерческий сегмент рынка включает в себя аптечные продажи лекарственных средств и парафармацевтики, то государственные закупки формируются посредством продаж лекарственных средств по программе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) и закупок через лечебно-профилактические учреждения. Одним из основных факторов является риск возникновения дефектуры в коммерческом секторе. Практика также показывает, что между поставками производителей и оплатой государства за препараты существует разрыв во времени, вследствие чего возникает риск дефицита денежных средств. Подобные риски снижают для производителей стимул к самостоятельному участию производителей лекарственных средств в программе льготного обеспечения.

Немалых вложений от фармацевтических компаний требуют продвижение препарата на рынке и его маркетинговая поддержка. В отличие от инвестиций в разработку оригинального продукта, далеко не всегда гарантирующих успешное завершение проекта, грамотная работа с уже разработанным инновационным препаратом практически всегда приносит прибыль, размер которой будет впоследствии зависеть от востребованности конкретного лекарственного средства. Отличительной особенностью российского фармацевтического рынка является большая доля гомеопатических и других безрецептурных препаратов, которые широко рекламируются в отечественных средствах массовой информации. Многие компании именно благодаря маркетинговым затратам занимают лидирующие позиции в том или ином секторе российского рынка безрецептурных лекарственных средств.

Все это свидетельствует о том, что ценовой конкуренции среди недорогих препаратов в коммерческом секторе отводится незначительная роль, и на первый план выдвигаются рекламная поддержка продукта, его диверсификация, а также рекомендации фармацевта. Основной целью работы российской аптеки на данный момент является не столько обеспечение потребителей лекарствами, сколько получение максимальной прибыли, что диктует предпринимателям определенные условия реализации лекар-

ственных средств. Заметим, что практика свободной реализации лекарственных средств является исключительно российской особенностью, отпуск безрецептурных препаратов за рубежом контролируется более жестко.

Однако общая макроэкономическая ситуация в стране и ее стабилизация все же способствуют притоку иностранных производителей на отечественный фармацевтический рынок. Дополнительно стабилизация темпов инфляции и рост показателей обеспеченности населения (доходы, расходы, зарплата, пенсии) являются другими благоприятными факторами для отечественного рынка лекарственных средств. Российский рынок фармацевтических препаратов является одним из самых быстрорастущих в Европе. По данным исследований консалтинговой компании PricewaterhouseCoopers (PwC), опубликованным в июне 2007 года, мировой фармацевтический рынок удвоится к 2020 году, а на долю семи быстроразвивающихся стран, в число которых входит и Россия, будет приходиться 20% всего рынка. Во многом темпы развития российского фармацевтического рынка определяются активностью именно иностранных фирм-производителей на нем.

Одним из факторов, оказавшим существенное влияние на динамику ввоза лекарственных средств на отечественный рынок, стала инициализация в России национального проекта «Здоровье» и, в частности, программы дополнительного льготного обеспечения как одной из его составляющих. Положительный эффект данной программы при условии ее корректной реализации очевиден. Именно благодаря программе дополнительного льготного обеспечения для большинства пациентов стало возможным получить современное инновационное лечение. В рамках программы льготные категории граждан обеспечиваются дорогостоящими лекарственными препаратами. Лечение же инновационными препаратами стоит сегодня по объяснимым причинам недешево. На саму разработку лекарств фармпроизводителями тратятся миллиарды долларов, что весомо отражается на конечной цене инновационного фармацевтического продукта. Поэтому без поддержки государства лечение многих тяжелых заболеваний, прежде всего онкологических и инфекционных, просто невозможно.

Обеспеченность российских потребителей инновационными лекарственными препаратами осуществляется в основном зарубежными фармацевтическими фирмами. К сожалению, несмотря на имеющийся потенциал, в России нет пока структуры (частной компании или государственного предприятия), которая смогла бы взять на себя весь цикл разработки химической формулы, создания, исследования, производства и внедрения в практику оригинального медицинского препарата. Ведь помимо массивных финансовых вложений, для конечного производства лекарственного средства требуется инвестирование времени, которое исчисляется не одним годом. Научные исследования и технологические разработки, необходимые для создания лекарства, изучение его свойств и предоставление всех необходимых данных в регуляторные инстанции для регистрации нового препарата занимают до десяти лет, а иногда и больше.

В то же время российские клиники активно участвуют в международных клинических исследованиях новых лекарственных препаратов и, как правило, показывают лучшие по качеству данные. Тем не менее, иностранные компании не спешат размещать в России высокотехнологические производства. Во многом такая ситуация объясняется рядом сопряженных рисков, в первую очередь правовыми и политическими. Зарубежные фармпроизводители чувствуют себя не уверенно не только из-за нестабильности политической системы и бюджетного финансирования , но и по ряду юридических причин. Для иностранных игроков фармацевтического рынка нужны гарантии стабильности бизнеса и правовой защищенности.

Увы, в России весьма высок уровень фальсифицированных лекарственных средств. В

стране чаще всего подделывают эффективные фармацевтические препараты, такие как антибактериальные средства, противовоспалительные лекарства и инсулины. Среди наиболее подделываемых брэндов лидирующие позиции занимают широко рекламируемые лекарственные средства. Слабая защита интеллектуальной собственности и несовершенство российского законодательства во многом пугают и останавливают иностранные фармацевтические компании. Кроме того, создание новых производственных мощностей на территории России требует оптимизации уже имеющихся, а также импорта высоких технологий, использование и востребованность которых должны быть подкреплены прямыми государственными гарантиями.

Стремительный рост фармацевтического рынка в целом, а также его коммерческого сектора вместе с сектором льготного обеспечения делает его весьма привлекательным для крупнейших иностранных производителей лекарственных средств. Сколько сохранится такая привлекательность, зависит прежде всего от того, насколько активно в России будут разрабатываться и продвигаться оригинальные препараты, являющиеся основной движущей силой рынка. Реалии современного рынка требуют подкрепления научно-исследовательских разработок крупными финансовыми вложениями, и программа дополнительного льготного обеспечения вполне может дать импульс развития инновационного направления отечественного фармпроизводства. Однако на данный момент будущее программы находится под большим вопросом. Государство задолжало участникам программы весьма значительные средства. Тем не менее, сектор льготного лекарственного обеспечения при должном подходе может и должен обеспечить необходимую финансовую подпитку для отечественных компаний, занимающихся разработкой инновационных препаратов, в первую очередь применяемых при тяжелых хронических заболеваниях.

А.А. Старченко,
д.м.н., профессор, заместитель исполнительного директора ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование»; ответственный секретарь Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре;
М.Ю. Фуркалюк,
канд. хим. наук, адвокат, Адвокатский кабинет М.Ю. Фуркалюка
П.И. Алешин,
менеджер ООО «СМК РЕСО-Мед»

ВЕРХОВНЫЙ СУД РФ: ИЗМЕНЕНИЯ К НОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ПОДЛЕЖАТ ПРИМЕНЕНИЮ

При мониторинге отечественного законодательства о здравоохранении установлено, что в признанный недействующим Приказ МЗ РФ от 27.08.1999 № 337 «О НОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», содержащий явно противоречащие законодательству нормы, вносятся изменения приказом МЗ и СР РФ от 20.08.2007 № 553 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 августа 1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»: «В целях совершенствования организации послевузовского и дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения, приказываю: Внести изменения в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 августа 1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (в соответствии с Письмом Министерства юстиции Российской Федерации от 21 сентября 1999 г. № 7565-ЭР в государственной регистрации не нуждается)...

1. Подготовка специалистов по основным специальностям проводится через обучение в интернатуре и (или) ординатуре, за исключением основной специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», подготовка по которой осуществляется через обучение в ординатуре. Допускается получение специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» через профессиональную переподготовку лицами, имеющими стаж работы на должностях «врач-терапевт участковый» и «врач-педиатр участковый».

2. Подготовка специалистов по специальностям, требующим дополнительной подготовки, проводится через профессиональную переподготовку или обучение в ординатуре при наличии послевузовского профессионального образования и стажа работы не менее трех лет по соответствующей основной специальности.

3. Для лиц, замещающих должности руководителей учреждений здравоохранения, допускается получение основной специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или «Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы» (по профилю учреждения здравоохранения) в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования по программам профессиональной переподготовки, утверждаемым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

© А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк, П.И. Алешин, 2008 г.

В соответствии с требованием ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан «Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью»: «Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности (в ред. Федерального закона от 10.01.2003 № 15-ФЗ).

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан».

Таким образом, заявитель полагает, что положения Приказа МЗ и СР РФ № 553 от 20.08.2007 противоречат требованиям ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, так как в данном законе РФ не указано, что при допуске к работе он должен был предъявить диплом об окончании интернатуры, ординатуры или аспирантуры. В ст. 54 Основ законодательства в качестве оснований к допуску на работу указаны диплом о высшем образовании, специальное звание и сертификат, иные документы: дипломы об окончании интернатуры, ординатуры или аспирантуры не указаны как основание для допуска на работу в качестве врача. Заявитель имеет сертификаты по специальности «Анестезиология и реаниматология» по результатам усовершенствования на факультетах усовершенствования врачей.

Также указанные положения Приказа МЗ и СР РФ № 553 от 20.08.2007, по мнению заявителя, противоречат требованиям ст. 2 Трудового кодекса РФ: «Исходя из общепризнанных принципов и норм международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации, основными принципами правового регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений признаются свобода труда, включая право на труд, который каждый свободно выбирает или на который свободно соглашается, право распоряжаться своими способностями к труду, выбирать профессию и род деятельности».

На основании ст. 27, 46 ГПК РФ, ст. 2 Трудового кодекса РФ, ст. 2 Закона РФ «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан» заявитель просил Верховный Суд РФ рассмотреть по первой инстанции дело об оспаривании приказа МЗ и СР РФ № 553 от 20.08.2007 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 августа 1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», в части: **1.** Подготовка специалистов по основным специальностям проводится через обучение в интернатуре и (или) ординатуре, за исключением основной специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», подготовка по которой осуществляется через обучение в ординатуре. Допускается получение специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» через профессиональную переподготовку лицами, имеющими стаж работы на должностях «врач-терапевт участковый» и «врач-педиатр участковый».

2. Подготовка специалистов по специальностям, требующим дополнительной подготовки, проводится через профессиональную переподготовку или обучение в ординатуре при наличии послевузовского профессионального образования и стажа работы не менее трех лет по соответствующей основной специальности.

3. Для лиц, замещающих должности руководителей учреждений здравоохранения, допускается получение основной специальности «Организация здравоохранения и общест-

венное здоровье» или «Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы» (по профилю учреждения здравоохранения) в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования по программам профессиональной переподготовки, утверждаемым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации», признать данные положения противоречащими требованиям законов РФ, а именно, требованиям ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, ст. 2 Трудового кодекса РФ, ст. 2 Закона РФ «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан», и отменить как положения:

1) создающие препятствия осуществлению гражданином его прав (ст. 2 Закона РФ от 27 апреля 1993 года № 4866-1 «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан») на выбор труда и права на занятие медицинской деятельностью, предусмотренные ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан;

2) незаконно возлагающие на гражданина обязанность (ст. 2 Закона РФ от 27 апреля 1993 года № 4866-1 «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан») предъявлять при устройстве на работу в качестве врача дипломы об окончании интернатуры, ординатуры или аспирантуры, не предусмотренные ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан в качестве основания для реализации права на занятие медицинской деятельностью.

Верховный суд РФ 8 ноября 2007 года, ознакомившись с заявлением С. по делу № ГКПИ 07-1422 об оспаривании Приказа МЗ и СР РФ от 20.08.2007 № 553 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 августа 1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», установил, что заявителем оспаривается приказ МЗ РФ, не прошедший государственную регистрацию и не опубликованный для всеобщего сведения.

Согласно:

1) п.п. 8–10 Указа Президента РФ от 23.05.1996 № 763 «О порядке опубликования и вступления в силу актов Президента РФ, Правительства РФ и нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти»:

«8. Нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, устанавливающие правовой статус организаций или имеющие межведомственный характер (далее именуются — нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти), прошедшие государственную регистрацию в Министерстве юстиции Российской Федерации, подлежат обязательному официальному опубликованию, кроме актов или отдельных их положений, содержащих сведения, составляющие государственную тайну, или сведения конфиденциального характера.

9. Нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти подлежат официальному опубликованию в «Российской газете» в течение десяти дней после дня их регистрации, а также в Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти издательства «Юридическая литература» Администрации Президента Российской Федерации, который должен издаваться, начиная со второго полугодия 1996 г., не реже двух раз в месяц, а с 1998 года — еженедельно. Официальным также является указанный Бюллетень, распространяемый в машиночитаемом виде научно-техническим центром правовой информации «Система».

10. Нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти, кроме актов и отдельных их положений, содержащих сведения, составляющие государственную тайну, или сведения конфиденциального характера, не прошедшие государственную регистрацию, а также зарегистрированные, но не опубликованные

в установленном порядке, не влекут правовых последствий, как не вступившие в силу, и не могут служить основанием для регулирования соответствующих правоотношений, применения санкций к гражданам, должностным лицам и организациям за невыполнение содержащихся в них предписаний. На указанные акты нельзя ссылаться при разрешении споров»;

2) п.п. 10, 17, 19 «Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 13.08.1997 № 1009:

«**10.** Государственной регистрации подлежат нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, устанавливающие правовой статус организаций, имеющие межведомственный характер, независимо от срока их действия, в том числе акты, содержащие сведения, составляющие государственную тайну, или сведения конфиденциального характера...

17. В течение суток после государственной регистрации подлинник нормативного правового акта с присвоенным ему регистрационным номером направляется Министерством юстиции Российской Федерации в федеральный орган исполнительной власти, представивший акт на государственную регистрацию.

Нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, устанавливающие правовой статус организаций или имеющие межведомственный характер, подлежат официальному опубликованию в установленном порядке, кроме актов или отдельных их положений, содержащих сведения, составляющие государственную тайну, или сведения конфиденциального характера...

19. Федеральные органы исполнительной власти направляют для исполнения нормативные правовые акты, подлежащие государственной регистрации, только после их регистрации и официального опубликования. При нарушении указанных требований нормативные правовые акты, как не вступившие в силу, применяться не могут».

Суд установил, что нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти подлежат государственной регистрации и официальному опубликованию в установленном порядке: в «Российской газете» и Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. Не прошедшие государственную регистрацию, а также зарегистрированные, но не опубликованные в установленном порядке нормативные акты не влекут правовых последствий, как не вступившие в силу, и применению не подлежат.

Суд установил: поскольку оспариваемый заявителем акт не отвечает указанным требованиям, он не может быть отнесен к нормативным правовым актам федеральных органов исполнительной власти.

