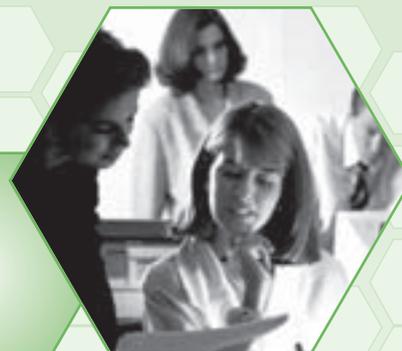


ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№1. 2011



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



Публикуйтесь в журнале «Врач и информационные технологии»

**Журнал входит в топ-5
по импакт-фактору Российского индекса научного цитирования
журналов по медицине и здравоохранению**

№	Журнал	Выпусков	Статей	Цит.	ИФ РИНЦ	ВАК
1	Microbiology МАИК «Наука/Интерпериодика»	210	1830	18978	1,000	+
2	Врач и информационные технологии ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»	21	349	213	0,644	+
3	Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии ООО «Гастро»	26	359	2744	0,617	+
4	Вопросы питания ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»	30	348	1645	0,497	+
5	Биохимия Академиздатцентр «Наука» РАН	130	1785	10 486	0,488	+
6	Нефрология и диализ Российское диализное общество	23	586	801	0,485	+
7	Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина	87	1467	817	0,481	+
8	Вопросы вирусологии Издательство «Медицина»	72	470	1812	0,455	+
9	Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия ООО «Издательский дом «М-Вести»	15	143	817	0,455	+
10	Кардиоваскулярная терапия и профилактика ООО «Силицея-Полиграф»	65	4318	1591	0,450	+

Адрес редакции: idmz@mednet.ru
Правила публикации на сайте журнала: www.idmz.ru



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **О порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования**
- ✓ **Расчет нормативов затрат на оказание специализированной медицинской помощи**
- ✓ **Обеспечение безопасности при обработке и передаче данных о пациентах и проблемы реализации требований законодательства при использовании сети Интернет**
- ✓ **Обзор региональных решений «Электронная регистратура»**
- ✓ **Оценка эффективности использования медицинского оборудования в ЛПУ**

Менеджер здравоохранения

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России, представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., главный специалист ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

Заместитель главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

Редакционная коллегия:

КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации Минрегионразвития России

№ 1
2011

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Российская медицинская наука в зеркале международного и отечественного цитирования

*В.И. Стародубов, Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова,
В.А. Маркусова*

6-20

Публикационная активность как фактор капитализации исследователя

О новых правилах оформления публикаций в «МЗ»

21

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Подведены итоги голосования и определены победители в номинациях ИД «Менеджер Здравоохранения»

22-23

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

О некоторых подходах к модернизации здравоохранения в регионах

О.А. Каплунов

24-28

Модель создания автономного учреждения здравоохранения

О.В. Стеблецова, С.В. Гусева

29-33

О нововведениях при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля

А.Ю. Абрамов, В.П. Падалкин

34-42

Врачи как аудитория Интернет-пользователей: профиль, потребности, предпочтения

Е.Н. Молокова

43-51

С МЕСТА СОБЫТИЙ

83-ФЗ: закон скрытой приватизации лечебных учреждений, или закон, ужесточающий правила по оказанию платных услуг?

Материалы «круглого стола» Государственной думы от 09.12.2010

52-55

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей

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

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования Института развития дополнительного профессионального образования Министерства образования Российской Федерации

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

«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
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92

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 ГУП МО «Коломенская типография»: 140400, г. Коломна, ул. III Интернационала, д. 2а
Тел./факс 8 (496) 618-62-87

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Реализация 83-ФЗ в системе здравоохранения: модели действий Республики Татарстан

Материалы конференции

56-58

«Переход бюджетных лечебно-профилактических учреждений в статус автономного учреждения», Казань, 8.12.2010

МОНИТОРИНГ ЭКСПЕРТНЫХ МНЕНИЙ

Региональные программы модернизации здравоохранения: отремонтированное крыльцо или стратегия реформирования?

59-63

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Новое — далеко не значит лучше: отзыв на проект Закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

А.А. Старченко, Д.А. Зинланд,
И.В. Рыкова, Е.Ю. Гончарова

64-69

ИЗУЧАЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

70

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Конфликт интересов

Консультант: И.С. Хайруллина,
эксперт журнала «Менеджер Здравоохранения»

72-75

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

76-77

КНИЖНАЯ ПОЛКА

78-79

ОРГАНАЙЗЕР

80

ЮБИЛЕЙ

Евгению Ивановичу Сошникову — 80 лет...

81

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

82-96

Все публикации журнала индексируются в информационно-аналитической системе Российского индекса научного цитирования

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

**№ 1
2011**

Contents:

FOCUS OF PROBLEM

Russian medical science in the mirror of international and domestic citation

*V.I. Starodubov, N.G. Kurakova,
V.A. Markusova, L.A. Tsvetkova*

6-20

Publication activity as a factor in the capitalization of the researcher

*On new rules of registration of publications
in the «Health-care Manager»*

21

FEEDBACK

*Summed up the vote and determined
winners in the categories «Health-care Manager»*

22-23

HEALTH-CARE MANAGEMENT

On some approaches to the modernization of health care in the regions

O.A. Kaplunov

24-28

The model of the autonomous health institutions

O.V. Stebletsova, S.V. Guseva

29-33

About innovations in carrying out state control (supervision) and municipal control

A.Y. Abramov, V.P. Padalkin

34-42

Physicians as an audience of Internet users: Profile, needs, preferences

E.N. Molokova

43-51

FROM SITE OF AN EVENT

83-FL: the law of hidden privatization of medical institutions or the law, stricter rules on the provision of paid services?

*Proceedings of the Round Table
of the State Duma on 09.12.2010*

52-55

Все публикации журнала
будут индексироваться
в международной
библиометрической
системе Scopus

Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...

**Implementation of 83-FL of the health care system:
Models of Action of the Republic of Tatarstan**

Conference Materials «The transition of budgetary health care institutions in the status of autonomous institutions», Kazan, 08.12.2010

56-58

MONITORING OF EXPERT OPINIONS

Regional program of health care modernization: renovated porch or reform strategy?

59-63

FEEDBACK

**New – not so the best: comments on the draft Law of the Russian Federation
«On the basis of health of citizens in the Russian Federation»**

A.A. Starchenko, D.A. Zinland, I.V. Rykov, E.J. Goncharov

64-69

STUDY THE LEGISLATION

70

«HEALTH-CARE MANAGER» CONSULTING

Conflict of interests

Consultant: I.S. Khairullina, the expert of journal «Health-care Manager»

72-75

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by Doctor of Economics F.N. Kadyrov

76-77

BOOKSHELF

78-79

ORGANIZER

80

JUBILEE

Yevgeny Ivanovich Soshnikov – 80 years ...

81

REVIEW OF CURRENT NORMATIVE DOCUMENTS

82-96



В.И. Стародубов,

академик РАН, ФГУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ), г. Москва

Н.Г. Куракова,

д.б.н., главный специалист, ФГУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ), г. Москва

Л.А. Цветкова,

к.б.н., зав. сектором ВИНТИ, РАН, г. Москва

В.А. Маркусова,

д.п.н., зав. отделением ВИНТИ, РАН, г. Москва

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА В ЗЕРКАЛЕ МЕЖДУНАРОДНОГО И ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЦИТИРОВАНИЯ

УДК: 004.658:001.818(470)

Обсуждается новая модель финансирования научных исследований в России, учитывающая библиометрические показатели научной деятельности НИИ, ВУЗов и научных коллективов. Показаны отличия российского ландшафта медицинских исследований от других стран. Дана оценка доступности русскоязычного сегмента исследований в области медицины глобальному медицинскому сообществу. Приведены международные рейтинги научных и образовательных медицинских организаций России. Даны рекомендации по повышению доступности и цитируемости российских публикаций, посвященных вопросам медицины и здравоохранения.

Ключевые слова: медицинские журналы, библиометрические показатели, публикационная активность, цитируемость

В начале XXI века во всем мире наметилась очевидная тенденция в переоценке роли и возможностей науки в современном обществе и, как следствие, изменение принципов ее финансирования.

Во-первых, поставлены под сомнение прогностические возможности науки. Разразившийся финансовый кризис, который не был предсказан ведущими экономическими школами, полное бессилие мирового метеорологического сообщества в прогнозировании природных катаклизмов, неспособность медицины в разы сократить случаи сердечно-сосудистых, неврологических, онкологических и прочих заболеваний — все это делает небезосновательными упреки в адрес науки по поводу ее неэффективности и ставит под сомнение необходимость увеличения расходов на ее финансирование.

Во-вторых, происходит глобализация науки, обеспечивающая возможность получения доступа к научному знанию в любой географической точке его генерации, привлечения исследовательских групп к проведению заказных исследований в режиме научного аутсорсинга или оффшорных научных исследований. Даже крупные промышленные корпорации сокращают свои научные подразделения и от формата R&D (research and development) переходят к формату C&D (connect and development), то есть предпочитают искать результаты уже проведенных исследований, которые могут быть использованы или трансформированы в заданные корпорациями технические задания.

© В.И. Стародубов, Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова, В.А. Маркусова, 2011 г.



В-третьих, происходит смещение приоритетов государства от академической модели организации науки к вузовской, способной не только получать, но и возвращать деньги в бюджет страны. Яркие примеры Массачусетского технологического института, создавшего множество малых инновационных предприятий с совокупным бюджетом, превосходящим бюджет Российской Федерации, Стенфордского университета, 200 малых предприятий которого зарабатывают ежегодно по 200 млн. долларов, являют собой доказательства продуктивности вузовской модели. Однако справедливости ради следует отметить, что, вопреки распространенному у нас представлению, основная часть западной науки сосредоточена не в университетах, а в федеральных научных центрах, исследовательских корпорациях и т.д. (например, из 2500 университетов США лишь около 10% проводят научные исследования), а некоторые западные страны, такие как Япония, явно не удовлетворены университетской моделью организации науки и создают структуры, напоминающие РАН.

В 2009 г., когда финансирование гражданского сектора науки достигло 127 миллиардов рублей, Президент поручил Правительству, а оно — Министерству образования и науки разработать методику, позволяющую оценить уровень, качество и потенциал каждой научной организации. Исполняя поручение, Минобрнауки России предложило проект методики оценки эффективности научных организаций, позволяющей «одним метром» измерить все научные организации России и составить единую карту их результативности.

В конце августа 2010 г. был издан Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 738н «Об оценке результативности деятельности научных организаций, подведомственных Минздравсоцразвития России, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения». Согласно приказу и в

Когда финансирование гражданского сектора науки достигло 127 миллиардов рублей, Президент поручил Правительству составить единую карту их результативности

соответствии с Правилами оценки результативности деятельности научных организаций, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 8 апреля 2009 г. № 312 «Об оценке результативности деятельности научных организаций, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, № 15, ст. 1841), планируется оценка научного потенциала и эффективности исследований научных организаций, подведомственных Минздравсоцразвития России, по следующим основным критериям: публикационная активность и активность создания объектов интеллектуальной собственности.

