ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

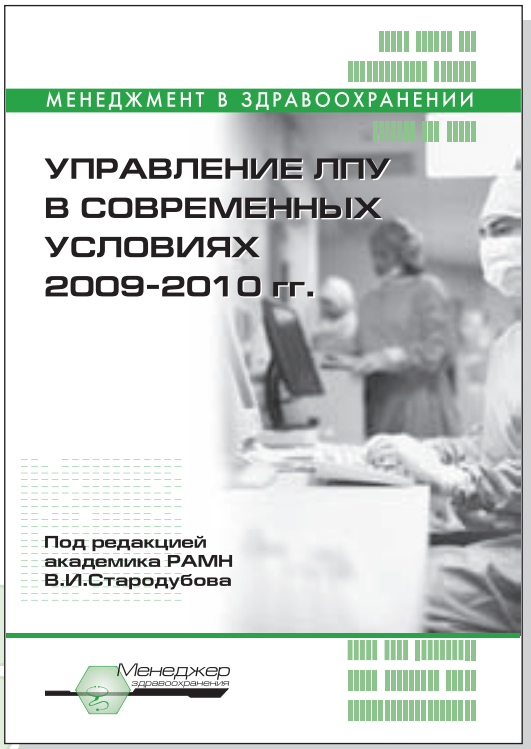
№12. 2009

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003



Управление ЛПУ в современных условиях 2009-2010 гг.

Продолжающееся, ежегодно актуализируемое издание

Оглавление:

Раздел 1. *Механизмы стабилизации финансового состояния медицинских учреждений.*

Новые системы оплаты труда в здравоохранении, и перспективы замены ЕСН на страховые взносы в фонды ОМС, перевод отрасли на одноканальное финансирование через систему ОМС, введение механизмов хозяйственного расчета и «условного фондодержания» — раздел содержит анализ первых результатов апробирования на практике и оценку эффективности различных механизмов стабилизации финансового состояния медицинских учреждений.

Раздел 2. *Платные услуги в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения*

В разделе даны экспертные оценки конституционности платных медицинских услуг, предложены ответы на вопросы, искоренимы ли причины, вызывающие необходимость оказания платных услуг и как возможные запреты скажутся на финансовом положении медицинских учреждений.

Раздел 3. *Аутсорсинг как форма взаимодействия бюджетных медицинских учреждений со сторонними организациями*

В разделе публикуются консультации экспертов, разъясняющие суть аутсорсинга в здравоохранении, примеры практического применения аутсорсинга, методические рекомендации о порядке выведения обеспечивающих функций органов исполнительной власти и бюджетных учреждений на аутсорсинг, методика расчетов целесообразности перевода отдельных функций на аутсорсинг и расчеты на примерах конкретных бюджетных учреждений.

Раздел 4. *Обеспечение населения Российской Федерации специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощью*

Предложен анализ новых тенденций и организационных мероприятий в вопросах обеспечения населения РФ высокотехнологичной медицинской помощью для комплексного структурного анализа деятельности больничных учреждений и их ресурсного обеспечения, а также для решения задач повышения медицинской и социальной эффективности систем здравоохранения регионов.

Раздел 5. *Информатизация ЛПУ*

Создание государственной информационной системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи гражданам, типовое программное обеспечение ЛПУ, правоприменительная практика в здравоохранении Федерального закона от 27.07.2006 № 152 ФЗ «О персональных данных» (далее — ФЗ № 152) — эти три актуальных вопроса информатизации ЛПУ в 2009–2010 гг. предмет рассмотрения настоящего отдела.

Раздел 6. *Антикризисное управление в здравоохранении*

В разделе рассматриваются такие элементы антикризисных мероприятий, как оптимизация затрат на оплату труда, приобретение медикаментов, перевязочных средств и других расходных материалов, организация и финансирование обновления основных фондов здравоохранения.

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

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

Объявляя традиционные номинации за лучшие публикации 2009 года, редколлегия журнала вновь с огромным удовлетворением отмечает, что выбрать победителей среди авторов журнала будет непростой задачей — так много интересных управленческих решений и экспертных оценок содержалось в присланных в журнал публикациях.

В звонках и письмах, приходящих в редакцию в качестве обратной связи, часто звучало: «Используем журнал в качестве настольной книги». Именно это, многократно повторенное определение подсказало нам идею нового проекта, неразрывно связанного с журналом: с 2010 года мы будем издавать ежегодно актуализируемую книгу «Управление ЛПУ в современных условиях». Партнером по данному издательскому проекту выступит правовая система «Гарант», предоставившая в качестве приложения к книге уникальный массив данных — подборку судебных решений по делам с участием ЛПУ и доводы судебных инстанций различных уровней (федеральный и региональный). Данная информация позволит выяснить позицию судов по противоречивым моментам законодательства системы здравоохранения, предположить варианты исхода судебного разбирательства.

Я хочу поблагодарить всех авторов и читателей нашего журнала, всех членов команды, выпускающих журнал, за их вклад в развитие новых и перспективных управленческих решений системы здравоохранения.

Сердечно поздравляю Вас и Ваших близких с Новым годом!
Надеюсь на продолжение нашего творческого сотрудничества!

Главный редактор **В.И. Стародубов**

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№12
2009

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

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

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

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

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

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Проблемы обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи
В.И. Перхов 4–14

Трансформация подходов к планированию деятельности диагностических служб в здравоохранении региона (на примере ультразвуковой диагностики)
И.С. Кицул, В.Ф. Вобликова 15–19

Менеджмент в сфере медицинской профилактики
Б.М. Тайц 20–30

О некоторых аспектах рисков поведения участников дорожного движения
М.П. Артамошина, А.Г. Роговина, Д.К. Белявская 31–35

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА

Формулировка и кодирование клинического и патолого-анатомического диагнозов при болезнях системы кровообращения как основа совершенствования статистики госпитальной заболеваемости
С.А. Мартынчик, О.В. Соколова 36–42

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Анализ законодательств государств-членов Евразийского экономического сообщества в области обеспечения населения медицинской помощью надлежащего качества
И.В. Тимофеев, В.Ф. Чавпецов, О.В. Грицак, О.И. Петрук, Г.Б. Еремин, А.А. Козлов 43–50

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

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

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

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

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, советник заместителя Министра здравоохранения и социального развития

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ
Роль и место информационных технологий в меняющейся парадигме здравоохранения стареющей Европы
М.А. Шифрин 51–52

Телемедицина умерла, да здравствует Скайп!
Н.Е. Шкловский-Корди 53

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ
Материалы Парламентских слушаний на тему: «Актуальные вопросы развития и применения законодательства о защите прав граждан при обработке персональных данных» 54–57

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ
Платные медицинские услуги: с чего начать?
Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров 58–61

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
На вопросы рубрики отвечают д.э.н. Ф.Н. Кадыров, ведущий специалист Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга О.Г. Коган 62–65

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ 66–71

ОРГАНАЙЗЕР
Указатель статей, опубликованных в журнале в 2009 г. 72–80

«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
ООО «Принт сервис групп»:
125438, г.Москва, 2-й Лихачёвский пер., д.7
тел/факс 797-81-24

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

В.И. Перхов,
д.м.н., ведущий научный сотрудник ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России», г. Москва

ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Финансово-экономический кризис приводит к возникновению дополнительных экономических, социальных, психологических и иных факторов, оказывающих пагубное влияние на здоровье населения, росту потребности граждан в услугах системы общественного здравоохранения. При этом общее снижение платежеспособного спроса населения ограничивает возможности увеличения объемов деятельности медицинских учреждений по оказанию платных медицинских услуг. Все это предъявляет повышенные требования к результативности управления в системе общественного здравоохранения, а также к эффективности использования ресурсов, имеющихся в распоряжении системы.

Ограниченность ресурсов системы общественного здравоохранения заставляет также вырабатывать нормы и рекомендации по их размещению, отраженные в нормативных актах. Система нормирования в отечественном здравоохранении появилась в советское время, наряду с весьма жесткой системой планирования, которая в сочетании с жестким администрированием позволяла поддерживать баланс между имеющейся сетью ЛПУ и средствами, выделявшимися на ее финансирования. В стране была сформирована система здравоохранения, в рамках которой медицинские услуги оказывались государственными медицинскими учреждениями населению бесплатно. Государственный сектор в сфере здравоохранения являлся областью, где воплощались коллективные социальные ценности, которые не могут быть реализованы за его пределами, в том числе через рынок. Однако в советское время недостаточное значение придавалось проблеме обеспечения эффективности в здравоохранении, а также соответствия объема имеющихся ресурсов объему гарантированной населению медицинской помощи.

В современной бюджетно-страховой государственно-муниципальной системе здравоохранения России способом балансировки объема имеющихся общественных ресурсов и объема медицинских услуг является установление нормативов: на объемы медицинской помощи и на расходы по ее оказанию. Эти нормативы содержатся в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее по тексту — Программа).

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ) Программа определяет виды, нормативы объема медицин-

© В.И. Перхов, 2009 г.

Таблица 1

Динамика нормативных и фактических показателей стационарной медицинской помощи (по данным Минздравсоцразвития России)

Год[1]	Нормативные показатели					Фактические показатели	
	Стоимость 1 койко-дня в стационаре	Подушевое финансовое обеспечение ПГГ (руб. на 1-го жителя)	Объемы помощи (число койко-дней на 1 жителя)	Всего койко-дней (млн.)	Стоимость объемов помощи (млрд. руб.)	Проведено в рамках ПГГ койко-дней (млн.)	Стоимость объемов помощи (млрд. руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8
2006	588,4	1896,1	2,812	406,5	***239,21***	428,7	***293,7***
2007	674,3	1896,1	2,812	399,9	***269,67***	414,2	***356,5***
2008	758,9	2134,0	2,812	399,3	***303,05***	408,7	***457,5***

[1] При расчетах использовались показатели численности населения Российской Федерации в 2006, 2007 и 2008 годах — 144,576; 142,221; 142,009 млн. человек, соответственно.

ской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, определенные для двух основных государственных источников: бюджета и системы ОМС. Эти нормативы — основа для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и соответствующих бюджетах фондов обязательного медицинского страхования.

Де-факто Программа определяет то, ради чего вообще существует институт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, а именно для обеспечения конституционного права граждан на медицинскую помощь, предоставляемую на безвозмездной и безвозвратной основе.

Наиболее существенная часть ресурсов системы здравоохранения направляется на обеспечение населения стационарной медицинской помощью, расходы на оказание которой составляют более 60% всех расходов на «бесплатную» медицинскую помощь и в 1,7 раза превышают следующие по величине поликлинические расходы. ***При этом оценка объемов финансирования плановых показателей стационарной медицинской помощи, гарантированной населению в 2006–2008 гг., свидетельствует об отсутствии дефицита финансового обеспечения Программы в масштабах страны.***

В *таблице 1* представлена динамика нормативных и фактических показателей стационарной медицинской помощи, согласно форме № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (введена в действие с отчета за 2001 год, утверждена совместным Приказом Минздрава России и ФФОМС от 3 декабря 2001 года № 426/№ 67).

Таким образом, в целом за три года на оказание стационарной помощи населению в государственных и муниципальных медицинских учреждениях было запланировано израсходовать 811,9 млрд. рублей, а фактически затрачено 1107,7 млрд. рублей финансов, то есть на 295,8 млрд. рублей больше, чем запланировано.

В части больничной помощи мы провели собственную оценку финансовой обеспеченности Программы. Для этой цели мы использовали показатели двух разных форм отчетности за один и тот же год (2007) — № 62 и № 47 «Сведения о сети и деятельности

учреждений здравоохранения», а также нормативные (рекомендуемые) показатели стоимости одного койко-дня в разрезе профилей коечного фонда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основе использованной методики оценки финансовой обеспеченности Программы в части больничной помощи лежит сопоставление фактических расходов на стационарную помощь с расчетными объемами расходов.

Объемы фактических расходов на стационарную помощь, оказанную населению в рамках Программы государственных гарантий в 2007 году, по каждой вошедшей в выборку территории (n=80) были извлечены из формы № 62, содержащей интенсивные (подушевые) показатели оказанного объема медицинской помощи (число койко-дней), а также стоимость единицы (койко-дня) объема этой помощи, которые с учетом численности населения были пересчитаны в абсолютные показатели. ***Эти показатели зависят от объемов оказанной больничной помощи, но не учитывают нормативы затрат на ее оказание по профилям коечного фонда.***

Расчетные объемы расходов были получены путем суммирования расходов каждого субъекта Федерации на оказание больничной помощи по каждому профилю коечного фонда с учетом: сложившейся структуры помощи по профилям коечного фонда (источник: форма № 47); рекомендуемых Минздравсоцразвития России и ФФОМС средневзвешенных (для разных уровней оказания помощи) коэффициентов стоимости одного койко-дня в разрезе профилей коечного фонда (источник: совместное Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (от 18 мая 2007 г. № 3950-ВС) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (от 17 мая 2007 г. № 3613/26-3/И) «О формировании и экономическом обосновании территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год»; среднего норматива финансовых затрат на 1 койко-день (источник: Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. № 885). ***Эти показатели зависят от объемов и структуры фактически оказанной больничной помощи, а также от нормативов затрат на ее оказание по профилям коечного фонда.*** То есть это интегральный, довольно точный (учитываются региональные особенности потребления объемов помощи по профилям), а также взвешенный (обобщающие характеристики расходов складываются из множества частных показателей) подход к расчету планируемых затрат, учитывающий также необходимость их сдерживания путем нормирования.

В рамках этого подхода по каждому субъекту Федерации (n=80)[2] были сформированы объемные (по числу койко-дней) показатели фактически оказанной больничной помощи по каждому из профилей коечного фонда (n=36), всего 2952 показателя. Каждый из этих показателей был умножен на соответствующий рекомендуемый коэффициент стоимости одного профильного койко-дня и на средний норматив финансовых затрат на 1 койко-день. Таким образом были получены нормативные затраты на фактически оказанную больничную помощь в абсолютном выражении, агрегированные затем в суммарные расчетные расходы в разрезе выбранных субъектов Федерации.

Как для первого, так и для второго подходов единицей измерения объема помощи является койко-день. Однако при использовании показателей объемов помощи из двух разных форм отчетности возникли следующие проблемы.

[2] В выборку не вошли: Ненецкий АО, Усть-Ордынский Бурятский АО, Ханты-Мансийский АО, Агинский Бурятский АО, Ямало-Ненецкий АО.

Таблица 2

Результаты сопоставления сведений об объемах оказанной стационарной медицинской помощи между разными формами отчетности (тыс. койко-дней), 2007 год

Наименование субъекта Федерации	*Форма № 62*	*Форма № 47*	*Разница в значении показателя*	
			Абсолютное значение	*Доля объемов помощи (%)*
Иркутская область	8795,8	8230,2	−565,6	−6,9
Республика Бурятия	2954,8	2765,0	−189,8	−6,9
Красноярский край	8744,9	8263,3	−481,6	−5,8
Амурская область	3014,8	2860,5	−154,3	−5,4
Воронежская область	6991,7	6686,2	−305,5	−4,6
Сахалинская область	2314,7	2241,5	−73,2	−3,3
Брянская область	4711,7	4568,0	−143,7	−3,1
Пензенская область	4543,9	4407,1	−136,8	−3,1
Курская область	3711,2	3611,5	−99,7	−2,8
Чеченская Республика	2371,0	2314,0	−57,0	−2,5
Московская область	17504,7	17175,0	−329,7	−1,9
Республика Мордовия	3067,6	3014,3	−53,3	−1,8
Владимирская область	3856,2	3794,9	−61,3	−1,6
Алтайский край	9013,3	8880,4	−132,9	−1,5
Республика Северная Осетия-Алания	2032,8	2004,7	−28,1	−1,4
Саратовская область	7625,0	7535,9	−89,1	−1,2
Кировская область	5824,7	5766,9	−57,8	−1,0
Удмуртская Республика	5873,1	5824,6	−48,5	−0,8

Первая проблема заключается в том, что форма № 62 содержит сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, то есть не учитывает объемы помощи, оказанные за плату, а форма № 47 — учитывает. Несоответствие объемов оказанной в 2007 году стационарной помощи по числу койко-дней между разными формами отчетности составляет 14,4 млн. койко-дней (428,6 млн. — по данным формы № 47 и 414,2 млн. — по данным формы № 62), ***или 3,4%***.

Следует также отметить 18 территорий (из 80, вошедших в выборку), в которых данные об объемах оказанной стационарной помощи по форме № 47 содержат меньшие значения, чем по форме № 62 *(таблица 2)*.

По всей видимости, на указанных территориях имеется неблагополучная ситуация в вопросах учета объемов оказанной стационарной помощи по источникам финансирования.

Возникла также проблема сопоставимости числа профилей коек (n=76), содержащихся в форме № 47, и числа профилей коек, содержащихся в Письме Минздравсоцразвития России и ФФОМС «О формировании и экономическом обосновании территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (n=36).

Обе проблемы мы решили путем сведения однопрофильных коек для детей и взрослых в один общий профиль, а также путем исклю-

чения 12 профилей коек из формы № 47 (восстановительного лечения, геронтологические, общие койки, принудительного алкогольного лечения, профпатологические, дерматовенерологические, прочие койки, рентгенорадиологические, сестринского ухода, стоматологические, токсикологические, хосписные) ввиду отсутствия для них рекомендуемых относительных коэффициентов стоимости одного койко-дня. Исключение указанных профилей коек привело к уменьшению изучаемых по данным формы № 47 объемов помощи до 404,3 млн. койко-дней.

Следует также отметить, что форма № 47 не содержит трех профилей коек — «челюстно-лицевой хирургии», «дерматологические» и «венерологические», которые присутствуют в Письме Минздравсоцразвития России и ФФОМС «О формировании и экономическом обосновании территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

Существует еще одна нерешенная проблема, которая заключается в том, что для оценки общего финансового обеспечения Программы государственных гарантий необходимы отчетные данные показателей ее финансирования не только в медицинских учреждениях государственно-муниципального сектора, но и в учреждениях здравоохранения иной ведомственной принадлежности. В особенности федеральных органов исполнительной власти и иных главных распорядителей средств федерального бюджета, осуществляющих расходы по разделу 17 Бюджетной классификации Российской Федерации «Здравоохранение и физическая культура», а также федеральных органов исполнительной власти, в которых в соответствии с законодательством Российской Федерации предусмотрена военная и приравненная к ней служба.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Суммарные объемы фактических расходов на стационарную помощь составили 346,2 млрд. рублей (1 койко-день в среднем — 860,6 рубля), расчетные расходы — 274,3 млрд. рублей (1 койко-день в среднем — 678,4 рубля, что почти полностью соот-

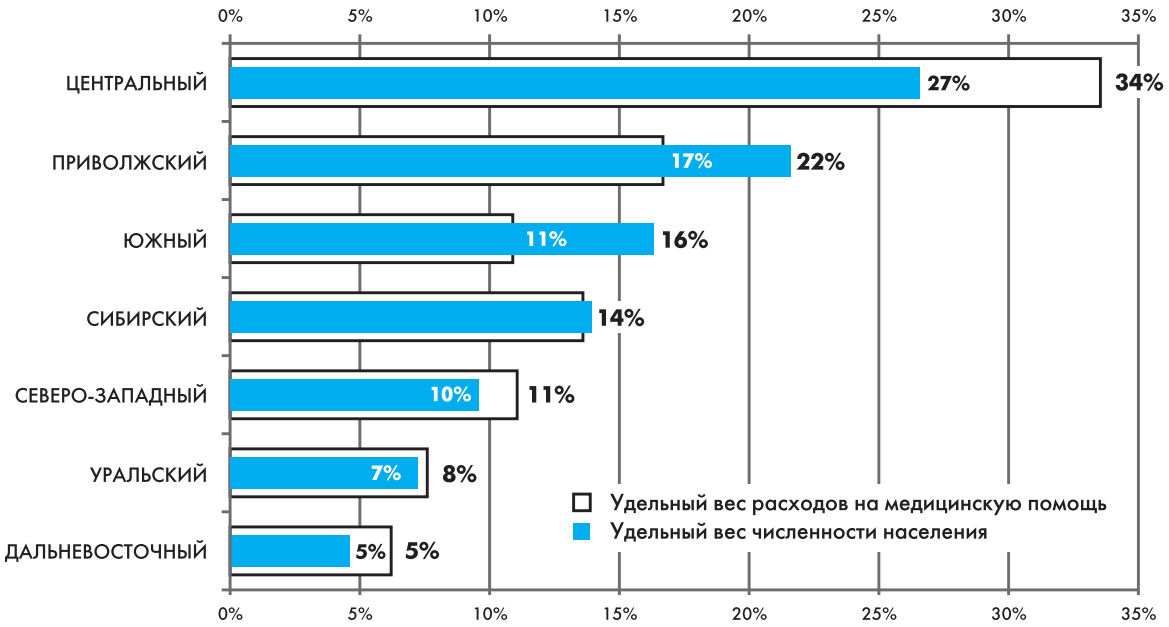


Рис. 1. **Удельный вес государственных расходов на медицинскую помощь и удельный вес численности населения в разрезе федеральных округов**

ветствует нормативу — 674,3 рубля, установленному Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. № 885), или на 68,1 млрд. рублей меньше.

Для уточнения расчетных расходов нами были использованы районные (территориальные) коэффициенты, действующие в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностям. Эти коэффициенты содержатся в Информационном письме Департамента по вопросам пенсионного обеспечения Минтруда России от 9 июня 2003 г. № 1199-16, Департамента доходов населения и уровня жизни Минтруда России от 19 мая 2003 г. № 670-9 и Пенсионного фонда РФ от 9 июня 2003 г. № 25-23/5995. Районные (территориальные) коэффициенты привели к увеличению расчетных расходов на оказанную стационарную помощь на 33,2 млрд. рублей (до 307,5 млрд. рублей), или на 12,1% (стоимость 1 койко-дня в среднем увеличилась до 760,5 рубля)

Таким образом, приведенные с учетом районных коэффициентов объемы расчетных расходов на фактически оказанную больничную помощь по выбранным территориям оказались на 38,7 млрд. рублей меньше фактических затрат, что подтверждает вывод о полном обеспечении Программы финансами в масштабах страны.

При этом следует отметить, что Минздравсоцразвития России использует для корректировочных целей другие районные (территориальные) коэффициенты, которые не приводятся в отраслевых нормативных актах, а также в Докладе о реализации Программы, но при этом приводят к увеличению расходов на оказание помощи на 17%.

Превышение размера суммарных фактических объемов финансирования гарантированной населению больничной помощи размеров плановых показателей обусловлено «перефинансированием» отдельных регионов. Например, для Приволжского и Южного федеральных округов, жители которых составляют 38% всего населения страны, объем финансирования Программы составил всего 28%, и только по Сибирскому федеральному округу наблюдается идеальный баланс показателей — 14% населения страны и 14% расходов на больничную помощь *(рис. 1)*.

При этом наиболее полно потребности в поддержании и восстановлении здоровья удовлетворяют жители Центрального и Северо-Западного федеральных округов, особенно жители городов Москвы (28,2% населения по округу и 49,4% суммарных окружных расходов на Программу) и Санкт-Петербурга (33,9% населения и 42,4% расходов, соответственно).

С учетом соотношения фактических и расчетных расходов на стационарную помощь мы выполнили разделение территорий на две группы.

В первую группу вошли субъекты Федерации (26 субъектов из 80), отличающиеся превышением объема фактических расходов над расчетными расходами ***(в общей сумме 63,2 млрд. рублей)***. В *таблице 3* эти регионы представлены в порядке убывания размера превышения фактических расходов над расчетными на душу населения.

Как расчетные объемы расходов, так и фактические объемы расходов зависят от реально оказанных объемов больничной помощи. Но так как расчетные объемы финансирования определены с использованием нормативов затрат на единицу объемов помощи по ее профилям, то становится очевидным, что по ряду территорий первой группы имеет место очень высокая затратность больничной помощи. Причем эта сверхзатратность не может быть объяснена исключительно, например, высокой концентрацией региональных или федеральных клиник. В частности, концентрация мощностей федеральных учреждений здравоохранения, предоставляющих населению дорогостоящие виды помощи, в г. Санкт-Петербурге в 1,2 раза выше, чем в г. Москве (19,5 и 16,6 койки на 10 000 населения, соответственно). Однако превышение объема фактических

Таблица 3

Показатели финансирования стационарной помощи в субъектах Российской Федерации, отличающихся превышением фактических расходов над расчетными расходами

№	Наименование субъекта Федерации	Расчетные объемы расходов (млрд. руб.)	Объемы фактических расходов (млрд. руб.)	Превышение фактических расходов над расчетными		
				Всего (млрд. руб.)	На 1 жителя (руб.)	Процент (%)
1	Чукотский АО	0,34	0,90	0,56	11047,1	264,2
2	г. Москва	18,86	58,26	39,39	3772,4	308,8
3	Магаданская область	0,81	1,17	0,36	2163,8	145,2
4	Республика Якутия	4,04	5,08	1,04	1092,2	125,7
5	Мурманская область	2,34	3,25	0,92	1069,7	139,2
6	Московская область	11,18	17,78	6,60	993,2	159,0
7	Свердловская область	10,86	15,15	4,30	976,8	139,6
8	Сахалинская область	2,79	3,29	0,51	971,3	118,2
9	Камчатский край	1,37	1,67	0,30	929,7	122,0
10	Омская область	4,49	5,87	1,38	682,9	130,8
11	г. Санкт-Петербург	8,17	10,86	2,69	589,2	133,0
12	Ленинградская область	2,58	3,20	0,62	381,2	124,2
13	Хабаровский край	4,12	4,63	0,51	359,5	112,3
14	Чеченская Республика	1,58	2,00	0,42	352,6	126,4
15	Краснодарский край	9,16	10,85	1,69	332,0	118,5
16	Республика Бурятия	2,24	2,55	0,31	318,1	113,6
17	Читинская область	3,20	3,51	0,31	295,3	109,7
18	Липецкая область	2,83	3,14	0,31	265,4	111,0
19	Амурская область	2,36	2,54	0,18	205,2	107,6
20	Ульяновская область	2,68	2,88	0,20	149,8	107,4
21	Республика Карелия	2,02	2,12	0,10	142,1	104,9
22	Вологодская область	3,07	3,22	0,14	116,5	104,7
23	Иркутская область	6,63	6,86	0,23	94,9	103,4
24	Самарская область	5,21	5,31	0,10	31,9	101,9
25	Чувашская Республика	2,35	2,39	0,04	30,6	101,7
26	Белгородская область	2,77	2,78	0,01	3,5	100,2
	Итого:	*118,06*	*181,27*	*63,21*		

расходов над расчетным по г. Москве более чем в 2 раза выше этого же показателя по г. Санкт-Петербургу.

При этом, согласно расчетам, выполненным только с учетом данных из формы № 62 (то есть с учетом размера нормируемых и фактических подушевых расходов), 7 из 26 регионов первой группы относятся к территориям, где имеется дефицит финансирования Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи: Республика Карелия, Мурманская область, Чувашская Республика, Республика Бурятия, Иркутская область, Читинская область, Амурская область.