Таким образом, в соответствии с действующим законодательством приказ МЗ и СР РФ от 20.08.2007 № 553 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 августа 1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» не является нормативным актом, как не прошедший государственную регистрацию, не влечет правовых последствий, как не вступивший в силу, и не может служить основанием для регулирования соответствующих правоотношений, применения санкций к гражданам, должностным лицам и организациям за невыполнение содержащихся в нем предписаний, на указанный акт нельзя ссылаться при разрешении споров.

Определение Верховного Суда РФ от 8 ноября 2007 года по делу № ГКПИ 07-1422 о признании недействующим приказа МЗ и СР РФ от 20.08.2007 № 553 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 августа 1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» не обжаловано в 10-дневный срок в Кассационной коллегии Верховного Суда РФ заинтересованными сторонами и вступило в законную силу.

Ф.Н. Кадыров,
д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга

МЕТОДЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ О РАСПРЕДЕЛЕНИИ ЗАТРАТ

Перед каждым медицинским учреждением так же, как и перед любым производителем товаров или услуг, встает целый ряд вопросов, связанных с эффективностью различных направлений деятельности:

- Какой вид медицинских услуг приносит больше прибыли, а какие виды услуг убыточны?
- Производство каких видов услуг необходимо расширять, а производство каких услуг следует сворачивать?
- Каковы оптимальные цены на услуги?
- Какие затраты наиболее значительны по каждому виду услуг и т.д.?

Для ответов на эти и подобные вопросы необходимо четко определить затраты на данное направление деятельности, на данный вид услуг. Идеальным является вариант, когда бухгалтерский учет затрат и управленческий тождественны. Однако на практике существуют большие расхождения между этими видами учета. Эти расхождения связаны в первую очередь с неприспособленностью бухгалтерского (бюджетного) учета для решения управленческих задач. Кроме того, существуют и расхождения между нормативными актами, регулирующими сам бухгалтерский учет, и налоговым законодательством и т.д.

Добавим к этому, что современное медицинское учреждение имеет сложную структуру, оказывает большое количество различных видов услуг, затрачивает многочисленные виды ресурсов, получает финансирование из различных источников. Все это создает проблему не только классификации затрат, но и их упорядочения. Для целей экономического анализа (а также для целей бухгалтерского учета, налогообложения, ценообразования и т.д.) возникает необходимость распределения (разнесения) затрат по различным объектам.

К числу основных задач распределения затрат относится разнесение затрат:

- По видам оказываемых услуг (то есть определить, какие виды затрат и в каком объеме приходятся на ту или иную услугу);
- По источникам финансирования (затраты на оказание одних и тех же видов услуг при различных источниках финансирования могут оказаться различными).

Для этого необходимо решить целый ряд промежуточных задач:

1. Распределить затраты по каждой из статей на основные и накладные, на прямые и косвенные и т.д.;

© Ф.Н. Кадыров, 2008 г.

2. Распределить затраты по каждому из подразделений;

3. Выработать критерии разнесения (перераспределения) затрат в различных случаях;

4. Определить очередность (этапность) распределения затрат.

Необходимо отметить, что задача распределения затрат гораздо шире, чем задача распределения накладных расходов. Основные затраты также часто требуют распределения. Это касается следующих основных ситуаций:

— распределения основных затрат по источникам финансирования;

— распределения той части основных затрат, которая не может быть распределена прямым способом (то есть той части основных затрат, которая не совпадает с прямыми затратами), — коммунальные услуги, используемые в процессе оказания медицинской помощи (электроэнергия, вода и т.д.) и т.п.;

— распределения затрат лечебно-диагностических подразделений по основным клиническим подразделениям (в случае, если стоимость лечебно-диагностических услуг входит в стоимость услуг клинических отделений: койко-дня, пролеченного больного, законченного случая поликлинического обслуживания и т.д.).

Таким образом, хотя чаще приходится сталкиваться с проблемой разнесения накладных расходов, тем не менее, по сути дела, речь идет о выборе методов распределения косвенных расходов. Поэтому в ряде случаев, говоря о методах распределения накладных расходов, мы в скобках будем указывать косвенные расходы, имея в виду не тождество этих понятий, а применимость рассматриваемых подходов к распределению не только накладных, но и некоторых видов основных расходов, то есть о методах распределения косвенных расходов. Кстати, в Налоговом кодексе РФ речь идет о методах распределения именно косвенных, а не накладных расходов (термин «накладные расходы» в Налоговом кодексе вообще не используется), что, на наш взгляд, является более корректным.

Принципиально возможны два основных варианта распределения затрат:

1. Постатейное;

2. По подразделениям.

При постатейном распределении затрат каждая из статей распределяется по подразделениям, по видам услуг, по источникам финансирования.

При распределении по подразделениям сначала определяются полные затраты по подразделениям, а затем затраты подразделений, не оказывающих непосредственно конечные медицинские услуг, распределяются между основными подразделениями, оказывающими услуги (так называемыми доходными центрами). Этот метод еще называют агрегированным методом. Для этого находится общая сумма всех накладных расходов, которая распределяется между доходными центрами (клиническими и лечебно-диагностическими подразделениями, непосредственно предоставляющими услуги внешним потребителям). Затем затраты этих подразделений распределяются по отдельным услугам.

Закономерно возникает вопрос о том, какой из этих двух методов выбрать. Как правило, наиболее рациональным является ситуация, когда сначала затраты по каждой из статей распределяются по подразделениям, а затем суммарные затраты каждого из вспомогательных подразделений распределяются между основными клиническими подразделениями.

Тем не менее, на практике зачастую приходится использовать гораздо более сложные схемы, сочетающие не только различные принципы распределения различных статей затрат, но зачастую одних и тех же статей затрат. Например, коммунальные услуги между основными подразделениями (поликлиникой, стационаром и лечебно-диагностическими службами) при отсутствии счетчиков могут распределяться пропорционально площадям; внутри стационара между отделения-

ми — по числу коек, а внутри поликлиники — по числу врачебных должностей, объему работы и т.д.

Кроме того, возможен вариант, когда часть статей распределяется между каждым из подразделений (прямые затраты), затем происходит перераспределение затрат (отнесение затрат вспомогательных подразделений на основные клинические отделения), а остальные (косвенные расходы) распределяются только между основными клиническими подразделениями (отделениями).

Суть распределения расходов заключается в том, что все расходы должны быть приписаны определенному структурному подразделению, деятельность которого сопряжена с затратами *(так называемый центр затрат).* Часто эти подразделения (центры) именуются и по-другому: *центрами ответственности, или затратными центрами.* Поскольку средства расходуются во всех отделениях больницы, амбулаторно-поликлинического или иного медицинского учреждения, каждое отделение считается центром затрат. При этом центры затрат принято разделять на две основные группы:

• *доходные центры (подразделения),* которые реализуют услуги сторонним организациям и лицам. Это так называемые «зарабатывающие подразделения». Термин «зарабатывающие» означает в данном случае то, что отделение входит в перечень служб, финансируемых по определенному критерию объема выполненных работ (число пролеченных, среднедушевой норматив и т.д.) и должно получить (заработать) средства как на себя, так и на оставшиеся отделения учреждения (на хозяйственные службы и т.д.). Однако, если речь идет о бюджетном сметном финансировании, то не имеет значения, должны ли быть оплачены эти услуги или нет. К числу доходных центров обычно относятся клинические отделения стационара, имеющие койки (терапевтическое, педиатрическое, хирургическое и т.д.); услуги врачей амбулаторного приема.

• *вспомогательные центры (подразделения).* Вспомогательными центрами являются такие подразделения (центры затрат), которые поддерживают проведение лечебной работы в учреждении. К ним обычно относят администрацию, приемное отделение, пищеблок, бухгалтерию, планово-экономический отдел, хозяйственную службу, информационную службу и т.п.

Лечебно-диагностические (параклинические) подразделения (рентгенологическое отделение, лаборатория и т.п.) в зависимости от принятого порядка выставления счетов в системе ОМС или при оказании платных услуг, могут быть как доходными центрами (если отдельно оплачиваются их услуги), так и вспомогательными (если стоимость их услуг усредненно вошла в стоимость койко-дня, законченного случая стационарного или амбулаторного лечения).

Медицинские учреждения могут достаточно гибко подходить к определению критериев, используемых при установлении того, какие отделения являются вспомогательными центрами, а какие — центрами получения дохода. Одно из требований, которым должно отвечать доходное отделение, — это возможность довольно точно определить объем услуг, предоставленных пациентам в этом отделении. Например, операционный блок также может считаться центром доходов, если объектом учета (например, с целью выставления счетов) является отдельная операция. Мы можем подсчитать количество и тип проводимых хирургических операций, установить, была ли сделана операция тому или иному пациенту, и в зависимости от этого выставить цену. Метод, используемый для оплаты услуг, предоставляемых больницей или иным лечебным учреждением, также оказывает влияние на определение доходного статуса.

Приведем еще один пример. Если прачечная, входящая в состав медицинского учреждения, оказывает услуги по стирке для других подразделений данного учреждения, то пра-

чечная будет являться вспомогательным центром. Если эта же самая прачечная одновременно оказывает услуги по стирке другим медицинским учреждениям, то она будет одновременно являться и доходным центром. То есть прачечная будет иметь двойственный статус. С одной стороны, затраты прачечной должны быть распределены между основными клиническими отделениями (доходными центрами). Но, с другой стороны, мы не можем оставить прачечную без расходов (то есть не можем распределить все расходы прачечной на другие подразделения) — иначе мы не можем определить цену стирки и выставить счета за услуги другому учреждению. Как быть в этой ситуации? Для того, чтобы разрешить подобную коллизию (которая может иметь место и со многими другими подразделениями: лечебно-диагностическими, пищеблоком, гаражом и т.д.), необходимо разносить между основными клиническим подразделениями не все затраты данного вспомогательного подразделения, а за вычетом затрат, связанных с оказанием услуг сторонним организациям. Мы к этому вопросу еще вернемся при рассмотрении так называемого пошагового метода распределения затрат, о котором будет сказано позже.

Распределение затрат по затратным центрам осуществляется специальными методами. Прямые затраты относятся на каждый вид продукции и объект затрат в точно установленной сумме, а косвенные затраты распределяются по затратным центрам, а потом — по объектам затрат.

Итак, как же должны распределяться затраты? Как должны распределяться прямые затраты? Как должны распределяться накладные (косвенные) расходы? Как должны распределяться затраты по отдельным статьям? Как должны распределяться затраты вспомогательных подразделений по основным клиническим подразделениям (доходным центрам)?

Попытаемся ответить на эти вопросы.

В первую очередь отметим, что нет четкой нормативной базы, которая определяла бы, в каком случае каким должен быть метод распределения. Исключение составляет распределение затрат в целях налогообложения на оплату коммунальных услуг, услуг связи, транспортных расходов по обслуживанию административно-управленческого персонала при наличии нескольких источников финансирования, а также распределение затрат незавершенного производства. В данных случаях Налоговый кодекс четко описывает принцип распределения затрат (мы рассмотрим эти ситуации позже). В остальных случаях необходимо пользоваться логикой экономических расчетов. Порядок распределения затрат целесообразно рописать в приказе об учетной политике медицинского учреждения (хотя следует иметь в виду, что данный документ не является обязательным для бюджетного учреждения).

При проведении анализа по нескольким видам оказываемых услуг одним из основных вопросов является способ разнесения косвенных затрат по видам услуг, а также выбор базы разнесения затрат. Под базой разнесения понимается какая-либо учетная величина, характеризующая долю накладных (косвенных) затрат, приходящихся на каждый вид услуг. В качестве базы (основания разнесения затрат) могут выступать различные показатели: объем услуг, затраты на оплату труда, сумма полных затрат, численность работников, площади и т.д. Проблема выбора оптимального варианта базы для распределения различных видов расходов будет рассмотрена позже.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАТРАТ

В условиях ужесточения финансового контроля за деятельностью бюджетных учреждений закономерно встает вопрос о правомерности использования тех или иных методов распределения затрат. Хотя, как уже отмечалось, методы распределения затрат должны быть отражены в Учетной политике медицин-

ского учреждения, они должны соответствовать (или, по крайней мере, не противоречить) требованиям нормативных актов. Рассмотрим, что говорится в нормативных документах по поводу того, что относится к прямым и косвенным расходам, к накладным расходам, каковы принципы распределения затрат и т.д.

В первую очередь посмотрим, есть ли какие-либо указания по поводу оснований (баз) для распределения расходов. Приведем выдержки из Приказа Министерства финансов Российской Федерации от 30 декабря 1999 г. № 107н «Об утверждении инструкции по бухгалтерскому учету в бюджетных учреждениях». И хотя этот приказ в настоящее время уже не действует, он служит хорошей иллюстрацией с точки зрения рассматриваемых нами вопросов. К сожалению, в новых инструкциях, пришедших на смену указанной, эти вопросы так четко не описаны. В п. 168 Инструкции, утвержденной данным приказом, было записано:

«На субсчете 210 «Расходы к распределению» учитываются расходы, которые в момент их возникновения не могут быть отнесены непосредственно на определенный вид деятельности, определенный вид изделий или продукции в случаях, когда имеются несколько источников финансирования или вырабатываются несколько видов продукции. На этом счете учитываются также расходы будущих периодов.

Расходы, предназначенные к распределению, в течение месяца записываются в дебет субсчета 210 и кредит соответствующих субсчетов. В конце месяца эти расходы распределяются в установленном порядке на отдельные виды деятельности по источникам финансирования.

Расходы в зависимости от конкретных условий распределяются пропорционально занимаемым площадям по видам деятельности, численности контингента или источникам финансирования и т.п.».

Как видим, данный документ (обычно кратко именуемый Инструкцией № 107н) предполагал возможность выбора различных вариантов в зависимости от конкретной ситуации. К тому же перечень оснований для разнесения затрат не является закрытым (исчерпывающим), он может быть расширен.

Далее в Инструкции № 107н были приведены перечень расходов, относящихся к прямым и накладным (косвенным), а также основания для распределения накладных расходов.

«Счет 22 «Расходы за счет средств внебюджетных источников»

169. На этом счете учитываются расходы, планируемые по сметам доходов и расходов по предпринимательской деятельности на производство продукции, выполнение работ, оказание услуг, по изготовлению экспериментальных устройств, заготовке и переработке материалов, а также расходы, планируемые по сметам целевых средств и безвозмездных поступлений и средств, формируемых из прибыли.

Планирование сметы доходов и расходов, а также ее исполнение по указанным видам деятельности осуществляются по кодам Экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации.

Расходы за счет средств внебюджетных источников подразделяются на прямые и накладные (косвенные) расходы.