В том же 2010 году было принято и Постановление Правительства № 220 от 9 апреля 2010 г. «О мерах по привлечению ведущих ученых в российские образовательные учреждения высшего профессионального образования», согласно которому «в целях усиления государственной поддержки развития науки и инноваций в высшей школе» из бюджета в форме субсидии выделено в 2010 году 3 млрд. руб., в 2011 году — 5 млрд. руб. и в 2012 году — 4 млрд. руб. При этом решение об отнесении ученого к «ведущим» осуществляется по ряду библиометрических показателей, среди которых: количество статей ведущего ученого в научной периодике, индексируемой иностранными и российскими организациями (Web of Science, Scopus, Рос-





«Сегодняшнее состояние госсектора науки не соответствует ожиданиям. На первое место выходит вопрос отдачи»

сийский индекс цитирования, по направлению исследований; показатели цитируемости 10 лучших публикаций ведущего ученого; совокупный импакт-фактор статей ученого за 2005–2009 годы по состоянию на декабрь 2009 г.; индекс Хирша ведущего ученого (приводится на момент подачи заявки).

Цель, которую преследует вся эта нормотворческая деятельность, четко сформулировал директор Департамента государственной научно-технической политики Минобрнауки Александр Наумов: «На первое место выходит вопрос отдачи. Сегодняшнее состояние госсектора науки не соответствует ожиданиям. России принадлежит лишь 0,3% мирового рынка высокотехнологичной продукции, а по уровню патентования мы занимаем 24-е место в мировом рейтинге. Очевидно, что нужна система мониторинга научных организаций. Президент поставил задачу: поддержать сильных. А для этого необходим инструмент ранжирования».

Президент поставил задачу: поддержать сильных. А для этого необходим инструмент ранжирования

Таким образом, сегодня мы являемся свидетелями изменения принципов государственного финансирования научных исследований: от равномерного распределения бюджетных средств на НИР и НИОКР государство начало переходить к фокусной, грантовой поддержке наиболее сильных НИИ и научных коллективов. При этом в качестве индикаторов, используемых для категоризации и дифференциации объемов

финансирования, стали использоваться публикационная активность отдельных НИИ и блок показателей коммерциализации результатов исследований.

С большой долей уверенности можно говорить о том, что применению государственными органами России при распределении федерального ресурса таких показателей, как индексы цитирования, предшествовало изучение международного опыта.

Модель финансирования, в основе которой лежит идея, что научное качество, зарегистрированное, главным образом, через публикации, должно быть экономически вознаграждено, широко используется в мире.

Использование библиометрических показателей стало возможным благодаря созданию д-ром Ю. Гарфилдом в 1961 г. Института научной информации США, выпускающего с 1964 г. Указатель цитированной литературы — Science Citation Index (SCI). Мониторинг этих показателей проводится во всех промышленно развитых странах мира [1]. Известная поговорка «Публикуйся или погибнешь» из рекомендации трансформируется в алгоритм капитализации ученого. Нобелевский лауреат, академик В.Л. Гинзбург в статье «Сами виноваты? Почему Россия получает мало Нобелевских премий» отмечал, что «необходимое условие успехов в научной работе, а конкретно, в обеспечении международного признания этих успехов, — это своевременная публикация работ и поддержка лучших из них» [2].

Целесообразность использования библиометрических показателей в 2003 г. была подтверждена Статистическим институтом ЮНЕСКО, который ввел в качестве параметров измерения научной деятельности следующие библиометрические данные: количество публикаций, их цитируемость, количество поданных патентов (www.uis.unesco.org) [3].

В формализованном виде эта идея была положена в основу модели финансирования исследований Норвегии, разработанной в течение 2002–2004 гг. Университетом



г. Осло [4]. Решение о создании программы оценки и финансирования образования, в которой ключевая роль будет принадлежать библиометрическим показателям, приняло и правительство Великобритании [5].

В настоящем исследовании мы попытались выяснить, чем российский ландшафт медицинских исследований отличается от других стран, насколько русскоязычный сегмент исследований в области медицины заметен и доступен глобальному медицинскому сообществу, какие международные рейтинги имеют научные организации России, какие российские периодические издания следует относить к ядерным и, наконец, что нужно предпринять, чтобы российский публикационный поток, посвященный вопросам медицины и здравоохранения, стал более заметным и значимым.

Современные наукометрические инструменты позволяют аргументированно ответить на все эти вопросы. Так, статистические данные по вкладу в мировую науку стран, организаций и ученых содержит разработанная в начале 90-х годов на основе SCI специализированная база данных — Essential Science Indicators (ESI).

Библиометрический профиль конкретной страны с хорошей детализацией по дисциплинам позволяет построить сервис SCImago Journal & Country Rank (ScimagoJR), разработанный испанской исследовательской группой Scimago и являющийся специализированной надстройкой над базой научных публикаций Scopus, которая включает информацию о публикациях в 17 124 научных изданиях, покрывающих все предметное поле науки и техники. В состав базы входят и неанглоязычные журналы, в том числе из России. Все журналы разбиты на 27 широких направлений и 313 узких тематических категорий. Каждый журнал может принадлежать более чем одному направлению и категории. Важное преимущество ScimagoJR состоит в том, что все данные выложены в открытом доступе [6].

Российский ландшафт медицинских исследований

По данным ScimagoJR, в целом в 1996–2008 гг. поток публикаций из РФ был на удивление стабильным и колебался в районе 30 000 статей в год [7]. Из-за этого доля статей России в мире упала с 2,7 до 1,7% [6]. В общем зачете среди стран мы опустились с 8-го на 15-е место по числу публикаций и с 16-го на 24-е место по числу ссылок на публикации.

Что касается медицинских публикаций, ситуация выглядит еще более неутешительной. В общем публикационном потоке работы медицинской тематики составляют лишь 3% и существенно уступают таким дисциплинам, как физика и химия (рис. 1, 2).

В отличие от России, в США доля публикаций медицинской тематики — самая значительная (рис. 3, 4). Похожая ситуация наблюдается во всех развитых странах с некоторыми особенностями. Германия, например, делает ставку не только на медицину, которая, лидирует по числу публикаций, но и на компьютерные технологии.

По данным ESI, отечественные публикации по наукам о жизни также сильно отстают по своему влиянию от ведущих стран мира. Если, по данным на 1993–2002 гг., отечественные публикации занимают 15-е место в мире по цитируемости, то по биологии и биохимии отечественные публикации находятся на 17-м месте, по клинической медицине — на 37-м месте, по фармакологии и токсикологии — на 31-м, по иммунологии — на 33-ем [1].

Доступность русскоязычного сегмента исследований в области медицины глобальному медицинскому сообществу

В России основная проблема публикационной активности научных организаций — низкий уровень цитирования и цитируемости. По данным исследования, опубликованного в январе 2010 г. Thomson Reuters [8], на долю России приходится лишь 2,6%



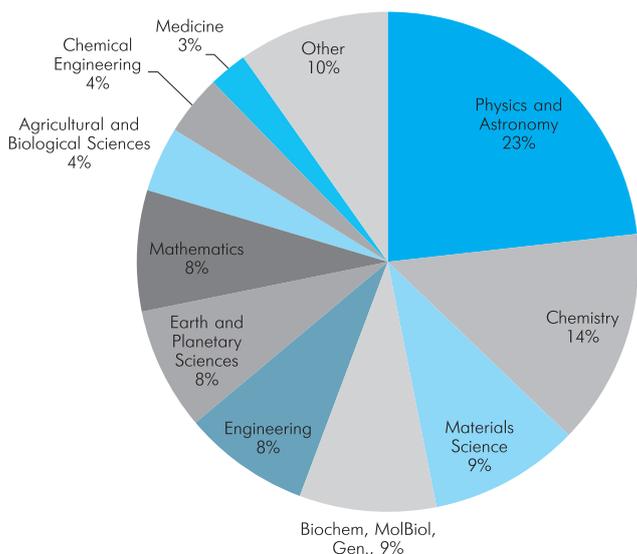


Рис. 1. Доля отдельных дисциплин в общем публикационном потоке Российской Федерации в 1996–2008 гг.*

* сумма здесь больше, чем общее число публикаций из РФ, так как возможно отнесение публикации к двум и более направлениям [6].

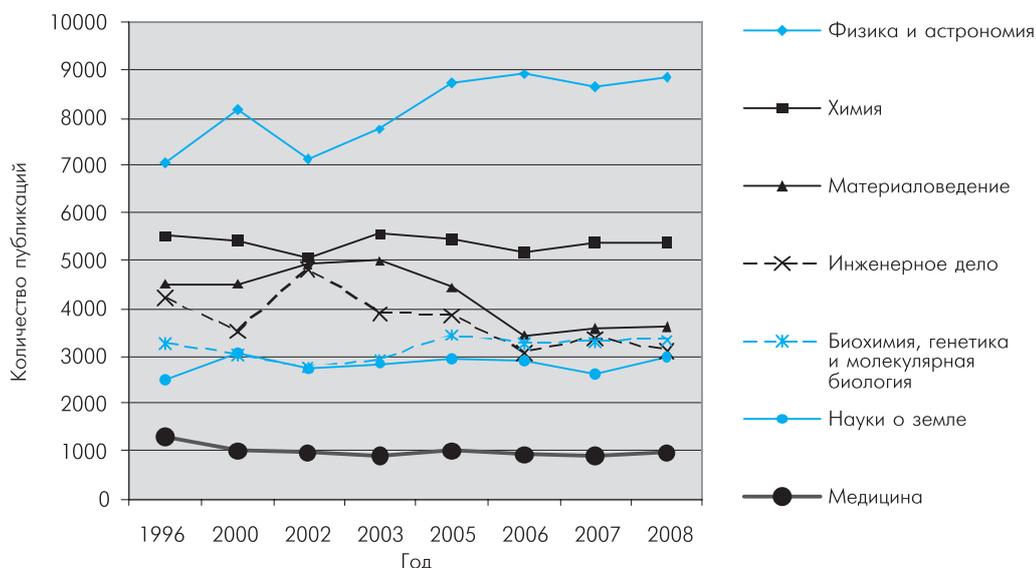


Рис. 2. Количество публикаций из Российской Федерации по отдельным дисциплинам в 1996–2008 гг.

научных статей, опубликованных в 2004–2008 годы в журналах, индексируемых крупнейшей в мире сетью Web of Science. Это меньше, чем Китай (8,4%) и Индия (2,9%), и всего лишь немногим больше, чем Нидерланды (2,5%). Более того, в России не наблюдается роста числа публикаций с 1981 года, тогда как Индия, Китай и Бразилия переживают бурный рост производства «научной продукции».