Таблица 4

Показатели финансирования стационарной помощи в субъектах Российской Федерации, отличающихся превышением расчетных расходов над фактическими расходами

№	Наименование субъекта Федерации	Расчетные объемы расходов (млрд. руб.)	Объемы фактических расходов (млрд. руб.)	Превышение расчетных расходов над фактическими		
				Всего (млрд. руб.)	На 1 жителя (руб.)	Процент (%)
1	Кировская область	4,30	2,62	−1,68	−1179,1	60,9
2	Томская область	3,16	2,26	−0,90	−869,6	71,6
3	Смоленская область	2,26	1,61	−0,65	−652,1	71,3
4	Пензенская область	2,92	2,07	−0,86	−613,5	70,7
5	Курганская область	2,20	1,62	−0,59	−605,2	73,4
6	Костромская область	1,71	1,30	−0,41	−587,9	75,9
7	Орловская область	1,81	1,35	−0,46	−557,2	74,6
8	Еврейская автономная область	0,54	0,45	−0,10	−515,0	82,4
9	Кабардино-Балкарская Республика	1,88	1,43	−0,45	−501,9	76,2
10	Красноярский край	9,32	7,96	−1,36	−478,2	85,4
11	Рязанская область	2,46	1,94	−0,52	−442,9	78,9
12	Республика Марий Эл	1,60	1,29	−0,31	−440,6	80,6
13	Ивановская область	2,42	1,97	−0,45	−414,6	81,4
14	Республика Тыва	1,26	1,13	−0,12	−402,6	90,1
15	Тамбовская область	2,20	1,76	−0,44	−397,2	79,9
16	Пермский край	6,34	5,28	−1,06	−387,6	83,3
17	Курская область	2,38	1,94	−0,44	−377,2	81,5
18	Саратовская область	5,01	4,03	−0,98	−377,0	80,5
19	Республика Хакасия	1,18	0,99	−0,20	−366,5	83,4
20	Брянская область	2,89	2,46	−0,44	−330,3	85,0
21	Алтайский край	5,54	4,71	−0,83	−329,0	85,0
22	Республика Калмыкия	0,58	0,49	−0,09	−313,5	84,6
23	Республика Адыгея	0,95	0,82	−0,14	−312,6	85,5
24	Республика Дагестан	3,67	2,86	−0,81	−304,0	78,0
25	Республика Татарстан	7,13	6,04	−1,09	−290,0	84,7

Во вторую группу вошли 54 субъектов Федерации, которые оказались «в дефиците» ***(в общей сумме 24,6 млрд. рублей)***. В *таблице 4* в порядке убывания размера превышения расчетных расходов над фактическими расходами на душу населения представлены первые 25 регионов из второй группы.

Таким образом, общие «сверхрасходы» при финансировании фактически оказанной больничной помощи в 2,6 раза превысили объемы недофинансирования, при этом число регионов с высокими затратами в 2 раза меньше, чем число регионов с низким уровнем финансовой обеспеченности оказываемой населению больничной помощи.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В 1997 году показатель процесса деятельности стационаров государственных и муниципальных учреждений здравоохранения составлял в среднем по стране 3530,0 койко-дней на 1000 населения и превышал тем самым показатели развитых европейских стран более чем в 3 раза. Исходя из этого, Программой на 1999 год был установлен норматив объема стационарной помощи — 2812,5 койко-дня на 1000 населения. Для выполнения этих объемов помощи достаточно 1,15 млн. коек. Фактически в стране было развернуто 1,58 млн. коек.

Таким образом, еще 10 лет тому назад Правительством Российской Федерации установлена необходимость сокращения коечного фонда страны почти на 0,5 млн. коек. В связи с этим около 25,0% объема стационарной помощи должно было быть переведено в амбулаторно-поликлинические условия ее оказания, а также стационаров дневного пребывания и стационаров на дому. Фактически за 9 лет коечный фонд государственных и муниципальных медицинских учреждений уменьшился на 0,27 млн. коек.

Суммарно за три последних года на оказание стационарной помощи затрачено на 295,8 млрд. рублей больше, чем запланировано, при этом превышение фактически оказанных объемов помощи над плановыми объемами составило 45,9 млн. койко-дней.

Полученные данные позволяют предположить отсутствие на макроуровне (то есть в масштабах страны) дефицита финансирования Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной стационарной помощи, а также говорить о наличии в ряде регионов чрезмерных (в сравнении с нормативами) затрат.

Проведенный анализ показал, что если бы на уровне регионов соблюдались нормативы затрат на единицу объемов больничной помощи по ее профилям, то даже все фактически предоставленные населению объемы больничной помощи были бы полностью обеспечены финансированием из государственных источников.

По данным формы № 47, больными проведено в круглосуточных стационарах государственных и муниципальных учреждений здравоохранения 428,6 млн.койко-дней (платная и «бесплатная» помощь). Расчетная стоимость 1 койко-дня (с учетом норматива расходов и районных коэффициентов) в среднем составила 760,5 рубля. Таким образом, для обеспечения финансированием как платных, так и «бесплатных» объемов больничной помощи достаточно 325,9 млрд. рублей. Однако только на «бесплатные» объемы помощи в 2007 году затрачено, согласно отчетным данным, 356,5 млрд. рублей.

Вместе с тем выскажем еще одно предположение: нормативы финансовых затрат в Программе государственных гарантий занижены и отражают фактические (усредненные) возможности субъектов РФ в финансировании медицинской помощи, а не необходимые затраты медицинских организаций.

Исследование также показало, что предоставляемые населению платные медицинские услуги не являются дополнительными к гарантируемым государством объемам бесплатной медицинской помощи. Оказание платных услуг населению государственные и муниципальные медицинские учреждения осуществляют в отношении одних и тех же пациентов, причем используют при этом одни и те же мощности. При этом все еще распространено мнение о том, что именно финансовая необеспеченность государственных гарантий в сфере здравоохранения обусловливает легальные и нелегальные платежи населения за медицинскую помощь, включая суррогатные (не денежные) вклады в оплату стоимости лечения (приобретение больными медикаментов, изделий медицинского назначения, расходных материалов для собственного лечения).

Дефицит финансирования территориальной программы в целом, в том числе терри-

ториальной программы ОМС, определяется Минздравсоцразвития России как разница фактически выполненных финансовых показателей и потребности в финансовых средствах, рассчитанной на основе подушевых нормативов, с учетом районных коэффициентов, умноженных на численность населения региона. При этом подчеркивается, что в перспективе в целях устранения дефицита территориальных программ необходимо разработать и утвердить методику распределения средств нормированного страхового запаса ФФОМС, которая должна учитывать уровень дефицита финансирования данных программ.

Вместе с тем дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи обусловлен не только недостатком ресурсов. Поэтому методика распределения между субъектами Федерации средств страхового запаса должна содержать инструменты оценки и пороговые показатели превышения фактических затрат над планируемыми затратами, а также четкие критерии, используемые для выравнивания финансовой обеспеченности государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в регионах, включая пределы структурных вариаций объемов помощи по профилям коечного фонда.

Результаты исследования позволили также выявить:

— низкое качество учета объемов оказанной стационарной помощи по источникам финансирования в ряде субъектов Российской Федерации;

— несоответствие числа и наименований профилей коек, содержащихся в государственной статистической отчетности и в методических материалах по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

— невозможность точной оценки общего финансового обеспечения Программы государственных гарантий из-за отсутствия сведений о расходах на оказание помощи в организациях здравоохранения, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в составе которых предусмотрена военная и приравненная к ней служба (МВД, Министерство обороны России, МЧС, ФТС, ФНС, Министерство юстиции России и других), а также в больницах Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации, Центрального аппарата РАН, а также ее Сибирского, Уральского и Дальневосточного отделений;

— несоответствие районных коэффициентов, действующих в районах Крайнего Севера и содержащихся в Письме Департамента по вопросам пенсионного обеспечения Минтруда России от 9 июня 2003 г. № 1199-16, Департамента доходов населения и уровня жизни Минтруда России от 19 мая 2003 г. № 670-9 и Пенсионного фонда РФ от 9 июня 2003 г. № 25-23/5995, размерам районных коэффициентов, используемых Минздравсоцразвития России.

Безусловно, стационарная помощь — не единственный вид медицинской помощи, входящий в состав Программы, но наиболее ресурсоемкий. Поэтому дискуссии и мероприятия, основанные на общем представлении о дефицитности Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, должны быть переведены в русло других подходов, основанных на обеспечении эффективности управления и рационального использования имеющихся ресурсов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В 1991–1992 гг. смертность населения России сравнялась с рождаемостью и с этого времени в множестве документов и публикаций приводятся данные, характеризующие ухудшение медико-демографической ситуации в стране. Причин для этого более чем достаточно и не все они находятся в зоне ответственности здравоохранения. Однако прогресс в медицинской науке, технологиях и

фармакологии повышает возможности здравоохранения по улучшению здоровья населения, и Минздравсоцразвития России пытается найти выход из создавшегося положения.

Вместе с тем от изначально правильных и неоспоримых тезисов о необходимости совершенствования системы здравоохранения до воплощения в жизнь этих решений пролегает дистанция огромного размера. Это обусловлено в том числе отсутствием углубленного анализа существующей ситуации в целом, краткосрочных и длительных прогнозов, научно обоснованной концепции построения системы обеспечения населения современной, качественной и доступной медицинской помощью, прежде всего стационарной.

Проект Концепции развития здравоохранения до 2020 года, представленный Минздравсоцразвития России на всеобщее обсуждение, отводит Программе ключевую роль и предусматривает поэтапный перевод медицинских учреждений на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования (ОМС) без прямого финансирования из бюджета или иных источников. К финансированию Программы через систему ОМС Минздравсоцразвития России постепенно планирует подключить скорую и высокотехнологичную медпомощь, а также лекарственное обеспечение граждан в период амбулаторного лечения. Ввиду того, что одной из главных проблем российской системы здравоохранения считается финансовая необеспеченность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, нормативы финансирования Программы в расчете на 1 человека в год планируется увеличить до 30,4 тыс.рублей к 2020 году, а общие расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение — до 8,3 триллионов рублей. Однако вряд ли только этих мероприятий будет достаточно для решения проблемы декларативности государственных гарантий медицинской помощи.

Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи уже и сейчас неплохо финансируется из государственных источников. Но в том виде, в каком она существует сегодня, она не обеспечивает реальную «бесплатность» медицинской помощи для населения.

В этой связи, возможно, потребуется не только изменение спецификации, содержания и даже наименования самой Программы, но и обсуждение вариантов радикального пересмотра экономических и правовых основ системы охраны здоровья граждан.

Эти изменения должны быть основаны:

— на совершенствовании базового законодательства в области охраны здоровья граждан;

— на инвентаризации (паспортизации), рационализации и упорядочении использования имеющихся в распоряжении системы ресурсов (материальных, финансовых, информационных, кадровых);

— на объединении и централизации источников финансирования медицинской помощи, модернизации системы ее оплаты, обеспечении прозрачности и увеличении скорости финансовых потоков в системе;

— на четких критериях и показателях, используемых для выравнивания финансовой обеспеченности государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в регионах;

— на установлении для системы измеримых и достижимых целевых показателей и систематической оценки эффективности ее работы;

— на жесткой внутренней регламентации и внешнем специализированном контроле внебюджетной деятельности бюджетных медицинских учреждений;

— на профессиональном управлении.

И.С. Кицул,
д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Иркутского института усовершенствования врачей

В.Ф. Вобликова,
ассистент кафедры функциональной и ультразвуковой диагностики Иркутского государственного медицинского университета

ТРАНСФОРМАЦИЯ ПОДХОДОВ К ПЛАНИРОВАНИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СЛУЖБ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕГИОНА (НА ПРИМЕРЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ)

В настоящее время планирование становится одной из ведущих функций управления здравоохранением на всех уровнях. Особую значимость планирование приобрело в последнее десятилетие, хотя, по своей сути, претерпело и продолжает претерпевать изменения. Трансформация как собственно процесса планирования, так и его понимания обусловлена сменой характера управления отраслью и переходом от централизма и строгой иерархии к стратегическим основам управления. В период преобразований во всех сферах народного хозяйства происходили существенные реформы и в здравоохранении, характеризующиеся прежде всего широкой децентрализацией. Последняя привела практически к ограниченной неуправляемости отраслью и потере возможностей реализации единой политики здравоохранения. Сформировавшаяся на сегодняшний день дезинтеграция управления может приводить к негативным последствиям, устранять которые придется длительное время.

Становится очевидным, что система здравоохранения и ее отдельные службы в современных условиях могут функционировать эффективно только при условии гармоничного сочетания разумной вертикали управления, базирующейся на принципах стратегического управления. Чрезмерная децентрализация управления (как вертикальная, так и горизонтальная) привела к снижению эффективности функционирования отрасли и использования ее ресурсов. Однако в настоящей публикации мы не ставим задачу давать критический анализ проводимых в здравоохранении реформ. На сей счет имеется масса публикаций и доказательных исследований. В данной работе нам хотелось бы отразить собственное видение вопросов, связанных с современными особенностями планирования здравоохранения, на примере одной из диагностических служб — ультразвуковой диагностики.

© И.С. Кицул, В.Ф. Вобликова, 2009 г.

Следует отметить, что на сегодняшний день в нашей стране нет единой и общепринятой трактовки понятия «планирование здравоохранения». В советский период под планированием здравоохранения было принято понимать определение потребности в медицинской помощи, которое базировалось на показателях ресурсного обеспечения (врачебные должности, больничные койки). Данное толкование было оправданным в условиях плановой экономики страны и отвечало задачам планирования того периода. В настоящий момент процессы планирования в здравоохранении зачастую базируются на терминологической путанице между терминами «политика здравоохранения», «программы развития», «стратегия развития отрасли (службы, учреждения)», «стратегическое планирование», «концептуальное планирование». Подтверждением этому служит анализ многочисленных нормативных и программных документов по здравоохранению в нашей стране. Соответственно отсутствие единого понятийного аппарата приводит и к отсутствию единого методического взгляда на процессы планирования в отрасли. Отсюда на практике приходится сталкиваться с противоречивыми нормативно-правовыми актами, программами и планами федерального, регионального и муниципального уровней. Не вдаваясь в дальнейшие теоретические рассуждения на данную тему, хотелось бы отметить, что в доступной литературе практически отсутствуют сведения, позволяющие однозначно определять планирование как вид деятельности в системе управления здравоохранением. В этом смысле заслуживает своего внимания работа Филатова В.Б. (2000), где автор дает адекватное, на наш взгляд, определение планированию здравоохранения: *«это разработка системы мероприятий, целей или подлежащих решению проблем, которая предусматривает их последовательность».* Данную дефиницию автор обосновывает анализом опыта других стран, логическим и структурным анализом функционирования систем здравоохранения в историческом аспекте и глоссариями Всемирной организации здравоохранения. Опираясь на эти данные, автор раскрывает понятие планирования здравоохранения следующим образом: *«такая система мероприятий, целей или решаемых проблем может быть рассчитана на различные по длительности периоды времени, может охватывать деятельность различных масштабов и разного уровня, может служить для сохранения и наращивания темпов развития каких-то явлений и процессов или для их качественных изменений».* Исходя из этого, автор доказывает необходимость адекватного сочетания стратегического (перспективного) и концептуального планирования как современного комплекса мер по планированию здравоохранения. И данная точка зрения весьма оправдана. Под концептуальным планированием в данном случае понимается разработка системы подходов и последовательных мер, направленных на качественную трансформацию (реформирование) системы здравоохранения в целом и ее отдельных элементов в соответствии с переосмыслением трактовок и воззрений на основе новых научных знаний. При этом концептуальное планирование в качестве объекта рассматривает систему, структурированную взаимосвязанными внутренними элементами с совокупностью внешних связей. Таким образом, концептуальное планирование рассчитано на высокоразвитые системы, к которым относится и здравоохранение. Неслучайно в последние десятилетия разработке государственных программ, проектов, законов по здравоохранению и иных документов планового характера предшествовало формирование концепций.

Обоснованность разработки концепций также определяется и необходимостью всестороннего анализа тех или иных проблем здравоохранения на этапах формирования конкретных документов. Однако, как показывает опыт, большинство идей, заложенных в

концепции по развитию здравоохранения и охране здоровья населения, так и не нашли своей практической реализации. Разграничение полномочий в вопросах охраны здоровья граждан между федеральным, региональным и муниципальным уровнями, закрепленное соответствующим законодательством, оказало свое влияние и на вопросы планирования. Зачастую это приводит и к разночтениям в реализации стратегических направлений развития отрасли здравоохранения и отдельных ее служб.

В этой связи представляется целесообразным проанализировать сложившуюся ситуацию с планированием диагностической помощи в современных условиях. В качестве объекта анализа взята служба ультразвуковой диагностики (УЗД), на примере которой наглядно просматривается проблематика, ставшая предметом настоящей публикации.

Как было обозначено выше, наиболее оптимальным является гармоничное сочетание концептуального и стратегического планирования, что обеспечивает всесторонний качественный анализ деятельности отрасли (службы) с перспективными планами развития. Фактически на сегодняшний день бытует подход, базирующийся на принципах тактического (реактивного) планирования и укладывающийся в формирование годовых планов по здравоохранению. И если отдельные элементы стратегического планирования находят свое отражение в борьбе с социально значимыми заболеваниями в виде целевых программ разного уровня, а также в развитии основных видов медицинской помощи, то диагностическая помощь при этом остается практически без внимания.

Безусловно, положительным явлением в развитии отечественного здравоохранения явился приоритетный национальный проект «Здоровье». Одним из направлений его реализации явилась широкомасштабная централизованная поставка диагностического, в том числе ультразвукового, оборудования. По причине отсутствия качественного системного анализа деятельности служб УЗД на территориях и постановочных задач эффективность использования этого оборудования оказалась недостаточно высокой. Вследствие этого выявилась череда проблем как с комплектацией, так и с соответствием оборудования типам и задачам учреждений здравоохранения.

УЗД явно с большим преимуществом выделяется из большого перечня инструментальных методов обследования. Этот метод прост, безболезнен, осуществляет качественную и количественную оценку данных, показывает как морфологическую, так и функциональную характеристику строения органов и систем. В последние годы в связи с очень широким распространением ультразвуковой аппаратуры, ее доступностью для любых, даже очень небольших, медицинских учреждений назревает потребность в специалистах, в совершенстве владеющих методикой и техникой ультразвукового исследования. Потребность в услугах УЗД достаточно высока, и вопросы ее определения становятся ключевыми в системе планирования деятельности службы УЗД. Именно исходя из потребностей и уровней оказания медицинской помощи должна определяться потребность в кадрах и медицинском оборудовании. На практике же приобретение ультразвукового оборудования привязывается к учреждению, наличию специалиста или иным соображениям, а не к существующим системам организации и условиям оказания медицинской помощи, структурным стандартам, возможностям оказания помощи. Иногда в условиях центральной районной больницы можно обнаружить ультразвуковой аппарат с высокоспециализированными чреспищеводными, пункционными трансректальными и т.п. датчиками, которые применяются только в экспертных целях в учреждениях, оказывающих высокотехнологическую помощь.

Процессы урбанизации, характерные для большинства территорий страны, привели к острейшему дефициту медицинских кадров в

сельской местности и малых городах. Так, только в Иркутской области на уровне районов укомплектованность штатов врачей по физическим лицам колеблется в пределах 50%. Соответственно ультразвуковые исследования в таких условиях проводят специалисты на условиях совмещения с основной должностью (хирурги, гинекологи и т.д.). Благодаря высокой информативности и достоверности ультразвукового метода возможности точной диагностики многих заболеваний и повреждений увеличились. Однако на фоне развитости УЗД в больших городах на базе как государственных (муниципальных), так и частных медицинских организаций существуют муниципальные образования, где отмечается отсутствие специалистов или ультразвукового оборудования. Таким образом, вопрос доступности УЗД для жителей сельской местности небольших по численности населения муниципальных образований остается остро актуальным.

Отсутствие адекватных систем планирования деятельности диагностических служб региона приводит к ряду проблем, которые имеют место в службе УЗД:

— неадекватность и недостаточность существующей нормативно-правовой базы по организации деятельности службы ультразвуковой диагностики;

— отставание учебных планов и программ и материально-технической базы для последипломной подготовки специалистов от темпов развития новых технологий в УЗД;

— необоснованность объемов услуг по ультразвуковой диагностике при разработке территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;

— отсутствие нормативов времени на новые диагностические исследования при внедрении современной аппаратуры;

— проблемы рациональной организации труда с позиции размещения службы ультразвуковой диагностики по уровням оказания медицинской помощи и типам учреждений;

— неадекватность существующих норм времени на виды исследований в ультразвуковой диагностике, так как они длительное время не пересматривались;

— увеличение затрат времени на исследования в связи с возможностью одновременного исследования нескольких органов в условиях внедрения современных аппаратов и ряд других.

Одной из первых задач, требующих своего решения в рамках планирования деятельности службы УЗД, является распределение услуг УЗД по уровням. Целесообразно выделение следующих диагностических уровней:

1-й уровень — скрининговые методики. Это поисковые исследования, направленные на выявление очаговой патологии. Данный вид исследований выполняется на уровне районных медицинских учреждений с помощью аппаратов черно-белого изображения, в ряде случаев с цветовым допплеровским картированием (ЦДК).

2-й уровень — уточняющие методики. Чаще всего проводятся с помощью допплера и ЦДК. На этом уровне оцениваются скоростные показатели, определяется объем повреждений органов и тканей, необходимый объем оперативного вмешательства. Преимущественно данный вид исследований проводится на уровне городских медицинских учреждений.

3-й уровень — экспертные методики. Это уровень уточняющих специальных методик, требующих высокотехнологичного эндоскопического оборудования и специальных условий их проведения. К ним будут относиться уточняющие методики, стресс-эхокардиография, эндо-УЗИ, чреспищеводная эхокардиография, исследования с нагрузкой и медикаментозными пробами, интервенциональные и интраоперационные методики. Данный вид исследований должен быть представлен на базе областных (краевых, республиканских) медицинских учреждений, в том числе диагностических центров, учреждений клинического уровня и высокотехнологичных центров.

Такое деление методик УЗД на группы позволяет соотносить их с уровнем оказания медицинской помощи (районный, городской и клинический) и сложностью их выполнения. Это в конечном итоге дает возможность произвести адекватную оценку распределения ультразвукового оборудования по административным территориям субъекта Федерации, оценить потребность в исследованиях и разработать планы по развитию службы в части объемов услуг и необходимых для их выполнения ресурсов.

Каждому диагностическому уровню должны соответствовать коэффициенты сложности выполняемых ультразвуковых исследований, что позволит корректировать объемы услуг и адекватно планировать затраты на их выполнение.

Следующим этапом должно явиться прогнозирование потребностей в услугах УЗД. Решение данного вопроса возможно при наличии на территории стандартов объемов медицинской помощи как наиболее точных инструментов, которые должны применяться при обосновании государственных гарантий на оказание бесплатной медицинской помощи. Это дает возможность достаточно точно спрогнозировать потребность в услугах УЗД, а, с учетом их сложности объективно учесть трудозатраты и определить потребность в медицинских кадрах.

Выше обозначенный подход позволяет оценить и спрогнозировать как текущие, так и ожидаемые потребности в услугах УЗД и создает основу для рационального планирования всех видов ресурсов службы.

По нашему мнению, совершенствование механизмов планирования деятельности службы УЗД является ключевым фактором повышения эффективности диагностической помощи населению и адекватного удовлетворения потребностей в ней с сохранением этических императивов, учетом географических и социально-экономических характеристик жителей территорий.

Органайзер

УЧРЕЖДЕНЫ ТРАДИЦИОННЫЕ НОМИНАЦИИ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» ЗА ЛУЧШИЕ ПУБЛИКАЦИИ 2009 ГОДА

Номинации учреждены в целях повышения эффективности управленческих решений в здравоохранении и стимулирования заинтересованности организаторов-практиков здравоохранения в свободном распространении информации об организационных инновациях:

- **Автор наиболее оригинальной публикации или цикла публикаций за год (с 1 января по 31 декабря).**
- **Автор наиболее оригинального менеджерского решения в области управления региональным здравоохранением (рубрики «Региональный опыт» и «Интересный документ»).**

После подведения творческих итогов уходящего журнального года мы опубликуем решение редакции и общественного голосования читательской аудитории.

Победителям номинаций будут направлены дипломы, подписанные главным редактором журнала, академиком В.И. Стародубовым, а также годовые подписки на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2010 год и новые книги серии «Менеджмент в здравоохранении» Издательского дома «МЗ».

Просим читателей журнала направлять свои мнения по адресу: idmz@mednet.ru

Б.М. Тайц,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и управления здравоохранением СПб МАПО

МЕНЕДЖМЕНТ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

В настоящее время в Российской Федерации большое внимание уделяется профилактической работе, здоровому образу жизни людей, отказу от вредных привычек, повышению санитарно-гигиенической культуры населения. Несмотря на неоднократные попытки в истории нашей страны направить приоритетное внимание медицинских работников и всей общественности в этом направлении, о значительных достижениях говорить не приходится. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией, наркоманией неуклонно растет и становится угрозой национальной безопасности страны. Если вопросы специфической профилактики, связанные с профилактическими прививками, не вызывают особых проблем, то остальная часть остается не решенной до настоящего времени.

Этот вопрос требует серьезного осмысления и современных методов управления для достижения поставленных целей, так как на кон поставлены миллионы жизней наших соотечественников и колоссальные финансовые ресурсы. Эффективность работы современных структур в вопросах профилактики крайне низка и не соответствует требованиям сегодняшнего дня.

Профилактика *(от греч. Prophylacktikos — предохранительный) — система мер по предупреждению болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. Является основным принципом охраны здоровья населения.*

В настоящее время, почти через тридцать лет после обнаружения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), по оценкам специалистов, более 50 млн. человек заразились вирусом и 22 млн. умерли от синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), из них 1,5 млн. — дети. В ряде стран это заболевание уже привело к снижению ожидаемой продолжительности жизни более чем на 10 лет. Так как СПИД поражает преимущественно трудоспособное население среднего возраста, то эта болезнь усугубляет социальное положение остальных членов семьи, особенно детей, обостряя проблемы бедности и социального неравенства в обществе.

В России зарегистрировано более 440 тысяч ВИЧ-инфицированных, при этом ежегодный прирост больных этой неизлечимой болезнью составляет 10–15% в год. В стране зарегистрировано 3,5 млн. человек, имеющих психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ).

В рамках реализации приоритетного национального проекта за счет средств федерального бюджета за 2006–2007 гг. было выделено

© Б.М. Тайц, 2009 г.

Таблица 1

Выделение средств из федерального бюджета на диагностику, лечение и профилактику ВИЧ-инфекции в рамках реализации приоритетного национального проекта (млн. руб.)

	2006 г.	*2007 г.*	*2008 г.*	*2009 г.*	*2010 г.*
Диагностика	1200	2277,5	2799,932	3400	3404,74
Лечение	1700	5322,5	4800	5500	8143,3
Профилактические программы	200	200	200	400	400
ВСЕГО:	***3100***	***7800***	***7800***	***9300***	***11 948***

10,9 млрд. рублей, из них на диагностику и лечение ВИЧ-инфекции 10,5 млрд. руб. и 400 млн. рублей на программы по профилактике ВИЧ-инфекции *(таблица 1)*.

По данным финансового мониторинга, общий объем средств федерального бюджета, направляемых на проблему ВИЧ-инфекции, увеличился за 2006 г. в 18 раз по сравнению с 2005 г., а в 2007 г. в 3 раза по сравнению с 2006 годом и составил 10,7 млрд. рублей (444,8 млн. $ США) за счет средств национального приоритетного проекта, подпрограммы «ВИЧ-инфекция» и средств, выплаченных в Глобальный фонд в отчетном году на проекты, осуществляемые в России (120 млн. $ США).

С 1987 года в Санкт-Петербурге количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции превысило 44 тысячи человек, среди жителей Санкт-Петербурга — более 37 тысяч, более 1550 — это дети. 225 детям, родившимся от ВИЧ-матерей, установлена ВИЧ-инфекция.

Поэтому необходима реализация незамедлительных профилактических мер, дающих ощутимый эффект. Без применения современных методов управления этой работой получить необходимых результатов будет невозможно.

До настоящего времени недостаточно эффективной остается система информирования населения, особенно молодежи о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции. Работа, направленная на профилактику ВИЧ-инфекции и наркомании среди молодежи по формированию и изменению поведения требует индивидуального подхода и не должна подменяться массовыми акциями.

Правильное управление профилактическими мероприятиями в странах Северной Европы (сексуальное образование, обучение методам безопасного секса, бесплатное распространение презервативов среди групп риска, а также государственная политика ценообразования на них, более позднее начало половой жизни, изменение рискованного поведения, программа обмена шприцев и др.) привело к положительным результатам: число больных СПИДом существенно снизилось.

До настоящего времени практически не обеспечиваются проведение оценки эффективности выполняемых профилактических мероприятий и анализ результатов.