К прямым расходам относятся *расходы, связанные с производством продукции, выполнением работ, оказанием услуг, которые можно прямо и непосредственно включать в стоимость: материалы, заработная плата производственных рабочих, научных сотрудников и т.п., отчисления в государственные внебюджетные фонды, электроэнергия, расходы прошлых лет, относимые на стоимость продукции отчетного года, и прочие прямые расходы.*

К накладным (косвенным) расходам *относятся: расходы, связанные с организацией и управлением производством продукции, выполнением работ, оказанием услуг, относящихся к деятельности организации в целом:*

содержание аппарата управления и обслуживающего персонала, включая заработную плату, отчисления в государственные внебюджетные фонды, аренда помещений, отопление, освещение, водоснабжение, текущий ремонт и прочие косвенные расходы.

В тех учреждениях, где вырабатывается один вид продукции, все расходы являются прямыми.

При наличии нескольких объектов калькуляции накладные расходы предварительно учитываются на субсчете 210 «Расходы к распределению».

Распределение накладных расходов на произведенную продукцию, выполненные работы и услуги производится ежемесячно...

Накладные расходы в зависимости от конкретных условий распределяются учреждениями по отдельным видам продукции, изделий, работ, услуг пропорционально заработной плате производственных рабочих, научных сотрудников и т.п. или израсходованным материалам, или совокупности прямых расходов.

Для определения фактической стоимости выпущенной продукции на основании данных учета расходов составляется отчетная калькуляция. При этом общая сумма расходов по данному субсчету за минусом расходов на незавершенное производство на конец отчетного периода распределяется по видам готовой продукции, после чего определяется стоимость единицы каждого вида выпущенной продукции».

Как видим, и здесь не устанавливается жестких ограничений на выбор методов распределения затрат.

Обратимся теперь к Налоговому кодексу РФ. В подпункте 3 статьи 321.1, посвященной особенностям налогового учета в бюджетных учреждениях, записано:

«Если в сметах доходов и расходов бюджетного учреждения предусмотрено финансирование расходов по оплате коммунальных услуг, услуг связи, транспортных расходов по обслуживанию административно-управленческого персонала за счет двух источников, то в целях налогообложения принятие таких расходов на уменьшение доходов, полученных от предпринимательской деятельности и средств целевого финансирования, производится пропорционально объему средств, полученных от предпринимательской деятельности, в общей сумме доходов (включая средства целевого финансирования). *При этом в общей сумме доходов для указанных целей не учитываются внереализационные доходы (доходы, полученные в виде банковских процентов по средствам, находящимся на расчетном, депозитном счетах, полученные от сдачи имущества в аренду, курсовые разницы и другие доходы)».*

В статье 319 Налогового кодекса РФ (Порядок оценки остатков незавершенного производства, остатков готовой продукции, товаров отгруженных) определены особенности распределения затрат на незавершенное производство. Приведем выдержки из этой статьи.

«1. Под незавершенным производством (далее — НЗП) в целях настоящей главы понимается продукция (работы, услуги) частичной готовности, то есть не прошедшая всех операций обработки (изготовления), предусмотренных технологическим процессом. В НЗП включаются законченные, но не принятые заказчиком работы и услуги. К НЗП относятся также остатки невыполненных заказов производств и остатки полуфабрикатов собственного производства. Материалы и полуфабрикаты, находящиеся в производстве, относятся к НЗП при условии, что они уже подверглись обработке.

Оценка остатков НЗП на конец текущего месяца производится налогоплательщиком на основании данных первичных учетных документов о движении и об остатках (в количественном выражении) сырья и материалов, готовой продукции по цехам (производствам и прочим производственным подразде-

лениям налогоплательщика) и данных налогового учета о сумме осуществленных в текущем месяце прямых расходов.

Налогоплательщик самостоятельно определяет порядок распределения прямых расходов на НЗП и на изготовленную в текущем месяце продукцию (выполненные работы, оказанные услуги) с учетом соответствия осуществленных расходов изготовленной продукции (выполненным работам, оказанным услугам).

Указанный порядок распределения прямых расходов (формирования стоимости НЗП) устанавливается налогоплательщиком в учетной политике для целей налогообложения и подлежит применению в течение не менее двух налоговых периодов.

В случае, если отнести прямые расходы к конкретному производственному процессу по изготовлению данного вида продукции (работ, услуг) невозможно, налогоплательщик в своей учетной политике для целей налогообложения самостоятельно определяет механизм распределения указанных расходов с применением экономически обоснованных показателей».

Это немногочисленные случаи, где в нормативном документе четко описан порядок разнесения определенных видов расходов. В остальных случаях медицинские учреждения сами устанавливают этот порядок. При этом отметим еще один важный момент. Указанные положения Налогового кодекса касаются порядка распределения расходов только в целях налогообложения. Поэтому в других случаях (в целях проведения экономического анализа, ценообразования и т.д.) можно использовать иные принципы разнесения затрат, чем предусмотренные Налоговым кодексом.

Налоговый кодекс содержит также указания по поводу того, какие виды затрат относятся к прямым, а какие — к косвенным. Этому посвящена статья 318 Налогового кодекса (Порядок определения суммы расходов на производство и реализацию).

«1. Если налогоплательщик определяет доходы и расходы по методу начисления, расходы на производство и реализацию определяются с учетом положений настоящей статьи.

Для целей настоящей главы расходы на производство и реализацию, осуществленные в течение отчетного (налогового) периода, подразделяются на:

1) прямые;

2) косвенные.

К прямым расходам могут быть отнесены, в частности:

- *материальные затраты, определяемые в соответствии с подпунктами 1 и 4 пункта 1 статьи 254 настоящего Кодекса;*
- *расходы на оплату труда персонала, участвующего в процессе производства товаров, выполнения работ, оказания услуг, а также суммы единого социального налога и расходы на обязательное пенсионное страхование, идущие на финансирование страховой и накопительной части трудовой пенсии, начисленные на указанные суммы расходов на оплату труда;*
- *суммы начисленной амортизации по основным средствам, используемым при производстве товаров, работ, услуг.*

К косвенным расходам относятся все иные суммы расходов, за исключением внереализационных расходов, определяемых в соответствии со статьей 265 настоящего Кодекса, осуществляемых налогоплательщиком в течение отчетного (налогового) периода.

Налогоплательщик самостоятельно определяет в учетной политике для целей налогообложения перечень прямых расходов, связанных с производством товаров (выполнением работ, оказанием услуг).

2. При этом сумма косвенных расходов на производство и реализацию, осуществленных в отчетном (налоговом) периоде, в полном объеме относится к расходам текущего отчетного (налогового) периода с учетом требований, предусмотренных настоящим Кодексом. В аналогичном порядке включают-

ся в расходы текущего периода внереализационные расходы.

Прямые расходы относятся к расходам текущего отчетного (налогового) периода по мере реализации продукции, работ, услуг, в стоимости которых они учтены в соответствии со статьей 319 настоящего Кодекса.

Налогоплательщики, оказывающие услуги, вправе относить сумму прямых расходов, осуществленных в отчетном (налоговом) периоде, в полном объеме на уменьшение доходов от производства и реализации данного отчетного (налогового) периода без распределения на остатки незавершенного производства.

3. В случае, если в отношении отдельных видов расходов в соответствии с настоящей главой предусмотрены ограничения по размеру расходов, принимаемых для целей налогообложения, то база для исчисления предельной суммы таких расходов определяется нарастающим итогом с начала налогового периода. При этом по расходам налогоплательщика, связанным с добровольным страхованием (пенсионным обеспечением) своих работников, для определения предельной суммы расходов учитывается срок действия договора в налоговом периоде, начиная с даты вступления такого договора в силу».

Приведем выдержки с подпунктами 1 и 4 пункта 1 статьи 254 Налогового кодекса, на которые была сделана ссылка в статье 318.

«Статья 254. Материальные расходы

1. К материальным расходам, в частности, относятся следующие затраты налогоплательщика:

1) на приобретение сырья и (или) материалов, используемых в производстве товаров (выполнении работ, оказании услуг) и (или) образующих их основу либо являющихся необходимым компонентом при производстве товаров (выполнении работ, оказании услуг);

4) на приобретение комплектующих изделий, подвергающихся монтажу, и (или) полуфабрикатов, подвергающихся дополнительной обработке у налогоплательщика».

Продолжение читайте в следующем номере журнала

Новости отрасли

Правительство РФ утвердило правила финансового обеспечения в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Согласно документу, Минздравсоцразвития России поручено утвердить перечень оборудования, приобретаемого для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

Сайт Совета при Президенте РФ по реализации национальных проектов

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

Обязательно ли в уставе медицинского учреждения отражать то, что учреждение вправе заниматься оказанием платных медицинских услуг, если уже указано, что оно оказывает медицинскую помощь? Ведь платные медицинские услуги — та же самая медицинская помощь. Разве так уж важно, за счет какого источника она оказывается?

Безусловно, платные медицинские услуги — та же самая медицинская помощь. Однако в данном случае оказание медицинской помощи на платной основе является принципиальным. В соответствии со статьей 161 Бюджетного кодекса РФ бюджетное учреждение — это организация, созданная органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических или иных функций некоммерческого характера, деятельность которой финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов. Как видим, основными целями деятельности бюджетного учреждения является осуществление функций некоммерческого характера, к которым оказание платных услуг не относится.

Согласно второй части пункта 3 статьи 50 Гражданского кодекса РФ некоммерческие организации (к которым относятся бюджетные учреждения) могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям. А служит ли оказание платных медицинских услуг целям, ради которых они созданы, определяет учредитель.

Поэтому право на занятие предпринимательской деятельностью, к числу которых относится оказание платных медицинских услуг, должно быть обяза-

тельно зафиксировано в уставе медицинского учреждения. Ст. 52 Гражданского кодекса РФ указывает, что в учредительных документах (к числу которых для бюджетного учреждения относится устав) некоммерческих организаций должны быть определены предмет и цели деятельности юридического лица. Поэтому предоставленное в соответствии с Гражданским кодексом право некоммерческим организациям заниматься предпринимательской деятельностью не может быть реализовано автоматически без соответствующего подкрепления в уставе.

Необходимо ли в Уставе учреждения прописывать все виды оказываемых платных медицинских услуг?

Как уже указывалось выше, в уставе бюджетного медицинского учреждения, как некоммерческой организации, должны быть указаны предмет и цели деятельности. Указание предмета и целей деятельности не предполагает детализацию вплоть до наименования каждой конкретной услуги. Поэтому в уставе достаточно указать, что медицинское учреждение имеет право оказывать платные медицинские услуги по видам услуг, на которые имеется лицензия и на оказание которых вышестоящим органом управления здравоохранением выдано специальное разрешение.

Нужно ли (обязательно ли) подписывать с пациентом акт сдачи-приемки о выполненных медицинских услугах?

Как будет оформлен с пациентом факт предоставления ему платных медицинских услуг, определяется договором. В соответствии с п. 11 постановления Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

В принципе, при оказании платных услуг учреждение получает деньги, а не тратит их, поэтому не возникает необходимости подтверждать правомерность расходов в отличие от ситуации, когда медицинское учреждение само оплачивает кому-либо оказанные услуги (когда акт, действительно, был бы необходим).

Акт приемки оказанных услуг по логике важнее для пациента как подтверждение того, что имел место факт предоставления медицинских услуг (например, в случае обращения в суд по поводу качества оказания медицинской помощи, причиненного ущерба и т.д.).

Тем не менее, для того, чтобы защитить себя от возможных претензий со стороны пациентов или организаций по поводу того, что услуга не была пациенту предоставлена, а также по поводу качества оказанных услуг, целесообразно предусмотреть форму подтверждения оказанных услуг и их надлежащего качества. При этом следует иметь в виду, что статья 720 Гражданского кодекса РФ предполагает возможность использования как акта, так и иного документа, удостоверяющего приемку выполненных работ, услуг.

Возможен вариант, когда по итогам выполненных работ пациент делает запись, подтверждающую, что услуги оказаны и претензий к учреждению по качеству услуг и т.д. он не имеет. Это требование к пациенту целесообразно отразить в договоре на оказание платных услуг.

Можно ли включать в прейскурант одну и ту же медицинскую услугу отдельными строками с учетом медикаментов (расходных материалов и т.д.) и без них — для ситуаций, когда направляющая организация сама обеспечивает ими (например, катетерами, эндопротезами и т.д.)?

Цены на платные медицинские услуги должны отражать реальные плановые затраты учреждения. Поэтому для случаев, когда по какой-либо причине ряд затрат на оказание медицинских услуг само учреждение не несет, вполне допустимы варианты включения в прейскурант одной и той же медицинской услуги отдельными строками с учетом медикаментов (расходных материалов и т.д.) и без них.

Комитет Госдумы по охране здоровья утвердил программу законопроектной работы на весеннюю сессию

Блок предлагаемых к работе проектов законов содержит в основном законопроекты, которые были внесены в Госдуму депутатами прежних созывов. В связи с этим многие из них будут основательно доработаны либо отклонены. Речь идет о законах «О здравоохранении в Российской Федерации», «О внесении изменений в закон о лекарственных средствах» и др. Кроме того, депутаты комитета одобрили утвержденный фракцией Госдумы «Единая Россия» план законопроектной работы, в котором в качестве приоритетных определены проекты федеральных законов, направленные на модернизацию системы обязательного медицинского страхования и законодательное закрепление государственных гарантий медицинской помощи гражданам Российской Федерации. Этих законов депутаты ждут от Правительства РФ.

На заседании были рассмотрены: проект федерального закона «О внесении изменения в статью 4 Федерального закона о лекарственных средствах» (в части отнесения понятия «диагностические препараты» к лекарственным средствам) — его предложено вынести на рассмотрение депутатов Госдумы в первом чтении; проект федерального закона «О ратификации Соглашения между Правительством РФ и Правительством Республики Беларусь о порядке оказания медицинской помощи гражданам РФ в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения РФ» — внесен правительством РФ. Оба законопроекта были одобрены членами комитета по охране здоровья и рекомендованы к дальнейшему прохождению в соответствии с регламентом в Госдуму.

На заседании была также утверждена его структура, состоящая из пяти подкомитетов: по медико-социальным проблемам здравоохранения и реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (во главе подкомитета — Лариса Шойгу); по охране здоровья женщин, детей и демократической политике (Салия Мурзабаева); подкомитет по проблемам специализированной медицинской помощи (Саид Яхихажиев); по формированию здорового образа жизни и профилактической медицине (Эльмира Глубоковская); по восстановительной терапии и санаторно-курортному лечению (Олег Куликов). Ранее существовавший в комитете Госдумы по охране здоровья подкомитет по лекарственному обеспечению на этот раз было решено не создавать. Однако проблемы лекарственного обеспечения, останутся приоритетным направлением в работе комитета. Вероятнее всего, этими вопросами будут заниматься заместители председателя комитета Александр Чухраев и Сергей Колесников.