На долю России приходится лишь 2,6% научных статей, индексируемых крупнейшей в мире сетью Web of Science, и 12% от всего совокупного публикационного потока научной России обрабатывает система Scopus

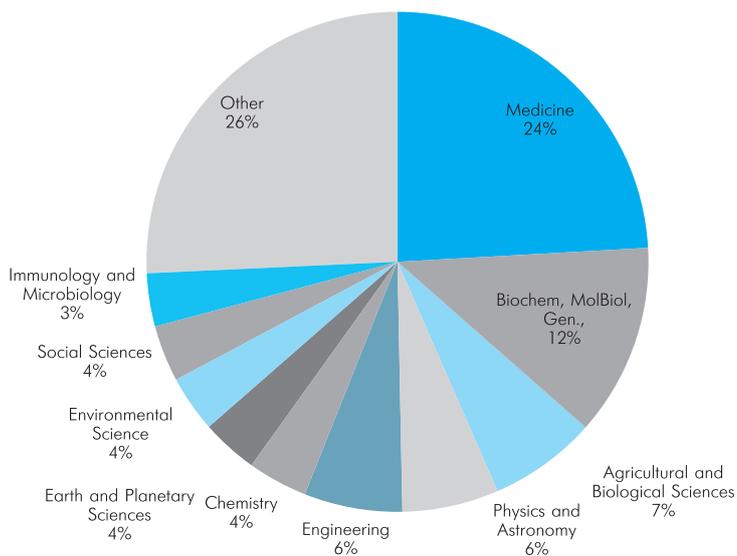


Рис. 3. Топ-10 самых публикационно активных дисциплин в США в 1996–2008 гг. [6]

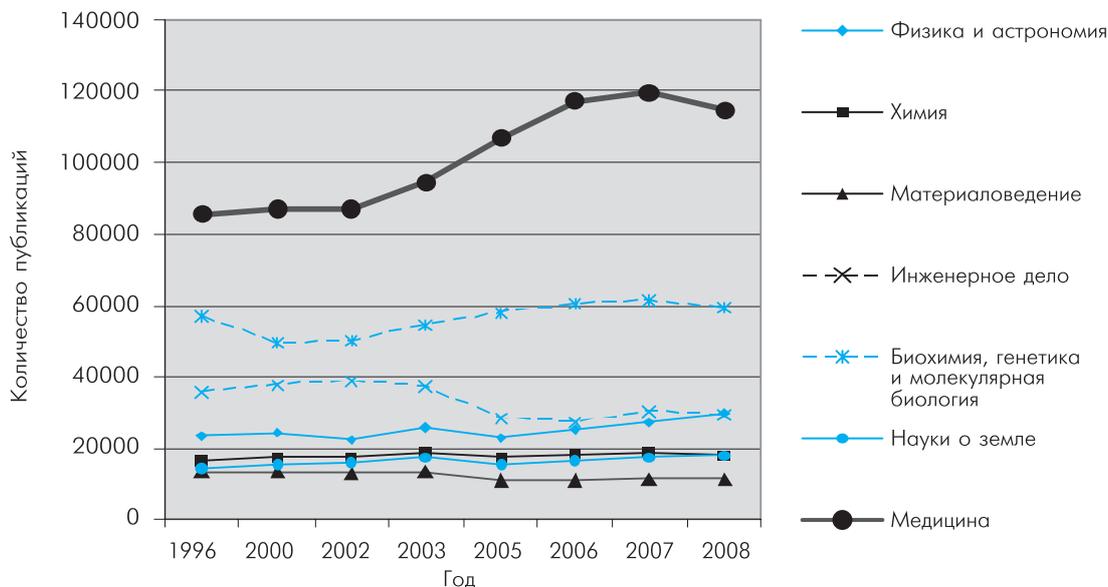


Рис. 4. Количество публикаций из США по отдельным дисциплинам в 1996–2008 гг.

Вторая признанная международная библиометрическая система Scopus сегодня обрабатывает не более 12% от всего совокупного публикационного потока научной России. ТНа 2010 г. в БД Web of Science представлено 150 российских журналов, в базе Scopus — 249, в Medline (PubMed) — 59, в Chemical Abstracts — 56, в MathSciNet — 32 [9].

По нашим данным, российские медицинские периодические издания Web of Science за редким исключением (8 журналов) практически «не видит». Значительно шире российская медицинская периодика представлена в Scopus (44 наименования журналов обрабатываются в настоящее время и в дополнение к ним еще имеются архивные выпуски 20 наименований) (табл. 1).



Перечень российских медицинских журналов в БД SCOPUS и БД Web of Science

№	Название журнала на языке оригинала (современное название)	Название версии журнала в БД SCOPUS	Название версии журнала в БД Web of Science
1	Авиакосмическая и экологическая медицина	Aviakosmicheskaia i ekologicheskaia meditsina = Aerospace and environmental medicine (активный)	
2	Акушерство и гинекология	Akusherstvo i Ginekologiya (активный)	
3	Ангиология и сосудистая хирургия	Angiologiya i sosudistai khirurgiya = Angiology and vascular surgery (активный)	
4	Анестезиология и реаниматология	Anesteziologiya i Reanimatologiya (активный)	
5	Биомедицинская химия	Biomeditsinskaia khimiia (активный)	
6	<i>Бюллетень экспериментальной биологии и медицины</i>	<i>Byulleten Eksperimentalnoi Biologii i Meditsiny (архивные выпуски)</i>	<i>Bulletin Of Experimental Biology and Medicine</i>
7	Вестник оториноларингологии	Vestnik Otorinolaringologii (активный)	
8	Вестник офтальмологии	Vestnik Oftalmologii (активный)	
9	Вестник Российской академии медицинских наук	Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk (активный)	
10	Вестник хирургии им. И.И. Грекова	Vestnik Khirurgii Imeni I.I.Grekova (активный)	
11	Военно-медицинский журнал	Voенno-meditsinskii zhurnal (активный)	
12	Вопросы вирусологии	Voprosy Virusologii (активный)	
13	Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры	Voprosy kurortologii, fizioterapii, i lechebnoi fizicheskoi kultury (активный)	
14	Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко	Zhurnal Voprosy Neurokhirurgii Imeni N.N. Burdenko (активный)	
15	Вопросы онкологии	Voprosy Onkologii (активный)	
16	<i>Гематология и трансфузиология</i>	<i>Gematologiya i Transfuziologiya (активный)</i>	<i>Gematologiya I Transfuziologiya</i>
17	Гигиена и санитария	Gigiena i sanitariia (активный)	
18	<i>Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова</i>	<i>Zhurnal Vysshoi Nervnoi Deyatelnosti Imeni I.P. Pavlova (активный)</i>	<i>Zhurnal Vysshoi Nervnoi Deyatelnosti Imeni I.P.Pavlova</i>
19	Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии	Zhurnal Mikrobiologii Epidemiologii i Immunobiologii (активный)	
20	<i>Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова</i>	<i>Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova (активный)</i>	<i>Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii Imeni S.S. Korsakova</i>
21	Известия РАН. Серия биологическая	Izvestiia Akademii nauk. Seriya biologicheskai / Rossiiskaia akademiia nauk (активный)	
22	<i>Кардиология</i>	<i>Kardiologiya (активный)</i>	<i>Kardiologiya</i>



Таблица 1, окончание

№	Название журнала на языке оригинала (современное название)	Название версии журнала в БД SCOPUS	Название версии журнала в БД Web of Science
23	Клиническая лабораторная диагностика	Klinicheskaya Laboratornaya Diagnostika (активный)	
24	Клиническая медицина	Klinicheskaya Meditsina (активный)	
25	Медицина труда и промышленная экология	Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya (активный)	
26	Медицинская паразитология и паразитарные болезни	Meditsinskaya Parazitologiya i Parazitarnye Bolezni (активный)	
27	Молекулярная генетика, микробиология и вирусология	Molekuliarnaya genetika, mikrobiologiya i virusologiya (активный)	
28	Морфология	Morfologiya (Saint Petersburg, Russia) (активный)	
29	<i>Нейрохимия</i>	<i>Neurochemical Journal</i> (активный)	<i>Neurochemical Journal</i>
30	Онтогенез	Russian Journal of Developmental Biology	
31	Паразитология	Parazitologiya (активный)	
32	Патологическая физиология и экспериментальная терапия	Patologicheskaya Fiziologiya i Eksperimental'naya Terapiya (активный)	
33	Проблемы социальной гигиены и истории медицины	Problemy Sotsialnoi Gigieny i Istorii Meditsiny NII Sotsialnoi Gigieny Ekonomiki i Upravleniya Zdravookhraneniem Im N.A.Semashko RAMN AO Assotsiatsiya Meditsinskaya Literatura (активный)	
34	Проблемы туберкулеза и болезни легких	Problemy tuberkuleza i boleznei legkikh (активный)	
35	Стоматология	Stomatologiya (активный)	
36	Судебно-медицинская экспертиза	Sudebno-Meditsinskaya Ekspertiza (активный)	
37	<i>Терапевтический архив</i>	<i>Terapevticheskii Arkhiv</i> (активный)	<i>Terapevticheskii Arkhiv</i>
38	Урология	Urologiya (Moscow, Russia) (активный)	
39	Успехи геронтологии	Advances in gerontology = Uspekhi gerontologii / Rossiiskaia akademiya nauk, Gerontologicheskoe obshchestvo (активный)	
40	Успехи физиологических наук	Uspekhi Fiziologicheskikh Nauk (активный)	
41	Физиология человека (рус. оригинал)	Fiziologiya cheloveka (активный)	
42	Физиология человека (пер. англ.)	Human Physiology (активный)	
43	Хирургия	Khirurgiya (активный)	
44	Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология	Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya = Experimental & clinical gastroenterology (активный)	
45	<i>Сравнительная цитогенетика</i>		<i>Comparative cytogenetics</i>





Международные рейтинги российских медицинских исследовательских и образовательных научных организаций

Закономерным следствием столь скромного присутствия российских публикаций медицинской тематики в международных базах данных являются и крайне низкие рейтинги российских исследовательских и образовательных организаций.

Российская академия медицинских наук занимает 658-е место в международном рейтинге научных организаций, публикующих результаты исследований в области здравоохранения

По данным рейтинга научных организаций здравоохранения, опубликованном в отчете SIR за 2010 год (табл. 2), Российская академия медицинских наук занимает 658-е место, в то время как, например, университетский госпиталь Cleveland (США) имеет 358-е место [10].

Наиболее цитируемые медицинские российские периодические издания

Осознавая слабую представленность в международных базах цитирования российских публикаций и необходимость для государства создать механизм для измерения результатов научной деятельности и отдачи вложений в науку, Министерство образования и науки РФ в 2005 году выделило ассигнования для создания национальной информационно-аналитической системы РИНЦ (Российский индекс научного цитирования). В октябре 2010 года ведомством направлены дополнительные 69 млн. руб. на усовершенствование созданной системы.

Задачи РИНЦ были определены следующим образом:

- Создать систему статистического анализа деятельности российской науки на основе

библиометрических измерений показателей публикационной активности отдельных ученых, научных коллективов, научных журналов, организаций, административных субъектов.

- Разработать эффективную систему навигации в массиве отечественной научной информации через использование всех современных поисковых средств, включая тематический поиск.

- Обеспечить массовый доступ российских пользователей к полным текстам научных публикаций.

- Внедрить систему распределения организационных, финансовых и иных ресурсов для научных и образовательных бюджетных учреждений России.

- Создать базу данных по импакт-факторам российских журналов.

Согласно информации сайта РИНЦ, на ноябрь 2010 года в этом указателе содержатся сведения об импакт-факторе за 2009 год 1160 российских журналов (из примерно 1,5 тыс. российских журналов, отнесенных к категории научных), информация о более чем 2 миллионов публикаций российских авторов, а также информация о цитировании этих публикаций из более 2000 российских журналов, обработано и включено в базу данных 13 506 903 статьи.

В таблице 3 приведен список журналов медицинской тематики, входящих сегодня в топ-10 по импакт-фактору РИНЦ. Всего в БД найдено **169 медицинских журналов** с ИФ РИНЦ больше 0.

Низкая публикационная активность медицинских научных и образовательных организаций обусловила их невысокие места и в рейтинге российских научно-исследовательских организаций, который рассчитывается по публикациям организации за последние 5 лет (2005–2009). В таблице 4 мы приводим рейтинги некоторых из самых известных и авторитетных медицинских научных центров России.