Требует активизации и новых подходов работа со средствами массовой информации, которые нередко в погоне за сенсацией дают искаженную информацию о природе и механизмах развития эпидемии.

Таким образом, СПИД представляет серьезную проблему, требующую принятия противоэпидемических мер по предотвращению и снижению новых случаев инфицирования на всех уровнях государственной политики.

Именно государство берет на себя субсидирование большей части стоимости медицинского обслуживания ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, что существенно увеличивает государственные затраты на здравоохранение и доказывает целесообразность и действенность раннего профилактического вмешательства.

Темпы распространения ВИЧ среди населения определяются как ***биологическими, так и поведенческими факторами.***

Основные биологические факторы включают: длительный бессимптомный период развития ВИЧ, риск заражения различными путями, сопутствующие факторы, например, инфицирование другими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).

Однако распространение ВИЧ может быть в значительной степени замедлено за счет изменения социального поведения населения: снижение количества половых партнеров и партнеров по внутривенному введению наркотиков, использование презервативов во время полового акта, применение стерилизованного инструментария для внутривенных инъекций. Наиболее эффективным путем ограничения эпидемии в условиях отсутствия вакцины является предоставление гражданам возможности ***для снижения рискованного поведения.***

Не все зараженные вирусом могут с одинаковой вероятностью передать его другим. ***Группу, наиболее предрасположенную к заражению*** и непреднамеренному распространению ВИЧ, составляют люди с максимальным количеством партнеров и низким уровнем социального поведения (то есть не использующие презервативы и стерильные инъекционные инструменты).

Каждый случай ВИЧ-инфицирования, предотвращенный непосредственно среди лиц, отличающихся наиболее рискованными формами поведения, косвенным образом устранит причину множества вторичных случаев заражения. Та же часть населения, чье поведение отличается низким риском, то есть имеющие мало партнеров, стабильно использующие презервативы, стерильный (стерилизованный) инъекционный инструментарий, лишь с небольшой вероятностью могут служить источником ВИЧ, даже если заражаются сами. Вероятность заражения ВИЧ и его распространения определяется ***уровнем риска поведения конкретного человека***. Личностные характеристики, такие как профессия, возраст, сексуальная ориентация, могут частично формировать рискованное поведение и таким образом могут быть полезны при разработке превентивных мер.

Только государственная политика и грамотное управление могут непосредственно влиять на рискованное поведение конкретных лиц либо посредством снижения «стоимости» безопасного поведения (например, субсидии на проведение соответствующей работы в средствах массовой информации (СМИ), доступ к стерильным инъекционным инструментам), либо повышая «затраты», связанные с поведением, приводящим к распространению ВИЧ (например, попытки ограничения проституции или использования вводимых внутривенно наркотиков).

Государство (Правительство субъектов РФ) имеет в своем распоряжении многочисленные инструменты для реализации этой стратегии, такие как прямое предоставление субсидий, налоговых льгот, регулирующих полномочий. Достижение любой из целей требует сочетания взаимодополняющих мер со стороны Правительства. Для повышения эффективности государственных профилактических программ при существующих сегодня ограниченных ресурсах необходимо предотвращать максимальное количество вторичных случаев ВИЧ-инфицирования, учитывая каждый потраченный государством рубль.

Широкая стратегия профилактики на основе современных методов управления, базирующаяся на эпидемиологии и экономической теории, может служить руководством для регионов, находящихся на любом из этапов развития эпидемии. Как эпидемиологические принципы, так и необходимость снижения отрицательных последствий опасного поведения служат аргументом в пользу субсидирования мероприятий, побуждающих к безопасному поведению лиц, наиболее предрасположенных к заражению и распространению ВИЧ.

Однако повернуть развитие эпидемии вспять возможно только при наличии пове-

денческих изменений среди лиц с опасным поведением. По мере распространения эпидемии повышается эффективность затрат на профилактику среди лиц, чье поведение является умеренно рискованным. Для обеспечения одинаковой доступности профилактических программ для всех слоев населения в тех регионах, где ВИЧ еще не получил широкого распространения, целесообразно защищать малоимущие слои населения посредством принятия на ранних этапах соответствующих мер, предотвращающих развитие эпидемии: обеспечение информационного доступа к знаниям о ВИЧ, обучение необходимым навыкам и средствам профилактики.

Увеличение эффективности профилактических программ возможно благодаря следующим мерам:

— сбор данных по распространению ВИЧ и рискованному поведению граждан с определением затратоэффективности, необходимой для организации действенных программ;

— проведение конструктивной работы с лицами, наиболее предрасположенными к заражению и передаче ВИЧ-инфекции.

Экономическое обоснование государственного финансирования профилактики ВИЧ очевидно: профилактика намного дешевле лечения заболевания и мер по предотвращению конечной стадии заболевания — смерти. Конечная стадия заболевания неизбежно приводит к повышению общей смертности, а значит к потере трудовых ресурсов. Этот аргумент особенно важен для нашей страны с невысоким уровнем доходов, где медицинская помощь вынуждена получать средства из государственного бюджета, ибо высокая стоимость лечения СПИДа быстро выявляет ограниченность имеющихся ресурсов.

При росте количества случаев СПИДа, а соответственно и расходов на лечение становится предельно ясно, что лечение заболевания поглощает ресурсы государства, которые могли бы быть использованы на другие нужды. Однако очень трудно ограничить оплату лечения СПИДа без одновременной переоценки обязательств государства перед финансируемым из бюджета здравоохранением. Политическое давление, заставляющее субсидировать лечение СПИДа на более высоком уровне, чем другие медицинские услуги, очевидно, будет возрастать с увеличением числа людей, пораженных ВИЧ-инфекцией. Учитывая все эти обстоятельства, руководство субъектов РФ, которому необходимо финансировать здравоохранение, должно принять решительные профилактические действия как можно раньше в ходе развития эпидемии.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

При организации работы по профилактике ВИЧ-инфекции необходимо использование принципов системы общественного здравоохранения, направленных на улучшение здоровья и предупреждение заболевания, как на местном, так и на национальном уровне, используя работников здравоохранения, специалистов по общественному здравоохранению, санитарно-просветительной работе, воспитателей, учителей, научных работников, представителей общественности и политических деятелей.

Все профилактические программы должны быть основаны на объективной оценке ситуации по данным заболеваниям и результатах социологических исследований, проведенных в различных социальных группах населения. Очень важно учитывать особенности российской ментальности, традиций с преобладанием духовных категорий, своеобразное отношение к высоким чувствам, исключительную ценность семейных отношений с целью исключения отрицательной реакции части общества, реагирующей на пропаганду безопасного секса как «развращение» молодежи.

Для формирования профилактических программ прежде всего необходимо определить ***потребности*** их эффективного осуществления. Только после выявления и обозначения существующих потребностей

возможны правильное принятие решений, планирование и оценка эффективности мероприятий.

Главными ***инструментами*** оценки потребностей той или иной территории являются методы эпидемиологической статистики, эпидемиологических и социально-гигиенических исследований целевых групп населения.

В результате исследований выявляется мнение населения в целом или определенной социальной группы к исследуемой проблеме, отношение к своему здоровью, уровень информированности относительно ВИЧ-инфекции, факторов риска заболевания и др.

Информационно-просветительские программы по профилактике ВИЧ-инфекции, болезней, передающихся половым путем, наркомании являются неотъемлемой частью государственной программы, направленной на укрепление здоровья всего населения, и собственно входят в сферу гигиенического воспитания и образования населения. Конечной целью подобного рода программ является формирование мировоззрения относительно здорового образа жизни, навыков здорового образа жизни, предупреждение таких заболеваний, как ВИЧ-инфекция, ИППП, вирусные гепатиты с парентеральным путем передачи, наркомания и др.

СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

Первичная профилактика рассчитана практически на все здоровое население. Такие мероприятия, проведение которых чрезвычайно важно в подростковой среде, например, программы по половому и нравственному воспитанию подростков, программы по безопасному сексу, «Жизнь без наркотиков» и другие различные просветительные и образовательные программы.

Первичная профилактика наркомании должна опираться на долгосрочную общегосударственную политику, направленную на формирование общественного мнения непримиримого отношения к употреблению наркотиков. Такая политика позволяет надеяться, что противостояние наркомании станет действительно общенациональным делом и включит в себя усилия как на правительственном уровне, так и по линии неправительственных структур и движений.

Вторичная профилактика проводится среди людей, имеющих тот или иной опыт взаимодействия с «вредным агентом». В сущности, это профилактические программы, разработанные с целью предотвращения дальнейшего распространения заболевания или социального явления, например, наркотиков, а также программы, направленные на снижение вреда от их употребления. Снижение риска, связанного с инъекционным введением наркотиков (обмен шприцев в автобусах или стационарно в наркологических кабинетах и кожно-венерологических диспансерах, снижение частоты инъекций), уменьшение риска, связанного с сексуальным поведением (повышение частоты использования презервативов), конфиденциальное и анонимное добровольное тестирование с до- и послетестовым консультированием, поощрение позитивного изменения поведения.

Вторичная профилактика зависимости от ПАВ касается лиц, уже испытывающих влияние проблемы, связанной с употреблением наркотических средств, но не обнаруживают признаков болезни. Цель — максимально сократить продолжительность воздействия ПАВ на человека, ограничить степень вреда, наносимого злоупотреблением ПАВ как потребителю, так и окружающей его микросреде — учащимся образовательного учреждения и семье, предотвратить формирование хронического заболевания. Комплекс мероприятий вторичной профилактики направлен на полное прекращение дальнейшей наркотизации и восстановление личностного и социального статуса подростка.

Главными составными частями вторичной профилактики являются: создание системы раннего выявления ПАВ, обеспечение доступности комплексного обследования и оказание квали-

фицированной психологической, медицинской, педагогической и социальной помощи.

Третичная профилактика — комплекс мероприятий, направленный на улучшение качества жизни людей, попавших в зависимость от того или иного вредоносного фактора, то есть развитие широкой сети социальных и реабилитационных мероприятий.

Мероприятия, направленные на предотвращение срывов и рецидивов наркомании, относятся к третичной профилактике. Собственно это и есть реабилитация, которая, по мнению экспертов ВОЗ, представляет комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне.

Профилактика, лечение, реабилитация — это взаимосвязанный процесс. Реабилитация начинается с первого контакта больного с медицинской службой и продолжается до тех пор, пока не будет восстановлен его личностный, профессиональный и социальный статус. Учитывая то, что прием наркотиков типа героина способен в максимально короткие сроки превратить «экспериментатора» в больного наркоманией, лечебно-реабилитационная программа должна начинаться как можно раньше, быть интенсивной и комплексной.

Между профилактическими блоками (первичная, вторичная и третичная профилактики) как составляющими единой системы имеет место взаимопроникновение и взаимопересечение. Именно такой подход позволяет структурировать целостную концепцию профилактики злоупотребления психоактивными веществами и перейти к созданию профилактических программ на всех трех уровнях.

Информирование и обучение осуществляются по нескольким направлениям:

— образование широких слоев населения через средства массовой информации;

— выделение целевых групп и работа в группах;

— молодежные группы (учащиеся школ, средних учебных заведений, студенты, воинские коллективы);

— педагоги школ, средних учебных заведений, преподаватели ВУЗов;

— родители школьников и учащихся;

— группы волонтеров;

— медицинские работники (врачи разных специальностей, средний медицинский персонал, лабораторные работники и др.);

— группы повышенного риска (люди гомосексуальной ориентации, лица, занимающиеся коммерческим сексом, наркопотребители, беспризорные дети, люди, находящиеся в местах лишения свободы);

— работа на индивидуальном уровне (ВИЧ-инфицированные пациенты, пациенты анонимных кабинетов, приходящие на анонимное тестирование и консультирование, пациенты, обследующиеся на ВИЧ, и др.).

ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА ОБУЧАЕМЫХ

Учет возрастных характеристик:

— уровень 10–12 лет — объяснение психологических и физиологических изменений растущего организма: «Я знаю, что со мной происходит»;

— уровень 12–15 лет — формирование мотивации на отказ от социального экспериментирования на себе: «Я не спешу пробовать табак, алкоголь, наркотики, начинать сексуальную жизнь»;

— уровень 15–17 лет — формирование модели психологически зрелого социально-ответственного поведения в отношении собственного здоровья: «Я хочу быть здоровым, я знаю, как уберечься от ИППП, ВИЧ-инфекции, наркотиков»;

— уровень 17–18 лет — формирование мотивации к семейно-брачным отношениям и безопасному сексу: «Чтобы быть счастливым, надо быть здоровым, уметь любить и быть любимым».

Отдельные элементы обучения могут быть использованы в более раннем возрасте:

старший дошкольный возраст (5–6 лет), младший школьный возраст (7–10 лет).

С учетом того, что большинство ВИЧ-инфицированных в России — это наркоманы, необходимо добиться ***психологической «иммунизации»*** детей против наркотиков на наиболее раннем возрастном уровне.

МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

• Проведение образовательных семинаров по вопросам эпидемиологии, профилактики, лечения, социальным аспектам ВИЧ-инфекции, наркомании для корреспондентов местных средств массовой информации, включая теле- и радиокорреспондентов.

• Публикации в органах печати материалов (статьи, интервью, обращения, открытые письма и т.п.) по проблеме ВИЧ/СПИД, наркомании с акцентом на вопросы эпидемиологии и предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией.

• Подготовка радиоматериалов по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения, в первую очередь молодежи и потребителей наркотиков и обеспечение их трансляции по местным радиоканалам.

• Организация трансляции по каналам местного телевидения видеоклипов и тематических программ по профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании.

• Создание специальной телевизионной рубрики или цикла передач, посвященных вопросам обсуждения различных аспектов проблемы ВИЧ/СПИД, наркомании, сделав основной упор на молодежной аудитории.

• Подготовка информационных материалов по различным аспектам проблемы ВИЧ-инфекции и размещение их в компьютерной сети.

• Подготовка и проведение лекций, бесед, круглых столов, дискуссий по вопросам ВИЧ-инфекции, употребления ПАВ среди учащихся старших классов общеобразовательных школ, профессионально-технических училищ, техникумов, высших учебных заведений.

• Обучение средствам и методам предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией пациентов медицинских учреждений и отделений наркологического профиля, отделений вирусных гепатитов инфекционных больниц.

• Привлечение к проблеме ВИЧ, кроме профессионалов, молодежных лидеров, кумиров, бывших наркоманов.

• Использование популярных изданий, различных молодежных собраний.

• Проведение профилактики, основанной на сообществе общения (outreach — стратегия), направленной на ту общественную группу, где данный индивид живет или проводит время. Работа в «труднодоступных группах», построение доверительных отношений с наркозависимыми.

• Профилактика, основанная на принципе равенства, когда «равный учит равного».

ВЛИЯНИЕ НА ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ВЫБОР

Большинство вещей в жизни представляют некоторый риск, но люди охотно рискуют, когда полученная от таких действий выгода перевешивает издержки. Например, водители превышают скорость, а пешеходы перебегают оживленные улицы, несмотря на возможные последствия увечья или смерти. Люди начинают курить, хотя знают, что это может привести к раку легких и заболеваниям сердца. Иногда риск увеличивает удовольствие. Так, альпинисты совершают восхождения на горные вершины, и испытываемые при этом сильные ощущения, возможно, усиливаются той опасностью, с которой они сталкиваются. Все эти решения отражают индивидуальное предпочтение и оценку издержек получаемой выгоды и риска. Секс и введение наркотиков доставляют очень сильное, но кратковременное наслаждение. Естественно, возникает вопрос, взвешивают ли также люди издержки, выгоду, риск, когда принимают решения о подобных занятиях.

Усилия, направленные на замедление эпидемии, дают возможность ответить «да». Реальные и предполагаемые издержки и выго-

да в значительной степени влияют на индивидуальные решения о создании семьи, рождении детей, использовании контрацептивов, а также влияют на половое поведение, которое приводит к распространению ВИЧ.

Знания об уровнях ВИЧ-инфицированности населения, о том, как вирус передается и как избежать заражения, могут побудить людей с рискованным поведением придерживаться более безопасного поведения, как полового, так и связанного с введением наркотиков, например, вовсе воздержаться от случайного и коммерческого секса и внутривенного введения наркотиков.

Одни способы информационного обеспечения эффективнее других помогают людям придерживаться более безопасного поведения. Выявление подобных способов, при которых обеспечение информацией осуществляется наиболее эффективно и с возможно меньшими затратами, является важным оперативным вопросом. Несмотря на то, что доступно изложенная и своевременно предоставленная информация может в определенной степени изменить поведение некоторых людей, все же маловероятно, что это приведет к прекращению эпидемии ВИЧ/СПИД, особенно среди тех, кто наиболее предрасположен к заражению и распространению вируса. Некоторые из этих подходов, вероятно, эффективнее других. Например, в Соединенных Штатах Америки лекция в сочетании с тренингом по выработке навыков, включающих ролевую игру, психодраму, групповые дискуссии, была более эффективной для увеличения использования презервативов у мужчин-гомосексуалистов, чем только лекция, прочитанная маленькой группе. Методы, способствующие позитивным изменениям за счет улучшения информационной базы, должны подкрепляться другими мерами, снижающими стоимость более безопасного поведения.

Профилактика ВИЧ-инфекции путем пропаганды и информирования населения

Предотвращение распространения заболевания ВИЧ-инфекцией невозможно без эффективного воздействия средств массовой информации (СМИ) на формирующееся сознание подростков и молодежи, начинающих жить активной жизнью, в том числе и половой, легко поддающихся существующим неформальным стереотипам поведения. В то же время немаловажно качество и целенаправленность участия в этом процессе взрослых (дома, в школе, ВУЗе и т. д.). В нашем распоряжении различные средства массовой информации, с помощью которых можно воздействовать на подростка в целях пропаганды здорового образа жизни и неприятия наркотиков.

Приоритетным и самым эффективным в этом направлении является телевидение, так как оно рассчитано на большую аудиторию. Регулярные рейтинговые опросы электронных СМИ позволяют выбрать передачи и время вещания с наибольшей аудиторией необходимых параметров. Немаловажным является то, что с помощью ТВ можно подавать и интерпретировать информацию в любой удобной форме.

Пропагандирование лозунга «НЕТ наркотикам и СПИДу» с целью предупреждения заболеваний необходимо в разнообразных формах подачи информации. Ими могут быть и блиц-опрос, и круглый стол, а также ток-шоу и интервью, построенное в форме ответов специалиста на вопросы зрительской аудитории по поводу СПИДа и других инфекций, передающихся половым путем. Максимальный эффект пропаганды возможен только при условии адекватности форм и средств воздействия на те или иные группы населения.

В связи с этим необходимо:

— проведение социометрических исследований по определению и характеристике групп риска, факторов, влияющих на восприятие ими той или иной информации;

— достижение целенаправленного воздействия на группы риска путем специального подбора форм и средств информационного воздействия в зависимости от возраста, социального положения и т.п.;

— комплексное применение всех форм и средств пропаганды в рамках агитационных компаний, как правило, параллельно идущее с наиболее крупными молодежными акциями (праздник «Алые паруса», День знаний, фестиваль Стритбола) и в связи с Днем борьбы со СПИДом и Днем памяти умерших от СПИДа и т. д.;

— широкое использование на конкурсной основе представителей молодежных субкультур при создании печатных, видео- и других материалов;

— активное привлечение подростков и молодежи к компаниям пропаганды и профилактики ВИЧ.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В СФЕРЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ — СЕМЬЯ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ДОСУГ

Употребление детьми и молодежью психоактивных веществ превратилось в серьезную социальную, медицинскую и педагогическую проблему. Наркомания приводит к заражению ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, тяжелейшим психическим, личностным и поведенческим расстройствам, административным правонарушениям и уголовным преступлениям, исключению из образовательных учреждений, бродяжничеству, различным формам социально неадекватного поведения.

Молодежь — группа самого высокого риска. Употребление наркотиков стало элементом молодежной культуры. По оценкам специалистов, молодые «экспериментирующие» потребители наркотиков составляют до 80% от общего числа употребляющих наркотики жителей российских регионов. Большинство потребителей — городские жители. Как правило, прием наркотиков — это ритуал, составляющая досуга молодежных компаний. Преобладающими мотивами к приему наркотиков становятся групповые нормы (групповое давление, стресс и неприятие со стороны родителей) сверстников, а также доверие к предлагающему наркотик.

В детско-подростковой среде среди основных причин, влияющих на распространенность наркомании и токсикомании, одно из первых мест занимает легкая доступность ПАВ. Около 60% опрошенных несовершеннолетних, употребляющих наркотики и токсические средства, отмечают относительную простоту их приобретения. Поэтому без жестких мер противодействия незаконному обороту наркотиков и силового противостояния наркогруппировкам добиться реального повышения антинаркотической профилактической работы только за счет усилий врачей, воспитателей, учителей, психологов, социальных работников не представляется возможным.

Деятельность по профилактике наркомании должна строиться на комплексной основе и обеспечиваться совместными усилиями медиков, воспитателей, учителей, психологов, социальных работников, сотрудников правоохранительных органов. Однако, несмотря на все усилия и затраты, именно профилактика является наиболее уязвимым местом. Выявление лиц с наркотическими проблемами и до настоящего времени вызывает большие трудности. Фактически вся лечебно-профилактическая и реабилитационная работа в области наркологии касается явных, запущенных случаев наркомании, токсикомании и алкоголизма.

Можно выделить следующие основные модели в международной практике:

Медицинская модель ориентирована преимущественно на медико-социальные последствия наркомании и предусматривает информирование учащихся о негативных последствиях приема наркотических и иных психоактивных средств на физическое и психическое здоровье.

Образовательная модель направлена на обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и свободе выбора при максимальной информированности.

Психосоциальная модель своей главной целью утверждает необходимость развития определенных психологических навыков в противостоянии групповому давлению, в решении конфликтных ситуаций, в умении сделать правильный выбор в ситуации предложения наркотиков.

Концепция первичного, раннего предупреждения употребления наркотиков и роста наркомании среди детей и подростков основана на том, что в центре ее должны находиться ***личность несовершеннолетнего*** и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность: ***семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ним микросоциальное окружение.***

Стратегия профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на:

- формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ;
- формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков законопослушного, успешного и ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку ребенку, начавшему употреблять наркотики, сдерживающих его разрыв с семьей и помогающих ему на стадии социально-медицинской реабилитации при прекращении приема наркотиков;
- внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от «пробы» и приема наркотиков, а также технологий раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися;
- развитие социально поддерживающей инфраструктуры, включающей семью в микросоциальное окружение ребенка «группы риска наркотизации» и ребенка, заболевшего наркоманией.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ, ОСОБО УЯЗВИМЫМИ К ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Более чем 25-летняя история профилактики ВИЧ-инфекции в мире ясно показывает, что эту эпидемию можно остановить и даже заставить отступить, если своевременно провести адекватные и всесторонние профилактические мероприятия. Наиболее приоритетными должны быть профилактические меры, направленные на те группы населения, которые с наибольшей вероятностью могут быть инфицированы и распространять ВИЧ.

Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков

В контексте ВИЧ/СПИД потребление наркотиков становится одним из основных факторов, движущих развитие эпидемии. Свыше 65% случаев ВИЧ-инфекции, выявляемых сегодня в России, приходится на потребителей наркотиков, практикующих совместное использование инъекционного оборудования.

Основная цель профилактической работы — изменение поведения наркопотребителей на более безопасное с тем, чтобы снизить риск распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков и выхода инфекции из очагов.

Поскольку при работе с такой труднодоступной группой, как потребители инъекционных наркотиков, необходим профессионализм, требуется создание тренинговых центров, что позволит обеспечить адекватную подготовку социальных работников, медиков, психологов и других (например, педагогов и сотрудников органов внутренних дел). Курсы подготовки должны освещать уличную (out-reach), амбулаторную и стационарную работу с наркопотребителями.

Каждый специалист, который при выполнении служебных обязанностей может оказаться лицом к лицу с потребителями наркотиков, должен получить соответствующую подготов-

ку и знать о причинах, сущности и признаках злоупотребления ПАВ, а также о службах помощи и поддержки наркопотребителей, уметь общаться с ними и владеть специальными профессиональными техниками работ. Тренинговые центры должны разработать необходимые учебные курсы и помочь адаптировать их к специфике территории. В сложившейся сегодня ситуации в первую очередь специальную подготовку должны пройти следующие специалисты:

— медицинские работники: психиатры, наркологи, медицинские психологи, эпидемиологи, инфекционисты, фтизиатры, дерматовенерологи, токсикологи-реаниматологи, педиатры, участковые терапевты, врачи общей практики, медицинские сестры, специалисты центров по профилактике и борьбе со СПИД и центров медицинской профилактики, медицинские работники системы образования, организаторы здравоохранения;

— Органы внутренних дел: ОППН, УБОП, ОБНОН, ГИБДД, участковые инспекторы;

— Органы юстиции: ГУИН, прокуратура, судьи;

— система образования: педагоги, школьные психологи, управленцы;

— СМИ: редакторы, журналисты;

— Органы таможенной службы;

— Служба Комитета по делам семьи, детства и молодежи;

— Служба Комитета по культуре;

— Руководители и представители законодательной и исполнительной власти.

Каждый гражданин должен понять и принять мысль о том, что наркомания и эпидемия ВИЧ-инфекции — это реальные проблемы сегодняшнего дня, и в их решение нужно вкладывать средства и усилия. Доведение этой мысли до различных социальных и профессиональных групп — задача для специалистов в области коммуникации. Социологические исследования показали, что для изменения поведения социальной группы необходимо охватить мерами социального влияния 60% от ее общего числа.

Таким образом, менеджмент в работе по профилактике ВИЧ-инфекции и наркозависимости является наиболее эффективным и экономически обоснованным способом противодействия эпидемии.

Профилактика на основе современных методов управления должна проводиться активно широким фронтом всеми как ранее известными и хорошо зарекомендовавшими себя методами санитарно-просветительной работы, так и современными методами первичной, вторичной и третичной профилактики дифференцированно по возрасту, профессии, образованию, принадлежности к группам риска, начиная со старшего дошкольного — раннего школьного возраста, максимально приближаясь в совместных беседах и ролевых играх до индивидуума, с целью влияния на индивидуальный выбор, формирование установок человека на здоровый образ жизни, создания психологической иммунизации общества против употребления наркотиков и максимального снижения уровня рискованного поведения, проводя работу по снижению вреда с обменом шприцев и игл, снижением числа инъекций, выдачей презервативов и проводя медико-социальную реабилитацию, обеспечивая работу на всех уровнях и всесторонний межсекторальный подход максимальным числом специалистов первого контакта в медицинских и образовательных учреждениях, семье, во всей сфере жизнедеятельности детей и молодежи.

М.П. Артамошина,
Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения
А.Г. Роговина,
Национальный НИИ общественного здоровья РАМН
Д.К. Белявская,
Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения, г. Москва

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ РИСКОВ ПОВЕДЕНИЯ УЧАСТНИКОВ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ

Дорожно-транспортный травматизм характеризуется сложной обусловленностью и непредсказуемостью, концентрацией в трудоспособных возрастных группах и социально неблагополучных слоях населения. Его профилактика обеспечивается в первую очередь оптимизацией поведения водителей и пешеходов. При этом основное внимание уделяется информированию о потенциальных рисках, ужесточению правил дорожного движения и санкций за их нарушение, ассоциирующееся преимущественно со злым умыслом. До сих пор игнорируется исключительная значимость преодоления стресса и укрепления самосохранительных установок для снижения вероятности ошибок, цена которых особенно высока в условиях высоких скоростей, ограничений видимости и пространства для маневра.

Участие в дорожном движении требует от человека постоянного напряжения, приспособления к меняющейся обстановке. Правилами дорожного движения предусмотрены далеко не все ситуации, а многие наши соотечественники позволяют себе эпизодически или систематически ими пренебрегать. Это определяет зачастую экстремальную интенсивность процесса принятия решений, индивидуальная специфика которого не вполне ясна. Одни и те же возможности, одинаково доступные для всех, субъективно расцениваются по-разному в зависимости от экономического положения, культурного уровня, пола, возраста, предшествующего опыта, сиюминутного состояния и представлений о ближайших и отсроченных перспективах [11].