Источник: Фармацевтический вестник

КАК РАЗРАБОТАТЬ КОЛЛЕКТИВНЫЙ ДОГОВОР

ОТ РЕДАКЦИИ:

Коллективный договор является важнейшим документом, регламентирующим отношения между работниками и работодателями. При грамотном подходе к составлению документа он будет способствовать отстаиванию интересов не только работников, но и работодателей, то есть руководителей учреждений здравоохранения. Поэтому мы решили опубликовать Макет коллективного договора.

Шеф-редактор Куракова Н.Г.

ОТ СОСТАВИТЕЛЕЙ МАКЕТА КОЛЛЕКТИВНОГО ДОГОВОРА:

Предлагаемый Вашему вниманию Макет коллективного договора, разработанный для Санкт-Петербурга и Ленинградской области, по нашему мнению, применим для всех категорий организаций здравоохранения и привлекает внимание работодателей и выборных органов первичных организаций профсоюза к решению конкретных проблем по защите прав и интересов работников.

К Макету коллективного договора прилагается примерный перечень необходимых приложений по отдельным вопросам.

Макет коллективного договора обсужден и принят для распространения в организациях отрасли на Президиуме Теркома профсоюза.

Из Макета исключен ряд положений, касающихся специфики отраслевой оплаты труда работников здравоохранения Санкт-Петербурга.

Макет коллективного договора разработан Территориальным комитетом профсоюзов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Председатель Теркома профсоюза
Санкт-Петербурга и Ленинградской области *В.А.Дмитриев*

ОТ РЕДАКЦИИ:

В ближайших номерах журнала будет опубликовано Генеральное соглашение между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и правительством Российской Федерации на 2008–2010 годы, которое, надеемся, будет полезно при работе над коллективным договором.

ВВЕДЕНИЕ

1. КОЛЛЕКТИВНЫЕ ПЕРЕГОВОРЫ

1.1. Коллективные переговоры по внесению изменений и дополнений в действующий или заключению нового коллективного договора целесообразно проводить:

— за три месяца до окончания срока действия коллективного договора;

— при смене собственника имущества организации;

— при осуществлении структурной перестройки и внутреннего реформирования организации;

— в других случаях, когда в этом имеется необходимость и есть уверенность в том, что удастся усилить социальную защищенность работников и улучшить их экономическое положение.

1.2. Коллективным переговорам должна предшествовать необходимая подготовительная работа профсоюза. И прежде всего анализ социально-экономического положения организации.

Анализируются и оцениваются такие показатели и факторы, как:

— обеспеченность фронта работ заключенными договорами и заказами, активность маркетинга и перспективы по заключению новых договоров;

— перспективы по сохранению и созданию новых рабочих мест, обеспечению занятости;

— номинальная заработная плата по категориям работников;

— показатели инфляции, текущей стоимости наборов прожиточного минимума и минимального потребительского бюджета;

— степень социальной защиты работников и членов их семей, динамика выплат социального характера.

1.3. На основе анализа социально-экономической информации по организации выборный орган первичной организации профсоюза вырабатывает свои требования к представителю работодателя.

1.4. При необходимости профсоюзы могут проводить на этой ранней стадии консультации со специалистами организации с целью уточнения показателей социально-экономического положения организации, разрабатываемых планов и программ.

1.5. Право профсоюза на бесплатное и беспрепятственное получение от представителя работодателя информации, необходимой для ведения коллективных переговоров, оговаривается в Трудовом кодексе РФ (ст. 37, 153) и в Законе «О профессиональных союзах, их правах и обязанностях» (ст. 17).

В соответствии с Кодексом РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 196-ФЗ непредоставление информации представителем работодателя в срок, установленный законодательством (не позднее двух недель со дня получения запроса), влечет наложение административного штрафа.

1.6. После принятия выборным органом первичной организации профсоюза коллегиального решения о необходимости начала коллективных переговоров с представителем работодателя по поводу заключения или изменения коллективного договора в адрес представителя работодателя подготавливается и направляется Уведомление о начале переговоров.

К Уведомлению прилагается выписка из заседания выборного органа первичной организации профсоюза о формировании рабочей комиссии по заключению коллективного договора со стороны работников.

Представитель работодателя, получивший письменное уведомление о начале переговоров, обязан в семидневный срок начать переговоры и издать приказ о формировании комиссии по заключению коллективного договора. Уклонение или затягивание сроков начала переговоров влечет для представителя работодателя ответственность в виде штрафа в размере до 30 МРОТ.

1.7. Днем начала коллективных переговоров является день, следующий за днем получения выборным органом первичной органи-

зации профсоюза ответа от представителя работодателя.

1.8. В соответствии с законодательством лица, участвующие в коллективных переговорах, освобождаются от основной работы сроком до 3 месяцев с сохранением среднего заработка.

Представители работников, участвующие в коллективных переговорах, в течение всего периода коллективных переговоров не могут быть без предварительного согласия выборного органа первичной организации профсоюза подвергнуты дисциплинарному взысканию, переведены на другую работу или уволены по инициативе представителя работодателя, за исключением случаев расторжения трудового договора за совершение проступка, за который в соответствии с Трудовым кодексом РФ иными федеральными законами предусмотрено увольнение с работы.

1.9. Стороны коллективных переговоров самостоятельно определяют порядок и сроки разработки и заключения коллективного договора и закрепляют их в соответствующих документах, например, в Протоколе Комиссии по заключению коллективного договора, где обязательно фиксируются итоги каждого заседания, те договоренности, которые уже достигнуты.

1.10. Комиссия самостоятельно определяет и содержание коллективного договора, имея при этом в виду, что Трудовой Кодекс рекомендует включать в него взаимные обязательства представителей работодателя и работников по следующим вопросам:

— формы, системы и размеры оплаты труда, денежные вознаграждения, пособия, компенсации, доплаты;

— механизм регулирования оплаты труда, исходя из роста цен, уровня инфляции, выполнения показателей, определенных коллективным договором;

— занятость, переобучение, условия высвобождения работников;

— продолжительность рабочего времени и времени отдыха, отпусков;

— улучшение условий и охраны труда работников, в том числе женщин и молодежи (подростков);

— добровольное и обязательное медицинское и социальное страхование;

— соблюдение интересов работников при приватизации организации, ведомственного жилья;

— экологическая безопасность и охрана здоровья работников на производстве;

— гарантии и льготы для работников, совмещающих работу с обучением;

— оздоровление и отдых работников и членов их семей;

— частичная или полная оплата питания работников;

— контроль за выполнением коллективного договора, порядок внесения в него изменений и дополнений, ответственность сторон, социальное партнерство, обеспечение нормальных условий функционирования представителей работников (профсоюза), порядок информирования работников о выполнении коллективного договора;

— отказ от забастовок по условиям, включенным в данный коллективный договор, при своевременном и полном их выполнении.

В коллективный договор в обязательном порядке включаются те положения, на которые в действующих законодательных актах имеются указания об их конкретизации в коллективном договоре.

В Макете коллективного договора одной из основных форм участия работников в управлении организацией рекомендован «учет мнения выборного органа первичной организации профсоюза», в том числе при принятии локальных правовых актов.

В коллективном договоре в соответствии со ст. 8 Трудового кодекса РФ может быть предусмотрено принятие вышеуказанных актов (например, Правила внутреннего трудового распорядка организации, Положение об оплате труда и стимулировании работников и др.) «по согласованию» с выборным органом первичной организации профсоюза.

1.11. В ходе переговоров профсоюзная сторона предлагает и отстаивает свой пакет социально-экономических требований, тщательно аргументируя каждое из них и будучи готовой отреагировать на контрдоводы и предложения представителя работодателя.

К числу профсоюзных аргументов можно отнести следующие:

— улучшилось (стабилизировалось) экономическое положение организации;

— не прекращается рост стоимости жизни; темпы инфляции выше роста номинальной заработной платы;

— заработная плата в организации не обеспечивает своих базисных функций, в первую очередь воспроизводственную, то есть воспроизводство рабочей силы, а также социальную — содержание иждивенцев;

— заработная плата в данной организации ниже, чем в родственных организациях региона, отрасли;

— уровень оплаты труда и социальные гарантии ниже предусмотренных отраслевыми или региональными соглашениями и т.п.

К числу возможных ответных или «компромиссных» предложений представителя работодателя, как правило, относятся:

— сокращение работников;

— рост производительности труда за счет пересмотра норм трудовых затрат;

— внедрение более «гибких» форм организации рабочего времени путем узаконивания перевода на режим неполного рабочего времени;

— внедрение более «гибких» систем оплаты труда путем изменения ее структуры и снижения тарифной части заработной платы, перевода на бестарифные системы оплаты труда практически без всяких гарантий минимальной оплаты;

— пересмотр и «упорядочение» социальных гарантий и льгот, главным образом путем их отмены и т.п.

1.12. Коллективные переговоры должны обязательно проходить в атмосфере полной гласности и соучастия. В этих целях рекомендуются:

— публикация проекта коллективного договора в специальной листовке;

— обсуждение проекта в структурных подразделениях;

— анкетирование работников;

— сбор в специально отведенных местах предложений и замечаний;

— консультации (общественная защита) в вышестоящем профсоюзном органе.

1.13. Коллективные переговоры желательно вести до конца, до разрешения спорных вопросов. Однако они должны быть проведены в течение трех месяцев со дня начала коллективных переговоров.

1.14. Завершением коллективных переговоров является подписание сторонами коллективного договора на согласованных условиях с одновременным (при недостижении согласия между сторонами по отдельным положениям) составлением протокола разногласий.

Неурегулированные разногласия могут быть предметом дальнейших коллективных переговоров или разрешаться в соответствии с действующим законодательством. Не рекомендуется их только зафиксировать.

Коллективный договор подлежит утверждению на общем собрании (конференции) работников, после чего подписывается полномочными представителями работодателя и работников.

1.15. В соответствии с трудовым законодательством подписанный сторонами коллективный договор с приложениями в 7-дневный срок направляется представителем работодателя в соответствующий орган по труду и социальной защите населения по месту нахождения организации для уведомительной регистрации.

1.16. Согласно Постановлению Исполкома Генерального Совета ФНПР от 20.04.1995 № 4-21, Постановлению Президиума Совета ЛФП от 22.06.1995 № 54 и Постановлению Президиума Совета ЛФП от 27.07.1995 № 55

«О профсоюзной отчетности тарифно-договорной кампании», Постановлению Президиума Теркома профсоюза работников здравоохранения РФ № 28 от 06.12.2006 года «Об отчетности по коллективным договорам первичных организаций профсоюза», выборный орган первичной организации профсоюза в 7-дневный срок со дня заключения коллективного договора представляет его в вышестоящий профсоюзный орган для уведомительной регистрации.

1.17. Выборный орган первичной организации профсоюза должен систематически анализировать уровень заработной платы работников на его соответствие условиям коллективного договора и в первую очередь минимальный размер оплаты труда и число работников, его получающих, средний уровень заработной платы.

Указанные сведения представляются ежеквартально в вышестоящий профсоюзный орган.

Примечание:

В соответствии со ст. 28 Устава Профсоюза работников здравоохранения РФ органами первичной организации профсоюза являются:

1. Профсоюзное собрание (конференция);

2. Профсоюзный комитет;

3. Председатель первичной организации профсоюза;

4. Контрольно-ревизионная комиссия.

Для ведения текущей работы:

— в первичной организации профсоюза, объединяющей менее 30 членов профсоюза, избираются на собрании председатель первичной организации профсоюза (профорганизатор) и его заместитель (заместители), казначей;

— в первичной организации профсоюза, объединяющей более 30 членов профсоюза, избираются на собрании (конференции) председатель первичной организации профсоюза, его заместитель (заместители), профсоюзный комитет, контрольно-ревизионная комиссия.

Таким образом, в коллективном договоре организации необходимо точно указать название «Выборного органа первичной организации профсоюза» в соответствии со ст. 28 Устава Профсоюза работников здравоохранения РФ.

2. СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В соответствии со ст. 50 Трудового кодекса РФ (далее — ТК РФ), Постановлением Президиума Теркома профсоюза работников здравоохранения РФ № 28 от 06.12.2006 коллективный договор, приложения к нему, протоколы разногласий в 4-х экземплярах в 7-дневный срок со дня подписания направляются представителем работодателя на уведомительную регистрацию в соответствующий орган по труду и социальной защите населения. Вместе с коллективным договором представителем работодателя направляются сведения об организации.

При осуществлении регистрации коллективного договора соответствующий орган по труду и социальной защите населения выявляет условия, ухудшающие положение работников по сравнению с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, и сообщает об этом представителям сторон, подписавшим коллективный договор, а также в соответствующую государственную инспекцию труда. Условия коллективного договора, ухудшающие положение работников, недействительны и не подлежат применению.

Перечень сведений содержит:

1. Полное наименование организации с указанием аббревиатуры.

2. Фамилию, имя, отчество (полностью), телефон, факс:

— руководителя организации;

— председателя органа, представляющего работников организации.

3. Почтовый адрес организации.

4. Административный район Санкт-Петербурга.

5. Дату, номер и место регистрации учредительных документов организации.

6. Основной вид экономической деятельности (ОКВЭД).

7. Организационно-правовую форму организации (ОКОПФ).

8. Вид собственности организации (ОКФС).

9. Среднесписочную численность работников организации (без совместителей).

10. Наличие в организации профсоюза.

11. Численность членов профсоюза.

12. Среднюю заработную плату работников организации.

13. Сумму средств, предусмотренных коллективным договором, соглашением, на обеспечение льгот и выплат работникам и членам их семей, сверх установленных законодательством (тыс. руб. в год).

14. Дату вступления в силу коллективного договора, соглашения.

15. Срок действия коллективного договора, соглашения.

16. Наличие прошедшего ранее уведомительную регистрацию в Комитете по труду и социальной защите населения СПб коллективного договора, соглашения, его регистрационный номер.

Подпись и печать руководителя (заместителя) организации.

В 7-дневный срок со дня регистрации в соответствующем органе по труду и социальной защите населения 1 экземпляр коллективного договора направляется в Терком профсоюза работников здравоохранения РФ для уведомительной регистрации.

Принят на общем собрании (конференции) работников

_____
(наименование организации)

«_____»_____200__г.