Необходимо подчеркнуть, что РИНЦ обрабатывает только отечественные научные журналы, а ссылки из зарубежных источников



Таблица 2

Рейтинг организаций, осуществляющих исследования в области здравоохранения, по данным SIR World Report 2010 Health Sciences*

WR	Организация	Страна	Показатели			
			O	IC(%)	Q1(%)	NI
1	Harvard University	USA	26,561	29,11	80,28	2,92
2	National Institutes of Health	USA	20,445	31,71	84,57	2,92
3	Veterans Affairs Medical Centers	USA	18,184	12,74	77,45	2,22
4	University of Toronto	CAN	17,752	34,27	67,83	1,99
5	Mayo Clinic Minnesota	USA	17,095	18,67	75,79	2,31
6	University of California, San Francisco	USA	15,956	22,76	78,27	2,53
7	Johns Hopkins University	USA	15,857	25,51	78,00	2,44
8	University of Pennsylvania	USA	15,189	17,48	73,53	2,22
9	University of Washington	USA	14,717	20,21	75,38	2,36
10	University College London	GBR	14,664	38,14	74,15	2,23
11	University of Pittsburgh	USA	14,296	18,95	75,24	2,20
12	Columbia University	USA	13,394	22,21	75,59	2,41
13	University of California, Los Angeles	USA	12,870	22,12	76,79	2,36
14	Massachusetts General Hospital	USA	12,364	23,39	79,95	2,73
15	University of Michigan, Ann Arbor	USA	12,294	18,25	73,82	2,20
16	Universidade de Sao Paulo	BRA	12,268	15,78	36,57	0,80
17	Brigham and Women's Hospital	USA	11,240	25,68	83,43	3,37
18	University of North Carolina, Chapel Hill	USA	10,494	20,62	72,07	2,39
19	Yale University	USA	10,310	20,96	74,68	2,14
20	Stanford University	USA	10,130	23,41	78,08	2,34
358	University Hospitals of Cleveland USA	USA	1,929	13,89	76,05	2,23
379	Gunma University	JPN	1,856	7,44	47,20	0,80
380	<i>Russian Academy of Sciences</i>	<i>RUS</i>	<i>1,845</i>	<i>32,20</i>	<i>29,49</i>	<i>0,59</i>
381	Cedars-Sinai Medical Center	USA	1,839	20,66	79,17	2,55
656	Cukurova University	TUR	1,043	7,29	28,19	0,47
657	Centre Hospitalier Universitaire de Rennes	FRA	1,041	16,62	41,31	1,87
658	<i>Russian Academy of Medical Sciences</i>	<i>RUS</i>	<i>1,040</i>	<i>35,38</i>	<i>36,92</i>	<i>1,55</i>

* В рейтинг вошли 1875 научно-исследовательских учреждений, имеющих не менее 100 публикаций в 2008 году.

Показатели, отражающие основные аспекты научной продуктивности, результативности и интернационализации в мире научно-исследовательских институтов.

O::Output (Публикационная активность)

Количество публикаций в научных журналах

IC::International Collaboration (Международное сотрудничество)

Количество публикаций, подготовленных в соавторстве с организациями других стран

NI::Normalized Impact (Нормализованная цитируемость)

Средний уровень цитируемости организации относительно среднего уровня цитируемости в данной области знаний за тот же период в мире, принятого за 1.

Q1::High Quality Publications (Высококачественные публикации)

Доля статей, опубликованных в самых влиятельных научных журналах мира (журналы первой четверти рейтинга SJR).



Ранжирование журналов по медицине и здравоохранению по импакт-фактору РИНЦ eLIBRARY.RU (<http://elibrary.ru>)

№	Журнал	Выпусков	Статей	Цит.	ИФ РИНЦ	ВАК
1	Microbiology МАИК «Наука/Интерпериодика»	210	1830	18 978	1,000	+
2	Врач и информационные технологии ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»	21	349	213	0,644	+
3	Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии ООО «Гастро»	26	359	2744	0,617	+
4	Вопросы питания ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»	30	348	1645	0,497	+
5	Биохимия Академиздатцентр «Наука» РАН	130	1785	10 486	0,488	+
6	Нефрология и диализ Российское диализное общество	23	586	801	0,485	+
7	Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина	87	1467	817	0,481	+
8	Вопросы вирусологии Издательство «Медицина»	72	470	1812	0,455	+
9	Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия ООО «Издательский дом «М-Вести»	15	143	817	0,455	+
10	Кардиоваскулярная терапия и профилактика ООО «Силиция-Полиграф»	65	4318	1591	0,450	+

на работы отечественных исследователей в нем практически не отражаются. Поэтому для НИИ и исследователей в области биомедицины, англоязычные публикации которых доступны зарубежному профессиональному сообществу (например, специалистов Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина или Института онкологии им. Н.Н. Петрова), целесообразно использовать статистику информационных систем WOS и (или) SCOPUS.

Авторы статьи не преследуют цели обсудить корректность, информативность и универсальность наукометрических показателей как индикаторов научной продуктивности

НИИ и отдельных ученых. Нами проанализированы результаты достаточного количества наукометрических исследований, доказывающих уязвимость тех или иных показателей. Однако, очевидно, что получая бюджетные средства на проведение исследований, научные сотрудники должны осознавать необходимость распространения полученного знания и стремиться к опубликованию результатов в научных журналах, входящих в мировые информационные ресурсы. Доведение до мирового научного сообщества результатов отечественных исследований будет способствовать визуализации отечественной науки и своеобразным «отчетом» перед налогоплательщиками за государственное финансирование науки. Иными словами, результаты научных исследований должны обладать свойствами самовизуализации.

Результаты научных исследований должны обладать свойствами самовизуализации



Таблица 4

**Медицинские научные и образовательные организации в рейтинге РИНЦ
российских научно-исследовательских организаций**

Номер в рейтинге РИНЦ	Название организации	Публ.	Цитир.	Сред. ИФ	H-индекс	Сводный
73	Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН (Москва)	913	989	0,573	27	73
87	Российский государственный медицинский университет (Москва)	2945	737	0,263	23	87
117	Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (Москва)	4386	1255	0,202	17	117
164	Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)	1241	461	0,212	16	164
188	Казанский государственный медицинский университет (Казань)	1221	171	0,239	13	188
193	Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург)	1313	284	0,200	8	193
205	Научный центр здоровья детей РАМН (Москва)	962	270	0,296	8	205
222	Российская медицинская академия последипломного образования (Москва)	1132	264	0,168	10	222
237	Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН (Москва)	1186	351	0,190	6	237
254	Московский государственный медико-стоматологический университет (Москва)	1950	434	0,138	8	254
348	Научно-исследовательский институт питания РАМН (Москва)	404	196	0,204	10	348
369	Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Москва)	345	228	0,156	8	369
371	Научно-исследовательский институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН (Москва)	178	92	0,609	14	371
390	Эндокринологический научный центр РАМН (Москва)	320	124	0,274	7	390
407	Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)	416	52	0,214	5	407
489	Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца (Москва)	183	56	0,276	9	489



Топ-20 по рейтингу SJR международных периодических журналов, освещающих вопросы организации здравоохранения

	Название журнала	SJR Индекс	H index	Общее количество публикаций за 2008 г.	Общее количество публикаций за 2005–2007 гг.	Общее количество ссылок в 2008 г. на статьи, опубликованные за 2005–2007 гг.	Среднее количество ссылок на статью за 2 года (импакт фактор)	Страна
1	Annual Review of Public Health	0,638	58	29	73	637	6,5	United States
2	Medical care	0,43	92	206	621	2 171	3,36	United States
3	Environmental health perspectives	0,42	122	427	1660	6520	5,26	United States
4	American Journal of Preventive Medicine	0,331	85	302	719	2698	3,53	Netherlands
5	American journal of public health	0,315	123	405	1224	4064	3,85	United States
6	Bulletin of the World Health Organization	0,294	71	233	683	1567	3,03	Switzerland
7	Health and Quality of Life Outcomes	0,275	33	116	252	874	3,30	United Kingdom
8	American Journal of Sports Medicine	0,261	89	298	781	3012	4,22	United States
9	Journal of epidemiology and community health	0,246	76	218	710	1 996	3,14	United Kingdom
10	Journal of Medical Internet Research	0,234	29	56	138	466	3,41	Canada
11	Environmental Health: A Global Access Science Source	0,227	19	81	96	284	2,65	United Kingdom
12	Journal of Urban Health	0,217	36	121	351	734	2,59	United States
13	Globalization and Health	0,207	10	12	41	86	3,25	United Kingdom
14	Quality and Safety in Health Care	0,204	52	96	338	985	3,29	United Kingdom
15	Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges	0,203	62	267	794	1 757	2,02	United States
16	Health Expectations	0,198	28	42	118	283	2,73	United Kingdom
17	Implementation Science	0,194	12	56	74	209	2,82	United Kingdom
18	BMC public health [electronic resource]	0,192	27	436	817	1935	2,26	United Kingdom
19	Journal of Health Communication	0,181	28	56	206	422	2,27	United Kingdom
20	European Journal of Public Health	0,176	34	139	440	826	2,07	United Kingdom



Способы повышения доступности и цитируемости российских публикаций медицинской тематики в ведущих международных библиографических и аналитических базах данных

Сегодня с огромной долей уверенности можно говорить о том, что рейтинги российских научных и образовательных организаций будут формироваться по совокупности следующих показателей:

- Показатели публикационного потока НИИ (или ВУЗ) по статистике Web of Science (повторимся, что для большинства медицинских ВУЗов и НИИ этот показатель пока незначительно отличается от нуля).
- Показатели публикационного потока НИИ (или ВУЗа) по статистике Scopus.
- Показатели публикационного потока по статистике РИНЦ.

Что касается Центральной медицинской библиотеки, то эффективность ее работы заслуживает самых невысоких оценок. Так, в электронном каталоге ЦМНБ нам не удалось обнаружить ни одной статьи из журнала «Врач и информационные технологии», имеющего второй импакт-фактор среди всех российских медицинских журналов, ни одной статьи из журнала «Менеджер здравоохранения», хотя оба журнала библиотека получает. Книги нашего издательства указаны в каталоге с искаженным названием («Менеджмент в здравоохранении»). В библиотеке отсутствует электронный каталог диссертаций... На наш запрос о полноте охвата медицинской периодики заместитель директора Центральной медицинской библиотеки по комплектованию фондов ответила, что периодические журналы в ЦМНБ индексируются выборочно, но не смогла пояснить, по какому принципу осуществляется их отбор...

Для изменения ситуации с представленностью российских публикаций в международных и отечественных БД публикационная стратегия ученых и научных коллективов должна сводиться:

- к оперативному опубликованию результатов исследований в отечественных и зарубежных журналах с высоким импакт-фактором;
- к снабжению аннотацией на хорошем английском языке своих русскоязычных публикаций;
- к активному цитированию современных достижений зарубежных коллег;
- к сотрудничеству с зарубежными партнерами и подготовке совместных публикаций в международных журналах с высоким импакт-фактором;
- к использованию стандартов перевода на английский язык названия российского исследовательского или образовательного института, а также собственной фамилии;
- к созданию англоязычного веб-сайта организации.

В *таблице 5* показаны Топ-20 международных периодических журналов, освещающих вопросы организации здравоохранения, в которых надо увеличивать присутствие российских авторов.

Что же касается стратегии журналов, то издатели должны учитывать два золотых правила в современном распространении научной информации: первое — содержание научных исследований должно быть доступно on-line, и второе, его должно быть легко найти. В противном случае публикация научных исследований не имеет шансов в конкурентной борьбе за читателя.