Так, при любом заданном ожидаемом выигрыше в терминах благоприятного исхода более благополучные члены общества скорее сочтут его выгодным. Немаловажно и то, что у состоятельного человека больше возможностей компенсировать свои потери. Личная независимость и ответственность, необходимые для экономического процветания, повышают значимость и способствуют закреплению навыков обоснованного выбора. То, что такая мотивация самосохранительного поведения может оказаться сильнее, чем абстрактное опасение потенциального ущерба, подтверждается действенностью объявления вредных привычек прерогативой низших сословий в Соединенных Штатах Америки на фоне тщетности растиражированных предупреждений о вреде курения Минздравсоцразвития России.

© М.П. Артамошина, А.Г. Роговина, Д.К. Белявская, 2009 г.

В повседневной практике обеспеченные слои стремятся к лучшему, а обездоленные довольствуются избеганием худшего. Первые более восприимчивы к разумным доводам, но только в той мере, в которой это не противоречит их собственным приоритетам. Материальный достаток, особенно в пореформенной России, требует агрессивно-авантюрного склада характера, пренебрежения буквой закона и интересами окружающих. Поскольку современная жизнь обременена чередой больших и малых рисков, опасность, рискозависимость становятся нормой повседневной жизни на всех уровнях социальной иерархии.

До начала перестройки массовое сознание категорически отвергало саму возможность выхода коррупции, насилия и масштабных экономических махинаций из-под контроля органов правопорядка. Теперь это воспринимается как данность, а правовой нигилизм — как чуть ли не единственный способ выживания. Привыкание к существованию в кризисных условиях и чрезвычайно высокий уровень индивидуально и социально приемлемого риска — две стороны одной медали. В контексте обеспечения безопасности дорожного движения это необходимо учитывать. Тем более, что с 2000 г. в России регистрируется существенное увеличение числа дорожно-транспортных происшествий (ДТП), раненых и погибших в их результате.

Движение транспортного средства всегда сопряжено с риском возникновения ДТП, в котором могут получить травму или погибнуть люди. Понятие «риск» в Европе встречается уже в средневековых источниках, преимущественно в связи с мореплаванием. В англоязычной литературе оно употреблялось параллельно термину «опасность». N. Luhmann (1993) видит различие между ними в причинной обусловленности: риск (risk) — это потенциальный урон вследствие принимаемого решения, в то время как опасность (hazard) — это угроза со стороны внешней среды [12].

В процессе дорожного движения провести четкую грань между рисками и опасностями не представляется возможным. То, что является окружающей средой для участников дорожного движения (экономическая ситуация, транспортная инфраструктура, нормативно-правовая база), формируется бесконечным множеством решений, значительная часть из которых принимается по совершенно другим поводам. С другой стороны, такие, безусловно, средовые факторы, как время суток и погодные условия, влияют на складывающуюся на дороге ситуацию через поведение человека, его осознанный или неосознанный выбор. Поэтому данное различие в контексте безопасности дорожного движения не представляется релевантным: всякая возможность возникновения физического ущерба с участием автомобильного транспортного средства обозначается как ***риск*** дорожно-транспортного травматизма.

Риск тесно связан с вероятностью и неопределенностью. ***Вероятность*** — это возможность возникновения некоторого события. Для достоверного события она равна 1, а по мере убывания шансов стремится к 0. Точность измерения объективных вероятностей зависит от объема статистических данных и от возможности их использования для будущих событий, то есть от сохранения прежних условий [5]. Понятно, что ситуация на дороге формируется широким спектром обстоятельств, полное повторение которых вряд ли реально.

Такая вероятностная среда отличается значительной ***неопределенностью***: действия в ней не являются детерминированными, информация о задействованных факторах и их кумулятивных эффектах заведомо неполна, неточна, неоднозначна и ненадежна. Но от адекватности каждого решения в той или иной мере зависит здоровье, а зачастую и жизнь всех находящихся поблизости. Здесь присутствуют все виды неопределенности:

— ***комбинаторная*** — практическая невозможность полного перебора вариантов;

— ***стохастическая*** — вмешательство случайных и неподдающихся контролю сил;

— ***стратегическая*** — непредсказуемость намерений и приоритетов участников дорожного движения.

Ее источниками являются человек, чьи реакции сугубо индивидуальны и меняются изо дня в день в зависимости от самочувствия, настроения, жизненных обстоятельств, приоритетов и т.д.; техника, в том числе надежность транспортного средства, наличие средств безопасности, качество дорожного покрытия, оборудование обочин; социум, формирующий стереотипы поведения, юридические и моральные нормы, роли, стимулы, конфликты и традиции.

Таким образом, на поведение участников дорожного движения воздействует сложная система причин, следствий и обратных связей. Принимаемые решения всегда, а особенно в условиях интенсивного транспортного потока, связаны с рисковыми последствиями, по поводу которых принимаются дальнейшие решения, также порождающие риски. Причем каждый выбор осуществляется с учетом целого ряда соображений, в котором не всегда центральное место отводится личной и коллективной безопасности. Они могут вытесняться коммерческим расчетом, безрассудством или самопожертвованием, эйфорией или отчаяньем. Возникает серия разветвленных решений, или дерево решений, накапливающее риски. Положение осложняется тем, что не поддающиеся вычислению последствия решений модифицируются условиями, которые могут приводить к значительным потерям и без привязки к конкретным решениям.

Обеспечение безопасности опирается на обычные и очевидные тенденции индивидуальной гипероценки и недооценки рисков в зависимости от предполагаемого результата, а также выбора контролируемых и неконтролируемых факторов. Новое знание само по себе не увеличивает вероятности перехода от риска к безопасности. Напротив, чем более сложными и детальными становятся вычисления, тем больше аспектов, включающих неопределенность по поводу будущего и, следовательно, риска, попадает в поле зрения.

Накапливаемые знания о рисках активно модифицируют коммерческую практику. Например, страховые взносы повсеместно модифицируются в зависимости от стажа вождения, а компенсация ущерба — от года выпуска автомобиля. Юридические нормы более ригидны. В большинстве стран не реализуется научно обоснованная возможность сокращения числа аварий с участием молодых водителей как установление для них более низкого допустимого содержания алкоголя в крови. При одинаковом уровне потребления алкоголя молодые люди попадают в ДТП как минимум в 5 раз чаще, чем водители старше 30 лет. Трудно переоценить актуальность такой меры для нашей страны, где около 15% ДТП совершаются по вине пьяного водителя, а каждый седьмой пешеход, чье нарушение правил дорожного движения привело к ДТП, находится в состоянии опьянения [3]. Остается только гадать, когда будет учтен вывод австралийских ученых, что водители, везущие 2 и более пассажиров, имеют вдвое больше шансов попасть в ДТП, чем те, кто едет в одиночку. Для молодых водителей риск возникновения аварии растет с увеличением числа пассажиров по экспоненте. Если бы молодым водителям разрешали сажать в машину не более одного пассажира, им удалось бы избежать около трети аварий [10].

Знание и действие несинхронны еще и потому, что ввиду невозможности охватить все опасности ранжируются. Без этого простой подсчет объектов, несущих риск, оставил бы нас беззащитными. Поскольку никто не знает всего о рисках, не может быть гарантии, что те риски, которых люди стремятся избежать, — это именно те риски, которые действительно нанесут им наибольший ущерб. Более того, успешное преодоление одной опасности не исключает проявления, или акцентуации другой [9]. Так, дефекты дорожного покрытия затрудняют выдерживание оптимальной траектории движения

транспортного средства, но их устранение не повышает безопасности движения, поскольку некачественное покрытие мобилизует внимание водителя и заставляет снизить скорость. Именно высокая скорость в настоящее время является ведущей причиной как возникновения ДТП, так и получения травмы в нем [2].

Риск следует рассматривать как совместный продукт знания о будущем и согласия о наиболее приемлемых перспективах развития событий. В отношении поведения участников дорожного движения мы не располагаем ни тем, ни другим, но вынуждены действовать, как если бы это не имело значения для обеспечения их безопасности. В результате в концепции обеспечения безопасности дорожного движения преобладает «осуждающий ресурс»: поиск и наказание виновных в каждом отдельном случае, экономическое или силовое принуждение. Такое блокирование чревато их эскалацией. Здесь уместна аналогия с попыткой заткнуть пальцем сорванный кран вместо того, чтобы перекрыть распределительный вентиль.

Априори предполагается готовность каждого водителя руководствоваться правилами, его осведомленность о всевозможных рисках, адекватность оценки собственных физических и психологических ограничений, неослабевающее внимание и бдительность. То есть от рядового водителя требуются исключительные, образцовые качества. На самом деле у каждого свой опыт и стиль вождения. Физические возможности подвержены существенным, иногда внезапным и не всегда осознанным изменениям под влиянием окружающей среды, усталости, недомоганий, потребления медикаментов, а не только алкоголя и наркотиков.

Это не отменяет того факта, что культура поведения участников дорожного движения в соответствии с требованиями Правил дорожного движения в России не сформирована [4]. По официальным данным, в 2007 г. на территории Российской Федерации произошло 195 488 ДТП из-за нарушения Правил дорожного движения водителями транспортных средств (83,6% от общего числа ДТП с пострадавшими), в которых 257 883 человека были ранены и 27 729 погибли. По сравнению с 2006 г. показатели выросли более чем на 4%. Вина пешеходов была установлена в 43 645 ДТП (на 8,4% меньше, чем в 2006 г.), в которых 6954 человека погибли и 38 619 ранены (сокращение, соответственно, 5,9 и 9,2%). Не внушает оптимизма 4%-ное уменьшение числа ДТП с участием детей в свете уменьшения численности этого контингента в составе населения.

С января 2007 г. российским законодательством усилена ответственность за неприменение дополнительных средств безопасности, но до сих пор превалирует привычка обходиться без них. Только 15–20% россиян *(www.prime-tass.ru/news/show)* регулярно применяют ремни безопасности, которые могут снизить вероятность гибели на 40–60%, и подушки безопасности, снижающие вероятность гибели водителя при фронтальных ударах на 22–29% [8]. Еще менее популярны у наших соотечественников детские удерживающие устройства, которые способствуют сокращению числа смертей в результате ДТП среди грудных детей на 71%, а среди детей в возрасте от 2 лет — на 54%.

Далеко не всегда используются мотошлемы, в случае ДТП снижающие риск и тяжесть травм головы на 70%, защитная кожаная одежда, при езде на мопеде или мотоцикле снижающая вероятность травмы на 30% [6], велосипедные защитные шлемы, снижающие вероятность травмы головы на 63–88% [14]. Дети-пассажиры редко надевают защитные шлемы, а если и делают это, пользуются взрослыми шлемами, которые не обеспечивают им практически никакой защиты [13].

До конца 2007 г. размеры административных штрафов, взимаемых за нарушение Правил дорожного движения, были невелики. Окажется ли действенным их существенное повышение с 1 января 2008 г., покажет

время. А пока безответственное поведение взрослых деформирует правосознание подрастающего поколения [1]. Сегодняшние взрослые нарушители на дорогах — это бывшие дети, не обученные в свое время правилам дорожного движения и не мотивированные к их соблюдению [7]. В распространении знаний, умений и навыков безопасного поведения детей на дороге значительную роль играют школьные и внешкольные детские учреждения, но только семья может сформировать привычку их применения.

Приведенные соображения демонстрируют, как неизбежные риски дорожного движения акцентируются общими пробелами в формировании самосохранительного поведения, от социально дифференцированной мотивации которого в значительной степени зависит эффективность мер, направленных на предотвращение ДТП и минимизацию ущерба от их последствий.

Литература

1. *Артамошина М.П.* Формирование стереотипа поведения на дороге у детей// В кн.: Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 24–25 октября 2007 года. — М., 2007. — С. 35–36.

2. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. — М., 2004. — 280 с.

3. Дорожно-транспортные происшествия в России (2006 г.). Обобщенные сведения. — М., 2007. — 21 с.

4. *Луков В.А., Пашин Л.А.* Ребенок на дороге: социологическое исследование социальных последствий детского травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий. — М., 1998. — 128 с.

5. *Романов В.* Понятие рисков и их классификация как основной элемент теории рисков//Инвестиции в России. — 2000. — № 12. — С. 41–43.

6. Справочник по безопасности дорожного движения. — Осло-Москва-Хельсинки, 2001. — 754 с.

7. *Форштат М.* О культуре дорожной безопасности//Основы безопасности жизни. — 2005. — № 12 (114). — С. 24–27.

8. *Crandall C.S., Olson L.M., Sklar D.P.* Mortality reduction with air bag and seat belt use in head-on passenger car collisions//American Journal of Epidemiology. — 2001. — V. 153. — P. 219–224.

9. *Douglas M., Wildavsky A.* Risk and culture: an essay on selection of technology and environmental danger. — Berkeley, 1982.

10. *Lam L.T. et al.* Passenger carriage and car crash injury: a comparison between younger and older drivers//Accident Analysis and Prevention. — 2003. — V. 35. — P. 861–867.

11. *Lindbladh E., Lyttkens C.H.* Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behaviour//Social science & medicine. — 2002. — V. 55. — № 3. — P. 451–465.

12. *Luhmann N.* Risk: a sociological theiry. — New York, 1993.

13. *Ong W.Y.* Design of motorcycle crash helmet for children. — Serdang, 2001.

14. *Thompson D.C., Rivara F.P., Thompson R.S.* Effectiveness of bicycle safety helmets in preventing head injuries: a case-control study//Journal of the American Medical Association. — 1976. — V. 276. — P. 1968–1973.

С.А. Мартынчик,
д.м.н., заведующая лабораторией проблем эффективности в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва
О.В. Соколова,
заведующая отделением медицинской статистики «Центральной клинической больницы с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

ФОРМУЛИРОВКА И КОДИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТАТИСТИКИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

ВВЕДЕНИЕ

Изучение госпитальной заболеваемости категории болезни системы кровообращения (БСК), имеющей социально значимый характер, является частью национальной программы совершенствования системы здравоохранения различных стран. Основной целью изучения заболеваемости БСК ставится познание закономерностей формирования заболеваний и прогнозирования их исходов, поиск эффективных методов контроля качества по оформлению статистической документации.

Систематическая статистическая регистрация данных о госпитальной заболеваемости БСК, их стандартизация в первую очередь, требуют организации работ по изучению структуры случаев госпитализации и унификации кодирования диагностических заключений по нозологическим единицам.

Большое значение имеют стандартная формулировка и кодирование заключительного диагноза, оформляемого на момент выписки больного из стационара, или врачебного заключения о сущности болезни и состоянии пациента, основанного на всестороннем изучении больного.

Процедура унификации врачебного заключения при БСК с учетом нозологических форм[1] и синдромов[2] обеспечивается на основе правил формулировки и кодирования, основанных на стандартах МКБ-10, а также требований к рубрификации диагноза [2].

Диагноз — обязательная составная часть медицинской документации: карт стационарного больного, протокола патолого-анатомического

[1] Нозологическая форма — совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание [2].

[2] Синдром — состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, инструментальных диагностических признаков, позволяющих: а) его идентифицировать; б) отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, которые зависят и от заболеваний, лежащих в основе синдрома [2].

© С.А. Мартынчик, О.В. Соколова, 2009 г.

Таблица 1

Рубрификация диагноза

Рубрика	*Монокаузальный (монопатия)*	*Бикаузальный (бипатия)*
1	Основное заболевание (первоначальная причина обращения, смерти)	Комбинированное основное заболевание (первоначальная и другая причина смерти) а) два конкурирующих б) два сочетанных в) основное и фоновое
2	Осложнение основного заболевания (непосредственная причина смерти) Реанимационные мероприятия	Осложнение основного заболевания (непосредственная причина смерти) Реанимационные мероприятия
3	Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания

вскрытия, медицинских, юридических и статистических документов.

Наиболее частые врачебные ошибки при формулировке диагноза:

- нерубрифицированные и/или неполные (неразвернутые) диагнозы;
- использование в диагнозе терминов, не соответствующих номенклатуре и классификации заболеваний.

Правильно оформленный диагноз должен быть:

- фактически и логически обоснованным;
- структурно оформленным в виде унифицированных рубрик;
- нозологическим, соответствовать требованиям МКБ-10 и номенклатуры болезней;
- развернутым, патогенетическим;
- своевременным (не позднее, чем через 3 суток от момента поступления больного в стационар; для острых заболеваний срок индивидуален, может быть равен нескольким часам).

1. Требования к формулировке и кодированию клинического диагноза при болезнях системы кровообращения

Формулировка диагноза основана на принципе рубрификации диагноза *(таблица 1)* [2].

Как представлено в *таблице 1,* в настоящее время в соответствии со стандартом, утвержденным в 2006 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, диагноз должен быть оформлен в виде рубрик: «основное/комбинированное основное заболевание», «осложнения основного заболевания» и «сопутствующие заболевания».

Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз расценивается как неверно оформленный.

Нерубрифицированный клинический диагноз не пригоден для кодирования и статистического анализа, не подлежит сопоставлению (сличению заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов).

В рубриках диагноза должна стоять нозологическая единица — заболевание или, если невозможно, синдром, имеющая код в МКБ-10.

После указания нозологической единицы всегда должно следовать уточнение ее формы, особенностей патогенеза, морфогенеза и танатогенеза (при летальном исходе), указываются ее проявления в соответствии с современными классификациями.

При написании диагноза для обозначения степени патологического процесса принято использовать арабские цифры, а его стадии — римские.

«Основное заболевание» — это одна или несколько нозологических единиц (заболеваний, реже синдромов), по поводу которых проводилось обследование и лечение во время текущего эпизода обращения к врачу,

Таблица 2

Комбинированное основное заболевание

Типы заболевания	*Понятия*
Конкурирующие заболевания	Две нозологические формы в конкурентных отношениях, каждая из них в отдельности могла бы привести к смерти
Сочетанные заболевания	Две нозологические формы в сочетанных отношениях, взаимно отягощающих друг друга, каждая из них в отдельности не вызывала бы летального исхода
Фоновое заболевание	Нозологическая форма, патогенетически (но не этиологически) связанная с основным заболеванием, одна из причин его развития, способствует развитию смертельного исхода

госпитализации и проведения лечебно-диагностических мероприятий, в случае неблагоприятного исхода заболевания, приведшего к инвалидизации или смерти больного.

В связи с этим диагноз основного заболевания в процессе лечения больного может меняться, причем неоднократно.

В случаях, когда основное заболевание представлено двумя нозологическими единицами (бипатия), при оформлении клинического диагноза первую рубрику оформляют как «комбинированное основное заболевание». Далее указывают конкурирующее заболевание или сочетанные заболевания, или основное и фоновое заболевание.

Определение терминов и понятия «комбинированное основное заболевание» представлено в *таблице 2.*

При бипатиях перечисляют нозологические формы под номерами: цифрами 1, 2, 3 и т.д. Наиболее часто в качестве фонового заболевания для нозологических единиц из групп БСК включается гипертоническая болезнь или сахарный диабет.

На первое место в составе «комбинированного основного заболевания» выставляется нозологическая форма:

- более тяжелая по характеру, осложнениям, с высокой вероятностью летального исхода;
- социально опасная и социально значимая по характеру, потребовавшая больших экономических затрат.

Все нозологические формы комбинированного заболевания расцениваются как равноправные, однако принципиальное значение имеет то, какая из них выставлена на первом месте.

При этом в статистическом отчете учитывается и кодируется та нозологическая форма, которая выставлена на первом месте.

БСК (класс IX) объединяют большое число групповых (родовых) понятий и нозологических единиц.

К групповым (родовым) понятиям БСК относятся: ишемические болезни сердца и цереброваскулярные болезни и нозологические единицы, выделенные на основании этиологии и патогенеза медико-социальных критериев. Как самостоятельные нозологические формы выделены гипертоническая болезнь и атеросклероз.

Многие нозологические единицы класса БСК представляют собой, по сути, осложнения атеросклероза, артериальной гипертензии, сахарного диабета. Групповыми понятиями БСК являются ишемические болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярные болезни (ЦВБ), каждое из которых включает ряд нозологических форм, наделенных специфическими кодами МКБ-10.

Как самостоятельные нозологические формы со своими кодами выделены гипертоническая болезнь и атеросклероз.

В медицинской документации клинический и патолого-анатомический диагнозы БСК

должны быть максимально развернутыми. При этом в диагнозах не используются групповые и/или неуточненные патологические состояния, синдромы и симптомы.

I. Артериальная гипертензия (АГ) — групповое понятие класса БСК, включающее в себя первичные (эссенциальные, или гипертоническая болезнь) и вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии.

Для АГ (фонового заболевания для многих нозологических единиц класса БСК, реже — основного или сопутствующего заболевания) в диагнозе указывается ее вид (для вторичных АГ), степень тяжести (степень повышения артериального давления), стадия и степень (категория) риска сердечно-сосудистых осложнений.

При определении степени тяжести АГ (уровня артериального давления) и стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений при оформлении клинического диагноза рекомендуется использовать классификацию ВОЗ-МОГ, 1999 г.

Стадии эссенциальной АГ, или гипертонической болезни (ГБ) выделяются по классификации, предложенной А.Л. Мясниковым, в основе которой лежат наличие/отсутствие признаков поражения органов-мишеней и их клинических проявлений, обусловленных АГ.

Диагноз ГБ как нозологической единицы (сердечная или почечные формы) классифицируется как ГБ с наличием/отсутствием сердечной недостаточности и/или почечной недостаточности.

Диагноз ГБ как основного заболевания ставится методом исключения в случаях, когда отсутствуют признаки ишемических болезней сердца и цереброваскулярных болезней, а также других ишемических поражений органов и вторичных (симптоматических) АГ.

Диагноз ГБ как фонового заболевания ставится при наличии нозологической единицы из групп ишемических болезней сердца и цереброваскулярных болезней или вторичных АГ.

Клинический диагноз основного заболевания — ГБ должен быть сформулирован следующим образом.

Основное заболевание: ГБ 2-й степени, стадия III, риск 4. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериолонефросклероз (I11.0).

Патолого-анатомический диагноз основного заболевания — эссенциальной АГ должен быть оформлен следующим образом.

Основное заболевание: ГБ с преимущественным поражением сердца и почек (стадия III, риск 4). Эксцентрическая гипертрофия миокарда. Нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Артериолосклеротический нефросклероз с исходом в первично сморщенные почки (I13.1).

II. Ишемические болезни сердца (ИБС) — это групповое (родовое) понятие класса БСК, включающее патологические процессы (нозологические формы) при острой или хронической ишемии миокарда, обусловленные спазмом, сужением или обструкцией коронарных артерий и их исходом при атеросклерозе коронарных артерий.

Острый коронарный синдром — это родовое понятие (тромбоз или окклюзия коронарной артерии при нестабильной стенокардии/ишемической стадии ИМ или «острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда»).

В клинических диагнозах формулировка ИБС, начинающая рубрику основного заболевания, допустима только при наличии уточнения нозологической единицы с двоеточием.

В патолого-анатомическом диагнозе формулировка ИБС недопустима, так как трактуется как неуточненная первоначальная причина смерти.

В «комбинированном основном заболевании» нозологические единицы из группы ИБС имеют как медико-социальный, так и танатогенетический приоритет и выставляются на первое место.

В патолого-анатомической практике применяется морфологическая классификация ИБС, согласно которой выделяют острые и хронические ИБС.

Таблица 3

Нозологические единицы группы острых ИБС

Нозологические единицы	*Категории*	*Код*
Стенокардия напряжения (впервые возникшая, стабильная, прогрессирующая, спонтанная), в патолого-анатомическом диагнозе — мелкоочаговый кардиосклероз	Нестабильная Спатическая Другие формы (стенокардия напряжения, Х-синдром)	I20.0 I20.1 I20.8
Острый (первичный) трансмуральный (крупноочаговый) ИМ (давность от начала до смерти — 28 суток)	Передней стенки Нижней стенки Другой локализации Сроки более 28 суток	I21.0 I21.1 I21.2 I25.8
Острый (первичный) мелкоочаговый (субэндокардиальный, нетрансмуральный) ИМ	Любой локализации Сроки более 28 суток	I21.4 I25.8
Повторный (и рецидивирующий) ИМ (крупно- и мелкоочаговый)	Передней стенки Нижней стенки Другой локализации	I22.0 I22.1 I22.8

Основные нозологические единицы группы острых ИБС, предусмотренных в МКБ-10, приведены *в таблице 3.*

Нозологические единицы из группы ИБС исключают, если выявленные ишемические повреждения миокарда и их исходы обусловлены не атеросклерозом коронарных артерий, а другими заболеваниями (васкулиты, миокардиты, тромбоэмболические осложнения других заболеваний, пороки развития коронарных артерий, травматические повреждения сосудов сердца, травмы и опухоли или метастазы, системные заболевания, заболевания крови и др.).

В клиническом диагнозе выделяют стабильную и нестабильную стенокардию и их варианты:

по длительности заболевания:

- впервые возникшая (в течение месяца, из группы нестабильной стенокардии);
- недавно начавшаяся (2–3 месяца);
- ранняя (до 1 года).

по течению заболевания:

- неосложненная (устойчиво стабильная, прогрессирующая с вариабельным порогом нагрузки);
- осложненная (спонтанная, нестабильная стенокардия, внезапная коронарная смерть).

В патолого-анатомическом диагнозе отсутствует диагноз стенокардия, ее морфологическим субстратом являются разнообразные острые и хронические ее проявления при атеросклерозе коронарных артерий: диффузный мелкоочаговый или крупноочаговый кардиосклероз, мелкоочаговый инфаркт миокарда.

В клинической практике врача-кардиолога получили распространение классификации стабильной, нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда и их осложнений — кардиогенного шока и острой левожелудочковой недостаточности (Канадское общество кардиологов, 1976; Braunwald E., 2005; Killip T., Kimball J., 1967) и их коды, предусмотренные в МКБ-10 [2].

Нозологические единицы группы хронических ИБС представлены в *таблице 4.*

Как видно из *таблицы 4,* к группе хронических ИБС в настоящее время добавлена «ишемическая кардиомиопатия» как проявление длительной хронической ишемии миокарда с его диффузным поражением при отсутствии в анамнезе форм острой ИБС.

К требованиям к формулировке диагноза ИБС относят следующие.

В клиническом диагнозе недопустимо при наличии стенокардии, безболевой ишемии, ишемической кардиомиопатии ограничиваться диагнозом «атеросклеротический», или «постинфарктный» кардиосклероз.

Таблица 4

Нозологические единицы группы хронических ИБС

Нозологические единицы	*Категории*	*Код*
Атеросклеротический (диффузный мелкоочаговый) кардиосклероз	Атеросклеротическая болезнь сердца (исключена сердечная форма ГБ)	I25.1
Крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз	Перенесенный в прошлом ИМ (исключена аневризма сердца)	I25.2
Хроническая аневризма сердца	Аневризма сердца (только не острая, являющаяся осложнением острого ИМ)	I25.3
Ишемическая кардиомиопатия	Ишемия миокарда с диффузным поражением (ФВ — 35% и ниже)	I25.5
Бессимптомная ишемия миокарда	Бессимптомные эпизоды ишемии миокарда при отсутствии приступов стенокардии	I25.6

В патолого-анатомическом диагнозе, помимо указания на морфологический субстрат стенокардии или безболевой формы ишемии миокарда, целесообразно дополнить диагноз (до и после слов «по клиническим данным») уточнением клинической формы ишемии миокарда.

Клинический и патолого-анатомический диагнозы должны быть развернутыми, содержать полную характеристику (оперативные вмешательства и др.).

Клинический диагноз основного заболевания — инфаркта миокарда должен быть сформулирован следующим образом.

Основное заболевание: Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка (дата) (I21.0).

Патолого-анатомический диагноз основного заболевания — инфаркта миокарда должен быть сформулирован следующим образом.

Основное заболевание: Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка (давностью около 5 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II-я стадия, стеноз до 70%) (I21.0).