КОЛЛЕКТИВНЫЙ ДОГОВОР

_____
(наименование организации)

на 200_–200_ годы

Руководитель организации

_____
(фамилия, имя, отчество)

«___»_____200__года

Председатель первичной организации профсоюза

_____
(фамилия, имя, отчество)

«___»_____200__года

Коллективный договор прошел уведомительную регистрацию в Комитете по труду и социальной защите Санкт-Петербурга (Ленинградской области) Регистрационный № _____ от «___»_____ 20__ года

Коллективный договор прошел уведомительную регистрацию в Территориальном Санкт-Петербурга и Ленинградской области комитете профсоюза работников здравоохранения РФ Регистрационный № _____ от «___»_____ 20__ года

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий коллективный договор (в дальнейшем — Договор) разработан и заключен в целях обеспечения соблюдения трудовых и социальных гарантий работников, создания благоприятных условий деятельности организации, направлен на обеспечение стабильности и эффективности работы организации, на повышение жизненного уровня работников, а также на обеспечение взаимной ответственности сторон за выполнение трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права:

— Отраслевого соглашения между Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию и ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ по организациям в сфере здравоохранения, подведомственным Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, на _____ годы

или

— Отраслевого соглашения между Российской академией медицинских наук и ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ по учреждениям, организациям, предприятиям Российской академии медицинских наук на _____ годы

(выбрать свою принадлежность);

— Трехстороннего соглашения Санкт-Петербурга на _____ годы

или

— Ленинградского областного трехстороннего соглашения о проведении социально-экономической политики и развитии социального партнерства на _____ годы

(выбрать свой регион);

— Отраслевого соглашения между Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и Территориальным Санкт-Петербурга и Ленинградской области комитетом профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации на _____ годы

или

— Отраслевого соглашения между Комитетом по здравоохранению Ленинградской области и Территориальным Санкт-Петербурга и Ленинградской области комитетом профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации на _____ годы

(выбрать свой регион)

и настоящего Договора.

1.2. Сторонами настоящего коллективного договора являются:_____
(наименование организации)
_____

в лице ее руководителя _____
(фамилия, имя, отчество руководителя)
_____,

именуемая в дальнейшем ***«Представитель работодателя»,*** и работники организации в лице _____
(наименование Выборного органа первичной организации профсоюза)
_____,

именуемого в дальнейшем «Выборный орган первичной организации профсоюза».

1.3. Настоящий коллективный договор является правовым актом, регулирующим социально-трудовые и иные связанные с ними отношения между Представителем работодателя и работниками организации.

1.4. Предметом настоящего договора являются преимущественно дополнительные по сравнению с законодательством положения об условиях труда и оплате труда, гарантиях и льготах, предоставляемых Представителем работодателя работникам организации.

В настоящем договоре также воспроизводятся основные положения трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права, имеющие наибольшее значение для работников.

1.5. Представитель работодателя признает представителем работников в социальном партнерстве:

а) Выборный орган первичной организации профсоюза (ст.29 ТК РФ);

б) для организаций, где профсоюзная организация объединяет менее половины работников, представителем работников является также Выборный орган первичной организации профсоюза, если на общем собрании (конференции) работники (не члены профсоюза) поручили Выборному органу первичной организации профсоюза представлять их интересы (протокол № ___ от «___»_____ 20__ года) (ст. 31 ТК РФ).

1.6. Выборный орган первичной организации профсоюза обязуется содействовать эффективной деятельности организации присущими профсоюзам методами и средствами работы.

1.7. Действие настоящего коллективного договора распространяется на всех работников организации, однако члены профсоюза работников здравоохранения имеют в лице Выборного органа первичной организации профсоюза обязательную защиту в случае нарушения их трудовых прав, а также право на преимущественное предоставление им социально-бытовых льгот за счет средств профсоюза.

1.8. Настоящий договор разработан и заключен равноправными сторонами добровольно на основе соблюдения норм законодательства, полномочности представителей сторон, свободы выбора, обсуждения и решения вопросов, составляющих его содержание, реальности обеспечения принятых обязательств. Стороны подтверждают обязательность исполнения условий настоящего договора.

1.9. При реорганизации организации договор сохраняет свое действие в течение периода реорганизации.

При смене формы собственности организации действие коллективного договора продолжается в течение 3-х месяцев.

При реорганизации или смене формы собственности организации любая из сторон имеет право направить другой стороне предложения о заключении нового коллективного договора или продлении действия прежнего на срок до 3-х лет.

1.10. Изменения и дополнения коллективного договора в течение срока его действия производятся только по взаимному согласию сторон в порядке, установленном ст. 44 ТК РФ.

Инициатором изменений и дополнений может быть любая сторона.

1.11. При недостижении согласия между сторонами по отдельным положениям проекта коллективного договора в течение трех месяцев со дня начала коллективных переговоров стороны должны подписать коллективный договор на согласованных условиях с одновременным составлением протокола разногласий. Неурегулированные разногласия могут быть предметом дальнейших коллективных переговоров или разрешиться в соответствии с Трудовым кодексом РФ, иными федеральными законами (ст. 40 ТК РФ).

1.12. Лица, участвующие в коллективных переговорах, подготовке проекта коллективного договора, освобождаются от основной работы с сохранением среднего заработка на срок, определенный соглашением сторон, но не более 3-х месяцев (ст. 39 ТК РФ).

1.13. Представитель работодателя обязан в течение _____ (указать срок) довести содержание договора до работников организации. Текст договора размещается на стенде для информации.

1.14. При условии выполнения настоящего договора Выборный орган первичной организации профсоюза воздерживается от организации и поддержки в организации забастовок.

1.15. Настоящий коллективный договор заключен на срок (не более 3-х лет) и вступает в силу со дня подписания его сторонами (либо со дня, установленного коллективным договором). Стороны имеют право продлевать действие коллективного договора на срок не более 3-х лет (ст. 43 ТК РФ).

2. КОНТРОЛЬ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

2.1. Контроль за выполнением коллективного договора осуществляется сторонами,

подписавшими договор, их представителями, соответствующими органами по труду.

При проведении указанного контроля представители сторон обязаны предоставлять друг другу необходимую информацию (ст. 51 ТК РФ).

2.2. Стороны, подписавшие договор, ежегодно или в другие предусмотренные сроки отчитываются о его выполнении на общем собрании (конференции) работников организации. С отчетом выступают первые лица обеих сторон, подписавшие договор.

Стороны обязуются регулярно информировать друг друга о действиях по реализации договора.

Выборный орган первичной организации профсоюза, подписавший договор, для контроля за его выполнением проводит проверки силами своих комиссий и активистов, запрашивает у Представителя работодателя информацию о ходе и итогах выполнения договора и бесплатно получает ее; заслушивает на своих заседаниях информацию Работодателя о ходе выполнения положений договора.

2.3. Представители работодателя либо представители Выборного органа первичной организации профсоюза, виновные в нарушении или невыполнении обязательств, предусмотренных коллективным договором, подвергаются штрафу в размере и порядке, которые установлены Кодексом РФ об административных правонарушениях.

3. ОПЛАТА ТРУДА, ГАРАНТИРОВАННЫЕ И КОМПЕНСАЦИОННЫЕ ВЫПЛАТЫ

(для бюджетных организаций Ленинградской области, федеральных учреждений здравоохранения)

3.1. Стороны договорились, что они самостоятельно устанавливают формы, системы и размеры оплаты труда работников, а также другие виды доходов.

Условия оплаты труда, определенные коллективным договором, локальными нормативными актами организации, не могут быть ухудшены по сравнению с установленными трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права.

Конфликты и вопросы, возникающие в практической деятельности в области оплаты труда, которые не урегулированы непосредственно настоящим договором, решаются в строгом соответствии с требованиями трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, либо путем переговоров сторон в порядке, установленном настоящим договором.

3.2. Сумма средств, направленных на потребление (в фонд оплаты труда), расходуется в соответствии со сметой, прилагаемой к коллективному договору.

3.3. По соглашению сторон в организации минимальная оплата труда устанавливается в размере:

Вариант 1 — законодательно определенного минимума (нежелательный вариант).

Вариант 2 — бюджета прожиточного минимума, рассчитанного ежемесячно региональным комитетом по труду и занятости *(выдать конкретный вариант).*

В минимальный размер оплаты труда не включаются доплаты и надбавки, премии и другие поощрительные выплаты, а также выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, и иные компенсационные и социальные выплаты.

3.4. Стороны договорились, что система оплаты труда, размеры доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования устанавливаются Представителем работодателя по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза, но не ниже предусмотренных законодательством РФ. В организации может вводиться сдельная, а также коллективная (бригадная) и другие формы оплаты труда (в пределах фонда заработной платы работников, для которых она применяется).

3.5. Размер заработной платы работника определяется, исходя из должностного оклада (тарифной ставки) по занимаемой должности и других условий оплаты, предусмотренных действующими нормативными актами.

Заработок работника предельными размерами не ограничивается.

3.6. Оплата труда работников по совместительству, по замещаемым должностям, за работу без занятия штатной должности, а также на условиях неполного рабочего дня или неполной рабочей недели производится пропорционально отработанному времени, исходя из должностного оклада, либо в зависимости от выработки, исходя из сдельных расценок, доплат, надбавок и выплат компенсационного характера, предусмотренных действующими нормативными актами.

Определение размеров заработной платы по основной и замещаемой должностям (видам работ), а также по должности, занимаемой в порядке совместительства, производится раздельно по каждой из должностей (виду работ).

3.7. Оплата труда всех работников производится на основе тарифной сетки, прилагаемой к настоящему коллективному договору.

Разряды оплаты труда в соответствии с тарифной сеткой определяются по результатам аттестации.

Тарифная ставка 1-го разряда тарифной сетки устанавливается на основании Постановления Правительства.

Порядок проведения тарификации работников организации регламентируется Приказом МЗ РФ № 377 от 15.10.1999.

Для проведения работы по определению размеров должностных окладов медицинских, фармацевтических работников, специалистов с немедицинским образованием и служащих и месячных окладов (тарифных ставок) рабочих приказом Представителя работодателя создается постоянно действующая тарификационная комиссия в составе главного бухгалтера, работника, занимающегося вопросами кадров, заместителя руководителя по экономическим вопросам (начальника планово-экономического отдела, экономиста), представителя Выборного органа первичной организации профсоюза, а также других лиц, привлекаемых Представителем работодателя к работе по тарификации. Председателем тарификационной комиссии является Представитель работодателя или назначенный им заместитель.

Тарификационная комиссия руководствуется в своей работе действующими условиями оплаты труда соответствующих работников и другими нормативными актами. Результаты работы комиссии отражаются в тарификационных списках. Кроме того, при необходимости тарификационная комиссия может оформлять результаты своей работы протоколом или любыми другими документами.

Порядок работы тарификационной комиссии (ответственный за непосредственное составление тарификационного списка, оформление, время заседания комиссии и т.д.) определяется председателем комиссии.

Тарификационный список составляется ежегодно по состоянию на 1 января и заверяется всеми членами тарификационной комиссии.

Тарификация работников проводится по формам тарификационного списка № 1 и № 2.

По форме тарификационного списка № 1 проводится тарификация руководителей, специалистов и служащих.

По форме тарификационного списка № 2 проводится тарификация рабочих.

Тарификационный список заполняется по категориям работников по каждой должности (профессии) каждого структурного подразделения в последовательности, соответствующей структуре штатного расписания.

Тарификация лиц, работающих по совместительству (внутреннему и внешнему), проводится отдельными строками по каждой должности (профессии). Также отдельно проводится тарификация главного врача и его заместителей-врачей, выполняющих работу по своей врачебной специальности в соответствующих подразделениях.

Вакантные должности (профессии рабочих) отражаются в тех структурных подразделениях, где они имеются.

В состав тарификационной комиссии в обязательном порядке включается представитель Выборного органа первичной организации профсоюза.

Оплата труда рабочих производится в соответствии с присвоенными им квалификационными разрядами. Присвоение (пересмотр) квалификационных разрядов производится в соответствии с общими положениями «Единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих» (ЕТКС), утвержденного Постановлением Госкомтруда СССР и ВЦСПС от 31.01.1985 с последующими дополнениями и изменениями.

3.8. Основными критериями при проведении аттестации служат квалификация работника и результаты, достигнутые им при исполнении служебных обязанностей. При этом учитываются квалификационные требования по общеотраслевым должностям, указанным в соответствующих приказах МЗ РФ.

3.9. График проведения аттестации прилагается к коллективному договору.

3.10. Представитель работодателя обязуется обеспечивать нормальные условия работы для выполнения установленных норм труда, систематически проводить аттестацию рабочих мест.

Локальные нормативные акты, предусматривающие введение, замену и пересмотр норм труда, принимаются Представителем работодателя с учетом мнения Выборного органа первичной организации профсоюза.

О введении новых норм труда работники должны быть извещены не позднее, чем за 2 месяца.

Введение, замена и пересмотр норм труда, а также должностные обязанности работников разрабатываются Представителем работодателя с учетом мнения Выборного органа первичной организации профсоюза не чаще 1 раза в год.

Нормы труда могут быть пересмотрены по мере совершенствования или внедрения новой техники, технологии и проведения организационных либо иных мероприятий, обеспечивающих рост производительности труда, а также в случае использования физически и морально устаревшего оборудования.

Достижение высокого уровня оказания услуг (выработки продукции) отдельными работниками за счет применения по их инициативе новых приемов труда и совершенствования рабочих мест не является основанием для пересмотра ранее установленных норм труда.

3.11. Оплата труда работников, занятых на тяжелых работах, работах с вредными (или) опасными и иными особыми условиями труда, устанавливается в повышенном размере по сравнению с тарифными ставками (окладами), установленными для различных видов работ с нормальными условиями труда, без учета других повышений. Конкретный список работников и размеры повышений окладов в связи с наличием в их работе опасных для здоровья и особо тяжелых условий труда утверждаются Представителем работодателя организации, подразделении по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза на основании «Перечня учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право работникам на повышение окладов (ставок) в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда», являющегося Приложением № 2 к Положению об оплате труда работников здравоохранения РФ, утвержденному Приказом МЗ РФ № 377 от 15.10.1999.

Повышение может устанавливаться как к месячному окладу, так и за каждый час работы в условиях, предусмотренных Перечнем.

Размеры повышений по разным основаниям не суммируются. Независимо от числа разных факторов вредности повышение устанавливается в размере 30% оклада (ставки).

3.12. Надбавки:

— за продолжительность непрерывной работы в организациях здравоохранения.

Абсолютный размер надбавки исчисляется, исходя из оклада (ставки), установленной по разрядам оплаты труда Единой тарифной сетки, без учета повышений за работу в опасных для здоровья и особо тяжелых условиях труда, других повышений, надбавок и доплат по основной должности.

Работникам, занимающим по совместительству штатные должности медицинского персонала в организациях здравоохранения и социальной защиты населения, надбавки выплачиваются и по совмещаемым должностям в порядке и на условиях, предусмотренных для этих должностей.