Как издатели двух периодических журналов: «Врач и информационные технологии» и «Менеджер здравоохранения» мы используем следующие механизмы повышения цитирования наших авторов:

- предоставляем полнотекстовые версии статей в Российскую универсальную научную электронную библиотеку eLIBRARY.RU для передачи их подписчикам в режиме онлайн;
- планируем вхождение в систему Cross-Ref, что позволяет интегрировать российские журналы в международную систему перекрестных ссылок и тем самым обеспечивает





максимально правильный подсчет цитирования российских журналов;

• сотрудничаем с Google, который стал основным поисковым механизмом для информации on-line. На практике это означает, что

любая статья нашего автора будет легко найдена через Google, если она содержит требуемую информацию и если правильно сформулирован запрос.



Литература

1. Маркусова В.А. Информационные ресурсы для мониторинга российской науки //Вест. РАН. — 2005. — Т. 75. — № 7. — С. 607–612.
2. Гинзбург В.Л. Сами виноваты? Почему Россия получает мало Нобелевских премий//Поиск. — 2007. — № 47.
3. Маркусова В.А., Иванов В.В., Варшавский А.Е. Библиометрические показатели российской науки и РАН (1997–2007)//Вестник Российской академии наук. — 2009. — № 7. — С. 483–491.
4. Касимова Р.Г. Библиометрические базы данных как инструмент научного менеджмента//Науковедение. — 2002. — № 4. — С. 187–194.
5. Visser M., Moed H. Comparing Web of Science and SCOPUS on a paper-by-paper basis//In: Excellence and emergence. A new challenge for combination of quantitative and qualitative approaches. Paper presented at the 10th S&T International Conference. — 2008. — P. 23–25.
6. Стерлигов И. Сильные и слабые направления российской науки. Библиометрический анализ//Блог Ivan_Sterligov. — 19 марта 2010. — <http://blogs.strf.ru/blog/20.html>.
7. SCImago. (2007). SJR — SCImago Journal & Country Rank. Retrieved December 12, 2010//from <http://www.scimagojr.com>.
8. Jonathan Adams, Christopher King Global research report. RUSSIA. Research and collaboration in the new geography of science January 2010//<http://science.thomsonreuters.com/thanks/grr-russia-ty/>.
9. Арефьев П.Г. Представление российской научной периодики в ведущих международных библиографических и аналитических базах данных и РИНЦ//Всероссийская научно-практическая конференция «Научный журнал в России-2010», Москва, 26 апреля 2010 г. http://elibrary.ru/projects/publconf/publ2010/event_conf_10_program.asp.
10. Ranking of Research Institutions SIR World Report 2010 Health Sciences//SCImago. (2007). SJR — SCImago Journal & Country Rank. Retrieved December 12, 2010, from <http://www.scimagojr.com>.

Starodubov V.I., Kurakova N.G., Markusova V.A., Tsvetkova L.A. Russian medical science in the mirror of international and domestic citation (Federal Public Health Institute, Moscow. VINITI, Moscow)

Abstract: Bibliometric indicators play an important role in government expenditure on R&D in Russia nowadays. The differences between Russian landscape of medical research from other countries are shown. The availability Russian-speaking segment of medical research for global medical community was assessed. The international ratings of medical research and educational organizations in Russia are given. The recommendation to improve the availability and citedness of Russian publications on matters of medicine and public health are proposed.

Keywords: medical journals, bibliometric indicators, research productivity, citedness.



ПУБЛИКАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ФАКТОР КАПИТАЛИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ. О НОВЫХ ПРАВИЛАХ ОФОРМЛЕНИЯ ПУБЛИКАЦИЙ В «МЗ»

От редакции:

Осознавая свою ответственность перед авторами за цитируемость их публикаций, опубликованных в журнале «МЗ», редакция приняла решение об обязательном представлении статей журнала в Российскую универсальную научную электронную библиотеку eLIBRARY.RU. Библиотека требует соблюдения следующего формата оформления статей (см. пример):

Медицинские информационные системы: затраты и выгоды И.Ф. Гулиева,

ведущий инженер Института программных систем РАН, e-mail: viit@irina.botik.ru

Е.В. Рюмина,

доктор экономических наук, профессор, главный научный сотрудник Института проблем рынка РАН, e-mail: ryum50@mail.ru

Я.И. Гулиев,

кандидат технических наук, директор Исследовательского центра медицинской информатики Института программных систем РАН, e-mail: viit@yag.botik.ru

УДК 004.912

Гулиева И.Ф., Рюмина Е.В., Гулиев Я.И. *Медицинские информационные системы: затраты и выгоды*, Институт программных систем РАН

Аннотация: Статья посвящена проблеме оценки экономической эффективности информационных систем в медицине. На основе анализа зарубежной литературы и вычислительного эксперимента показано, что внедрение информационных технологий имеет высокий потенциал экономической выгоды для лечебных учреждений.

Ключевые слова: экономическая эффективность, экономические выгоды, информационные системы, медицинские информационные системы, электронные медицинские карты, ЭМК, затраты на создание информационных систем, внедрение информационных систем

UDC 004.912

Gulieva Irina F., Ryumina Elena V., Guliev Yadulla I. *Healthcare Information Systems: Costs and Benefits*, Program Systems Institute, RAS

Abstract: In this paper, the authors attempt to assess the economic efficiency of healthcare information systems. Using the analysis of foreign literature and the results of our computational experiment, we show that the implementation of information technologies for the needs of medical institutions has a high potential of economic benefits.

Keywords: economic efficiency, economic benefits, information systems, healthcare information systems, electronic healthcare record, EHR, information system costs, information system deployment

В случае, если автор публикации не имеет возможности соблюсти предлагаемый формат, редакция принимает на себя ответственность по написанию и переводу на английский язык аннотации, ключевых слов и определения УДК статьи.



ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ ГОЛОСОВАНИЯ И ОПРЕДЕЛЕННЫ ПОБЕДИТЕЛИ В НОМИНАЦИЯХ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

На основании подведения итогов голосования членов редколлегии и читателей журнала победителем в номинации **«Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2010 года»** признана



Ирина Сергеевна Хайруллина
эксперт ИД «Менеджер здравоохранения»



за цикл публикаций по проблемам изменения правового статуса учреждений здравоохранения (83-ФЗ от 8 мая 2010 г.):

- Правовой статус учреждений меняется: больше свободы, больше ответственности (*«Менеджер здравоохранения», 2010, №3, С. 60–73*).
- Анализ изменений законопроекта о статусе государственных (муниципальных) учреждений (*«Менеджер здравоохранения», 2010, №5, С. 52–56*).
- Закон о совершенствовании правового положения учреждений принят. Что делать? (*«Менеджер здравоохранения», 2010, №6, С. 64–71*).
- Учреждения здравоохранения вправе возглавлять лица, не имеющие медицинского образования (*«Менеджер здравоохранения», 2010, №9, С. 64–69*).
- Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности, угрозы (*«Менеджер здравоохранения», 2010, №10, С. 41–51*).



Победителями в номинации **«Наиболее оригинальное менеджерское решение в области управления региональным здравоохранением»** признаны



Игорь Сергеевич Кицул

д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей



Дмитрий Валентинович Пивень

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей



За цикл публикаций:

- Саморегулируемая организация сегодня малопонятна, а значит — опасна для чиновника...
(«Менеджер здравоохранения», 2010, №1, С. 29–37).
- Современные правовые механизмы совершенствования деятельности стоматологической службы
(«Менеджер здравоохранения», 2010, №2, С. 30–35).
- Формирование и развитие саморегулирования в здравоохранении
(«Менеджер здравоохранения», 2010, №3, С. 8–14).

Редколлегия журнала поздравляет победителей номинаций, благодарит за содержательные публикации и направляет в их адрес дипломы, подписанные главным редактором журнала, академиком В.И. Стародубовым, а также годовую подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2011 год и новые книги серии «Менеджмент в здравоохранении» Издательского дома «МЗ».



О.А. Каплунов,

д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии ВолГМУ, заведующий отделением ортопедии МУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Волгоград

О НЕКОТОРЫХ ПОДХОДАХ К МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ

УДК 614.2

Дана оценка эффективности мер по улучшению системы медицинской помощи населению.

Обсуждаются вопросы финансирования и рациональности расходования выделяемых ассигнований.

Перечисленные причины, тормозящие прогресс в отрасли и резервы развития.

Ключевые слова: система медицинской помощи населению, модернизация, финансирование, рейтинг причин смертности и инвалидности, организация коечного фонда, кадровая укомплектованность.

За последнее десятилетие в жизни отечественного здравоохранения можно было наблюдать весьма ощутимые перемены, в основе которых лежало стремление руководства страны улучшить систему медицинской помощи населению. В ряду предпринятых с этой целью мер стоят, в первую очередь, национальный проект «Здоровье», на который затрачены существенные бюджетные ассигнования, стабильный ежегодный рост отчислений на здравоохранение, наконец, выдвинутая в этом году инициатива Правительства о модернизации системы здравоохранения РФ (СЗ). На реализацию последней планируется дополнительное расходование более 2,5 триллионов рублей наряду еще с 460 млрд. рублей на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). О таких денежных ресурсах прежде медикам приходилось только мечтать. Для нужд стационаров (прежде всего федерального подчинения, а также сельских) приобреталось передовое оборудование, они оснащались современными средствами коммуникаций и транспорта, проводился ремонт действующих больниц и поликлиник, строительство новых медицинских центров. Стабилизировалась выплата заработной платы медикам, начал формироваться цивилизованный тендерный механизм закупок для учреждений СЗ, обсуждаются юридические основы страхования профессиональной ответственности медиков.

Вместе с тем при столь ощутимых позитивных шагах руководства страны и МЗСР темпы роста доступности и качества медицинской помощи в практическом здравоохранении не оправдывают ожиданий. В экспертных оценках по этому поводу упоминается ряд причин. Одна из них — недостаточная рациональность расходования выделяемых ассигнований, в частности, приобретение ультрасовременного дорогостоящего оборудования в сельские больницы. Отсутствие там подготовленного персонала не позволило в полной мере применить возможности полученных приборов и устройств, снизив тем самым эффективность вложений.

© О.А. Каплунов, 2011 г.



Растущее финансирование медицины в целом имело очевидный крен в сторону оснащения учреждений СЗ. Такая направленность, сама по себе позитивная, не позволила, по видимому, найти возможность для более ощутимого роста оплаты труда медперсонала, и сегодня остающейся одной из самых низких среди всех отраслей народного хозяйства страны. Следствием стал отток кадров из медицины, в первую очередь молодого возраста, «старение» персонала медучреждений, снижение стимула в его работе, а, следовательно, потеря ожидаемых темпов улучшения качества оказания медпомощи.

Наконец, существенно сказались на жизни медучреждений и негативные последствия глобального экономического кризиса 2008 года. Финансирование здравоохранения из местных бюджетов ощутимо сократилось, медучреждения вынуждены стали тратить на текущие нужды средства из дополнительных источников финансирования, в первую очередь — платных услуг. Это, с одной стороны, отрицательно сказалось на зарплате сотрудников, с другой, сократилась возможность руководства больниц и поликлиник более оперативно покрывать те или иные внезапно возникающие расходы.

Перечисленные причины среди прочих, о которых еще будет упомянуто в настоящей публикации, тормозили прогресс в отрасли и обуславливали, к сожалению, более низкие в сравнении с ожидаемыми показатели ее работы, несмотря на растущее финансирование. Это стало, вероятно, одним из посылов к модернизации здравоохранения, начатой в этом году руководством страны в объеме общенациональной идеи модернизации. Будучи четверть века работником практического звена здравоохранения, не понаслышке знакомым с его нуждами, попытаюсь конструктивно проанализировать некоторые принципы и подходы, на которых в числе прочих представляется целесообразным строить преобразования в нашей отрасли.