III. Цереброваскулярные болезни — это групповое понятие класса БСК, включающее в себя кровоизлияния и инфаркты головного мозга, развившиеся вследствие аневризм или мальформаций сосудов головного мозга, если поражение сосудов обусловлено атеросклерозом артерий головного мозга, а не васкулитами, тромбоэмболическими осложнениями, травмой, опухолью или ее метастазами, системными заболеваниями и др.

Требования МКБ-10 к формулировке и кодированию нозологических форм из группы ЦВБ близки к требованиям, предъявляемым для ИБС.

Основные нозологические формы и групповые понятия, входящие в ЦВБ, с кодами МКБ представлены в *таблице 5.*

Согласно требованиям МКБ-10, термин «инсульт» не может быть представлен как в клиническом, так и в патолого-антомическом диагнозах, так как требуется указать конкретную нозологическую единицу: ишемический инфаркт, кровоизлияние в ткань или оболочки головного мозга, с детальной характеристикой.

Термин «геморрагический инсульт» создает неясность: имеется в виду кровоизлияние в головной мозг или его оболочки (гематома) или геморрагическое пропитывание участков ишемического инфаркта головного мозга (геморрагический инфаркт).

Ниже представлены примеры формулировки клинического и патолого-анатомического диагнозов при ЦВБ.

Согласно требованиям МКБ-10, клинический диагноз основного заболевания — внутримозгового кровоизлияния должен быть сформулирован следующим образом.

Таблица 5

Нозологические единицы группы ЦВБ

Нозологические единицы	*Категории*	*Код*
Субарахноидальное кровоизлияние	Включено кровоизлияние вследствие разрыва аорты	I60.1–I60.9
Внутримозговое кровоизлияние	Субкортикальное Кортикальное Стволовое В мозжечок Внутрижелудочковое	I61.0 I61.1 I61.3 I61.4 I61.5
Ишемический инфаркт мозга	Тромбоз прецеребральных артерий Эмболия прецеребральных артерий Тромбоз мозговых артерий Эмболия мозговых артерий Тромбоз вен (непиогенный)	I63.0 I63.1 I63.3 I63.6 I63.8
Дисциркуляторная энцефалопатия	Хроническая ишемия головного мозга без деменции (F01.0) или паркинсонизма (G21)	I67.8

Основное заболевание: Внутримозговое кровоизлияние в область подкорковых ядер правого полушария головного мозга: сопор, левосторонняя гемиплегия, птоз и мидриаз слева (I61.0).

Патолого-анатомический диагноз основного заболевания — внутримозгового кровоизлияния должен быть оформлен следующим образом.

Основное заболевание: Внутримозговая гематома в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга. Атеросклероз артерий головного мозга (стеноз до 30%) (I61.0).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение следует отметить следующее.

Единые требования МКБ-10 к формулировке клинического и патолого-анатомического диагнозов, основанных на стандартах, утвержденных в 2006 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, — условие для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации данных о заболеваемости, обеспечения полной совместимости данных.

Соблюдение правил формулировки, кодирования клинических диагнозов позволяет:

- унифицировать подходы к оформлению диагнозов;
- повысить качество учета и оформления статистической медицинской документации;
- обобщать и сравнивать данные медико-статистического анализа заболеваемости и деятельности больниц;
- распространять современные методы планирования и управления ресурсами.

Литература

1. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Формулировка. Классификация. Практическое руководство/Под ред. И.Н. Денисова, С.Г. Гороховой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

2. *Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.* Справочник. Формулировка и сопоставление клинического и патолого-анатомического диагнозов. — М.: МИА, 2008.

И.В. Тимофеев,
Законодательное собрание Санкт-Петербурга
В.Ф. Чавпецов,
ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова»
О.В. Грицак,
Законодательное собрание Санкт-Петербурга
О.И. Петрук,
Межпарламентская ассамблея Евразийского экономического сообщества
Г.Б. Еремин,
ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова»
А.А. Козлов,
ФГУ КМЦЛ Росздравнадзора, филиал по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВ ГОСУДАРСТВ — ЧЛЕНОВ ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Конституциями всех государств-членов ЕврАзЭС признается право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии со ст. 25 Всеобщей декларации прав человека и ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, а также ст. 2 Протокола № 1 от 20 марта 1952 г. к Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод.

Статья 45 Конституции Республики Беларусь от 15 марта 1994 года гарантирует право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения гражданам Республики Беларусь. Кроме создания государством условий доступного для всех граждан медицинского обслуживания, право на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда.

Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года в статье 29 предусматривает, что граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья. Граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом.

Согласно статье 34 Конституции Кыргызской Республики от 21 октября 2007 года, граждане Кыргызской Республики имеют право на охрану здоровья. Первая медицинская помощь и медицинская помощь по некоторым видам заболеваний, определенным законом, а также медицинская помощь социально уязвимым слоям населения бесплатна; каждый впра-

© И.В. Тимофеев, В.Ф. Чавпецов, О.В. Грицак, О.И. Петрук, Г.Б. Еремин, А.А. Козлов, 2009 г.

ве получить ее в государственных и частных медицинских учреждениях.

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Положения статьи 38 Конституции Республики Таджикистан от 6 ноября 1994 года предусматривают, что каждый имеет право на охрану здоровья. Каждый в рамках, определенных законом, пользуется бесплатной медицинской помощью в государственных учреждениях здравоохранения. Государство принимает меры по оздоровлению окружающей среды, развитию массового спорта, физической культуры и туризма.

В соответствии со статьей 40 Конституции Республики Узбекистан от 8 декабря 1992 года каждый имеет право на квалифицированное медицинское обслуживание.

Целью государственной политики, определенной этими нормативными правовыми актами, является регулирование отношений в области охраны здоровья граждан. Одним из принципов государственной политики в области охраны здоровья граждан является принцип доступности и качества медицинской помощи (ст. 3 Закона Республики Казахстан от 07.07.2006 № 170-III ЗРК «Об охране здоровья граждан»), ответственности лиц за качество медицинской помощи (ст. 4 Закона Кыргызской Республики от 09.01.2005 № 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»).

Анализ законодательства в сфере контроля качества медицинской помощи Республики Беларусь

Государственное регулирование правовых, организационных, экономических и социальных основ в области здравоохранения в Республике Беларусь осуществляется фактически одним специальным нормативным правовым актом — Законом Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII «О здравоохранении».

В указанном законе не применяется понятие «качества медицинской помощи». И, в отличие от законодательства Казахстана и Кыргызстана, одним из принципов государственной политики Республики Беларусь является обеспечение доступности медицинской помощи, но не говорится о качестве медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи пациентам осуществляется на основании клинических протоколов или методов оказания медицинской помощи в соответствии с лечебно-диагностическими возможностями организаций здравоохранения (ст. 14 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII «О здравоохранении»).

Законом урегулированы права граждан на доступность медицинской помощи, установлены виды, формы и условия оказания медицинской помощи? полномочия органов власти в сфере здравоохранения. В законе нет нормы о том, что пациент вправе получать медицинскую помощь надлежащего качества, как и нет понятия «медицинской помощи надлежащего качества», однако установлено, что медицинские работники обязаны квалифицированно выполнять свои должностные обязанности (ст. 51 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII «О здравоохранении»).

На уровне закона не установлены полномочия органов государственной власти, организаций здравоохранения, а также иных субъектов в сфере здравоохранения по осуществлению контроля за соответствием

качества медицинской помощи стандартам медицинской помощи.

Анализ законодательства в сфере контроля качества медицинской помощи Республики Казахстан

Сфера контроля качества медицинской помощи в Республике Казахстан имеет наиболее полное регулирование из всех государств-членов ЕврАзЭС. Законодательство в Республике Казахстан в этой сфере действует как на уровне законов, являющихся наиболее сильным юридическим инструментом, так и на уровне подзаконных актов — постановлений Правительства, приказов Министра здравоохранения.

Само понятие качества медицинской помощи установлено в статье 1 Закона Республики Казахстан от 04.06.2003 № 430-II «О системе здравоохранения» (далее — Закон о системе здравоохранения). Под качеством медицинской помощи понимается мера соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологий.

Качество оказания медицинской помощи является одним из принципов государственной политики Республики (ст. 3 Закона Республики Казахстан от 07.07.2006 № 170-III ЗРК «Об охране здоровья граждан» (далее — Закон об охране здоровья)), а контроль за качеством медицинской помощи — одной из основных задач государственной политики (ст. 3 Закона о системе здравоохранения). Государство провозглашает себя гарантом получения гражданами медицинской помощи, соответствующей качеству, установленному едиными стандартами здравоохранения (ст. 5 Закона о системе здравоохранения).

Получение качественной медицинской помощи является правом пациента, которому корреспондирует обязанность субъект здравоохранения обеспечивать оказание качественной медицинской помощи в соответствии с лицензией (ст. 34-2 Закона о системе здравоохранения). Медицинские работники оказывают медицинскую помощь в соответствии со своими служебными обязанностями. При этом медицинские работники имеют право на поощрение за выполнение своих профессиональных обязанностей на высоком качест-венном уровне (ст. 51 Закона о системе здравоохранения). Граждане, не удовлетворенные качеством оказания медицинской помощи, имеют право на обжалование действий (бездействия) медицинских работников и должностных лиц организаций здравоохранения в уполномоченном органе либо в судебном порядке (ст. 11, 15, 28 Закона об охране здоровья).

Государственное регулирование в области контроля за качеством медицинских услуг осуществляет уполномоченный орган в сфере здравоохранения (ст. 1 Закона об охране здоровья, ст. 1 Закона о системе здравоохранения). Уполномоченный орган осуществляет контрольные и надзорные функции, а также руководство по качеству медицинских услуг в соответствии с порядком, установленным Правительством Республики Казахстан, определяет степень удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи и медицинских услуг, рассматривает жалобы граждан по вопросам качества оказанной медицинской помощи.

Результаты контроля качества медицинской помощи учитываются при возмещении затрат медицинских организаций по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ст. 18 Закона о системе здравоохранения).

Статьей 34 Закона о системе здравоохранения установлено, что организация здравоохранения несет ответственность за своевременное и качественное оказание платных медицинских услуг гражданам.

В отличие от законодательств других государств-членов ЕврАзЭС, в Республике Казахстан на уровне закона установлена возмож-

ность осуществления экспертизы качества медицинских услуг, под которой понимается совокупность организационных, аналитических и практических мероприятий, осуществляемых для вынесения заключения по уровню качества медицинских услуг, предоставляемых физическими и юридическими лицами. Определены субъекты осуществления экспертизы медицинских услуг — это государственный орган в сфере оказания медицинских услуг, а также независимые медицинские эксперты. Объектами такой экспертизы являются:

1) объем и качество оказываемой медицинской помощи, обоснованность размеров финансирования медицинских организаций;

2) уровень квалификации медицинских работников требованиям отраслевых нормативов;

3) укомплектованность медицинским оборудованием, установленным нормативам;

4) защита прав граждан в области охраны здоровья;

5) степень удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемых медицинской помощи и медицинских услуг;

6) причины оказания некачественных медицинских услуг.

По итогам экспертизы принимаются меры по устранению причин оказания некачественных медицинских услуг и совершенствованию оказания медицинской помощи.

Анализ законодательства в сфере контроля качества медицинской помощи Кыргызской Республики

Основополагающим специальным нормативным правовым актом в сфере здравоохранения в Кыргызской Республике является Закон Кыргызской Республики от 09.01.2005 № 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» (далее — Закон об охране здоровья граждан).

Понятия «качества медицинской помощи» и «контроля качества медицинской помощи» в законе не раскрыты, однако многие его статьи фактически направлены на регулирование данной сферы здравоохранения.

Одним из принципов государственной политики Кыргызской Республики в области охраны здоровья граждан является принцип ответственности лиц, оказывающих медико-санитарную помощь, за необеспечение ее безопасности и качества (ст. 4 Закона об охране здоровья граждан).

Субъекты независимо от формы собственности, осуществляющие медицинскую деятельность, в обязательном порядке проходят аккредитацию в целях улучшения качества медицинской помощи в уполномоченном государственном органе Кыргызской Республики в области здравоохранения, задачей которого также является управление качеством медико-санитарной и санитарно-профилактической помощи (ст. 6, 10, 29 Закона об охране здоровья граждан). Контроль качества медико-санитарной помощи, оказываемой субъектами частной медицинской деятельности, осуществляется уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения, а также организациями по защите прав пациентов в соответствии с их уставной деятельностью.

Как и в Республике Казахстан, в Кыргызской Республике также на уровне закона установлен такой вид экспертизы, как экспертиза качества оказания медико-санитарной помощи.

Статьей 72 Закона об охране здоровья граждан установлено право пациента при обращении за медицинской помощью на получение доступной качественной медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой. При этом организации здравоохранения, оказывающие медико-санитарную помощь, обязаны обеспечить доступную, своевременную, качественную, квалифицированную медико-санитарную помощь необходимого объема, установленного для определенных уровней

здравоохранения (ст. 23 Закона Кыргызской Республики от 13.08.2004 № 116 «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике»).

Организации здравоохранения в пределах средств на оплату труда в зависимости от объема и качества оказываемых такими организациями медицинских услуг могут самостоятельно устанавливать для медицинских и фармацевтических работников дифференцированные надбавки к должностным окладам, применять различные прогрессивные формы оплаты труда и его стимулирования (ст. 85 Закона об охране здоровья граждан).

Определенная роль в сфере защиты граждан в Кыргызской Республике отведена медицинскому страхованию как системе мероприятий, обеспечивающей получение качественных медицинских услуг (Закон Кыргызской Республики от 18.10.1999 № 112 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» (далее — Закон о медицинском страховании). Управление качеством предоставляемых медицинских, профилактических услуг, лекарственного обеспечения в системе обязательного медицинского страхования является задачей обязательного медицинской страхования (ст. 5 Закона о медицинском страховании). Застрахованные лица имеют право на обращение к страховщику, если они не удовлетворены качеством оказанных медицинских услуг (ст. 13 Закона о медицинском страховании). Лицами, осуществляющими контроль качества медицинской помощи в Кыргызской Республике, являются территориальные органы управления Фонда медицинского страхования, а также организации добровольного медицинского страхования.

Анализ законодательства в сфере контроля качества медицинской помощи Российской Федерации

Большое значение для охраны здоровья граждан Российской Федерации имеет предусмотренная Конституцией возможность бесплатно получать медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Реализация права граждан на бесплатное медицинское обслуживание происходит в соответствии с Основами законодательства об охране здоровья граждан, Законом РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», иными нормативными правовыми актами.

Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, и иностранным гражданам, находящимся на территории РФ, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами РФ.

Правовые, организационные и экономические принципы в области охраны здоровья граждан в Российской Федерации установлены Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1. В них содержатся правовые основы организации охраны здоровья, определяются права граждан и их гарантии, обязанности и ответственность медико-социальных учреждений.

В данном нормативно-правовом акте не установлено, что направленность на обеспечение качества медицинской помощи является принципом государственной политики Российской Федерации. Также не определены и понятия «качества медицинской помощи» и «контроль качества медицинской помощи».

Организация и осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи возложены на федеральные органы государственной власти и часть полномочий передана органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статьей 20.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан определено, что критерии качества и доступности медицинской помощи предусматриваются в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помо-

щи, которая утверждается Правительством Российской Федерации.

Гарантом получения качественной медицинской помощи пациентом является договор медицинского страхования — соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования (ст. 4 Закона РФ от 28.06.2001 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (далее — Закон о медицинском страховании). Граждане Российской Федерации имеют право на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса (ст. 6 Закона о медицинском страховании). Контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора и защищать интересы застрахованных обязана страховая медицинская организация.

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

Анализ законодательства в сфере контроля качества медицинской помощи Республики Таджикистан

Базовым специальным законом в области охраны здоровья граждан в Республике Таджикистан является Закон Республики Таджикистан от 15.05.1997 № 419 «Об охране здоровья населения» (далее — Закон об охране здоровья населения).

Установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением закон относит к компетенции Правительства Республики Таджикистан. Статьями 5 и 6 Закона об охране здоровья населения, а также статьей 20 Закона Республики Таджикистан от 02.12.2002 № 60 «О частной медицинской деятельности» установлено, что Министерство здравоохранения Республики Таджикистан совместно с органами исполнительной власти на местах осуществляют координацию и контроль деятельности органов и учреждений государственной системы здравоохранения за качеством оказания медико-санитарной, лекарственной помощи ведомственными учреждениями, учреждениями частной системы здравоохранения и несут ответственность за состояние и развитие здравоохранения. Согласно Постановлению Правительства Республики Таджикистан от 01.10.2008 № 484 «О Службе по государственному надзору за медицинской деятельностью» органом государственной исполнительной власти, осуществляющим государственный надзор за медицинской деятельностью, является Служба государственного надзора за медицинской деятельностью.

Законом об охране здоровья населения не определены понятия «качества медицинской помощи» и «контроля качества медицинской помощи». Однако статья 56 Закона устанавливает процедуру оценки качества медицинской помощи населению. Оценка качества медицинской помощи населению в учреждениях здравоохранения осуществляется на основе стандартов качества, устанавливаемых Министерством здравоохранения Республики Таджикистан конкретно для каждого этапа организации медицинской помощи населению.

Определенное внимание в нормативно-правовой базе Республики Таджикистан уделено участию частных медицинских организа-

ций в осуществлении целенаправленных программ обязательного медицинского страхования, государственного обеспечения и здравоохранения. Одним из обязательных условий участия является заключение соответствующих договоров о государственном обеспечении частных медицинских организаций, в которых обязательно устанавливаются требования к качеству медицинской помощи, правила контроля за качеством медицинской помощи (ст. 19 Закона Республики Таджикистан от 02.12.2002 № 60 «О частной медицинской деятельности»).

Анализ законодательства в сфере контроля качества медицинской помощи Республики Узбекистан

Нормативным правовым документом, непосредственно регулирующим общественные отношения в области охраны здоровья граждан, является Закон Республики Узбекистан от 29.08.1996 № 265-I «Об охране здоровья граждан» (далее — Закон об охране здоровья граждан). Как и в законодательстве Республики Беларусь, в Республике Узбекистан отсутствует целостная регламентация отношений в сфере контроля качества медицинской помощи. Законом урегулированы права граждан на доступность медицинской помощи, установлены виды, формы и условия оказания медицинской помощи, полномочия органов власти в сфере здравоохранения, однако не определены понятия «качества медицинской помощи» и «контроль качества медицинской помощи».

Как и в других государствах-участницах ЕврАзЭС, уполномоченный орган государственной власти — Министерство здравоохранения Республики Узбекистан участвует в разработке государственных стандартов качества и объема медицинской помощи (ст. 5 Закона об охране здоровья граждан). Координация и контроль деятельности органов, учреждений и предприятий системы здравоохранения, контроль за качеством оказываемой медико-социальной помощи учреждениями здравоохранения относятся к ведению органов государственной власти на местах.

ВЫВОДЫ

Качество медицинской помощи — это вопрос, который касается каждого человека, и от того, насколько профессионально грамотно он решается, зависит завтрашний день не только нуждающегося в медицинской помощи человека, но и его близких. Неудовлетворительное качество медицинской помощи является одной из причин превышения смертности над рождаемостью, инвалидизации населения, социальной напряженности, поскольку существенно затрудняет реализацию права человека на охрану здоровья. Необходимость повторных медицинских услуг для устранения последствий управленческих и врачебных ошибок приводит к невосполнимым экономическим потерям. Существенные финансовые вливания, осуществляемые странами в систему здравоохранения, сами по себе не дают желаемых результатов, если не будет предпринято эффективных мер по созданию и развитию систем управления качеством медицинской помощи.

Проблема улучшения качества медицинской помощи (далее КМП) является важной социально-экономической проблемой для многих государств мира. Во многих странах руководители признали концепцию непрерывного улучшения качества медицинской помощи (Total Quality Management) своей национальной экономической идеей. Актуальность этой проблемы подчеркивает Всемирный Альянс за безопасность пациентов.

Непрерывное уменьшение негативного влияния медицинской помощи ненадлежащего качества на общественное здоровье граждан будет способствовать повышению эффективности мероприятий государства, направленных на улучшение качества жизни населения, сохранение и увеличение трудового потенциала, необходимого для достижения стратегических целей внутренней и внешней политики.

В конечном итоге те или иные подходы к анализу КМП предусматривают наличие определенных критериев, эталонов структуры, процесса и результатов деятельности организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, то есть наличие стандартов.

Концепции стандартов, или эталонов контроля качества медицинской помощи населению стран Сообщества лежат в основе методов анализа КМП. Стандарты могут быть выражены по-разному и иметь достаточное число модификаций в зависимости от того, какие элементы (компоненты, аспекты, параметры и т.д.) системы измеряются, в какой очередности, каким образом, какова взаимосвязь между тем, что измеряется, и тем, что считается адекватным.

Отправной точкой законодательного обеспечения государств-членов ЕврАзЭС в сфере обеспечения качества медицинской помощи является определение сферы его действия, а также создание целостной концепции контроля качества медицинской помощи как части единой системы управления качеством медицинской помощи.

Важным условием формирования систем непрерывного обеспечения качества медицинской помощи является определение целей, задач, принципов, объектов и субъектов контроля качества медицинской помощи полномочий органов власти, а также разработка норм-дефиниций, определяющих основные понятия. Они должны быть основаны на надежной научной базе и отличаться четкостью формулировок. В систему контроля качества медицинской помощи должны быть вовлечены все государственные органы и медицинские организации независимо от формы собственности.

В соответствующих нормах должны быть регламентированы права, обязанности и ответственность участников контроля качества медицинской помощи. В противном случае их обязанности, надлежащее исполнение которых не обеспечено юридическими санкциями, превращаются в пустую декларацию. В меньшей мере это относится к контролируемому лицу, но и в отношении него необходимо закрепить положения о том, что в случае, если контролируемое лицо в процессе осуществления контроля качества медицинской помощи своим поведением нарушит права и законные интересы других лиц либо создаст угрозу их нарушения, оно может быть привлечено к ответственности в порядке, предусмотренном законодательством.

Независимость участников контроля качества медицинской помощи возможно обеспечить через закрепление в законодательстве положения о том, что специалист по оценке качества медицинской помощи не только вправе, но и обязан отказаться от участия в проведении оценки качества медицинской помощи, если состоит в родственных либо в личных неприязненных отношениях с контролируемым лицом, либо находится от него в служебной, материальной или иной зависимости.

Необходимо регламентировать процедуру осуществления контроля качества медицинской помощи и определить полномочия субъектов такого контроля. Ясность в подобной регламентации важна как для субъектов контроля, так и для конечного потребителя медицинской услуги — пациента.

Проведенный сравнительно-правовой анализ национальных законодательств государств-членов ЕврАзЭС показал, что в государствах существует правовая база по охране здоровья населения, имеются все предпосылки для выработки единого подхода в области предоставления медицинской помощи надлежащего качества. В государствах Сообщества в целом имеются условия для дальнейшего совершенствования и унификации законодательства в области контроля качества медицинской помощи.

Разработка и принятие законодательного акта «О контроле качества медицинской помощи» будут способствовать унификации национальных законодательств, согласованию и координации политики государств в этой области.

М.А. Шифрин,
НИИ Нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко РАМН, г. Москва

РОЛЬ И МЕСТО ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕНЯЮЩЕЙСЯ ПАРАДИГМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАРЕЮЩЕЙ ЕВРОПЫ

Анализируя основные международные тренды в медицинской информатике, обозначившиеся в докладах и материалах Международной конференции MIE 2009 Medical Informatics in a United and Healthy Europe, прошедшей 30 августа — 2 сентября 2009 г. в Сараеве, Босния и Герцеговина, Научный программный комитет выделил следующие:

- В стареющей Европе происходит сближение здравоохранения и социального обеспечения, и роль информационных технологий в этом процессе все возрастает. Все большее внимание уделяется разработке различных датчиков для удаленного мониторинга состояния пожилых людей, например, датчиков падения.
- Накапливается все больше примеров нарушения безопасности пациентов, связанных не только с врачебными ошибками, но и с использованием ИТ-технологий.
- Возрастает популярность темы клинических руководств и протоколов, а также неприкосновенности и безопасности частной жизни (некий аналог зон действия 152-ФЗ)

Из всего прозвучавшего на конференции одно из самых ярких впечатлений произвел доклад израильского врача, профессора Мордехая Шани (Mordechai Shani) «Использование ИКТ для медицинского обеспечения хронических пациентов». Основная идея доклада состояла в том, что, поскольку лидерство по частоте встречаемости в наше время переходит от инфекционных к хроническим заболеваниям, нужна смена парадигмы здравоохранения. Приведена интересная таблица, показывающая различие старых и новых подходов *(таблица 1)*.

Если до сих пор здравоохранение сосредоточено в основном на оказании помощи больному, то теперь фокус системы здравоохранения должен перемещаться на здоровье сообщества. От лечения больного следует переходить к сохранению здоровья здоровых, от эпизодической помощи — к непрерывной, от реакции на происходящее — к проактивности, то есть к предсказанию и предотвращению будущих событий.

Лечением пациента равно, как и поддержанием здоровья пациента с хроническим заболеванием, сегодня фактически занимается команда, в которую входят много специалистов. Очевидно, что ИТ могут помочь в обеспечении такой парадигмы, выступив в роли «клея», объединяющего

© М.А. Шифрин, 2009 г.

Таблица 1

Смена парадигмы здравоохранения

Старая парадигма	*Новая парадигма*
Фокус — на индивидууме	Фокус — на сообществе
Эпизодическая помощь	Непрерывная помощь
Лечение болезней	Сохранение здоровья
Реактивность	Проактивность
Опора на случаи из практики	Доказательная медицина
Лечение самостоятельное/в составе небольшой группы	Объединенная мультипрофессиональная команда

функции врачей, социальной защиты, обеспечения удаленной помощи (телеконсультации), образовательной сети, которая связана со всеми другими сетями и поддерживает всех, кто оказывает помощь пациенту.

Тема сдвига парадигмы в здравоохранении и в системах его информационной поддержки получила развитие в докладе Бернда Блобеля (Bernd Blobel, Германия), который выделил три модели информатизации здравоохранения.

Первая модель подразумевает наличие информационных систем во многих организациях, оказывающих медицинскую помощь пациенту, но при этом информационный обмен между ними оказывается крайне затрудненным. В основном используются бумажные документы или диски с изображением.

Другая модель информатизации здравоохранения предполагает организацию процесса специализированных медицинских записей, различных регистров, то есть информационную поддержку отдельных процессов в здравоохранении (примерами могут служить регистры и виртуальные сообщества больных диабетом или раком). Этот подход также не позволяет организовать всеохватывающее пациентоцентрированное здравоохранение.

Третья модель имеет целью создание множества систем, которые концентрируются вокруг пациента на основе его персональных медицинских записей.

Медицинская информатика призвана не просто поддерживать локальные процессы в здравоохранении, а служить тем клеем, который позволяет создать всеохватывающее пациентоцентрированное здравоохранение

Персональные медицинские записи, по мнению Блобеля и многих других исследователей, и есть та магистраль, по которой пойдет медицинская информатика в ближайшие годы. То есть медицинская информатика призвана не просто поддерживать локальные процессы в здравоохранении, а служить тем клеем, который позволяет создать пациентоцентрированное здравоохранение.

Н.Е. Шкловский-Корди,
ведущий научный сотрудник ГНЦ РАМН, г. Москва

ТЕЛЕМЕДИЦИНА УМЕРЛА, ДА ЗДРАВСТВУЕТ СКАЙП!

Гематологи не могут довольствоваться короткими чужими описаниями там, где смертельный диагноз ставится по сложной многоцветной картине микропрепарата. Специалистов же, способных узнать эти образы болезни, очень мало, пересылка «стекол» занимает иногда очень много времени, а чтобы переслать за границу, так еще нужно спецразрешение Минздрава на вывоз биологических образцов.