Надбавки стимулирующего характера:

— работникам организаций здравоохранения в пределах выделенных бюджетных ассигнований могут устанавливаться за применение в работе достижений науки и передовых методов труда, высокие достижения в работе, выполнение особо важных или срочных работ (на срок их проведения), а также напряженность в труде.

Надбавки начисляются на оклад (ставку) и предельными размерами не ограничиваются.

Надбавки устанавливаются на определенный срок, но не более одного года, приказом по организации по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза на основании представления руководителя структурного подразделения.

Надбавки отменяются при ухудшении показателей в работе или окончании особо важных и срочных работ.

3.13. Доплаты:

— за работу в ночное время устанавливаются в размере 50%;

— медицинским и фармацевтическим работникам, специалистам и служащим из расчета должностного оклада по занимаемым должностям;

— рабочим — из расчета часовой тарифной ставки (оклада) с учетом повышения за работу в опасных для здоровья и особо тяжелых условиях труда;

— водителям санитарного автотранспорта, состоящим в штате автотранспортных предприятий и других организаций, — от часовой тарифной ставки (должностного оклада);

— медицинскому персоналу, занятому оказанием экстренной, скорой и неотложной медицинской помощи, выездному персоналу и работникам связи станций (отделений) скорой медицинской помощи доплата за работу в ночное время производится соответственно в размере 100% часовой тарифной ставки (должностного оклада).

Перечень этих подразделений (должностей) утверждается Представителем работодателя и согласовывается с Выборным органом первичной организации профсоюза.

Ночным считается время с 10 часов вечера до 6 часов утра;

— за совмещение должностей (профессий), расширение зоны обслуживания или увеличения объема выполняемых работ, а также наряду со своей работой обязанности временно отсутствующего работника.

Конкретный размер доплат и перечень должностей работников, которым они устанавливаются, утверждаются Представителем работодателя по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза.

Размеры доплат и условия их выплаты фиксируются в приложении к договору.

При ухудшении показателей в работе или невыполнении работниками принятых обязательств доплаты могут отменяться.

Работникам, которым с их согласия вводится рабочий день с разделением смены на части (с перерывом в работе более 2-х часов), за отработанное время в эти дни производится доплата из расчета должностного оклада по занимаемой должности.

Перечень должностей работников, которым могут устанавливаться указанные доплаты, и размеры доплат определяются Представителем работодателя по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза.

3.14. Работа в сверхурочное время оплачивается в ____ размере (данный пункт вносится в коллективный договор в случае, если

принято решение оплачивать сверхурочную работу в более высоком размере, чем указано в ст. 152 ТК РФ).

Работа в выходные и нерабочие праздничные дни оплачивается в ____ размере (данный пункт вносится в коллективный договор только в том случае, если принято решение оплачивать работу в выходные и праздничные дни в более высоком размере, чем указано в ст. 153 ТК РФ).

3.15. Представитель работодателя обязуется:

— выплачивать заработную плату 2 раза в месяц, _____ числа каждого месяца;

— выплату заработной платы осуществлять в рабочее время;

— по просьбе работника осуществлять выплаты заработной платы через банк. В случае, когда выплата заработной платы совпадает с выходными и праздничными днями, выплату заработной платы производить накануне;

— предоставлять информацию Выборному органу первичной организации профсоюза и работнику о начислении заработной платы, налогах и причитающейся к выплате сумме.

3.16. Представитель работодателя вправе выдавать внеплановые авансы работникам по их заявлениям в счет заработной платы; работникам, которые выполняют задание Представителя работодателя вне места постоянной работы (находятся в длительной служебной командировке, производят работу на территории организации-заказчика и т.д.). Представитель работодателя обязуется своевременно перечислять заработную плату по почте за счет организации.

За время отпуска заработная плата выплачивается не позднее, чем за ___ дней до начала отпуска (не менее чем за три дня).

Для расчета средней заработной платы учитываются все предусмотренные системой оплаты труда виды выплат независимо от источников этих выплат (ст. 139 ТК РФ).

Средний дневной заработок для оплаты отпусков и выплаты компенсаций за неиспользованные отпуска исчисляется за последние 12 календарных месяцев путем деления суммы начисленной заработной платы на 12 и на 29,4 (среднемесячное число календарных дней) (ст. 139 ТК РФ).

Примечание.

В коллективном договоре, локальном нормативном акте могут быть предусмотрены и иные периоды для расчета средней заработной платы, если это не ухудшает положение работников (ст. 139 ТК РФ).

Таким образом, например, может быть прописан такой порядок:

Средний дневной заработок для оплаты отпусков и выплаты компенсаций за неиспользованные отпуска исчисляется за последние 3 календарные месяца путем деления суммы начисленной заработной платы на 3 и на 29,6 (среднемесячное число календарных дней) (ст. 139 ТК РФ). Однако если данный порядок ведет к снижению среднего заработка, то Представитель работодателя обязан применять порядок, указанный в ст. 139 ТК РФ.

3.17. В случае направления в служебную командировку Представитель работодателя обязан возмещать работнику:

— расходы по проезду — не менее _____ рублей;

— расходы по найму жилого помещения — не менее _____ рублей в день;

— суточные — не менее _____ рублей в день;

— иные расходы, произведенные работником с разрешения или ведома Представителя работодателя — не менее _____ рублей.

3.18. Гарантии и компенсации, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права (оплата повышения квалификации, командировочных расходов, отпусков, компенсаций при увольнении и др.) предоставляются лицам, работающим по совместительству (как внутреннему, так и внешнему), в полном объеме (ст. 287 ТК РФ).

3.19. При переводе работника на другую работу в связи с повреждением здоровья (профессиональное заболевание, увечье) по вине Представителя работодателя работнику выплачивается разница между прежней месячной заработной платой и заработком на новой работе.

3.20. Размер прибыли от платных услуг, порядок ее распределения определяются Представителем работодателя по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза.

3.21. Работникам организации выплачивается премия в соответствии с Положением, прилагаемым к настоящему коллективному договору.

3.22. Представитель работодателя по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза в случае наличия у бюджетной организации собственных средств (платные услуги и другие источники) образовывает фонд материального поощрения и за счет этого:

— устанавливает индивидуальные размеры оплаты труда работников;

— производит оплату социально-бытовых льгот (проезд, питание, дорогостоящие медицинские препараты, оперативные вмешательства и др.), а также физкультурно-оздоровительных и других массовых мероприятий.

3.23. Премирование:

Премирование работников (см. п. 7.5. Положения об оплате труда работников здравоохранения РФ № 404 от 17.11.2000, Приказ МЗ РФ № 377 от 15.10.1999, ст. 143 ТК РФ) производится премиальной комиссией в соответствии с положением, утвержденным Представителем работодателя по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза (Приложение №___). Порядок формирования премиальной комиссии утверждается приказом по организации по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза. В состав комиссии обязательно включается представитель Выборного органа первичной организации профсоюза.

Размер премии предельными размерами не ограничивается. Премирование Представителя работодателя производится по результатам оценки деятельности организации в целом вышестоящим органом управления здравоохранением.

При разработке Положения о премировании необходимо учитывать следующие элементы премиальной системы:

— показатели и условия премирования должны соответствовать задачам организации и не должны противоречить друг другу с тем, чтобы улучшение одних показателей не повлекло за собой ухудшение других;

— размеры премий предельными размерами не ограничены, зависят от финансовых возможностей и устанавливаются пропорционально качеству и количеству выполненной работы (с учетом основной работы, совместительства, заместительства, совмещения профессий, увеличения объема работы, расширения зоны обслуживания);

— круг премируемых работников;

— периодичность премирования (ежемесячно, ежеквартально и т.д.) зависит от особенностей организации труда и производства, характера показателей премирования, наличия соответствующего бухгалтерского и оперативного учета;

— источники выплаты премий;

— приложить Перечень производственных упущений и показателей, уменьшающих размер премии (рекомендуется определять при заключении коллективного договора).

После согласования с Выборным органом первичной организации профсоюза Положение о премировании доводится до работников.

3.24. Ответственность Представителя работодателя за нарушение сроков выплаты заработной платы и иных сумм, причитающихся работнику.

Представитель работодателя (или его представители, уполномоченные им в установленном порядке), допустившие задержку выплаты заработной платы и другие нарушения оплаты труда, несут ответственность в

соответствии с ТК РФ и иными федеральными законами (ст. 142 ТК РФ).

При установлении факта неправильной оплаты труда Представитель работодателя обязан принять меры к немедленному исправлению ошибки и выплате работнику причитающихся сумм заработной платы за все время неправильной оплаты.

Удержание из заработной платы работника производится только в случаях, предусмотренных Трудовым кодексом РФ или иными федеральными законами.

Заработная плата, излишне выплаченная работнику (в том числе при неправильном применении законов или иных нормативных правовых актов), не может быть с него взыскана, за исключением случаев, указанных в ст. 137 ТК РФ.

В случае несвоевременной выплаты заработной платы либо при неправильном ее начислении работники могут обратиться за рассмотрением индивидуального трудового спора в комиссию по трудовым спорам организации (в суд) (ст. 382 ТК РФ).

При рассмотрении трудовых споров о денежных требованиях, кроме требований о выплате работнику среднего заработка за время вынужденного прогула или разницы в заработке за время выполнения нижеоплачиваемой работы, орган, рассматривающий спор, имеет право вынести решение о выплате работнику причитающихся сумм не более чем за 3 года.

В случае невыплаты заработной платы в определенные сроки Выборный орган пер-

Правовое обоснование раздела 3 Договора

1.	Системы оплаты труда по категориям работников	ст. 143, 150 ТК РФ
2.	Величина минимальной заработной платы	ст. 133 ТК РФ
3.	Формы, системы и минимальные размеры оплаты труда по видам работ, категориям работников, в том числе руководителям и специалистам структурных подразделений	нормативные акты по заработной плате по отрасли, ст. 145 ТК РФ, Приказ № 377 МЗ РФ от 15.10.99, Постановление Совета Министров РСФСР от 17.01.91 № 27
4.	Порядок присвоения квалификационных разрядов и тарификации работ	Приказ МЗ РФ № 377 от 15.10.99, Постановления Минтруда России № 31 от 10.11.92 и № 56 от 04.08.2000 с последующими дополнениями и изменениями
5.	Определение перечня работ с тяжелыми и вредными, особо тяжелыми и особо вредными условиями труда, при выполнении которых применяются повышенные тарифные ставки и производятся доплаты	нормативные акты по заработной плате по отрасли, ст. 147, 148, 149 ТК РФ
6.	Определение размеров доплат за совмещение профессий (должностей), выполнение обязанностей временно отсутствующих работников (доплаты устанавливаются Работодателем по согласованию с работником)	ст. 151 ТК РФ, нормативные акты по заработной плате по отрасли
7.	Установление надбавок за мастерство и сложность работы	нормативные акты по заработной плате по отрасли
8.	Оплата за работу в сверхурочное время	ст. 152 ТК РФ
9.	Оплата за работу в праздничные дни	ст. 153 ТК РФ
10.	Оплата за работу в ночное время	Приказ № 377 МЗ РФ от 15.10.99
11.	Порядок оплаты за время простоя	ст. 157 ТК РФ
12.	Порядок введения, замены и пересмотр норм труда	ст. 162, 161 ТК РФ
13.	Сроки и порядок выплаты заработной платы	ст. 136 ТК РФ

вичной организации профсоюза вправе направить представление Представителю работодателя о нарушении условий коллективного договора, которое должно быть рассмотрено в недельный срок.

В случае отказа устранить эти нарушения или недостижения согласия разногласия рассматриваются в соответствии с Трудовым кодексом РФ и иными федеральными законами.

В случае задержки выплаты заработной платы на срок более 15 дней работник имеет право, известив Представителя работодателя в письменной форме, приостановить работу на весь период до выплаты задержанной суммы (ст. 142 ТК РФ).

3.25. Стороны договорились утвердить смету расходования средств на потребление, включая фонд заработной платы (прилагается к коллективному договору). Считать согласованные расходы на оплату труда минимально допустимыми, изыскивая дополнительные источники для увеличения продуктивной занятости и роста трудовых доходов.

3.26. Стороны договорились утвердить Положение об оплате труда и материальном поощрении и ввести его в действие с «___» _____ г.

4. ТРУДОВОЙ ДОГОВОР, ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАНЯТОСТИ

4.1. Стороны исходят из того, что трудовые отношения при поступлении на работу оформляются заключением письменного трудового договора как на неопределенный срок, так и на срок не более 5 лет (срочный трудовой договор).

Срочный трудовой договор заключается в случаях, когда трудовые отношения не могут быть установлены на неопределенный срок с учетом характера выполняемой работы или условий ее выполнения, а также с лицами, указанными в ст. 59 ТК РФ.

4.2. Условия трудового договора при его заключении определяются Трудовым кодексом РФ, иными нормативными правовыми актами и соглашениями сторон.

4.3. В случае несоответствия условий коллективного договора и индивидуальных трудовых договоров, заключенных с работниками, на которых распространяется действие коллективного договора, или присоединившимися к коллективному договору после его заключения, действуют те нормы, которые в наибольшей степени отвечают интересам работников.

4.4. Представитель работодателя и работники обязуются выполнять условия заключенного трудового договора. Представитель работодателя не вправе требовать от работников выполнения работы, не обусловленной трудовым договором. Временный перевод на другую работу без согласия работника допускается лишь в случаях, предусмотренных Трудовым кодексом РФ.

4.5. Все вопросы, связанные с возможным сокращением штата работников, рассматриваются Представителем работодателя совместно с Выборным органом первичной организации профсоюза. О предстоящем высвобождении работников Представитель работодателя обязан письменно известить Выборный орган первичной организации профсоюза не позднее, чем за 2 месяца до начала проведения соответствующих мероприятий, а в случае, если решение о сокращении штата работников может привести к массовому увольнению работников, — не позднее, чем за 3 месяца.

Примечание.

Критерий массового увольнения зависит от количества работающих в организации, если увольнение происходит единовременно в течение 30 календарных дней:

при количестве работающих 1000 человек и более — 25 чел. и более;

при количестве работающих от 500 до 1000 чел. — 20–24 чел.;

при количестве работающих от 300 до 500 чел. — 15–19 чел.;

при количестве работающих до 300 чел. — 5% от общей численности работающих (выбрать соответственно численности).

4.6. О предстоящем высвобождении в связи с сокращением штата работники предупреждаются Представителем работодателя под расписку не менее чем за 2 месяца до увольнения. С письменного согласия работника Представитель работодателя имеет право расторгнуть с ним трудовой договор без предупреждения об увольнении за два месяца с одновременной выплатой дополнительной компенсации в размере двухмесячного среднего заработка (ст. 180 ТК РФ).