Начну с еще одной, редко упоминаемой причины «пробуксовки» темпов развития. Вложения в те или иные виды медицинской помощи, весьма солидные по объему, не всегда велись с учетом рейтинга этих видов по отношению к причинам смертности (и инвалидности) населения. Анализ причин инвалидности и смертности в стране, а также показателя «потерянные годы жизни» (ПГЖ) в зависимости от причинности, по данным ВОЗ¹ (2009), обнаруживает следующее распределение значений (табл. 1). Уточним, что показатель ПГЖ, сравнительно недавно введенный в статистические характеристики здравоохранения, позволяет учитывать возраст, в котором наступает смерть, посредством чего обеспечивается придание большего значения случаям смерти в более молодом возрасте и меньшего — случаям смерти в пожилом возрасте.

Из представленных в таблице данных видно, что рейтинг причин смертности в нашей стране в последнее десятилетие принципиально изменился. В отличие от средне-европейского, в нем на второе место вышли человеческие потери от травм и их последствий, прежде занимавшие третью позицию. Аналогично выглядит ситуация с распределением причинности ПГЖ. При этом важно отметить, что травматизм и его последствия — удел лиц преимущественно молодого, трудоспособного возраста. Это обстоятельство, наряду со сложной демографической ситуацией в РФ, обуславливает растущую медико-социальную актуальность реабилитации этого контингента.

С учетом представленных сведений целесообразно было бы расходовать выделяемые для бюджета СЗ средства. Главные вложения, согласно упомянутому рейтингу причинности, следовало бы делать в специальности, обеспечивающие реабилитацию кардиологических, ортопедо-травматологических и онкологических больных, в то время как оснащение

¹ Мировая статистика здравоохранения. Отчет ВОЗ, 2009. — 150 с.





Распределение причин смертности и «потерянных лет жизни» на 10 тыс. населения РФ

Вид причины	Смертность	Рейтинг	Потерянные годы жизни (%)	Рейтинг
Неинфекционные болезни, в том числе	904		62	1
— сердечно-сосудистые	645	1		
— онкологические	142	3		
Травмы и их последствия	218	2	30	2
Инфекции	Нет данных		8	3

больничных и поликлинических учреждений велось по старому «доброму» принципу уравниловки.

Изменения структуры и функционирования любой отрасли народного хозяйства при смене общественно-экономического базиса, как правило, сопряжены с теми или иными недоработками, перегибами и диспропорциями. Попытки провести преобразования в короткие сроки и быстрыми темпами мотивационно объяснимы, но, как показывает практика, зачастую сопряжены с теми или иными потерями. Тем более важно не повторять сделанных ранее ошибок при модернизации СЗ, поскольку просчеты и потери здесь несопоставимы ни с какой другой сферой деятельности и касаются жизни и здоровья граждан страны.

Одной из составляющих модернизации медицины рассматривается реорганизация коечного фонда стационаров всех уровней. Эта мера назрела достаточно давно. Для обоснования реструктуризации стационаров вновь обратимся к статистике. Согласно данным по обеспеченности коечным фондом и медкадрами на 10 тыс. населения, приведенным в одном из отчетов Европейского бюро ВОЗ², в 2009 году в РФ эти показатели в сравнении с некоторыми другими европейскими странами выглядели следующим образом (табл. 2).

Как следует из таблицы, россиянам стационарная помощь приблизительно на 17–19% более доступна. Нужна ли подобная обеспеченность и отвечает ли она действительной потребности? Исходя из существующей практики, ни для кого не секрет, что во многих стационарах терапевтического профиля проводится длительное лечение состояний, которые в евро-американской системе организации здравоохранения подлежат амбулаторной помощи. Это относится к ряду внутренних болезней, при которых госпитально в течение нескольких часов/суток ликвидируются лишь угрожающие жизни осложнения (отек легких, почечный блок, язвенные кровотечения и т.п.). Определенная часть больных госпитализируется для углубленного обследования в силу особенностей организации этого процесса в амбулаторных условиях (недооснащенность необходимым оборудованием, длительные сроки ожидания и пр.). Кроме того, малообеспеченные категории граждан стремятся попасть в стационар для получения бесплатных медикаментов на период лечения.

В этой связи вопрос о сокращении коечного фонда представляется, казалось бы, вполне обоснованным. Однако есть ряд моментов, которые нельзя не учитывать при его решении. Важными в этом плане являются различия в уровне общего здоровья населения РФ и

² Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Здоровье и системы здравоохранения. Отчет европейского бюро ВОЗ, 2009 г. — 205 с.



Таблица 2

Количество врачей, средних медработников и больничных коек на 10 тыс. жителей

Страна	Врачи	Медсестры	Койки стационаров
Россия	43	85	97
Германия	34	80	83
Венгрия	30	92	71
Швейцария	40	110	79

стран группы сравнения. Необходимы также подготовительные организационные шаги по модернизации амбулаторной помощи, решению вопросов с доступностью медикаментов, удаленностью жителей села от стационаров и некоторые другие. Таким образом, о редукации коечного фонда у нас можно говорить только вкюпе со встречными организационными и финансовыми мерами. Какие из подобных мер уже реализуются на практике и какие можно было бы предложить?

На предстоящий рабочий год сокращаются так называемые план-заказы в системе ОМС (гарантированно оплачиваемое количество койко-дней лечения пациентов), что ставит руководство больниц перед нелегким выбором. Для продолжения работы в новых условиях необходимо либо сокращать отделения и службы стационара, а значит, уволить часть сотрудников, либо развивать платные услуги, что без санкции вышестоящих управленческих структур чревато сегодня общением с многочисленными контролирующими и нередко следственными органами. В ряде стационаров сокращение коечного фонда происходит в приказном порядке сверху. При этом, как и в случае с изменением план-заказов, указание о сокращении не сопровождается конкретными рекомендациями в отношении профилирования остающихся мощностей, из чего администрация подвергшихся «модернизации» больниц делает шаблонный вывод о равномерно-пропорциональном сокращении всех служб. Последствия подобной реструктуризации вряд ли можно расценивать как конструктивные.

Наиболее очевидными в организационном плане представляются сокращения мощностей с учетом упомянутых рейтинговых критериев и пропорций при одновременном пересмотре кадровой укомплектованности стационаров. При этом также важно учитывать, что в современной модели здравоохранения, основанной на причинности инвалидности и смертности населения, круглосуточные стационары хирургического профиля составляют не менее 65–72%. Остальная часть коечного фонда в большей части функционирует для краткосрочного интенсивного лечения больных терапевтического профиля. Подход к сокращению госпитальных служб с учетом этих ориентиров, а не по уравнительному шаблону представляется рациональным и более продуктивным.

Что касается судьбы врачебного и сестринского корпуса в процессе реорганизации, то для анализа по этому поводу вновь обратимся к данным *таблицы 2*. Они констатируют, что наши граждане в сравнении с жителями некоторых европейских стран несколько лучше обеспечены врачами и почти одинаково — средним медперсоналом. Однако дебет врачей не столь уж очевиден. В Швейцарии, в частности, обеспеченность практически аналогична. Более того, в ряде стран мира (Куба, Бахрейн, Монако) этот показатель существенно выше российского (134, 100 и 112, соответственно). При редукации стационаров ситуация с врачебным персоналом осложняется пресловутым «сталинским» еще нормативом нагрузки на врача в 20–25 больных, практически в неизменном виде дошедшим до третьего тысячелетия. В





Европе и США, как известно, уже более 40 лет обоснован и действует норматив нагрузки в 5–7 больных на врача. Исходя из существующих норм нагрузки обеспеченности врачами и больничными койками на 10 тыс. жителей (см. табл. 2), следует, что в РФ из 43 врачей на каждые 10 тыс. населения в стационарах работают не более 5, в то время как из 34 немецких докторов — 17.

Общеизвестно, что квалификация и практические навыки врачей госпитального звена превалируют над таковыми у поликлинических коллег. К тому же кафедры медуниверситетов также базируются главным образом в больничных учреждениях. Уже в этом видится одна из причин более высокого уровня медпомощи в целом в странах группы сравнения. При смене нормы нагрузки на стационарного врача с действующей у нас в 20–25 человек на приближающуюся к европейской в 8–10 сокращение коечного фонда на упомянутые 17–19% и даже более не потребует увольнения соответствующей доли врачебного и сестринского корпуса. Напротив, в остающиеся после сокращения стационарные службы, несмотря на полностью сохранившийся персонал, потребуются дополнительные врачебные и сестринские кадры, которые, возможно, будут привлечены из амбулаторного звена. Это позволит не только сохранить трудно воспроизводимый

кадровый костяк СЗ, и без того несущий очевидные потери, но и повысить квалифицированность медперсонала, интенсифицировать лечебный процесс и сократить сроки пребывания пациентов на больничной койке, сохранив тем самым доступность медуслуг.

Одним из существенных и мало востребованных пока еще резервов развития сети медучреждений является привлечение в отрасль частного капитала. Присутствие его в госпитальном секторе отечественного здравоохранения на сегодня не превышает 1,5%, в то время как в Европе от 17 до 27% коечного фонда представлены отделениями частных клиник, работающих в системе обязательного медицинского страхования. В этом смысле, думается, нам еще предстоит большая работа, начиная с законодательных решений.

В заключение хотелось бы надеяться, что грядущие перемены в организации отечественной СЗ в процессе ее модернизации будут проводиться с учетом общепринятых в практике развитых стран принципов и ориентиров, преодолевая привычные шаблоны мышления времен эпохи социализма. Обоснованность структурных преобразований, продуманная кадровая политика и достаточное финансирование новаций явятся ключом к достижению поставленной цели — повышению эффективности, доступности и качества медицинской помощи жителям РФ.

Каплунов О.А. On some approaches to the modernization of health care in the regions

Abstract: The paper evaluated the effectiveness of measures to improve the system of medical care. The problems of financing and rational spending of available appropriated funds are discussed. The above reasons that impede progress in the industry and the development of reserves.

Keywords: system of medical care, upgrading, financing, ranking causes of death and disability, the organization of hospital beds, personnel staffing.



**О.В. Стеблецова,
С.В. Гусева,**

Комитет по здравоохранению, г. Санкт-Петербург

МОДЕЛЬ СОЗДАНИЯ АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.251

В статье изложены практические аспекты работы по созданию автономного учреждения в субъекте Российской Федерации, а также отражены особенности финансового обеспечения деятельности учреждения.

Ключевые слова: законодательство об автономных учреждениях; учредитель; функции и полномочия учредителя; порядок финансового обеспечения; перечень государственных услуг; разработка отчетности.

Законодательство об автономных учреждениях существует уже несколько лет, но практический опыт создания таких учреждений в сфере здравоохранения невелик.

В сроки, установленные Федеральным законом от 8 мая 2010 г. №83-ФЗ, государственным учреждениям предстоит изменить свой правовой статус, а органам государственной власти — разработать необходимые для этого нормативные документы, выполнить ряд организационных мероприятий для того, чтобы к 1 июля 2012 года был завершен переходный этап.

Поскольку федеральное законодательство исключает возможность преобразования в казенные учреждения для государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, представляется, что существенная часть этих учреждений будет преобразована в автономные.