Мы долгие годы — с того момента, как приставили к микроскопу бытовую видеокамеру и увидели на экране монитора картину, достаточно качественную, чтобы ее могли обсуждать эксперты, — стремились к передаче этих живых изображений через Интернет. Мы упивались обещаниями телемедицины, которая сулила сделать это вот-вот, и тянулось это десятилетиями. Несколько месяцев назад одна разрекламированная компания, поглотившая бюджетные и внебюджетные миллионы, в очередной раз приходила к нам в Институт и, предлагая свои услуги, не смогла обеспечить работу с удаленным микроскопом в реальном времени.

А 20 октября 2009 года это сделала бесплатная программа Skype, у которой появилась новая функция «показать экран». Мы провели первый успешный видеозвонок с обсуждением морфологических препаратов костного мозга. В нем участвовали ведущие отечественные морфологи: академик Андрей Иванович Воробьев (Москва) и профессор Юрий Александрович Криволапов (СПб). Уже не один врач мучительно размышляет над микроскопом — с ним по мановению волшебной клавиши оказывается коллега — и их общие усилия мощнее не в два, а во много раз. Причем это не мешает еще 18 миллионам пользователей Skype одновременно с нами говорить о своих делах и видеть своих собеседников.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ЗАЩИТЕ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ОБРАБОТКЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Так была сформулирована тема Парламентских слушаний, прошедших в Москве 20 октября 2009 г. Как хорошо известно, 7 ноября 2001 г. Российская Федерация подписала Конвенцию Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных, возложив на себя обязательства по приведению в соответствие с нормами европейского законодательства деятельности в области защиты прав субъектов персональных данных.

Первым шагом в реализации вышеназванных обязательств стало принятие Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее — 152-ФЗ). Целью федерального закона является обеспечение защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну.

Федеральный закон определил Уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных, установил права субъектов персональных данных, обязанности и ответственность операторов, осуществляющих обработку персональных данных.

В настоящее время функции Уполномоченного органа возложены на Федеральную службу по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (далее — Роскомнадзор). Федеральная служба находится в ведении Министерства связи и массовых коммуникаций Российской Федерации (далее — Минкомсвязи), которое осуществляет контроль и координацию деятельности Уполномоченного органа.

В составе Роскомнадзора функционируют 78 территориальных органов, из них в 19 созданы профильные отделы, в остальных управлениях дополнительно введены должности для выполнения функций по осуществлению государственного контроля и надзора за соответствием обработки персональных данных требованиям законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

Таким образом, в настоящее время функционирует организационно-штатная структура Уполномоченного органа, которая имеет координационный центр на федеральном уровне и территориальные органы в субъектах Российской Федерации.

Деятельность Роскомнадзора регулируется Положением, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 16.03.2009 № 228.

По мнению участников Парламентских слушаний, в Положении нашли отражение не все полномочия, предусмотренные статьей 23 Федерального закона «О персональных данных».

Так, несмотря на наличие в Положении бланкетной нормы, в соответствии с которой, наряду с полномочиями, прямо предусмотренными Положением, Роскомнадзор осуществляет и иные полномочия, в том числе предусмотренные федеральными законами, в настоящее время отсутствуют правовые механизмы реализации органами Роскомнадзора, в частности, права вносить в Правительство Российской Федерации предложе-

ния о совершенствовании нормативного правового регулирования защиты прав субъектов персональных данных, права обращаться в суд с исковым заявлением в защиту прав субъектов персональных данных и представлять интересы субъектов персональных данных в суде, а также обязанности организовывать в соответствии с требованиями настоящего федерального закона и других федеральных законов защиту прав субъектов персональных данных.

Задача по приведению актов, регулирующих деятельность Роскомнадзора, в строгое соответствие с положениями Федерального закона «О персональных данных», представляется одной из наиболее значимых для повышения уровня защиты прав субъектов персональных данных в России.

Не менее значимой видится задача по приведению статуса Уполномоченного органа в Российской Федерации в соответствие с требованиями Дополнительного протокола к Конвенции от 8 ноября 2001 года в части обеспечения осуществления функций Уполномоченного органа независимо.

В развитие Федерального закона Правительством Российской Федерации был выпущен ряд нормативных правовых актов. Приказом Россвязькомнадзора от 17.07.2008 № 08 (в ред. от 18.02.2009) был утвержден образец формы уведомления об обработке персональных данных. В развитие Постановления Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2007 г. № 781 совместным Приказом ФСТЭК России, ФСБ России и Мининформсвязи России от 13 февраля 2008 г. № 55/86/20 был утвержден Порядок проведения классификации информационных систем персональных данных.

Также во исполнение п. 3 этого Постановления Федеральной службой по техническому и экспортному контролю (далее — ФСТЭК России) в пределах ее компетенции утвержден пакет методических документов: «Методика определения актуальных угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», «Базовая модель угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», а также «Основные мероприятия по организации и техническому обеспечению безопасности персональных данных, обрабатываемых в информационных системах персональных данных». Указанные документы имеют гриф «Для служебного пользования». Документы предоставляются оператору по его запросу. В настоящее время перерабатываются.

Одновременно утверждены «Типовые требования по организации и обеспечению функционирования шифровальных (криптографических) средств, предназначенных для защиты информации, не содержащей сведений, составляющих государственную тайну, в случае их использования для обеспечения безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных» и «Методические рекомендации по обеспечению с помощью криптосредств безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных с использованием средств автоматизации». Документы имеются в публичном доступе в сети Интернет.

В целом подзаконные нормативные правовые акты ориентированы на защиту собственно персональных данных, а не прав граждан при обработке их персональных данных в информационных системах, что не соответствует базовым тенденциям в развитии законодательства о персональных данных в европейских странах в рамках реализации Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных.

Операторы ПД столкнулись с различными подходами в трактовке положений Федерального закона в регионах, недостатком разъяснений со стороны государственных регуляторов и избирательным применением Федерального закона.

Кроме того, требования к операторам информационных систем персональных данных со стороны ФСТЭК России включают такие механизмы государственного регулирования (лицензирование деятельности по технической защите информации, сертификацию средств защиты информации, аттестацию информационных систем персональных данных), для реализации которых у большинства операторов нет достаточных материальных и трудовых ресурсов. Особенно это касается бюджетных организаций в сфере образования, медицинского обслуживания, жилищно-коммунального комплекса.

Существенное увеличение затрат на подготовку информационной системы по требованиям безопасности персональных данных и особенно затраты на поддержание системы в коммерческих организациях неизбежно отразятся на стоимости услуг оператора.

Участники рынка услуг по защите персональных данных также не в силах предоставить услуги всем заинтересованным операторам, которых, по экспертным оценкам, более 2 миллионов.

Операторы обращают внимание законодателей на дисбаланс в российском законодательстве в сторону интересов субъекта персональных данных. При этом реальные возможности операторов по исполнению возлагаемых на них законом требований зачастую не учитываются.

Подзаконная база сформировала чрезвычайно затратный, запутанный, противоречивый механизм, не учитывающий ни особенности обработки персональных данных в различных сферах деятельности, ни возможности оператора по обеспечению установленных требований. Специалисты указывают на неадекватность требований по обработке данных возможным угрозам их утраты и конфликте требований, установленных разными законами.

Финансовые проблемы реализации закона прогнозировались депутатами Государственной Думы еще при внесении Правительством РФ в Государственную Думу проекта федерального закона «О персональных данных», поскольку затраты на реализацию Федерального закона из средств федерального бюджета не предусматривались. Тем не менее, выполнение органами государственной власти, органами местного самоуправления, бюджетными организациями требований основных регуляторов (ФСТЭК России и ФСБ России) по обеспечению безопасности обработки персональных данных потребует резкого увеличения расходов из бюджетов всех уровней, которые не планировались и не осуществимы в условиях кризиса.

Следствием указанных проблем стала массовая неготовность к исполнению Федерального закона. Ситуация не может принципиально измениться за оставшиеся два с половиной месяца. Это означает, что с начала 2010 года вступят в силу положения части 3 статьи 25 Федерального закона и государственные регуляторы будут вправе осуществлять проверки исполнения требований закона в отношении всех информационных систем персональных данных.

Сложность исполнения этих требований и других положений Федерального закона будет усиливать правовой нигилизм в обществе и создаст условия для коррупции.

Заслушав и обсудив все вышеперечисленные проблемы, участники парламентских слушаний сформировали блок ***рекомендаций:***

1. ***Президенту Российской Федерации:*** взять под личный контроль деятельность Правительства Российской Федерации по подготовке к вступлению в силу Федерального закона «О персональных данных».

2. ***Совету при Президенте Российской Федерации по развитию информационного общества в Российской Федерации:*** включить мероприятия по обеспечению безопасности персональных данных в Типовую форму ведомственной программы внедрения информационно-коммуникационных технологий в деятельность федерального органа государственной власти.

3. ***Федеральному Собранию Российской Федерации и Правительству Российской Федерации:*** в кратчайшие сроки внести изменения в Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», устраняющие основные проблемы и недостатки закона. До конца 2009 года внести изменения в Федеральный закон от 8 июля 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». В возможно кратчайшие сроки внести на рассмотрение Государственной Думы во втором чтении проект Федерального закона № 217355-4 «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О ратификации Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных» и Федерального закона «О персональных данных», дополнив его статьями, предусматривающими внесение изменений в федеральные законы, направленных на усиление административной ответственности за нарушение требований закона; уточнение положений Федерального закона «О связи» (абз. 4 ч. 2 ст. 53); федеральных законов, регулирующих банковскую деятельность; уточнение формулировки понятия «конфиденциальность информации» (ст. 2 Федерального закона «О информации, информационных технологиях и о защите информации»).

4. ***Правительству Российской Федерации:*** до конца 2009 года внести в Государственную Думу проект Федерального закона «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», в том числе предусматривающего внесение изменений в Федеральный закон «О персональных данных» в части определения предмета, сроков и оснований проведения проверок в области защиты персональных данных. После внесения изменений в Федеральный закон «О персональных данных» привести в соответствие с ним нормативные правовые акты Правительства Российской Федерации (включая Положение об Уполномоченном органе по защите прав субъектов персональных данных) и нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти. Организовать публичные обсуждения проектов нормативных правовых и нормативно-технических актов, подготовленных во исполнение Федерального закона «О персональных данных». Принять программу мероприятий, рассчитанную на 1 год, по подготовке к вступлению в силу Федерального закона «О персональных данных».

5. ***Генеральной прокуратуре Российской Федерации, Роскомнадзору, Федеральной службе труда, Федеральной антимонопольной службе*** разработать единый порядок взаимодействия их территориальных органов при выявлении, пресечении и профилактике правонарушений в сфере обработки персональных данных.

6. ***Комиссиям (Советам) по защите информации при Полномочных представителях Президента Российской Федерации в федеральных округах, уполномоченным органам государственной власти субъектов Российской Федерации обеспечить координацию подготовки организаций субъектов Российской Федерации*** к вступлению в силу Федерального закона «О персональных данных», подготовить планы мероприятий по разъяснению, обучению, стимулированию организаций к выполнению требований Федерального закона, рассматривать на своих заседаниях ход выполнения планов мероприятий; направлять в уполномоченные органы и Государственную Думу предложения по совершенствованию законодательства в области защиты персональных данных; оказать поддержку органам местного самоуправления и муниципальным организациям в подготовке к вступлению в силу Федерального закона «О персональных данных».

Подготовил А. Гусев

От редакции:

Как это ни парадоксально, несмотря на широкое развитие платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях здравоохранения, в редакцию поступают письма с просьбой рассказать о том, с чего начать при оказании платных услуг. Причем не только из учреждений, где платных услуг раньше не было, но и из учреждений, в которых платные медицинские услуги оказываются уже многие годы. Причина проста: бюджетные учреждения хотят уйти от ситуации, когда платные услуги оказываются в режиме «самотека», и попытаться построить более логичную систему. Сегодня мы публикуем материал, который, надеемся, поможет нашим читателям выработать свою стратегию в этой сфере.

Шеф-редактор журнала Н.Г.Куракова

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ: С ЧЕГО НАЧАТЬ?

КОНСУЛЬТАНТ: д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Достаточно распространенная картина: учреждение понимает необходимость увеличить объемы оказываемых платных медицинских услуг, но не видит для этого резервов — ведь нужны комфортные условия, хорошее оборудование, уникальные технологии, специалисты «с именем» и т.д. А все это требует денег, которые можно получить только от доходов за счет платных услуг, объемы которых пока крайне невелики. Брать ссуды государственным и муниципальным учреждениям запрещает Бюджетный кодекс РФ. Получается замкнутый круг, разорвать который многим представляется невозможным.

Итак, с чего начать?

Прежде всего нужно отказаться от «комплекса неполноценности». Возможности для развития платных услуг есть у каждого учреждения и вовсе не обязательно для этого быть уникальным учреждением — уникальные сферы можно найти или создать в любом из них. Необязательно это должны быть уникальные виды оборудования, технологии, специалисты с высокой профессиональной репутацией и т.д. «Изюминкой» на первом этапе может стать просто врач, умеющий добросердечно общаться с пациентами, удобный график работы и т.д. Ведь хорошо известно, что пациенты не могут профессионально оценить ква-

лификацию врача, зато манеру общения, сервис и т.д. оценивают очень четко.

Кроме того, нужно помнить, что одним из важнейших факторов конкурентоспособности является транспортная доступность — близость учреждения к месту проживания. Если за сложными, высокотехнологичными видами услуг пациенты готовы ехать в другой конец города, в другой населенный пункт, то вряд ли они поступят также, если речь идет о лабораторных исследованиях и т.д., сопоставимых по цене с транспортными расходами. Нужно задаться вопросом: «Не упускает ли учреждение таких пациентов?»

Наконец, ценовая стратегия. Доступные цены — не только важнейшее преимущество, но и элемент расчетливой стратегии продвижения своих услуг.

Что касается специалистов «с именем», то, как это ни покажется странным, вовсе не обязательно иметь их в своем штате. По крайней мере, как основных работников. Достаточно их привлекать как совместителей, по договорам подряда и т.д. В одном из ближайших номеров мы отдельно рассмотрим различные варианты оформления взаимоотношений с такими работниками. Причем «раскрутку» имени сделают за Вас другие — те организации, в которых они работают в качестве основных сотрудников: ведущие клиники, ВУЗы, кафедры и т.д.

Необходимо поставить перед коллективом задачу рывка в развитии платных услуг, провозгласить ее как именно общую задачу и администрации, и каждого отдельного сотрудника. Следует показать как имеющиеся возможности, резервы, так и факторы, препятствующие этому. Нужно настроить коллектив на, возможно, не слишком близкую, но перспективную работу, четко фиксируя любой успех и отмечая промахи.

И эта работа должна быть хорошо организована. В связи с этим отметим, что довольно распространенной ошибкой является ситуация, когда организацию платных услуг поручают отделу платных услуг или аналогичному специально созданному подразделению. Суть не в том, что такая служба не нужна, а в том, что полномочий, знаний представителей этих служб недостаточно для нормальной организации платных услуг — ведь вопросы платных услуг касаются таких служб, как планово-экономическая, бухгалтерская, статистика и т.д. и, естественно, лечебных подразделений. Только совместными усилиями можно решить такие вопросы, как ценовая стратегия, отдельный учет объемов оказанных платных услуг, доходов и т.д. Повлиять же на главного бухгалтера, заместителя по экономическим вопросам и т.д. начальник отдела платных услуг, находящийся в более низком статусе руководителя структурного подразделения, практически не в состоянии. Начинается «хождение по кругу», проблемы «зависают», не решаются. Поэтому необходимо создать своего рода штаб (рабочую группу и т.д.), состоящий из представителей тех служб, которые в наибольшей мере задействованы в организации оказания платных услуг. Идеальный вариант, когда такую рабочую группу возглавляет заместитель главного врача по коммерческой деятельности. Однако это не является обязательным требованием — такая должность все же подразумевается в учреждении с большим объемом платных услуг.

Цель подобной рабочей группы — согласование многочисленных вопросов, возникающих в процессе оказания платных услуг.

Ориентация на развитие платных услуг требует изменения психологии сотрудников. Мало хорошо лечить. Нужно, чтобы пациенты остались довольными обхождением, вниманием, даже интонацией голоса медицинских работников. Нужно учитывать особенности каждого пациента.

Естественно, работать с каждым пациентом трудоемко. Подстраиваться под его желания сложно. Нередко бытует мнение о том, что лучше найти богатую фирму и заключить с ней договор, тогда пациенты никуда не денутся и все равно придут. Это не

слишком конструктивная позиция. Во-первых, трудно рассчитывать, что серьезные фирмы будут направлять своих сотрудников лечиться в учреждение, где сервис, организация оказания медицинской помощи находятся на низком уровне (хамство, очереди и т.д.). Во-вторых, в этом случае трудно рассчитывать на длительное сотрудничество.

Но одновременно создание хорошего сервиса порой оценивается как более сложная задача, чем повышение качества медицинской помощи. В первую очередь из-за отсутствия четких критериев. Для того, чтобы решать эту проблему, на первом этапе нужно найти варианты формализации сервиса. Прежде, чем спрашивать с сотрудников, нужно четко сформулировать требования к ним. В частности, это касается того, что именно подразумевается под сервисностью, что она в себя включает, как вести себя в тех или иных случаях.

В то же время, если администрация учреждения понимает, что с сервисом еще много проблем, можно начинать с видов услуг, мало связанных с сервисом: лабораторная диагностика и т.д.

При организации платных услуг необходимо уделять особое внимание тем службам, которые имеют первый контакт с пациентами: регистратура и приемное отделение. Именно от их работы зависит первое впечатление, создаваемое учреждением, именно на этом этапе отсеиваются многие потенциальные платные пациенты, не желающие терпеть хамство за свои деньги, тратить много времени на оформление документов, стояние в очереди в общую регистратуру и т.д. Нужно создавать отдельные окна для них, подбирать сюда наименее конфликтных людей, обучать персонал, проводить тренинги и т.д.

Порой администрация учреждения опасается, что предъявление высоких требований к обслуживанию платных пациентов, наказание путем снижения оплаты за оказанные платные услуги и т.д. приведут к тому, что сотрудники будут отказываться от оказания помощи привередливым платным пациентам. Но, во-первых, высокие требования нужно предъявлять к культуре межличностных взаимоотношений при оказании помощи любым пациентам независимо от источника финансирования. Ведь на самом деле оказание услуг с повышенной сервисностью не многим отличается от общих требований взаимоотношений с пациентами как таковыми, которые, к сожалению, далеко не всегда выполняются. Но и эти требования тоже нужно четко формулировать и настаивать на их исполнении. Во-вторых, далеко не всегда сотрудники могут отказаться от обслуживания «платного» пациента, от оказания платных услуг, если это входит в его нормальную нагрузку. Работник принимается не на работу по соответствующему источнику финансирования, а для выполнения определенной функции. Трудовой договор вообще не оговаривает источника финансирования — это не предмет взаимоотношений работника и работодателя.

Порой растерянность администрации вызывает желание каждого из сотрудников получить свою долю из доходов от платных услуг. Логика работников при этом примерно такова: если я убираю двор, по которому ходят платные пациенты, мне должны доплачивать за это.

Как ни парадоксально, порой развитие платных услуг тормозит сама администрация учреждения — своими аппетитами, когда она занимает аналогичную позицию. Если врач на платных услугах зарабатывает, скажем, 10 тыс.руб., то главный врач претендует на гораздо большую сумму. Это логично, но только при условии, что объемы платных услуг позволяют сделать это. А ведь есть еще заместители, главный бухгалтер и т.д. — штаты административно-управленческого персонала достаточно велики. К сожалению, аппетиты администрации не всегда соотносятся с объемами платных услуг. При этом проблема не в сумме как таковой, а в том, что для ее достижения приходится ограничивать долю средств, направляемых на оплату

труда непосредственных исполнителей. А это снижает стимулы к увеличению объемов платных услуг, провоцирует теневую оплату.

Что же касается дополнительной оплаты труда дворников, прачек и других работников (не имеющих отношения к непосредственному оказанию платных услуг) за счет доходов от платных услуг, то логика в общем случае должна быть следующей: если объем работы с учетом платных пациентов не превышает плановую нагрузку (уборочную площадь и т.д.), то у работника нет оснований претендовать на дополнительную оплату, даже если платные пациенты бросают «дополнительные» окурки. В то же время доходы от платных услуг зачастую являются источником средств для повышения заработной платы подобным работникам, поскольку уровень их оплаты труда обычно невелик, и учреждение вынуждено перераспределять фонд оплаты труда в их пользу. Но это должно быть четко сформулировано как осознанная позиция учреждения в отношении и этих работников (которые в данном случае не «зарабатывают» себе зарплату, а получают нечто типа социального пособия), и в отношении непосредственных исполнителей (доля на оплату труда которых от суммы дохода снижается).

Что касается последних — непосредственных исполнителей, то низкий процент на оплату труда, естественно, может спровоцировать их недовольство, вплоть до отказов оказывать платные услуги. Тем более, что платные пациенты — более требовательны, более взыскательны. О некоторых аспектах этой проблемы мы уже говорили выше. Здесь же отметим, что нужно четко разделять понятия «доход» и «заработная плата». Доход принадлежит учреждению, а не работнику, оказывающему услугу, — ведь сюда входит и стоимость расходных материалов, и амортизация и т.д. Кроме того, там прямо или косвенно заложен труд административно-управленческого, вспомогательного персонала. Поэтому непосредственный исполнитель может претендовать только на часть дохода, установленного для оплаты его труда. Причем низкая доля на оплату труда как непосредственных исполнителей, так и иного персонала может быть частью стратегии развития платных услуг на первом этапе, когда нужно делать серьезные вложения для ремонта помещений, приобретения оборудования и т.д., необходимые для создания хорошей базы для дальнейшего развития платных услуг. Имеет смысл четко обозначить сроки, в течение которых на оплату будет идти относительно небольшая часть дохода, поэтапно повышая ее. Работники должны видеть, что обещания выполняют, что за счет платных услуг, действительно, проводятся ремонты, закупается оборудование и доходы не тратятся на непонятные цели.

Тем не менее, когда речь идет об оценке вклада сотрудников, акцент нужно делать именно на доходе, а не на объеме оказанных услуг. Конечно, нужно организовать отдельный учет объема услуг, оказываемых за плату. Но при большой номенклатуре оказываемых услуг это очень трудоемко, если стоит задача обеспечения точности учета. Контроль и перепроверка потребуют много сил, которые можно сэкономить, если возложить ответственность за точность учета на само подразделение и жестко контролировать только доходы. Тогда у подразделения не будет смысла заниматься приписками.

Естественно, трудно рассчитывать на серьезный рывок в развитии платных услуг, если учреждение не проводит целенаправленную политику по предупреждению теневых платежей. Но это большая отдельная тема.

Конечно, в данном материале мы коснулись только некоторых аспектов, связанных с политикой, направленной на увеличение объемов платных услуг. Надеемся, мы дали пищу для размышлений. Отдельные проблемы, связанные с развитием платных услуг, будут рассмотрены в следующих публикациях.

НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЮТ: д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

ВЕДУЩИЙ СПЕЦИАЛИСТ КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ О.Г. КОГАН, г. Санкт-Петербург

Что такое консолидированный бюджет? Встречаются различные определения, в некоторых из них внебюджетные фонды включаются в состав консолидированного бюджета, в других — нет. Как правильно?

В соответствии со ст. 6 БК РФ «консолидированный бюджет — свод бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на соответствующей территории (за исключением бюджетов государственных внебюджетных фондов) без учета межбюджетных трансфертов между этими бюджетами».

В соответствии со ст. 13 БК РФ Федеральный бюджет и свод консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации (без учета межбюджетных трансфертов между этими бюджетами) образуют консолидированный бюджет Российской Федерации.

В соответствии со ст. 14 БК РФ «Бюджет субъекта Российской Федерации и свод бюджетов муниципальных образований, входящих в состав субъекта Российской Федерации (без учета межбюджетных трансфертов между этими бюджетами), образуют консолидированный бюджет субъекта Российской Федерации».

В соответствии со ст. 15 БК РФ «Бюджет муниципального района (районный бюджет) и свод бюджетов городских и сельских поселений, входящих в состав муниципального района (без учета межбюджетных трансфертов между этими бюджетами), образуют консолидированный бюджет муниципального района».

Из этих определений видно, что средства государственных внебюджетных фондов (например, бюджетов фондов ОМС) не включаются в консолидированный бюджет.

Мы попытались выставлять счета в страховые организации в рамках ДМС дифференцированно, выделяя отдельно цену на анестезиологическое пособие, но страховая организация не согласилась оплачивать эти счета. Права ли страховая организация?

В соответствии с Приказом МЗ РФ от 16.07.2001 № 268 с 01.09.2001 введен в действие отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (ОК № 91500.09.0002-2001), который должен использоваться для обеспечения структурирования нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении, включая протоколы ведения больных, актуализацию методик расчетов тарифов на медицинские услуги и т.д.

Согласно данному классификатору, анестезиологическое пособие является сложной медицинской услугой.

Сложная медицинская услуга *— набор простых медицинских услуг, которые требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т.д., отвечающий формуле: <пациент> + <комплекс простых услуг> = <этап профилактики, диагностики или лечения>*

В соответствии с Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении, утвержденной заместителем Министра здравоохранения и социального развития России Стародубовым В.И. 12.06.2004, анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) кодируется как сложная медицинская услуга, имеющая следующий состав *(таблица 1).*

Все вышеизложенное можно использовать как аргумент для выделения стоимости анестезиологического пособия в отдельную позицию в прейскуранте.

Однако следует учесть, что, согласно вышеуказанной Номенклатуре, каждый элемент операции: анестезиологическое пособие, экстракорпоральный кровоток, коагуляция сосудов и т. д., не имеет самостоятельного значения. Лишь в совокупности они удовлетворяют потребительские ожидания пациента по оказанию медицинской помощи.

Чтобы выполнить это требование, в прейскуранте следует либо отражать стоимость проведения операции в зависимости от используемых при проведении анестезии препаратов, расходных материалов и др. (то есть вместо одной цены за проведение конкретной операции в прейскуранте их будет несколько в зависимости от применяемых анестезиологических пособий), либо, используя в качестве аргумента классификатор сложных и комплексных услуг, выделять

Таблица 1

B	01.003.04	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)
		Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента
A	01.31.010	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический
A	01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический
A	01.31.011	Пальпация общетерапевтическая
A	01.31.012	Аускультация общетерапевтическая
A	01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая
A	02.12.001	Исследование пульса
A	02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях
A	02.01.001	Измерение массы тела
A	02.03.005	Измерение роста
A	11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен
A	11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств
A	11.09.008	Ингаляторное введение лекарственных средств и кислорода
A	16.09.011	Искусственная вентиляция легких
A	25.31.009	Назначение лекарственной терапии в послеоперационном периоде
A	25.31.010	Назначение диетической терапии в послеоперационном периоде
A	25.31.011	Назначение лечебно-оздоровительного режима в послеоперационном периоде
B	03.003.06	Мониторинг основных параметров во время анестезии
		Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента
A	05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
A	11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен
A	11.09.007	Эндотрахеальное введение лекарственных средств

анестезиологическое пособие как отдельную услугу с определенной стоимостью, которая применяется только при условии выполнения операции.

Насколько вероятна для вновь создаваемого автономного учреждения ситуация банкротства ввиду того, что государство не несет ответственности за ошибки хозяйственной деятельности такого рода учреждений?

Действительно, согласно пп. 5 и 6 ст. 2 Закона № 174-ФЗ, собственник имущества автономного учреждения не несет ответственность по обязательствам автономного учреждения. Автономное учреждение в свою очередь не отвечает по обязательствам собственника имущества автономного учреждения.

Автономное учреждение в соответствии с п. 4 статьи 2 Закона № 174-ФЗ отвечает по своим обязательствам закрепленным за ним имуществом, за исключением недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за ним учредителем или приобретенных автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества. Аналогичные положения введены Законом № 175-ФЗ и в п. 2 ст. 120 ГК РФ.