4.7. Представитель работодателя ежеквартально информирует Выборный орган первичной организации профсоюза об имеющихся вакансиях. Работники организации имеют право первоочередного замещения вакантных рабочих мест и должностей. Порядок замещения вакансий устанавливается Представителем работодателя с учетом мнения Выборного органа первичной организации профсоюза.

4.8. Представитель работодателя обязуется:

4.8.1. Заблаговременно, то есть за 2 месяца, а при массовом сокращении за 3 месяца, представлять в Выборный орган первичной организации профсоюза проекты приказов о сокращении численности или штата, планы-графики высвобождения работников с разбивкой по месяцам, список сокращаемых должностей и работников, перечень вакансий, предполагаемые варианты трудоустройства.

4.8.2. Производить при необходимости сокращение численности работников по возможности за счет ликвидации вакансий, увольнения временных работников и лиц, работающих по совместительству.

4.8.3. Увольнение работников (членов профсоюза) по инициативе Представителя работодателя в связи с сокращением штата производить с предварительного согласия Выборного органа первичной организации профсоюза.

4.8.4. Оказывать работнику содействие в повышении квалификации, получении специализации за счет организации.

4.8.5. Предоставлять свободное от работы время лицам, предупрежденным о предстоящем высвобождении, не менее 4-х часов в неделю для поиска новой работы с сохранением среднего заработка.

4.9. Стороны договорились:

4.9.1. При увольнении работника по сокращению штата выходное пособие выплачивается в повышенном размере по сравнению с установленным Трудовым кодексом РФ для лиц, проработавших в организации:

— свыше 10 лет на ____ процентов от среднего заработка;

— от 5 до 10 лет на ____ процентов от среднего заработка.

4.9.2. При увольнении работника в связи с уходом на пенсию по старости (впервые) работникам выплачивается единовременное пособие, проработавшим в организации:

— от 5 до 10 лет — в размере «___» минимальных размеров оплаты труда;

— от 10 до 15 лет — в размере «___» минимальных размеров оплаты труда;

— более 15 лет — в размере «___» минимальных размеров оплаты труда.

5. РАБОЧЕЕ ВРЕМЯ И ВРЕМЯ ОТДЫХА

5.1. Представитель работодателя обязуется строго выполнять правила внутреннего трудового распорядка организации, согласованные с Выборным органом первичной организации профсоюза.

5.2. Представитель работодателя обеспечивает:

а) _____
перечислить категории работников, продолжительность рабочего времени которых составляет 33 часа в неделю;

б) _____
перечислить категории работников, продолжительность рабочего времени которых составляет 38,5 часа в неделю);

в) _____
перечислить категории работников, продолжительность рабочего времени которых составляет 40 часов в неделю.

5.3. Представитель работодателя устанавливает помесячный учет рабочего времени для _____
(указать категории работников)

5.4. Продолжительность ежедневной работы (смены) определяется графиками сменности, утвержденными Представителем работодателя по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза (не более 12 часов).

По решению собрания работников (протокол №___ от _____) устанавливается продолжительность смены до 24 часов для _____
(указать категории работников)

Продолжительность ежедневного отдыха между сменами составляет не менее двойной продолжительности времени работы в предшествующую отдыху смену.

Врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, обеспечивающему диагностику и обслуживание больных СПИД и ВИЧ-инфицированных, устанавливается 6 часовой рабочий день.

5.5. Режим работы организации.

5.5.1. В режиме непрерывной рабочей недели (круглосуточно) работают следующие отделения и подразделения организации:
_____
(перечислить подразделения, работающие в этом режиме).

Начало работы подразделений с 8 часов утра, без перерывов на обед, круглосуточно.

5.5.2. В режиме шестидневной рабочей недели работают следующие подразделения:
_____
(перечислить подразделения, работающие в этом режиме).

5.5.3. В режиме пятидневной рабочей недели работают следующие подразделения:
_____
(перечислить подразделения, работающие в этом режиме).

Примечание.
В соответствии со ст.100 ТК РФ режим рабочего времени должен предусматривать:

- *продолжительность рабочей недели (пятидневная с двумя выходными днями, шестидневная с одним выходным днем, рабочая неделя с предоставлением выходных дней по скользящему графику);*
- *работу с ненормированным рабочим днем для отдельных категорий работников, продолжительность ежедневной работы (смены);*
- *время начала и окончания работы;*
- *время перерывов в работе;*
- *число смен в сутки;*
- *чередование рабочих и нерабочих дней;*
- *которые устанавливаются* ***Правилами внутреннего трудового распорядка организации.***

6. ОХРАНА ТРУДА

6.1. Представитель работодателя обязуется:

— обеспечить полное выполнение мероприятий, предусмотренных соглашением по охране труда (приложение к коллективному договору);

— организовать контроль со стороны Представителя работодателя по вопросу охраны труда, ввести должность специалиста по охране труда;

— обеспечить проведение аттестации руководителей структурных подразделений по вопросам охраны труда;

— обеспечить проведение аттестации рабочих мест по выявлению неблагоприятных факторов, влияющих на условия труда;

— в случае отступления от нормального температурного и светового режима принять необходимые меры по их оптимизации;

— обеспечить работников отдельных профессий с учетом конкретных условий труда дополнительной спецодеждой, спецобувью и другими средствами индивидуальной защиты, не предусмотренными отраслевыми нормами, по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза и службой охраны труда (приложение к коллективному договору);

— проводить мероприятия по совершенствованию и облегчению труда врачей, сред-

него и младшего медицинского персонала, для чего оснастить отделения и кабинеты необходимой техникой, аппаратурой и оборудованием;

— обеспечивать молоком работников, занятых на работе с вредными условиями труда (приложение к коллективному договору);

— выдавать мыло и моющие средства в связи с необходимостью соблюдения гигиены труда;

— обеспечить нормальную бесперебойную работу санитарно-бытовых устройств (работа душевых, ванн).

По результатам аттестации рабочих мест предусмотреть для работающих дополнительные трудовые и социально-бытовые льготы в соответствии с ТК РФ (за счет собственных средств);

— допускать к работе вновь поступивших работников, а также переводимых с одной работы на другую, только после получения ими предварительного инструктажа по правилам техники безопасности и производственной санитарии;

— обеспечить проведение на рабочих местах повторного инструктажа по безопасным приемам и методам работы не реже 1 раза в полугодие;

— предусмотреть возможность отказа работника от выполнения поручаемой работы, если она связана с угрозой для его жизни и здоровья (исключив при этом право наложения дисциплинарных взысканий со стороны Представителя работодателя);

— обеспечить возможность стимулирования работников организации за работу без травм и аварий, а также за снижение (отсутствие) заболеваний, вызванных производственным травматизмом, денежной премией, вознаграждением;

— организовать проведение конкурса на лучшее предложение по решению проблем создания здоровых и безопасных условий с выплатой денежного вознаграждения;

— в случае получения работником травм на производстве и гибели (при выполнении трудовых обязанностей) установить определенные суммы разовой материальной помощи (в зависимости от возможности организации);

— предусмотреть финансирование мероприятий по охране труда в соответствии со статьей 226 ТК РФ;

— организовать кабинет по охране труда (уголок), оснастить его необходимыми наглядными пособиями, нормативными документами.

6.2. Отпуска.

Представитель работодателя обязуется предоставлять работникам ежегодные отпуска в соответствии с утвержденными графиками отпусков по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза.

Дополнительные отпуска за работу с вредными условиями труда (Приложение № 11) и ненормированный рабочий день (Приложение № 10) присоединять к основному отпуску продолжительностью 28 календарных дней. В случае, когда работнику основной отпуск предоставляется авансом, дополнительный отпуск суммируется с основным и предоставляется полностью.

Организации с учетом своих производственных и финансовых возможностей вправе принимать решение о предоставлении работникам дополнительных отпусков:

— за высокие результаты в труде;

— женщинам, воспитывающим малолетних детей, и прочее.

Условия и порядок предоставления таких отпусков, а также их размеры определяются Представителем работодателя совместно с работниками и Выборным органом первичной организации профсоюза.

Расходы на эти цели производятся за счет фонда материального поощрения (единого фонда оплаты труда).

Представитель работодателя не вправе отозвать работника из отпуска, досрочный отзыв допускается в исключительных случаях и только по соглашению с работником и по согласованию с Выборным органом первичной организации профсоюза.

Представитель работодателя может предоставлять работникам кратковременные

отпуска с сохранением средней заработной платы в случае:

а) бракосочетания — _____ дня;

б) рождения ребенка — _____ дня;

в) смерти лиц, состоящих с работником в родственных отношениях, — ___ дня;

г) работникам, имеющим детей школьного возраста, 1 сентября.

Представитель работодателя обязуется разрабатывать график отпусков с учетом мнения Выборного органа первичной организации профсоюза, знакомить работников с графиком отпусков не позднее, чем за 2 недели до начала нового календарного года.

Женщинам, работающим в организациях здравоохранения сельской местности, дополнительные отпуска в зависимости от занимаемой должности или профессии (за вредные условия труда и т.п.) присоединять к 28 календарным дням (письмо Минздрава РФ № 04-10 от 25.04.1991).

6.3. Выборный орган первичной организации профсоюза обязуется:

— систематически контролировать состояние охраны труда;

— контролировать выполнение графика отпусков работников.

6.4. Представитель работодателя совместно с Выборным органом первичной организации профсоюза:

— создает на паритетной основе комиссию (комитет) по охране труда из представителей работодателя и Выборного органа первичной организации профсоюза.

Правовые основания к разделам макета коллективного договора:

1. Трудовой кодекс Российской Федерации с изменениями на 30.06.2006;

2. Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний» от 24.07.1998 № 125-ФЗ.

3. «Рекомендации по организации службы охраны труда в организациях», утвержденные Постановлением Министерства труда РФ, от 08.02.2000 № 14.

4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.05.2006 № 413 «Об утверждении Типового положения о комитете (комиссии) по охране труда».

7. СОЦИАЛЬНЫЕ ГАРАНТИИ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ РАБОТНИКОВ

Представитель работодателя обязуется:

7.1. Своевременно и в полном объеме перечислять страховые взносы, сообщать персонифицированные данные работников в Фонд социального страхования, Фонд обязательного медицинского страхования, Пенсионный фонд.

7.2. Своевременно сообщать персонифицированные данные работников в Пенсионный фонд и доводить до сведения работников отправленную в Пенсионный фонд информацию.

7.3. Не препятствовать работе комиссии Выборного органа первичной организации профсоюза по пенсионным вопросам или ее полномочного представителя, обеспечить ее доступ ко всем сведениям, сообщенным работодателем в органы Пенсионного фонда.

7.4. Ежегодно совместно с представителями Выборного органа первичной организации профсоюза производить ревизию трудовых книжек работников. В случае неправильного оформления трудовой книжки или установления неточных, ошибочных записей на предыдущих местах работы — направлять запросы в соответствующие организации с просьбой подтвердить уточняющим документом записи, вызывающие сомнение.

7.5. Осуществлять мероприятия, направленные на снижение заболеваемости, производственного травматизма, профессиональных заболеваний:

— проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных и

опасных производственных факторов (Приказ МЗМП № 90 от 14 марта 1996 г.);

— проведение ежегодных профилактических осмотров работающих женщин с целью раннего выявления онкозаболеваний;

— флюорографическое обследование работников в соответствии с действующими нормативными документами.

7.6. Выплачивать пособие работникам, уходящим на пенсию, в размере __% минимальной заработной платы (тарифной ставки, оклада):

— единовременно;

— в течение _____ месяцев (лет).

7.7. Работникам, получающим пособие по временной нетрудоспособности в размере менее среднего заработка, производить доплату до их среднего заработка за счет средств организации.

7.8. Предоставлять работникам, имеющим детей дошкольного возраста, _____ мест в детских садах и _____ мест в детских яслях; предоставлять работникам, имеющим детей в возрасте 7—15 лет, путевки в ДОЛ на льготных условиях. Компенсацию затрат работников, имеющих детей, на приобретение путевок в детские оздоровительные лагеря осуществлять в размере не менее _____ рублей. Родителям, имеющим трех или более несовершеннолетних детей, и одиноким матерям (отцам) путевки в ДОЛ предоставлять бесплатно.

7.9. При отсутствии на предприятии своего детского оздоровительного лагеря Представитель работодателя обязуется приобретать путевки в ДОЛ для детей сотрудников за счет средств социального страхования и средств предприятия.

7.10. Стороны заключают договоры на санаторно-курортное лечение работников как за счет прибыли, так и за счет средств социального страхования. Путевки за счет прибыли выдаются на льготных условиях за _____ % стоимости.

7.11. Представитель работодателя организует на производстве доступное качественное горячее питание, соответствующее действующим нормам и правилам, в столовых (буфетах) из расчета не менее _____ посадочных мест.

7.12. Для работников, не пользующихся столовой (буфетом), Представитель работодателя организует комнаты (места) для приема пищи.

7.13. Представитель работодателя организует бесплатную (с оплатой _____ % стоимости) перевозку работников, занятых в вечернюю и ночную смены, в этих целях до _____ заключает договор с транспортной организацией.

7.14. Представитель работодателя возмещает _____ % затрат работников на проезд в пригородном и внутригородском транспорте до места работы.

7.15. Представитель работодателя обязуется создать на предприятии Фонд социальной защиты за счет отчислений из Фонда оплаты труда и платных услуг.

Среди расходов Фонда социальной защиты могут быть:

— материальная помощь в связи с несчастным случаем на производстве;

— смерть работающего или членов его семьи;

— доплаты матерям, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет;

— оплата дополнительных медицинских услуг;

— приобретение путевок на лечение и оздоровление работников и их детей в возрасте до 15 лет включительно и др.

Выборный орган первичной организации профсоюза обязуется:

7.16. Осуществлять контроль за проведением лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и укрепление здоровья работников.

7.17. Осуществлять контроль за расходованием средств бюджета государственного социального страхования, за правильностью применения пенсионного законодательства Российской Федерации.

8. ОБЯЗАННОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ ПО СОЗДАНИЮ УСЛОВИЙ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫБОРНОГО ОРГАНА ПЕРВИЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФСОЮЗА

8.1. Представитель работодателя обязан безвозмездно предоставить Выборному органу первичной организации профсоюза помещение для проведения заседаний, хранения документации, а также возможность размещения информации в доступном для всех работников месте.

8.2. В организации численностью свыше 100 человек Представитель работодателя безвозмездно предоставляет в пользование Выборному органу первичной организации профсоюза как минимум одно оборудованное, отапливаемое, электрифицированное помещение, а также оргтехнику, средства связи и необходимые нормативные правовые документы. Другие улучшающие условия для обеспечения деятельности Выборного органа первичной организации профсоюза могут быть предусмотрены коллективным договором (компьютер, ксерокс, факс и т.д.).