Цель данной статьи — изложить практические аспекты работы по созданию автономного учреждения в субъекте Российской Федерации, а также отразить особенности финансового обеспечения деятельности учреждения.

Автономным учреждением признается некоммерческая организация, созданная в целях осуществления предусмотренных законодательством полномочий органов государственной власти, органов местного самоуправления.

Учредителем, согласно статье 6 Федерального закона от 3 ноября 2006 года №174-ФЗ «Об автономных учреждениях», в случае создания автономного учреждения на базе имущества, находящегося в собственности субъекта Российской Федерации, может быть субъект РФ.

В соответствии с законом автономное учреждение может иметь только одного учредителя.



Автономное учреждение может быть создано вновь или создано путем изменения типа существующего учреждения. В настоящей статье рассматривается пример создания нового учреждения.

Следует отметить, что Федеральным законом от 3 ноября 2006 года №174-ФЗ «Об автономных учреждениях» определено, что функции и полномочия учредителя выполняет исполнительный орган государственной власти субъекта РФ в порядке, определяемом высшим исполнительным органом субъекта Российской Федерации.

На уровне субъектов функции и полномочия учредителя могут быть закреплены, например, за исполнительным органом, осуществляющим функции по управлению и распоряжению имуществом субъекта РФ. В данном случае при создании учреждения функции и полномочия учредителя в отношении автономного учреждения нормативным правовым актом субъекта РФ были переданы отраслевому исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющему государственное регулирование в сфере здравоохранения, что было отражено в отдельном пункте документа: «осуществлять в установленном порядке права и обязанности учредителя».

Кроме того, в нормативном правовом акте о создании автономного учреждения здравоохранения указываются сроки, в которые учредитель обязан представить на утверждение проект устава, перечень имущества, которое предлагается закрепить за учреждением на праве оперативного управления, в том числе представление об отнесении движимого имущества к особо ценному. Кроме того, учредителю необходимо представить предложения по кандидатурам в состав наблюдательного совета учреждения. Здесь и далее под учредителем понимается орган, выполняющий функции и полномочия учредителя.

Затем учредитель готовит предложения о перечне государственных услуг, которые будет оказывать созданное автономное

учреждение, и расчеты нормативов финансовых затрат.

Перечень государственных услуг разрабатывается учредителем и включает наименования, соответствующие профилю учреждения. Это может быть «услуга стационара», «услуга дневного стационара» и т.п. Созданному государственному автономному учреждению здравоохранения учредителем утверждается государственное задание. Объем услуг определяется с учетом коечной мощности учреждения и нормативов функционирования.

Действующим порядком финансового обеспечения государственного задания предусмотрено утверждение следующих нормативов:

1) Нормативы финансирования государственных услуг (выполнения работ), оказываемых автономными учреждениями;

2) Нормативы затрат бюджета на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленного за автономным учреждением учредителем или приобретенного автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества (за исключением имущества, сданного в аренду с согласия учредителя), а также на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки (далее в статье — нормативы на содержание имущества).

Нормативы финансовых затрат на выполнение государственных услуг утверждаются органом исполнительной власти субъекта, наделенным соответствующими полномочиями по утверждению нормативов финансирования государственных услуг. Таким образом, учредитель может использовать нормативы финансирования государственных услуг только после процедуры их согласования и утверждения соответствующими государственными структурами.

Нормативы затрат на содержание имущества утверждаются учредителем.





До утверждения этого финансового норматива необходимо осуществить следующие мероприятия:

1) Учреждению — составить списки недвижимого и движимого имущества, состоящего на балансе учреждения, и представить учредителю.

2) Учредителю — проверить представленные списки имущества, определить перечень того имущества, которое необходимо автономному учреждению для выполнения государственного задания.

3) Направить откорректированные перечни на утверждение в исполнительный орган, осуществляющий полномочия собственника государственного имущества.

После утверждения списков недвижимого и особо ценного движимого имущества можно рассчитать стоимость содержания имущества и определить норматив соответствующих финансовых затрат.

В случае, когда автономное учреждение создается заново, а не путем изменения типа существующего учреждения, отправной точкой при определении указанных нормативов может быть существующий уровень расходов бюджета на финансирование медицинской помощи. Учредителем проводится анализ финансового обеспечения государственных учреждений здравоохранения, оказывающих услуги аналогичного профиля, сопоставляются плановые и фактические показатели по тем группам затрат, которые непосредственно связаны с выполнением услуги: заработная плата персонала с начислениями, медикаменты, питание, приобретение медицинского инструментария, оплата анализов и исследований.

На практике этот процесс может занимать значительное время. Требуется подготовка расчетов, отражающих не только ретроспективную и текущую финансовую ситуацию, анализ финансовых отчетов ряда медицинских учреждений, а также составление прогноза на перспективу (в субъекте принят порядок планирования бюджета на очередной

финансовый год и на два года планового периода). В документе о бюджете группировка расходов на содержание медицинских учреждений осуществляется укрупненно, по принципу разделения на стационарные и амбулаторные, в отдельную группу или «подраздел» могут быть выделены детские и противотуберкулезные санатории, скорая медицинская помощь, служба крови. Поэтому для экономического обоснования нормативов финансовых затрат на оказание государственных услуг по лечению отдельных нозологий необходимо выбрать и сопоставить показатели деятельности отдельных учреждений или профильных отделений в учреждениях. Необходимые данные могут быть взяты из отчетов об исполнении бюджетных смет, из данных о планируемом финансировании в текущем году, из статистических отчетов. Вполне вероятно, что часть необходимой финансовой информации необходимо будет запрашивать в медицинских учреждениях.

Следует отметить, что данные статистических отчетов о деятельности учреждения не всегда связаны напрямую с показателями бухгалтерской отчетности в учреждениях, полностью финансируемых из бюджета. По данным бухгалтерского отчета можно оценить общую сумму расходов учреждения в целом, например, на медикаменты. Но необходимое для расчетов норматива финансовых затрат разделение информации, например, на расходы по отделениям стационара, отделениям дневного стационара, расходы на оказание помощи по отдельным нозологиям не принято. Хорошо, если в учреждении разработана такая отчетность, в таком случае существенно упрощается решение задач управленческого учета. На уровне учредителя дополнительная детализация бухгалтерской отчетности не принята, поскольку формы и сроки отчетов для бюджетных учреждений утверждаются централизованно, а увеличение количества отчетных показателей сопряжено с дополнительными затратами.





По мере расчета нормативов финансовых затрат определяется размер субсидии. В документе о бюджете учредителю должны быть предусмотрены бюджетные ассигнования на предоставление субсидии автономному учреждению. Субсидия предоставляется автономному учреждению на выполнение утвержденного государственного задания и может состоять из двух составляющих:

- норматива финансовых затрат на оказание государственных услуг;
- норматива финансовых затрат на содержание имущества.

Порядок предоставления субсидии отражается в Соглашении, сторонами которого являются учредитель и государственное автономное учреждение. За основу может быть взято типовое соглашение, утвержденное на федеральном уровне. В Соглашении отражаются конкретные права и обязанности сторон, связанные с финансовым обеспечением. Вот основные из них. Учредитель обязан:

- предоставлять субсидию на финансовое обеспечение выполнения государственного задания, включающую расходы на возмещение нормативных затрат на выполнение государственных услуг и возмещение нормативных затрат на содержание недвижимого и особо ценного движимого имущества, уплату налогов;
- осуществлять перечисление субсидии на расчетный счет учреждения в установленном соглашением сроки и размеры;
- осуществлять контроль выполнения учреждением государственного задания.

Учредитель вправе:

- изменить размер субсидии в случае изменения государственного задания;
- сократить размер субсидии или потребовать частичного или полного возврата предоставленной субсидии, если фактическое исполнение учреждением государственного задания меньше запланированных показателей, а также при несоответствии качества услуг показателям, определенным в задании;

— в случае сдачи имущества в аренду учредитель вправе не предоставлять субсидию в части возмещения нормативных затрат на содержание недвижимого и особо ценного движимого имущества.

В соответствии с Соглашением учреждение обязано:

- оказывать услуги (выполнять работы) в соответствии с утвержденным государственным заданием за счет субсидии;
- возвращать субсидию или ее часть в случае, если количество фактически выполненных услуг меньше, чем указано в государственном задании, или услуги не соответствуют качественным критериям, определенным в государственном задании;
- не использовать средства субсидии на покрытие нормативных затрат, если учреждением осуществляется деятельность по оказанию услуг за плату.

Учреждение имеет право:

- самостоятельно расходовать полученные средства субсидии;
- обращаться к учредителю с предложениями об изменении в государственном задании показателей, характеризующих качество и объем оказываемых услуг (выполняемых работ).

Помимо прав и обязанностей сторон, в Соглашении определяется размер и сроки предоставления субсидии. Например, может быть принят следующий порядок предоставления субсидии:

Часть субсидии на возмещение нормативных затрат на оказание государственных услуг может предоставляться ежемесячно, до 5 числа, в размере, установленном в Соглашении. Таким образом, учредитель авансирует учреждение на оказание государственных услуг. В случае, если фактический объем выполненных услуг меньше определенного Соглашением, размер субсидии в следующем отчетном периоде может быть изменен учредителем. Информацию о фактическом исполнении государственного задания учредитель может получать от учреждения ежеквартально.



Таблица 1

Алгоритм создания государственного автономного учреждения

№№	Наименование мероприятий	Кто принимает решение
1	Решение о создании государственного автономного учреждения здравоохранения	Высший орган государственной власти субъекта
2	Закрепление в установленном порядке за учреждением имущества, необходимого для осуществления его деятельности, а также решение об отнесении движимого имущества, закрепляемого за учреждением, к категории особо ценного	Исполнительный орган государственной власти, осуществляющий государственную политику в сфере управления и распоряжения государственным имуществом
3	Утверждение состава наблюдательного совета	Учредитель
4	Утверждение руководителя автономного учреждения	Учредитель
5	Формирование перечня государственных услуг	Учредитель
6	Определение нормативных затрат на оказание государственных услуг	Утверждает исполнительный орган государственной власти, обладающий полномочиями по утверждению нормативов финансовых затрат на оказание государственных услуг
7	Определение нормативных затрат на содержание особо ценного имущества	Учредитель
8	Утверждение государственного задания	Учредитель
9	Заключение Соглашения о порядке и условиях предоставления субсидии	Учредитель, руководитель государственного автономного учреждения
10	Финансирование учреждения на основании Соглашения	Учредитель

Часть субсидии на возмещение нормативных затрат на содержание имущества и уплату налогов может предоставляться ежемесячно в размере 1/12 от расчетного норматива на год.

Финансирование субсидии осуществляется непосредственным перечислением бюджетных средств на расчетный счет автономного учреждения.

Одной из задач учредителя при создании автономного учреждения является разработка отчетности автономного учреждения. Учреждению устанавливаются формы и периодичность отчетности. Кроме того, обязательным является проведение аудиторской проверки не реже 1 раза в год.

В завершение приведем алгоритм создания государственного автономного учреждения (табл. 1).

Stebletsova O.V., Guseva S.V. The model of the autonomous health institutions

Abstract: The article describes the practical aspects of the work to create an autonomous institution in the Russian Federation, and also reflects the features of the financial security of the institution.

Keywords: legislation on autonomous institutions, the founder and the functions and powers of the founder; arrangements for financial support, a list of public services, development of reporting.