Но если мы обратимся к п. 1 ст. 19 Закона № 174-ФЗ, то там значится, что автономное учреждение может быть ликвидировано по основаниям и в порядке, которые предусмотрены Гражданским кодексом Российской Федерации. Гражданский кодекс же по поводу перечня юридических лиц, ликвидация которых возможна вследствие признания их несостоятельными (банкротами), устанавливает «...за исключением казенного предприятия, учреждения, политической партии и религиозной организации...»

Таким образом, на сегодняшний день все, в том числе и автономные, учреждения исключены из перечня юридических лиц, которые могут быть ликвидированы по причине несостоятельности (банкротства).

В последнее время много говорят о новом направлении приоритетного национального проекта — формировании здорового образа жизни, о создании центров здоровья. Где узнать о том, что конкретно предполагается под этими центрами, как они должны функционировать?

Деятельность центров здоровья регламентируется приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Здравоохранение 2010

ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РОССИЯНАМ В 2010 ГОДУ БУДЕТ ФИНАНСИРОВАТЬСЯ В ТЕХ ЖЕ ОБЪЕМАХ, ЧТО И В 2009 ГОДУ, И СОСТАВИТ 450–480 МИЛЛИАРДОВ РУБЛЕЙ

На совещании территориальных органов Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) председатель фонда Андрей Юрин сообщил, что дотации бюджета ФОМС территориальным управлениям в 2010 году также будут сохранены на уровне 2009 года — в объеме 85,7 миллиарда рублей. Председатель ФФОМС также отметил, что ситуация с взносами на неработающих людей по стране остается очень разнородная. Суммы, перечисляемые региональными бюджетами в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), отличаются в десятки раз. Так, максимальные поступления взносов в расчете на одного неработающего человека отмечены на Чукотке — 48 641 рубль (превышение норматива — 2207 рублей — в 22 раза), в Ненецком автономном округе — 8542 рубля (превышение в 3,9 раза), в Тюменской области — 4592 рубля (превышение в 2,1 раза). Минимальные перечисления остаются в Чеченской Республике — 410 рублей, Республике Ингушетия — 504 рубля, Ульяновской области — 530 рублей. «Мы ведем выравнивание бюджетов территориальных систем обязательного медицинского страхования, подтягивая «бедняков» хотя бы к необходимому минимуму. Ситуация улучшится, вероятно, с 2011 года, когда подрастут тарифы на ОМС».

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

В УЧРЕЖДЕНИЯХ, КОТОРЫМ ПОСТАВИЛИ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП, ПРОВЕДУТ ПРОВЕРКИ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 27 октября 2009 г. № 01И-718/09 «О проведении проверок целевого использования оборудования, поставленного в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях»

Территориальным органам Росздравнадзора поручено провести проверки в лечебно-профилактических учреждениях.

Необходимо проконтролировать целевое использование санитарного автотранспорта и оборудования, поставленных в 2008–2009 гг. за счет федерального бюджета в целях совершенствования организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

Оборудование и автотранспорт закупались для медицинских учреждений ФМБА России, РАМН и Росздравнадзора, учреждений здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований.

Обобщенные данные о результатах проверок направляются в Росздравнадзор до 10 декабря 2009 г.

Приведена форма для представления соответствующих сведений.

СОКРАЩЕНО ФИНАНСИРОВАНИЕ ГОСЗАКУПОК САНИТАРНОГО АВТОТРАНСПОРТА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП

Постановление Правительства РФ от 5 ноября 2009 г. № 889 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 10 марта 2009 г. № 198»

В 2009 г. Минздравсоцразвития России приобретает для регионов санитарный автотранспорт. Он предназначается для оказания медпомощи пострадавшим в ДТП.

Пересмотрены объемы ассигнований, выделяемых из федерального бюджета на указанные цели.

Так, снижен размер предоставляемых средств на закупку санитарного автотранспорта для Адыгеи, Татарстана, Удмуртии, Чувашской Республики, Пермского края, а также для Владимирской, Ивановской, Московской и Нижегородской областей. Для Архангельской и Ярославской областей ассигнования увеличены.

Предусмотрены средства для Ленинградской области (5 млн. руб.).

Таким образом, общий объем ассигнований сокращен с 498 945 до 455 000 тыс. руб. В то же время решено дополнительно выделить 44 400 тыс. руб. на софинансирование расходных обязательств Ленинградской области по закупке оборудования в медучреждения для оказания помощи пострадавшим в ДТП.

КЕМ БУДУТ ПОСТАВЛЯТЬСЯ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГРИППА A(H1N1)?

Распоряжение Правительства РФ от 2 ноября 2009 г. № 1592-р «Об определении перечня единственных поставщиков вакцин для иммунизации населения РФ против гриппа, вызываемого вирусом типа A(H1N1)»

На 2009–2010 гг. определен перечень единственных поставщиков вакцин для иммунизации населения против гриппа, вызываемого вирусом типа A(H1N1).

Указан перечень поставляемых вакцин.

Вакцины поставляются по госконтракту. Заказчиком выступает Минздравсоцразвития России.

КАКИЕ РАСХОДЫ РЕГИОНОВ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ У ГРАЖДАН ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗМЕЩАЮТСЯ ЗА СЧЕТ СУБВЕНЦИЙ?

Постановление Правительства РФ от 31 октября 2009 г. № 867 «О внесении изменения в Правила предоставления субвенций из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию полномочий по выплате гражданам государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений»

Региональные бюджеты получают из федерального бюджета субвенции на реализацию полномочий по выплате гражданам государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений.

Уточняется, какие расходы возмещаются за счет субвенций. Это расходы, связанные с выплатой гражданам указанных пособий и компенсаций, в том числе с оплатой услуг почтовой связи и банковских услуг по перечислению (пересылке) пособий и компенсаций.

КТО В 2009 Г. ПОЛУЧИТ СУБСИДИИ НА РАЗВИТИЕ В РАЙОНАХ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 сентября 2009 г. № 751н «Об утверждении распределения субсидий между субъектами Российской Федерации на 2009 год и формы соглашения о предоставлении в 2009 году субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации для софинансирования расходных обязательств субъекта Российской Федерации по реализации региональных и (или) муниципальных целевых программ, включающих мероприятия, предусматривающие развитие сети учреждений первичной медико-санитарной помощи»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 октября 2009 г. Регистрационный № 15 110.

В рамках ФЦП «Социальное развитие села до 2012 г.» регионам выделяются субсидии на реализацию отдельных мероприятий.

Так предусмотрены субсидии на развитие сети учреждений первичной медико-санитарной помощи.

На основании этого на 2009 г. между Белгородской и Амурской областями распределены бюджетные средства на указанные цели.

Для получения субсидий высший региональный орган исполнительной власти должен заключить соглашение с Минздравсоцразвития России. Утверждена его форма.

СОГЛАШЕНИЕ О ВЫДЕЛЕНИИ РЕГИОНУ СУБСИДИЙ НА СОФИНАНСИРОВАНИЕ СТРОИТЕЛЬСТВА ОБЪЕКТОВ В РАМКАХ ФЦП ПО БОРЬБЕ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ФОРМА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 сентября 2009 г. № 752н «Об утверждении формы соглашения о предоставлении в 2009 году субсидий из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование строительства (реконструкции) объектов»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 октября 2009 г. Регистрационный № 15 111.

В рамках ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» в регионах планируется строительство (реконструкция) ряда медицинских учреждений, в том числе инфекционных больниц, центров по профилактике и борьбе со СПИДом, противотуберкулезных диспансеров.

В этих целях регионам выделяются субсидии на софинансирование строительства (реконструкции) объектов.

Для получения субсидий между уполномоченным региональным органом исполнительной власти и госзаказчиком — главным распорядителем бюджетных средств заключается соглашение.

Утверждена форма соглашения.

Приведены график перечисления субсидий, отчет об исполнении регионом обязательств.

КАК РОСПОТРЕБНАДЗОР ПЛАНИРУЕТ УЛУЧШИТЬ ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 6 октября 2009 г. № 638 «О совершенствовании информационного обеспечения деятельности Роспотребнадзора»

Утвержден план мероприятий по совершенствованию информационного обеспечения деятельности Роспотребнадзора.

Так, в течение 2009–2011 гг. планируется внедрить единую систему внутриведомственного электронного документооборота, а в IV квартале 2010 г. — создать удостоверяющий центр и систему электронной цифровой подписи Роспотребнадзора.

В 2010 г. предстоит запуск системы электронной почты Роспотребнадзора. Она будет обеспечивать массовую рассылку документов в электронном виде и контроль их получения. Одновременно будут созданы прикладные информационные и справочные системы для автоматизации процессов сбора, обработки, хранения и передачи (обмена) информации между структурными подразделениями Роспотребнадзора.

На 2010–2013 гг. запланировано создание ведомственного электронного архива.

В I и II кварталах 2010 г. будет усовершенствована системы ведения реестров Роспотребнадзора.

Определены структурные подразделения Роспотребнадзора, ответственные за выполнение плановых мероприятий.

НОВШЕСТВА В ПОРЯДКЕ ИСЧИСЛЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ, ДЕКРЕТНЫХ И ПОСОБИЙ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

Постановление Правительства РФ от 19 октября 2009 г. № 839 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июня 2007 г. № 375»

С 1 января 2010 г. отменяется ЕСН и вводятся страховые взносы в государственные внебюджетные фонды. В связи с этим были внесены изменения в порядок исчисления пособий по

временной нетрудоспособности и по беременности и родам, утвержденный Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ (новое название этого ФЗ — «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»). В частности, был установлен порядок исчисления ежемесячного пособия по уходу за ребенком.

Соответствующие изменения вносятся в Положение, установившее особенности порядка исчисления указанных пособий.

Указано, что средний заработок, из которого исчисляется ежемесячное пособие по уходу за ребенком, не может превышать среднего заработка, определяемого путем деления предельной величины базы для начисления страховых взносов в ФСС РФ на 12. Средний дневной заработок, из которого исчисляются больничные и декретные, не может превышать средний дневной заработок, определяемый путем деления предельной величины базы для начисления страховых взносов в ФСС РФ на 365. При этом в средний заработок нужно будет включать все виды выплат и вознаграждений в пользу работника, которые включаются в базу для начисления страховых взносы в ФСС РФ.

Также установлены новые особенности определения среднего заработка, если застрахованное лицо не имело заработка в течение последних 12 календарных месяцев работы у данного страхователя, новые правила исчисления пособия лицу, которое не имело периода работы непосредственно перед наступлением страхового случая, а также порядок определения среднего заработка застрахованным лицам, которым не установлены тарифная ставка, должностной оклад или денежное содержание.

Постановление вступает в силу с 1 января 2010 г.

ДЕПУТАТЫ ГОСДУМЫ ПРИНЯЛИ В ПЕРВОМ ЧТЕНИИ ПРОЕКТ БЮДЖЕТА ФФОМС НА БЛИЖАЙШИЕ ТРИ ГОДА

Проект федерального закона № 258607-5 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов»

Государственной Думой 21.10.2009 в первом чтении принят проект закона о бюджете ФФОМС на 2010 г. и на плановый период 2011 и 2012 гг.

Бюджет ФФОМС на 2010 г. сформирован с дефицитом. Доходы в 2010 г. предположительно составят 105,85 млрд. руб., расходы — 110,85 млрд. руб. На покрытие дефицита предусматривается направить остатки средств бюджета Фонда по состоянию на 1 января 2010 г. в размере 5 млрд. руб. Бюджет ФФОМС на плановый период 2011 и 2012 гг. сбалансирован по доходам и расходам и составит в 2011 г. 268,6 млрд. руб., в 2012 г. — 298,1 млрд. руб.

Доходная часть бюджета сформирована с учетом отмены в 2010 г. ЕСН и введения вместо него страховых взносов. Согласно законопроекту, поступление страховых взносов на ОМС составит в 2010 г. 99,7 млрд. руб., в 2011 г. — 230,6 млрд. руб. (поступление страховых взносов возрастет в связи с увеличением тарифов страховых взносов с 1,1 до 2,1%), в 2012 г. — 254,5 млрд. руб. Выпадающие доходы в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов некоторым категориям плательщиков (с/х-товаропроизводителям, общественным организациям инвалидов и др.) планируется компенсировать за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета.

Кроме того, предусмотрено поступление в бюджет налогов, недоимок, пеней и штрафов, средств федерального бюджета.

Расходы Фонда планируются по следующим направлениям: дотации в бюджеты ТФОМС на финансовое обеспечение территориальных программ ОМС; ассигнования на формирование нормированного страхового запаса; трансферты бюджету ФСС России на оплату

медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни. Кроме того, предусмотрены средства на обеспечение целевых мероприятий Фонда.

ИЗМЕНИЛОСЬ СОДЕРЖИМОЕ АВТОМОБИЛЬНОЙ АПТЕЧКИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 сентября 2009 г. № 697н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 20 августа 1996 г. № 325»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 15 октября 2009 г. Регистрационный № 15 026.

Внесены изменения в состав аптечки первой помощи (автомобильной).

Исключена атравматическая повязка МАГ с диоксидином или нитратом серебра 8х10 для перевязки грязных ран.

Размеры бактерицидного лейкопластыря, который должен содержаться в аптечке, должны быть не менее 1,9х7,2 см (ранее — 2,5х7,0 или 2х5 см). Требуемое количество этого средства не изменилось — 8 штук.

С 1 июля 2010 г. будет действовать новый состав аптечки. В нее входят: кровоостанавливающий жгут, по 3 вида стерильных и нестерильных медицинских марлевых бинтов, стерильный перевязочный пакет, стерильные марлевые медицинские салфетки, 2 вида бактерицидных лейкопластырей и лейкопластырь рулонный, устройство для проведения искусственного дыхания, ножницы, медицинские перчатки, рекомендации по применению аптечки, футляр.

Указаны ГОСТ, которым должно соответствовать содержимое новой аптечки, формы выпуска (размеры) средств.

Приведены рекомендации по применению аптечки.

Аптечки, произведенные до 1 июля 2010 г., действительны в течение срока их годности, но не позднее 31 декабря 2011 г.

ВСЕ ВОПРОСЫ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦСТРАХОВАНИЮ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ — К МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Постановление Правительства РФ от 17 октября 2009 г. № 826 «Об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

С 1 января 2010 г. отменяется ЕСН. Он заменяется взносами на конкретные виды социального страхования, в том числе на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством. Пересмотрено правовое регулирование процедуры страхования в данной сфере. В числе основных актов — Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (ранее он именовался «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию»).

Для единообразного применения Федерального закона при необходимости могут издаваться соответствующие разъяснения в порядке, определяемом Правительством РФ.

Установлено, что разъяснения вправе издавать Минздравсоцразвития России. Они подлежат согласованию с Минфином России в части финансового обеспечения расходов на выплату страхового обеспечения, осуществляемого за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Постановление вступает в силу с 1 января 2010 г.

УТОЧНЕН ПОРЯДОК ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ВЕДЕНИИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 августа 2009 г. № 568н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.11.2008 № 681н «Об утверждении целевых показателей федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и критериев оценки эффективности работы их руководителей, условий премирования руководителей федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (не вступил в силу)
Зарегистрирован в Минюсте РФ 9 октября 2009 г. Регистрационный № 14 991.

Оценка деятельности учреждений Минздравсоцразвития России необходима для начисления их руководителям стимулирующих выплат.

Изменения затронули основные критерии оценки деятельности научно-исследовательских институтов и учреждений высшего и дополнительного профобразования, имеющих в своей структуре клиническую базу.

Оценка основного вида деятельности указанных учреждений проводится по отдельным критериям, установленным для клиник терапевтического профиля, а также имеющих в своем составе отделения терапевтического и хирургического профиля.

Также установлено, что если учреждение осуществляет несколько видов деятельности (научную, образовательную, оказание медпомощи), оценка его деятельности проводится по каждому из них. Этим занимаются департаменты Министерства, курирующие соответствующие направления. Итоговое количество баллов рассчитывается как среднее арифметическое от суммы тех, которые выставлены по определенному виду деятельности.

Пересмотрен порядок поквартального расчета баллов и определения размера премиального фонда.

ОПРЕДЕЛЕНЫ ЛАБОРАТОРИИ, ПРОВОДЯЩИЕ ЭКСПЕРТИЗУ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 10 сентября 2009 г. № 01И-588/09 «О декларировании соответствия лекарственных средств»

Приводится перечень испытательных лабораторий, аккредитованных на техническую компетентность и независимость и проводящих экспертизу качества лекарств при подтверждении их соответствия в форме декларирования. Сведения представлены по состоянию на 10.09.2009.

Среди них, в частности, Испытательная лаборатория ГОУ ВПО «Нижегородская медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Испытательная контрольно-аналитическая лаборатория ГУЗ «Пермский областной центр контроля качества и сертификации лекарственных средств».

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

ГАРАНТ®
ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ В 2009 Г.

Содержание МЗ-1-2009

Номинации

Определены победители в номинации «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2008 года» и «Наиболее оригинальное менеджерское решение в области управления региональным здравоохранением» Издательского дома «МЗ» 4–5

Менеджмент в здравоохранении

С.А. Ануфриев. Особенности менеджмента в медицинских клиниках 6–19

Финансовый менеджмент

Ф.Н. Кадыров, Э.Ф. Кадырова. Оценка эффективности инвестиций в оборудование с учетом источников финансирования 10–14

С.А. Мартынчик, Д.Л. Тимчинский, Е.Л. Потемкин. Механизмы возмещения затрат и финансирования стационарной помощи на конечный результат — пролеченного больного в добровольном медицинском страховании. Часть 1. Организационно-экономические технологии дифференциации нормативов финансовых затрат в федеральном медицинском учреждении кардиологического профиля 15–23

Здравоохранение и право

Г.И. Галанова. К вопросу совершенствования знаний медицинских работников в области нормативно-правовой базы здравоохранения 24–28

Н.Л. Антонова. Проблемы реализации прав пациентов в обязательном медицинском страховании . .29–34

Региональный опыт: правовое образование пациента 35–36

Информационный менеджмент

Медицинская статистика в 2009 году: новые задачи, новая методология, новые принципы организации. *Материалы Всероссийского совещания руководителей службы медицинской статистики органов управления здравоохранением субъектов РФ,. Москва, 2–3 декабря 2008 г.* 37–42

Здравоохранение в цифрах 42

- *Деятельность коечного фонда стационара РФ за 2007 год*
- *Показатели посещений в амбулаторно-клинических учреждениях в РФ в 2007 году*

Глоссарий 43–45

Обратная связь

В.И. Перхов. Как избавиться от стресса, возникающего при организации высокотехнологичной медицинской помощи? 46–49

Интересный документ 51–57

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 7 февраля 2008 г. № 118 «О методике определения штатной численности работников государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга». Часть 3.

Вопросы и ответы 58–60

На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров

- *Каков порядок проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2009 году? Какими документами он регламентируется? Следует ли нам ждать выхода документов, регламентирующих проведение диспансеризации в 2009 году, или можно сразу приступать к диспансеризации?*
- *Что нового в порядке диспансеризации в 2009 году?*
- *В Письме Минздравсоцразвития России от 7 октября 2008 г. № 7694-ВС «О дополнительной диспансеризации» говорится о том, что граждане, прошедшие диспансеризацию в 2006 и 2007 годах, повторной диспансеризации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» не подлежат». Но раньше такого требования не было. Как быть, если еще в начале 2008 г. года нашим учреждением была проведена диспансеризация лиц, которые уже прошли диспансеризацию в 2006 или 2007 г.? Могут ли с нас потребовать возврата полученных средств? И насколько это законно, ведь заставить работников, которым были выплачены средства за диспансеризацию, вернуть деньги мы не можем, остальные средства ушли на расходные материалы?*
- *Вправе ли медицинское учреждение устанавливать специальный график работы специалистов, ограничивая в часы проведения диспансеризации прием граждан с обращениями не по поводу диспансеризации?*
- *Подлежат ли дополнительной диспансеризации работники бюджетных организаций или она касается только работников коммерческих организаций?*

Полезная ссылка 61

Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в РФ

Консультирует МЗ

Перечень полных и сокращенных наименований федеральных органов исполнительной власти 62–63

Консультирует компания «Гарант» 64–69

- *Для повышения эффективности акушерско-гинекологической помощи создан специальный Совет*
- *В 2009 году увеличивается стоимость одного дня пребывания льготников в санатории*
- *Об особенностях учета бюджетными учреждениями коммунальных, транспортных и некоторых других расходов*
- *Кем проводится региональный мониторинг безопасности лекарств?*

- *Высокотехнологичная медицинская помощь по оплодотворению при трубном бесплодии оказывается теперь амбулаторно*
- *Следить за разработкой Концепции лекарственного обеспечения граждан будет специальная Комиссия Минздравсоцразвития России*
- *Учреждения здравоохранения должны составить перечни бесплатных медицинских услуг*
- *Получить высокотехнологичную медпомощь сможет большее число граждан*

Мониторинг здравоохранения: исследования компании SINOPSIS 70–71
- *Результаты анкетированного опроса «Пути развития первичной медицинской помощи. Отраслевая система оплаты труда»*
- *Оценка активности общественных палат в субъектах РФ по вопросам здравоохранения*
- *Средняя стоимость операции в РФ колеблется от $500 до $6000 в зависимости от региона и характера операции*

Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения

Финансирование здравоохранения. *Документы ВОЗ и международные проекты* 72–75

Обзор актуальных нормативных документов 76–79

Содержание МЗ-2-2009

Обратная связь

Определены победители в номинации «Наиболее актуальная консультация 2008 года» Издательского дома «Менеджер здравоохранения» 4–5

Реформирование здравоохранения

Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, Н.В. Данилова. Реализация пилотного проекта, направленного на улучшение качества медицинских услуг в здравоохранении . .6–10

Финансовый менеджмент

С.А. Мартынчик, Д.Л. Тимчинский, Е.Л. Потемкин. Механизмы возмещения затрат и финансирования стационарной помощи на конечный результат — пролеченного больного в добровольном медицинском страховании. Часть 2 11–20

Здравоохранение и кризис 21
- *ФСС не боится перерасходовать бюджет по больничным из-за «кризисных пациентов»*
- *Целеустремленность снижает риск смерти при стрессах*

Маркетинг в здравоохранении

И.С. Хайруллина, Э.Ф. Кадырова, Ф.Н. Кадыров. Некоторые аспекты ценовой стратегии продвижения основных и сопутствующих платных медицинских услуг . .22–27

Фокус проблемы

Государственно-частное партнерство в здравоохранении: что мешает взаимодействию бизнеса и государства в интересах пациента в России 28–34

Зарубежный опыт

Б. Вилла, А. Коломе, Е. Моргунова. Инновационная модель управления здравоохранением с использованием частно-государственного партнерства на примере госпиталя в г. Торревьеха, Испания . . .35–42

Актуальное интервью

Российское здравоохранение сквозь призму медицинской статистики. *Интервью с ведущим научным сотрудником ФГУ ЦНИИОИЗ РОСЗДРАВА Е.М. Секриеру* . .43–52

Диссертационный совет 53–56
- *В.В. Одинцова. Использование программно-целевого метода планирования и управления при решении приоритетных задач здравоохранения*
- *А.В. Гажева. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами (социально-гигиеническое исследование)*
- *Б.Ц. Ганжурова. Совершенствование медико-организационных мероприятий оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях*
- *А.Ю. Абрамов. Научно-организационные аспекты совершенствования контрольно-разрешительных механизмов в системе управления качеством медицинской помощи*

Опыт регионов

Основные направления совершенствования службы скорой медицинской помощи в Иркутской области на 2009–2012 г. 57–66

Вопросы и ответы 67–68

На вопросы отвечают Ф.Н. Кадыров и О.Г. Коган
- *В договорах на оказание платных медицинских услуг, когда обращаются в хозрасчетные подразделения за платными услугами, мы включаем пункт о том, что пациент отказывается от оказания помощи в рамках ОМС. Насколько такой пункт законен?*
- *Как быть, если пациент, согласившийся оплатить услугу и подтвердивший свое согласие отказаться от возможности получения бесплатной помощи, тем не менее, после лечения через суд требует вернуть деньги?*
- *Может ли на платной основе выполняться прием, если в поликлинике врач на 0,5 ставки, хотя полагается полная ставка?*

Консультирует МЗ 69–75

Ф.Н. Кадыров. Запретят ли платные услуги в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения?