8.3. В соответствии с коллективным договором Представитель работодателя может предоставить в бесплатное пользование Выборному органу первичной организации профсоюза принадлежащие Представителю работодателя либо арендуемые им здания, сооружения, помещения, базы отдыха, спортивные и оздоровительные центры, необходимые для организации отдыха, ведения культмассовой, физкультурно-оздоровительной работы с работниками и членами их семей.

8.4. Представитель работодателя отчисляет профсоюзной организации денежные средства на культмассовую и физкультурно-оздоровительную работу в размерах, установленных коллективным договором.

8.5. При наличии письменных заявлений работников, являющихся членами профсоюза, Представитель работодателя ежемесячно бесплатно перечисляет на счет профсоюзной организации членские профсоюзные взносы из заработной платы работников и не имеет права задерживать перечисление указанных средств.

8.6. Оплата труда председателя Выборного органа первичной организации профсоюза может производиться за счет средств организации в размерах, установленных коллективным договором (например, оплату труда председателя Выборного органа первичной организации профсоюза производить из средств фонда организации в размере не менее _____ рублей).

8.7. Увольнение работников, являющихся членами профсоюза, по пунктам 2, 3, 5 статьи 81 Трудового кодекса производится с предварительного согласия Выборного органа первичной организации профсоюза в соответствии со статьей 373 Трудового кодекса.

8.8. Увольнение по инициативе Представителя работодателя в соответствии с пунктами 2, 3, 5 статьи 81 Трудового кодекса председателя (его заместителя) Выборного органа первичной организации профсоюза, его структурных подразделений (не ниже цеховых комитетов (профбюро)), не освобожденных от основной работы, допускается, помимо общего порядка увольнения, только с предварительного согласия соответствующего вышестоящего выборного профсоюзного органа.

8.9. Условия освобождения от работы и порядок оплаты времени участия в качестве делегатов созываемых профсоюзами съездов, конференций, а также для участия в работе их выборных органов членов Выборного органа первичной организации профсоюза данной организации определяется коллективным договором, соглашением.

8.10. Гарантии освобожденным профсоюзным работникам, избранным в профсоюзные органы, определяются ст. 375 Трудового кодекса.

8.11. Расторжение трудового договора по инициативе Представителя работодателя по пунктам 2, 3, 5 статьи 81 Трудового кодекса с председателем (его заместителями)

Выборного органа первичной организации профсоюза в течение двух лет после окончания срока их полномочий допускается только с соблюдением порядка, установленного ст. 374 Трудового кодекса.

8.12. В соответствии со статьей 370 Трудового кодекса профессиональные союзы имеют право на осуществление контроля за соблюдением Представителями работодателя трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права.

Примерный перечень приложений к коллективному договору

1. Правила внутреннего трудового распорядка.

2. Положение об оплате труда.

3. Смета формирования и расходования средств, направляемых на потребление (фонд оплаты труда).

4. Перечень тарифных ставок (окладов) 1 разряда для рабочих-повременщиков и рабочих-сдельщиков и тарифных коэффициентов (ЕТС).

5. График проведения аттестации работников для введения ЕТС.

6. Положение о премировании для работников организации (может быть разработано положение о премировании для работников разных структурных подразделений или для разных категорий персонально).

7. Перечни работ с особо тяжелыми и особо вредными, с тяжелыми и вредными условиями труда, при работе на которых работники имеют право на доплаты за условия труда.

8. Перечень подразделений и должностей медицинского персонала, занятого оказанием экстренной, скорой и неотложной помощи. Выездному персоналу и работникам связи станций (отделений) скорой медицинской помощи доплата за работу в ночное время производится в размере 100% часовой тарифной ставки (должностного оклада).

9. Соглашение по охране труда на 200__год.

10. Перечень спецодежды и защитных средств, выдаваемых работникам (форма № 2).

11. Перечень профессий и должностей, дающих право на получение молока и других равноценных пищевых продуктов в связи с вредными условиями труда.

12. Перечень должностей и профессий работников с ненормированным рабочим днем, которым установлен дополнительный отпуск.

13. Перечень должностей работников с вредными условиями труда, имеющих право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день.

14. План подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников.

15. Перечень сведений, не составляющих коммерческой тайны.

Примечание.

Из вышеуказанного перечня в макете коллективного договора дан ряд форм приложений, а остальные составляются самостоятельно в каждой организации по произвольной форме.

Приложение №___
к коллективному договору на 20__–20__годы

Соглашение по охране труда на _____ год

№ п/п	Наименование мероприятия	Затраты, тыс.руб.	Срок выполнения	Ответственные за выполнение мероприятия	Примечание
1	2	3	4	5	6

Приложение №___
к коллективному договору на 20__–20__годы

Перечень спецодежды и защитных средств, выдаваемых работникам*

Структурное подразделение	*Наименование профессий, должностей*	*Виды положенной спецодежды, спецобуви и других средств индивидуальной защиты, исходя из соответствующих норм и отраслевых каталогов*	*Срок носки в месяцах*
1	2	3	4

* В соответствии с Типовыми отраслевыми нормами бесплатной выдачи специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты.

Приложение №___
к коллективному договору на 20__–20__годы

Перечень профессий и должностей, дающих право на получение молока, других равноценных пищевых продуктов в связи с вредными условиями труда

Структурное подразделение	*Наименование профессий*
1	2

Приложение №___
к коллективному договору на 20__—20__годы

Перечень должностей и профессий работников с ненормированным рабочим днем, которым установлен дополнительный отпуск

№ п/п	*Наименование должности*	*Продолжительность дополнительного отпуска в рабочих днях*
1	2	3

Приложение №___
к коллективному договору на 20__—20__годы

Перечень должностей работников с вредными условиями труда, имеющих право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день

Структурное подразделение	*Наименование профессий, должностей*	*Предоставляемая льгота с указанием продолжительности дополнительного отпуска*
1	2	3

Приложение №___
к коллективному договору на 20__—20__ годы

Перечень сведений, не составляющих коммерческой тайны

1. Учредительные документы (решение о создании организации или договор учредителей, устав).
2. Документы, дающие право заниматься предпринимательской деятельностью (регистрационные удостоверения, лицензии, патенты).
3. Сведения по установленным формам отчетности о финансово-хозяйственной деятельности и иные сведения, необходимые для проверки правильности исчисления и уплаты налогов и других обязательных платежей в государственную бюджетную систему Российской Федерации.
4. Документы о платежеспособности организации.
5. Сведения о численности, составе работающих, их заработной плате и условиях труда, а также о наличии свободных рабочих мест.
6. Документы об уплате налогов и обязательных платежах.
7. Сведения о загрязнении окружающей среды, несоблюдении безопасных условий труда, реализации продукции, причиняющей вред здоровью населения, а также других нарушениях законодательства РФ и размерах причиненного при этом ущерба.
8. Сведения об участии должностных лиц предприятия в акционерных обществах и других организациях, занимающихся предпринимательской деятельностью.

Основание: Постановление Правительства РФ № 35 от 5 декабря 1991 г.

Кадровый менеджмент

Семинары ЦНТИ «Прогресс» на апрель—май 2008 года

Название семинара	*Дата проведения*
Медицинская техника и оборудование	7–10 апреля
Сервис как конкурентное преимущество медицинского учреждения	7–10 апреля
Медицинская реабилитация. Организационные, экономико-правовые, практические вопросы	14–18 апреля
Обеспечение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ЛПУ. Организационные, правовые, практические вопросы. Обращение с больничными отходами	14–18 апреля
Экспертиза временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи.	21–24 апреля
Системы микроклиматического обеспечения лечебно-профилактических учреждений	23–26 апреля
Перинатальная психология и психотерапия.	30 мая – 2 июня

С информацией об этих и других семинарах Вы можете ознакомиться на сайте ЦНТИ «Прогресс»: www.cntiprogress.ru или по телефону: (812) 331-88-88

МЕДИЦИНСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ И ВЫСТАВКИ В МАРТЕ-АПРЕЛЕ 2008 ГОДА

31.03–02.04 2008 г. Москва

3-я Международная специализированная выставка комплексного проектирования, строительства и оснащения медицинских учреждений

Организатор: Международная Выставочная Компания MVK Россия,
107113, Москва, Сокольнический вал, 1, павильон 4, КВЦ «Сокольники»
Тел: +7 (495) 995-05-95, 268-14-07 Факс: +7 (495) 105-34-13, 269-42-62
E-mail: info@mvk.ru, *сайт выставки:* http://www.mvk.ru

27.03–29.03.2008 г. Ставрополь

6-я Специализированная выставка-конгресс стоматологического оборудования, материалов и лекарственных препаратов

Организатор: Прогресс, ВЦ
Место проведения: ПРОГРЕСС, ГУП ВЦ, 355029, г. Ставрополь, ул. Ленина, 399
Тел.: (8652) 35-37-70, 95-67-20, 95-67-21
E-mail: progrexpo@progrexpo.ru, *сайт выставки:* www.exponet.ru

03.04–04.04.2008 г. Москва

VI научно-практическая конференция «Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений»

Организаторы: Департамент здравоохранения г. Москвы,
Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»
Место проведения: Здание Правительства Москвы.
119034, г.Москва, ул.Пречистенка, 28
Время проведения: 9.00-18.00.
Тел./факс: (495) 797-62-92 Тел.: (495) 637-41-23, 637-45-42
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru, *сайт выставки:* www.infomedfarmdialog.ru

14.04–18.04.2008 г. Москва

XV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»

Организатор: Общероссийский общественный фонд «Здоровье человека»
Сайт выставки: http://www.medlife.ru
Тел/факс: 267-50-04, 261-22-09 (секретарь) 111395, Москва, а/я № 215

23.04–25.04.2008 г. Томск

Медицина. Здравоохранение. Фармацевтика

ЭкспоФорум Сибирь
Тел./факс: (383) 339-11-34, 332-47-50
E-mail: exfosib@newmail.ru

Менеджер здравоохранения

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

РЕАЛИЗАЦИЯ ИНВЕСТИЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ИНТЕГРАЦИЯ ГОСУДАРСТВА И БИЗНЕСА

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

Основные темы конференции:

- **Перспективы развития и возможные формы частно-государственного партнерства в здравоохранении**
- **Аутсорсинг в государственном секторе здравоохранения: экономическая эффективность**
- **Взаимодействие государственного и частного сектора здравоохранения России**
- **Формирования кластеров медицинских инноваций как формы частно-государственного партнерства**
- **Взаимодействие государственного и частного секторов российского здравоохранения по вопросам кадровой политики**
- **Благотворительные проекты социально ответственного бизнеса**

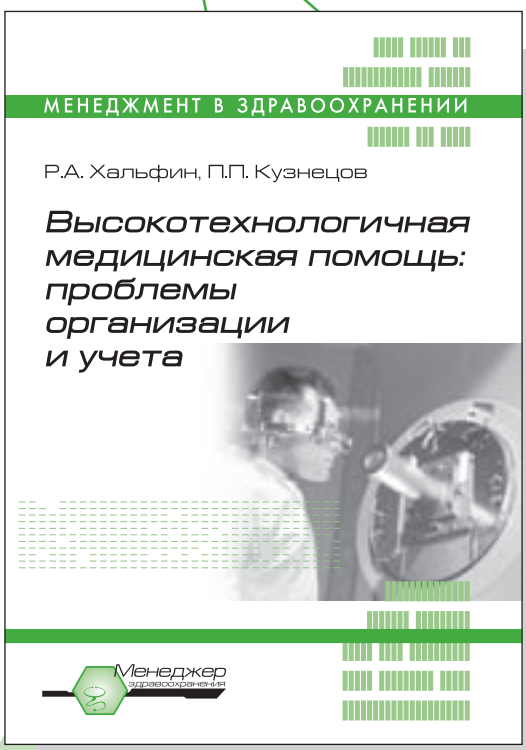
Проект конференции включен в план научно-практических мероприятий Минздравсоцразвития России на 2008 год. Тезисы, представленные на конференцию, будут опубликованы в специальном номере журнала «Менеджер здравоохранения».

Руководитель проекта: Куракова Наталия Глебовна (idmz@mednet.ru)
Участие в конференции: Цветкова Лилия Анатольевна (idmz@mednet.ru)
Участие в выставке: Васильева Ирина
Дата предоставления тезисов: до 15 апреля 2008 г.
Условия публикации тезисов и форма заявки — на сайте *www.idmz.ru*

Контакты: по вопросам научной программы конференции: *idmz@mednet.ru*
(495) 618-07-92 Куракова Наталия Глебовна

Издательский дом
Менеджер здравоохранения

представляет книги серии
«МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»



Высокотехнологичная медицинская помощь: проблемы организации и учета.

Хальфин Р.А., Кузнецов П.П. —
М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. — 184 с.
ISBN 978-5-903834-01-3

Книга посвящена организации высокотехнологичной медицинской помощи населению в условиях реализации государственного задания.

Большой опыт работы в сфере управления здравоохранением позволил авторам сформулировать ряд современных принципов организации высокотехнологичной медицинской помощи. Рассмотрены вопросы нормативно-правового регулирования, планирования и финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, предоставления ее населению при широком использовании информационных технологий.

Одно из главных достоинств книги — ее практическая направленность и возможность использования в деятельности административных и финансово-экономических служб любого медицинского учреждения.

Книга предназначена для организаторов здравоохранения, экономистов, врачей, специалистов системы обязательного медицинского страхования.

Введение
Глава 1. История вопроса. Динамика развития высокотехнологичной медицинской помощи
Глава 2. Высокотехнологичная медицинская помощь — одно из направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения
Глава 3. Современные принципы организации высокотехнологичной медицинской помощи
Глава 4. Роль специализированных служб здравоохранения в организации высокотехнологичной медицинской помощи
Глава 5. Нормативно-правовая база высокотехнологичной медицинской помощи
Глава 6. Стандарты медицинской помощи. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Методика расчета стоимости медицинских услуг
Глава 7. Персонифицированный учет расходования лекарственных средств при оказании ВМП
Глава 8. Порядок направления, приема и учета пациентов в специализированные медицинские учреждения. «Лист ожидания высокотехнологичной медицинской помощи»
Глава 9. Подготовка специализированных медицинских учреждений к работе в условиях государственного задания на высокотехнологичную медицинскую помощь
Глава 10. Мониторинг процесса предоставления ВМП
Заключение
Список литературы
Глоссарий
Приложения

По вопросам приобретения книг обращайтесь по тел. **(499) 763-68-02, (495) 618-07-92**
или электронной почте: **idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru**
Дополнительная информация опубликована на сайте **www.idmz.ru**

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

Наши продукты:

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

InterSystems.ru

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