Обзор актуальных нормативных документов 76–79

Содержание МЗ-3-2009

Фокус проблемы

Государственно-частное партнёрство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 1 4–12

Антикризисное управление в здравоохранении
Ф.Н. Кадыров. Что такое «антикризисное управление»? 13–15
Оптимизация расходов на оплату труда в учреждениях здравоохранения как элемент антикризисных мероприятий 16–21
Менеджмент в здравоохранении
Д.В. Пивень, П.Е. Дудин, М.В. Федосеева. Организация лекарственного обеспечения многопрофильного стационара в условиях кризиса: проблемы и возможные решения 22–26
О.А. Мельникова, О.В. Колясников. Организация работы мобильного медицинского пункта экстренной медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях 27–30
Финансовый менеджмент
Е.Б. Жибурт, А.А. Вергопуло, М.Н. Губанова, Т.Г. Копченко. Индикаторы экономической эффективности центра крови 31–40
Интересный документ 41–50
Об утверждении методических рекомендаций по оплате труда за операции, выполняемые в рамках оказания медицинской помощи в системе ОМС. Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 23.12.2008 № 803-р
Об оказании платных медицинских услуг иностранным гражданам. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.10.2008 № 10-4/54705-14-ВС
Об оплате медицинской помощи, оказанной сотрудникам ФСИН в учреждениях здравоохранения. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.12.2008 № 10394-ВБ
Опыт регионов
Порядок оказания скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях и на догоспитальном этапе при остром нарушении мозгового кровообращения и при остром коронарном синдроме в Иркутской области на 2009–2012 г. . . .52–59
Диссертационный совет 60–65
- *М.С. Скляр. Стратегическое планирование в реорганизации службы охраны материнства и детства на региональном уровне*
- *С.Н. Алексеенко. Организационно-методическое обеспечение профилактики на уровне субъекта Федерации*
- *А.Г. Заболотний. Научное обоснование и формирование интегрированной системы управления качеством офтальмологической помощи (на уровне медицинской организации)*
- *Ю.В. Мирошникова. Предотвратимые потери здоровья населения при диабете*
- *И.Т. Рубцова. Медико-организационные подходы к снижению смертности от ИТ-предотвратимых причин на региональном уровне*

Консультирует МЗ 66–69
Ф.Н. Кадыров. Новое в законодательстве о размещении заказов
Вопросы и ответы 70–72
Предпринимательская деятельность. *На вопросы отвечают Ф.Н. Кадыров и О.Г. Коган*
- *Подлежат ли обложению налогом на доходы физических лиц суммы страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию за счет платных услуг за сотрудников учреждения?*
- *Нужно ли аренду помещений больницы предоставлять арендаторам только на конкурсной основе в соответствии с Федеральным законом 94-ФЗ?*
- *Существует ли требование о том, чтобы при оказании платных услуг обязательно оговаривалось в договорах с пациентами, что им будут применяться в процессе лечения более качественные (более дорогие) лекарства, чем для бюджетных пациентов?*
- *Правда ли, фраза «Прейскурант цен» является некорректной?*

Мониторинг 72
- *Рынок услуг экстракорпорального оплодотворения будет перспективным для инвестирования как минимум в ближайшие 10 лет*
- *В больницах сокращается число коек для хирургических операций, хотя потребность в хирургических операциях высока*

Обзор актуальных нормативных документов 73–79

Содержание МЗ-4-2009

Здравоохранение-2020
«Цифры не убеждают, пока нет методики их формирования...». *Материалы обсуждения «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года» на Парламентских слушаниях* 4–8
«Сложно осуществить расчеты, когда правила расчета не объявлены...» *Материалы обсуждения «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года», организованного Высшей школой экономики* 9–12
Система организации медицинской помощи станет «саморегулируемой». *Материалы обсуждения «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года» на 33-ем заседании Рабочей группы РАМН по вопросам создания и внедрения медицинских информационных технологий* 13–22
Здравоохранение-2009 23–25
- *О лекарственном обеспечении населения России в условиях экономической нестабильности*
- *В Общественной палате РФ обсуждены проблемы репродуктивного здоровья нации. В Росздравнадзоре рассмотрены вопросы защиты прав пациентов*

• *На расширенном заседании Коллегии Минздравсоцразвития России обсуждены итоги работы Министерства в 2008 году и задачи на 2009 год*

Антикризисное управление в здравоохранении

Государственно-частное партнёрство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 2 26–31

Ф.Н. Кадыров. Оптимизация использования медикаментов и расходных материалов 32–40

Здравоохранение и право

Д.В. Пивень. О проблеме реализации конституционного права граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи 41–45

Менеджмент в здравоохранении

М.А. Курцер, Н.П. Кирбасова, И.И. Калиновская. Результаты работы по совершенствованию службы охраны материнства и детства в городе Москве 46–51

Информационный менеджмент

Я.И. Гулиев. Экономическая эффективность информационных технологий в медицине 52–64

Зарубежный опыт

Здравоохранение США накануне реформ 65–67

Интересный документ

Об упорядочении организации оказания платных медицинских услуг в акушерских стационарах Департамента здравоохранения города Москвы. Приказ Департамента здравоохранения Правительства Москвы от 6 февраля 2009 г. № 108 68–71

Вопросы и ответы 72–74

***Платные услуги**. На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров*

• *В Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении (утвержденной 12.07.2004 заместителем Министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым) приведены такие услуги, как «услуги медицинского сервиса». Являются они медицинскими или немедицинскими услугами?*

• *Мы являемся государственным учреждением здравоохранения. Проверяющие органы предъявляют претензии по поводу того, что в учреждении отсутствует нормативный документ, определяющий уровень рентабельности, в соответствии с которым в цены на платные услуги закладывается прибыль. При этом делаются ссылки на п. 7.2.4 Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, утвержденной 12.07.2004, в котором говорится: «Показатель уровня рентабельности определяется на основании нормативных документов»*

• *Возможно ли в детском учреждении оказывать платные медицинские услуги для взрослого населения (например, для родителей)?*

• *Требование наличия специального разрешения для оказания услуг за плату действует только в отношении медицинских услуг. Проверяющие органы предъявляют к нам претензии, заявляя, что если в оказании сервисной (немедицинской) услуги принимает участие медицинский персонал, то она становится уже медицинской, и мы должны получать специальное разрешение вышестоящего органа на оказание этих услуг. Правомерны ли эти требования?*

Обзор актуальных нормативных документов 75–79

Содержание МЗ-5-2009

Здравоохранение-2009 4–8

• *Об обеспечении медицинской помощи в проекте программы антикризисных мер на 2009 г. Правительства России*

• *Расширенное заседание Коллегии Минздравсоцразвития о задачах Министерства на 2009 г.*

• *Итоговая коллегия Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития об обращении лекарственных средств и о соблюдении правил оказания платных медицинских услуг населению*

• *Коллегия Счетной палаты РФ о нецелевом расходовании средств в ПНП «Здоровье»*

Антикризисное управление в здравоохранении

Д.В. Пивень. Особенности антикризисного управления в здравоохранении 9–12

Ю.Ю. Зинчук. Влияние оплаты труда по конечному результату на показатели работы и качества медицинской помощи муниципального ЛПУ 13–21

Е.Н. Лесниченко. Проблемы оплаты медицинских услуг, оказанных иностранным гражданам в России в условиях ОМС 22–29

Е.В. Васильева, Ю.С. Кудрявцев. Анализ состояния медицинского оборудования в государственных учреждениях здравоохранения в свете экономического кризиса. Часть 1 30–37

Финансовый менеджмент

И.С. Хайруллина, Ф.Н. Кадыров. Разработка методики по определению штатной численности работников государственных учреждений здравоохранения (опыт Санкт-Петербурга) 38–46

Фокус проблемы

Система непрерывного образования медицинских работников в ожидании перемен. Часть 1 . .47–53

Е.Е. Лукьянова. История и современное состояние подготовки специалистов для медицинских библиотек 54–57

Зарубежный опыт

М.С. Валид, Н.В. Зайцева. Комплексное сравнение систем здравоохранения в мире 58–64

Консультирует МЗ

Ф.Н. Кадыров. Основные направления реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2009 г. и на период до 2012 г. 66–69

Вопросы и ответы 70–72

На вопросы отвечают Ф.Н. Кадыров и О.Г. Коган

• *В целях оказания платных медицинских услуг в нашем учреждении создан отдел платных услуг, куда вошли*

заведующий отделом, администратор, экономист и т.д. Они не оказывают непосредственно платных услуг, и затраты на их содержание должны включаться в цены на платные услуги в составе накладных расходов. При этом они обеспечивают организацию оказания только платных услуг. Должны ли эти накладные расходы объединяться с накладными расходами всего учреждения (содержание административно-хозяйственного персонала: главного врача, главного бухгалтера и т.д.)?

- *Как известно, медицинские услуги не облагаются налогом на добавленную стоимость. Но каким документом, каким перечнем пользоваться при определении того, относится ли данная услуга к медицинской или нет?*
- *В каких случаях частные медицинские организации могут принимать участие в реализации Программы обязательного медицинского страхования?*

Диссертационный совет 73–75

- *К.К. Рогалев. Роль областной больницы в организации оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в крупной области СЗФО РФ (на примере Архангельской областной клинической больницы)*
- *О.В. Пушкарев. Человеческий капитал и моделирование медико-экономической эффективности в здравоохранении*
- *И.Г. Новокрещенова. Социально-экономические и организационные основы функционирования территориального (муниципального) здравоохранения*

Обзор актуальных нормативных документов 76–79

Содержание МЗ-6-2009

Здравоохранение-2009 4–6

- *Состоялось заседание Коллегии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, посвященное вопросам оказания платных медицинских услуг*
- *Состоялись слушания Комиссии Общественной палаты по здравоохранению «Лекарственное обеспечение в РФ в условиях кризиса»*
- *Состоялось первое заседание нового состава Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования*
- *Состоялась научно-практическая конференция «Методология финансового обеспечения программ обязательного медицинского страхования в условиях одноканального финансирования»*

Антикризисное управление в здравоохранении

И.М. Шейман, С.В. Шишкин. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. Часть 1 .7–19

Здравоохранение в цифрах 19–20

- *Репродуктивное здоровье населения-2009*
- *Стоматологическая помощь-2009*

Информационный менеджмент

И.И. Калиновская, М.А. Курцер, Н.П. Кирбасова. Организация оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе в учреждениях акушерско-гинекологического профиля г. Москвы . . .21–26

Б.В. Таевский, А.Б. Таевский. Организационные предложения по совершенствованию управления качеством медицинской помощи 27–30

Обратная связь

Л.Г. Авербах. К вопросу о целесообразности предпринимательской деятельности бюджетных ЛПУ .31–34

Отношение Росздравнадзора к неформальным платежам. *Комментарий заместителя руководителя Росздравнадзора И.Ф.Серёгиной* 35–38

Срочно в номер

Ф.Н. Кадыров. Росздравнадзор хочет регулировать цены на платные медицинские услуги 39–40

Актуальное интервью

Новое образовательное пространство для врачей уже создано. *Интервью с Ольгой Верещагиной, директором по работе со стратегическими партнерами компании «Джонсон и Джонсон»* 41–47

Информационный менеджмент

Система телемедицинских услуг в Российской Федерации существует, но... вне закона. *Материалы «круглого стола» «Законодательные аспекты внедрения телемедицинских технологий в Российской Федерации», организованного Комитетом Государственной Думы по охране здоровья* 49–53

Здравоохранение и право

Ф.А. Кураков. Страхование ответственности врачей как система противоречий и конфликтов интересов 54–57

Консультирует МЗ

Ф.Н. Кадыров. Перспективы замены ЕСН на страховые взносы в фонды ОМС 58–60

Вопросы и ответы 61–63

Миграционный учет иностранцев, поступивших в медицинские учреждения. *На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров*

- *Стационарные медицинские учреждения должны уведомлять миграционные органы о том, что к ним поступили иностранные граждане. Как это должно осуществляться?*
- *В отношении каких категорий лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации, необходимо уведомление территориального органа Федеральной миграционной службы о поступлении иностранцев в больницу?*
- *Миграционная служба при поступлении в больницу иностранца требует предоставления копии документа, удостоверяющего его личность. Как быть, если иностранец поступил в экстренном порядке без документов?*

- *Как быть, если имеются подозрения, что поступивший в больницу пациент является иностранцем, но подтверждения этого у учреждения нет?*
- *В Постановлении Правительства РФ от 15 января 2007 г. № 9 «О порядке осуществления миграционного учета иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации» содержится понятие «принимающая сторона». Кто является принимающей стороной в ситуации, когда иностранец прибыл в нашу страну по приглашению какого-то гражданина РФ, у него же и проживает и госпитализирован в больницу?*

В редакцию пришло письмо

О разъяснении по отнесению расходов по источникам финансирования (бюджет, ОМС). *Письмо Департамента здравоохранения г. Братска* 64–65

Диссертационный совет 66–69

- *Д.В. Турчанинов. Питание и здоровье сельского населения Сибири в современных социально-экономических условиях*
- *Е.Ю. Афанасьева. Планирование госзаказа на высокотехнологичную медицинскую помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях и анализ результатов его выполнения с применением автоматизированных госпитальных информационных систем*

Книжная полка 70–72

- *Рецензия на книгу об академике В.И. Кулакове «Профессия — жизнь. Портрет в воспоминаниях»*
- *Книги серии «Системы здравоохранения: время перемен» Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения при Европейском региональном бюро Всемирной организации здравоохранения*

Обзор актуальных нормативных документов 73–80

Содержание МЗ-7-2009

Здравоохранение-2009

Д.Д. Венедиктов. Пока не восстановим принцип эшелонированной медицинской помощи, здравоохранение эффективно работать не будет 4–6

Антикризисное управление в здравоохранении

И.М. Шейман, С.В. Шишкин. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. Часть 2 . . .7–14

А.А. Лобанов. Кризис-менеджмент в частном медицинском центре 15–18

Технологический менеджмент

Е.И. Джеджелава, Н.А. Мартынова. Прединвестиционная подготовка проектов, связанных с закупкой медицинской техники. Современный подход 19–25

Менеджмент в здравоохранении

Л.И. Дежурный, К.И. Лысенко, А.М. Халмуратов, Д.И. Батурин. Организация обучения правилам оказания первой помощи 26–30

Информационный менеджмент

Информатизация регионального здравоохранения 31

Обратная связь

Л.Г. Авербах. Об оказании медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП, и частно-государственном партнерстве 32–37

Д.В. Пивень, С.М. Горбачёва. К вопросу о развитии частно-государственного партнёрства в системе оказания скорой медицинской помощи и не только 38–42

Фокус проблемы

Лекарственное обеспечение в условиях кризиса. *Репортаж о Слушаниях Комиссии по здравоохранению Общественной палаты, Москва, 23 апреля 2009 г.* . . .43–47

Полезная ссылка

Доклад «О состоянии лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации (2008 г.)». *Формулярный комитет РАМН* 48

Зарубежный опыт

Здравоохранение США: перспективы развития и уроки для России. *Интервью с Г.Э. Улумбековой, исполнительным директором Ассоциации медицинских обществ качества* 49–59

Консультирует МЗ

Ф.Н. Кадыров. Регулирование цен на платные медицинские услуги 60–65

Вопросы и ответы 66–68

На вопросы отвечают Ф.Н. Кадыров и О.Г. Коган

- *За счет какого источника финансирования должны содержаться должности врачей-хирургов, травматологов-ортопедов, акушеров-гинекологов и офтальмологов для оказания экстренной хирургической помощи, введенные в штатное расписание городской больницы хирургического профиля приказом органа управления в сфере здравоохранения в соответствии с п. 4. Приказа Минздрава СССР от 06.06.79 № 600?*
- *На какой источник должны относиться должности административно-хозяйственного персонала и должности дезинфектора?*
- *Возможна ли ситуация, когда частная медицинская организация, участвующая в системе ОМС, работает на условиях: получение средств ОМС от страховой организации плюс доплата до полной стоимости услуг за счет средств пациентов?*
- *Можем мы сами использовать средства на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний?*
- *Какими нормативными документами регламентируется в настоящее время использование средств страховых взносов?*

Книжная полка 69

А. Саверский, С. Саверская, Е. Никонов. Как безопасно родить в России

Информационный бюллетень

Профилактика дорожно-транспортного травматизма. *Документы ВОЗ и международные проекты* .70–73

Обзор актуальных нормативных документов 74–79

Содержание МЗ-8-2009

Здравоохранение-2009

Минздравсоцразвития России начало борьбу с незаконными платежами в лечебных учреждениях страны . .4

Антикризисное управление в здравоохранении

И.М. Шейман, С.В. Шишкин. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. Часть 3 . .5–18

Можно ли использовать кризис для проведения непопулярных реформ в системе здравоохранения? *Обсуждение доклада «Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи» на «круглом столе» в Высшей школе экономики, Москва, 7 апреля 2009 г.* . .19–20

Менеджмент здравоохранения

И.И. Калиновская, М.А. Курцер, Н.П. Кирбасова. Организация системы пренатальной диагностики в учреждениях акушерско-гинекологического профиля г. Москвы 21–25

Фокус проблемы

Дорожно-транспортный травматизм как национальная программа. *Материалы слушаний Комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ, 25 июня 2009 г., г. Москва* 26–29

Полезная ссылка

Информационно-образовательный портал «Ликвидация последствий ДТП» 29

Актуальное интервью

Травматизм и смертность на дорогах: где начинается и где заканчивается зона ответственности здравоохранения? *Интервью с членом Рабочей группы Минздравсоцразвития России по реализации ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» Леонидом Дежурным* 30–37

Информационный менеджмент

Типовая медицинская информационная система персонифицированного учета оказания медицинской помощи в вопросах и ответах 39–43

Обратная связь

М.Р. Андреева. А не «лукавые ли цифры»? 44–45

Ю.Ю. Зинчук. А не «лукавый ли отзыв» на как будто «лукавые цифры»? 45–46

А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк, И.В.Рыкова. Решение Общественного совета по защите прав пациентов Росздравнадзора и страховщиков по вопросу права на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения .47–55

Консультирует МЗ

Ф.Н. Кадыров, И.С. Хайруллина. Аутсорсинг в здравоохранении. Часть 1 56–65

Вопросы и ответы 66–68

На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров

- *Какие новые нормативные документы регулируют нагрузку на врачей амбулаторного приема?*
- *Какими последними документами по номенклатуре специальностей и должностей следует руководствоваться?*
- *Есть ли более свежие документы по штатным нормативам?*
- *Будет ли вводиться одноканальное финансирование в здравоохранении или все ограничится пилотными проектами?*

Диссертационный совет 69–72

- *В.И. Перхов. Научно-организационное обоснование повышения доступности для населения Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях*
- *А.В. Тихомиров. Концепция социально ориентированной модернизации здравоохранения*
- *И.Г. Новокрещенова. Социально-экономические и организационные основы функционирования территориального (муниципального) здравоохранения*

Актуальный документ

О порядке применения пункта 2 Правил предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2008 № 1087 73

Обзор актуальных нормативных документов 74–80

Содержание МЗ-9-2009

Здравоохранение-2009

- *В Минздравсоцразвития России организуется работа по составлению и ведению кассового плана исполнения федерального бюджета в 2009 г.*
- *Минздравсоцразвития России предлагает регионам установить планки показателей, непосредственно касающихся здоровья пациентов*
- *С осени 2009 года в России начнут работать первые центры здоровья*

Антикризисное управление здравоохранением

П.П. Кузнецов. Управляемая медицинская помощь как антикризисная модель организации медицинской помощи 4–12

Менеджмент в здравоохранении

О.В. Емельянов, Л.В. Назарова. Проблемы перехода стационара на аутсорсинг 13–15

Ю.Ю. Зинчук. Механизмы хозяйственного расчета и «условного фондодержания» — экономическая основа управления качеством медицинской помощи и эффективностью лечебного процесса 16–24

Здравоохранение и право
А.Л. Угольников. Правовые вопросы сертификации и реализации трудовых прав медицинских работников при реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения 25–34
Интересный документ
Об утверждении Методических рекомендаций о порядке выведения обеспечивающих функций органов исполнительной власти Томской области бюджетных учреждений на аутсорсинг. Приказ Департамента финансов Томской области от 12 марта 2007 г. № 6-1 . .35–44
Актуальное интервью
Для повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи необходимо преодолеть информационную и управленческую дезинтеграцию. *Интервью с главным специалистом ЦНИИОИЗ В.И. Перховым* 45–52
Здравоохранение в цифрах
Сколько персональных компьютеров нужно ЛПУ? *Из интервью CNews Олега Симакова, директора Департамента информатизации Минздравсоцразвития России* 53–54
Обратная связь
Г.В. Гриненко. Платные услуги по родовспоможению: запретить, переведя их «в тень», или регламентировать? 55–59
О.А. Каплунов. Комментарии к вопросу о страховании врачебной профессиональной ответственности .60–61
Консультирует МЗ
Ф.Н. Кадыров, И.С. Хайруллина. Аутсорсинг в здравоохранении. Часть 2 62–68
Полезная ссылка 69
- *Обратиться в Минздравсоцразвития России с заявлением, предложением или жалобой можно через Интернет*
- *«Черный список» фармацевтических компаний*

Вопросы и ответы 70–72
На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров
- *Руководство нашей области планирует запретить платные медицинские услуги под лозунгом обеспечения 100%-ного финансирования учреждений здравоохранения. Лишь кризис отложил реализацию этих планов. Каковы критерии 100%-ного финансирования?*
- *Насколько вероятен запрет платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях? Кто это может сделать? В какой форме?*
- *Администрация нашего региона вынашивает планы запретить работникам бюджетных медицинских учреждений работать по совместительству в частных медицинских организациях. Насколько законным будет такое решение? Есть ли где-нибудь еще подобный опыт?*

Актуальный нормативный документ 73–74
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2009 г. № 377 «О неотложных мерах по обеспечению гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи»
Обзор актуальных нормативных документов 75–80

Содержание МЗ-10-2009

Менеджмент в здравоохранении
А.М. Лукашев. Определение путей решения организационных задач здравоохранения с применением модели экономической привлекательности медицины .4–8
Д.В. Пивень. О необходимости формирования системы организации медицинской помощи в сфере косметологии и пластической хирургии 9–11
М.А. Степчук, Н.А. Ангелов, Т.М. Пинкус, С.В. Абрамова, М.П. Артамошина. Эффективность работы врачей общей практики в Белгородской области 12–15
Финансовый менеджмент
М.Л. Свещинский. Управление ценностью и стоимостью диагностического результата 16–23
Е.И. Джеджелава, В.А. Одинцов, Н.А. Мартынова, Л.В. Кочорова. Логистический подход к оценке эффективности телемедицинских консультаций 24–33
С.А. Мартынчик, Н.Г. Шамшурина, Д.Л. Тимчинский. Преимущества предварительной оплаты и роль единого расчетно-аналитического центра в организации финансовых расчетов за оказанную медицинскую помощь в системе добровольного медицинского страхования 34–41
Лекарственное обеспечение
М.Г. Малаев. Современная технология лекарственного обеспечения медицинской помощи, оказываемой больным в стационарных условиях 42–45
Информационный менеджмент
Ф.И. Бадаев, М.А. Терещук. Технология предварительной электронной записи на консультативные приемы поликлиники областной больницы (анализ реализации проекта на территории Свердловской области 2007–2009 гг.) 46–50
Интересный документ
Об утверждении Перечня видов внебюджетной деятельности учреждений Департамента здравоохранения города Москвы, по которым поступают доходы от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности. *Распоряжение Департамента здравоохранения Правительства Москвы от 9 февраля 2009 г. № 55-р* 51–55
Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 11 июня 2009 г. № 01И-331-09 «О мероприятиях по обеспечению соблюдения Постановления Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 года № 27» . . .56–59
Диссертационный совет 61–63
- *О.А. Гриненко. Научное обоснование совершенствования организации оказания высокотехнологичных видов хирургической помощи взрослому населению,*

проживающему вне административных центров регионов
- *К.С. Клюковкин. Научное обоснование совершенствования организации, планирования и финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в крупном городе*

Обратная связь
Типовая медицинская информационная система персонифицированного учета оказания медицинской помощи в вопросах и ответах. Часть 2 64–67

Консультирует МЗ
Ф.Н. Кадыров. Источники финансирования для приобретения дезинфицирующих средств 68–69

Вопросы и ответы 73–74
На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров
- *Существует ли официально такой документ, как Лист ожидания?*
- *Какие отделения стационара относятся к хирургическим?*
- *Нужно ли доводить до учреждений здравоохранения, обеспечивающих предоставление услуг в сфере здравоохранения, содержание которых осуществляется по КЦСР 469, муниципальное задание?*

Зарубежный опыт
Электронные медицинские карты в США: трудный процесс интеграции в практику здравоохранения 68–70

Обзор актуальных нормативных документов 75–80

Содержание МЗ-11-2009

Менеджмент в здравоохранении
В.И. Стародубов, О.О. Янушевич, И.С. Кицул, Д.В. Пивень. О возможностях преобразований в деятельности стоматологической службы с позиции частно-государственного партнёрства 4–7
И.В. Тимофеев, В.Ф. Чавпецов, О.И. Грицак, О.И. Петрук, Г.Б. Еремы, А.А. Козлов. Современное состояние проблемы обеспечения населения медицинской помощью надлежащего качества 8–11
Д.В. Пивень, И.С. Кицул. О необходимости разработки федерального закона «Об обеспечении качества медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации» 12–21

Здравоохранение и право
О.О. Салагай, Е.Т. Ильина. Практические аспекты разрешения отдельных терминологических коллизий в законодательстве, регулирующем деятельность медицинских организаций 22–28
М.И. Слесаренко, Д.Р. Байбиков, А.А. Нестеров. Применение информационных систем фирмы «1С» для повышения эффективности деятельности медицинских организаций в условиях экономического кризиса . .29–39

Здравоохранение в цифрах
«Учите руководителей ЛПУ использовать статистическую информацию». *Всероссийская конференция «Организация деятельности службы медицинской статистики по подготовке годовых статистических отчетов федерального государственного и отраслевого статистического наблюдения за 2009 год»* . .40–43

Информатизация здравоохранения
Компании по уничтожению уже существующего в ЛПУ программного обеспечения не будет. *Репортаж с конференции «Информационные технологии в медицине-2009»* 44–45

Консультирует МЗ
Ф.Н. Кадыров. Государственное (муниципальное) задание: новый порядок финансового обеспечения бюджетных учреждений 46–57
С.В. Гусева. К вопросу о формировании государственных и муниципальных заданий бюджетным учреждениям 58–65

Вопросы и ответы 66–68
На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров
- *Какой характер носят премии? Относятся ли они к обязательным выплатам?*
- *В Перечне видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2007 г. № 818, речь идет о премиальных выплатах по итогам работы. Какие еще виды премий бывают?*
- *Каков источник выплат премии?*
- *Обязательно ли в трудовых договорах и (или) коллективных договорах предусматривать порядок выплаты премий? Что будет, если издан приказ о каком-то новом виде премирования, но в коллективном договоре ничего об этом не сказано?*
- *Как быть, если в трудовом договоре с работниками и в коллективном договоре не предусмотрен определенный вид премий? Как избежать ситуации, когда налоговые органы признают такие премии, не уменьшающими налоговую базу налога на прибыль?*
- *В каких случаях премии не уменьшают налогооблагаемую прибыль при расчете налога на прибыль?*
- *Могут ли премии, выплачиваемые не за трудовые достижения, уменьшать налогооблагаемую прибыль?*
- *Насколько я знаю, не во всех случаях при выплате премии уплачивается ЕСН. На какие случаи это распространяется?*

Диссертационный совет 69–71
И.А. Егорова. Научное обоснование системы оценки деятельности комплекса амбулаторных лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации

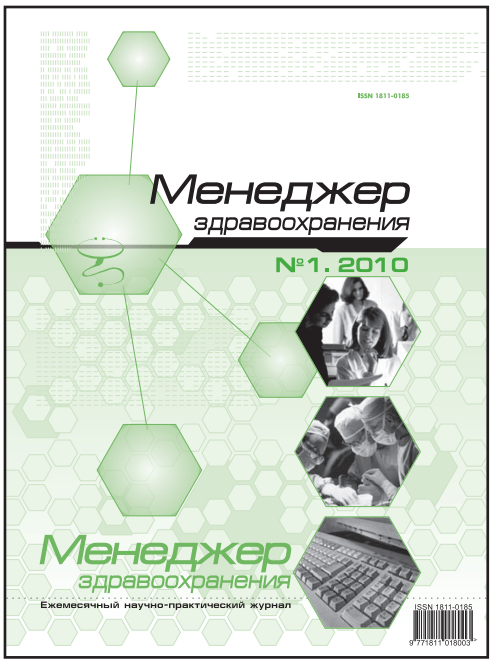
Профессиональное сообщество
Создается Национальная медицинская палата .72–73

Карьерный рост
Программа «Менеджмент в сфере здравоохранения» .74

Обзор актуальных нормативных документов 75–80

Редколлегия «МЗ», проанализировав многочисленные обращения и пожелания подписчиков журнала, приняла решения об увеличении с 2010 года объема журнала с целью расширения таких востребованных рубрик, как «Консультации экспертов МЗ» и «Обзор и комментарии к актуальным нормативным документам». Только для подписчиков журнала сохраняется уникальный сервис: предоставление архивных статей журнала в электронном виде и возможность получения ответов на свои вопросы от экспертов журнала.

Начинается подписка на ежемесячный научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения» на 2010 год



В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82614** на полугодие
20102 на год

Подписка через редакцию (с любого номера, на любой срок):

Стоимость подписки для любого региона РФ
- на один номер — **400 руб.**
- на полугодие – **2400 руб.**
- **4320 руб. – годовая** *(стоимость 1 номера по годовой подписке — 360 руб.)*

НДС не облагается.
Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения»
ИНН 7715376090 КПП 771501001
р/с: 40702810638050105256
в Марьинорощинском ОСБ 7981 г. Москва, Сбербанк Россия ОАО
к/с: 30101810400000000225
БИК 044525225
Код по ОКП 95200,
Код по ОКПО 14188349

Адрес редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д.11.
Тел./факс: (495) 618-07-92
Моб. тел.: 8 (926) 602-40-71
E-mail: idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru
www.idmz.ru

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Менеджер здравоохранения" на 2010 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

В Н И М А Н И Е !!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису. Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы. Вопросы принимаются по факсу *(495) 618-07-92* и электронной почте *idmz@mednet.ru*.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ» (ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА)

КАФЕДРА УПРАВЛЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФУВ ГОУ ВПО РГМУ

(заведующий кафедрой — академик РАМН, профессор Стародубов В.И.)

проводит сертификационные курсы усовершенствования и профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

В программе: актуальные вопросы управления, экономики здравоохранения, обязательного и добровольного страхования, качества медицинской помощи, лицензирования и аккредитации медицинской деятельности.

Сроки проведения обучения

Сертификационные курсы:
26.01.09 – 20.02.09
23.02.09 – 20.03.09
30.03.09 – 24.04.09
18.05.09 – 12.06.09
07.09.09 – 02.10.09
02.11.09 – 27.11.09

Профессиональная переподготовка:
16.02.09 – 05.06.09
14.09.09 – 25.12.09

Курсы усовершенствования проводятся бесплатно для работников органов управления, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения РФ.
Возможно платное обучение на договорной основе для работающих в ведомственных и коммерческих структурах. Общежитие предоставляется.

117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1
Предварительные заявки на обучение по следующим телефонам:
тел./факс: *434-17-56 — Зарубина Анна Витальевна,*
Морозова Елена Владимировна
Эл. почта: *kafedra-rgmu@mail.ru*