А.Ю. Абрамов,
к.м.н., РГМУ им.Н.И.Пирогова, г. Москва
В.П. Падалкин,
д.м.н., профессор, г. Москва

О НОВОВВЕДЕНИЯХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ (НАДЗОРА) И МУНИЦИПАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ

УДК 614.251

Рассматривается федеральный закон «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», вступивший в силу с 1 мая 2009 г. Обсуждаются нововведения рассматриваемого закона. Дана оценка организации работ по его реализации в субъектах Российской Федерации.

Ключевые слова: Федеральное законодательство, государственный контроль, защита прав юридических лиц, реализация закона

В декабре 2008 г. Президент Российской Федерации подписал Федеральный закон «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» (№ 294-ФЗ от 26.12.2008). С 1 мая 2009 г. закон вступил в силу. Следует отметить, что вступление в силу было ускорено на 2 месяца (Закон № 60-ФЗ от 28.04.2009) — факт беспрецедентный и говорящий о значении, придаваемом данному закону.

Цель принятого закона — повышение эффективности в сфере государственного контроля (надзора), дальнейшее снижение административных барьеров в сфере предпринимательства и устранение основных недостатков, выявленных в ходе практики применения Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 134-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)».

Название закона свидетельствует о том, что в деятельности надзорных органов существуют проблемы, если законодатели принимают закон «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей... при проведении контроля». Логично было бы принять закон «О надзоре и контроле», разграничив эти понятия, как это было в нашей стране в конце 20 века. Надзор был сосредоточен в государственных органах власти, имевших право утверждать нормативные документы, обязательные для исполнения на всей территории страны. Такими надзорными органами были и достаточно эффективно работали пожарнадзор, госгортехнадзор, санитарный надзор, финансовый надзор и т.д. Контроль при надлежащей организации подготовки методических материалов можно бы было передать квалифицированным специалистам участников рынка и саморегулируемым организациям, аккредитованным в установленном порядке.

© А.Ю. Абрамов, В.П. Падалкин, 2011 г.



Положения закона не применяются к мероприятиям по контролю деятельности органов, на которые приходится значительная часть самых сложных проверок (налоговый контроль, финансовый контроль и финансово-бюджетный надзор и др.). Всего таких органов в законе значится 13. Из них к органам здравоохранения относится расследование причин возникновения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний или отравлений, *несчастных случаев на производстве*. В законе появилась норма, регламентирующая особенности организации и проведения отдельных видов проверок, имеющих значимую специфику (их 20). Эту норму можно трактовать так, что вид контроля, предмет контроля, основания для проверок и сроки их проведения могут устанавливаться другими федеральными законами. В этом перечне значатся такие важные виды контроля, осуществляемые федеральными органами исполнительной власти, подведомственными Минздравсоцразвития России, как лицензионный контроль и контроль за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в части соблюдения лицензионных требований и условий.

На первый взгляд, этой записью устранена причина, по которой ранее органы прокуратуры некоторых субъектов РФ предъявляли претензии к территориальным органам Росздравнадзора по поводу мероприятий по контролю, связанных с проверкой возможности выполнения лицензионных требований и условий соискателем лицензии. Свою позицию они объясняли отсутствием в Законе № 134-ФЗ записи о таком виде проверки и об основании проведения предлицензионной проверки, являющейся по виду внеплановой, хотя ее проведение является требованием Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности».

На вопрос о том, каким законом и подзаконными актами должны руководствоваться специалисты надзорных органов в данном случае, ответа пока нет.

В законе много нововведений. Прежде всего отметим новые (их 6) и существенно переработанные статьи (их 4). Ряд из этих статей изложен настолько подробно, что схож с инструкцией.

Новыми статьями в сфере контроля деятельности предпринимателей являются: статья 8. Уведомление о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности; статья 9. Организация и проведение плановой проверки; статья 10. Организация и проведение внеплановой проверки; статья 11. Документарная проверка; статья 12. Выездная проверка; статья 13. Срок проведения проверки.

К существенно дополненным статьям в законе относятся: статья 4. Полномочия федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль (надзор); статья 5. Полномочия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих региональный государственный контроль (надзор); статья 6. Полномочия органов местного самоуправления, осуществляющих муниципальный контроль; статья 7. Взаимодействие органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля при организации и проведении проверок.

Введены такие понятия, как: муниципальный контроль, проверка, документарная проверка, уведомление о предпринимательской деятельности, эксперт и экспертная организация, и дана их дефиниция.

В законе разграничено осуществление государственного контроля (надзора) и муниципального контроля. Государственный контроль (надзор) осуществляется на уровнях деятельности федеральных органов исполнительной власти и деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Они получили названия: федеральный государственный контроль (надзор) и региональный государственный контроль (надзор).

Рассмотрим более подробно некоторые нововведения, акцентировав внимание на





контроле деятельности предпринимателей в сфере здравоохранения.

Закон предусматривает уведомительный порядок начала предпринимательской деятельности.

Уведомление о начале осуществления предпринимательской деятельности — документ, который представляется зарегистрированным в установленном законодательством РФ порядке ЮЛ, ИП в уполномоченный Правительством РФ в соответствующей сфере федеральный орган исполнительной власти и посредством которого такое ЮЛ, такой ИП сообщают о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности и ее соответствии обязательным требованиям (статья 2, пункт 8)

Виды предпринимательской деятельности, которые в сфере здравоохранения можно начать осуществлять посредством уведомления, не значатся (статья 8, пункт 2).

Впервые сфера применения закона распространена на муниципальный контроль. Это не государственный контроль. Под муниципальным контролем понимается деятельность органов местного самоуправления, уполномоченных на организацию и проведение на территории муниципального образования проверок соблюдения при осуществлении деятельности юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями требований, установленных муниципальными правовыми актами.

Порядок организации и осуществления муниципального контроля в соответствующей сфере деятельности устанавливается муниципальными правовыми актами в случае, если указанный порядок не предусмотрен законом субъекта Российской Федерации. На органы местного самоуправления возлагается обязанность по принятию нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок организации и осуществления муниципального контроля в случае, если данный порядок не установлен нормативно-правовыми актами субъекта РФ.

В то же время органы муниципального контроля не должны подменять собой органы государственного контроля и надзора. Следовательно, предметом их деятельности не может являться проверка соблюдения требований федерального законодательства и законодательства субъектов Федерации.

Законом установлены новые полномочия органов прокуратуры в сфере государственного и муниципального контроля. С 1 января 2010 г. проекты ежегодных планов проверок всеми контролирующими органами в срок до 1 ноября года, предшествующего проведению плановых проверок, подлежат передаче в органы прокуратуры для формирования Генеральной прокуратурой Российской Федерации ежегодного сводного плана проведения плановых проверок. Данный сводный план проверок подлежит размещению на официальном сайте Генеральной прокуратуры РФ в сети Интернет в срок до 31 декабря текущего года (части 6 и 7 ст. 9).

Подробно дополнительные функции прокуратуры по защите прав субъектов малого и среднего предпринимательства изложены в Методических рекомендациях «Организация прокурорского надзора за соблюдением прав субъектов предпринимательской деятельности и осуществление прокурорами новых полномочий в сфере государственного и муниципального контроля», направленных органам прокуратуры субъектов Российской Федерации Письмом Генеральной прокуратуры от 30.04.2009 № 73/3-104-09.

Проверка — совокупность проводимых органом государственного контроля (надзора) или органом муниципального контроля в отношении ЮЛ, ИП мероприятий по контролю для оценки соответствия осуществляемых ими деятельности или действий (бездействия), производимых и реализуемых ими товаров (выполняемых работ, предоставляемых услуг) обязательным требованиям и требованиям, установленным муниципальными правовыми актами (п. 6 ст. 2).

Проверки подразделены на плановые (статья 9), внеплановые (статья 10), докумен-



тарные (статья 11) и выездные (статья 12). Плановая и внеплановая проверка может быть документарной или выездной, а документарная и выездная проверка — плановой и внеплановой. Форма проведения проверки может избираться надзорным органом самостоятельно.

В законе четко прописан перечень оснований для проведения плановых и внеплановых проверок. Плановые проверки проводятся не чаще, чем один раз в три года.

Организация и проведение плановой проверки в сфере здравоохранения выделены особо. Пункт 9 статьи 9 в законе сформулирован следующим образом: «В отношении юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, осуществляющих виды деятельности в сфере здравоохранения, сфере образования, в социальной сфере, плановые проверки могут проводиться два и более раз в три года. Перечень таких видов деятельности и периодичность их плановых проверок устанавливаются Правительством Российской Федерации». Пока указанное постановление не принято.

С целью ограничения количества более затратных выездных проверок в законе оправданно введено разделение проверок на документарные и выездные. Предметом документарной проверки являются сведения, содержащиеся в документах юридического лица, индивидуального предпринимателя, устанавливающих их организационно-правовую форму, права и обязанности, документы, используемые при осуществлении их деятельности и связанные с исполнением ими обязательных требований и требований, установленных муниципальными правовыми актами, исполнением предписаний и постановлений органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (статья 11, часть 1).

Законом не установлено, какие конкретно могут быть истребованы документы при проведении документарных проверок, единственное требование при этом — относи-

мость указанных сведений и документов к предмету проверки.

Различие между выездными и документарными проверками в том, что при документарной проверке контрольные мероприятия проводятся по месту нахождения органа государственного контроля (надзора), муниципального контроля на основании представленных фирмой, учреждением (организацией) или предпринимателем документов, используемых при осуществлении их деятельности, а также документов, ранее поступивших в распоряжение контрольного органа.

Выездные проверки проводятся по месту нахождения юридического лица и индивидуального предпринимателя, а также месту осуществления их деятельности.

Не имея опыта, и с учетом российской действительности в отношении проведения документарной проверки оценить это нововведение не представляется возможным. Очевидно одно — надзорный орган, если документарная проверка не позволяет оценить соответствие обязательным требованиям, вправе проверить предпринимателя по месту осуществления деятельности.

Вопросы, связанные с проведением внеплановой проверки, изложены в статье 10 Закона № 294-ФЗ. В числе оснований для такой проверки указаны такие факты, как:

а) возникновение угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде, безопасности государства, а также угрозы чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;

б) причинение вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде, безопасности государства, а также возникновение чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

На практике такие расплывчатые формулировки будут доставлять неприятности как надзорным органам, так и проверяемым. Что понимать под «возникновением угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан...»?





Например, торговля фальсифицированным лекарственным средством, содержащим вместо действующего вещества нейтральный наполнитель, который не причиняет прямого вреда больному, но косвенно пациент, получающий такой препарат, не получает должного лечения, и такой препарат причиняет вред.

Во время написания статьи нам, несмотря на достаточную настойчивость, не удалось получить комментарии по указанным формулировкам ни в органах прокуратуры, ни в соответствующих федеральных органах надзора. Объяснение шло на профессиональном языке соответствующего ведомства. Ни одной ссылки на нормативные акты любого уровня, регламентирующие указанные факты, приведено не было.

О внеплановой проверке надзорный орган обязан уведомить компанию (предпринимателя) не менее чем за 24 часа до ее начала. Проверять внепланово субъектов малого и среднего предпринимательства по основаниям, связанным с угрозой причинения вреда, контролеры могут только после согласования с прокуратурой.

Исключение при проведении внеплановой проверки предусмотрено в том случае, если основанием для проведения внеплановой выездной проверки является причинение вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде, безопасности государства, а также возникновение чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, обнаружение нарушений обязательных требований и требований, установленных муниципальными правовыми актами. В момент совершения таких нарушений в связи с необходимостью принятия неотложных мер органы государственного контроля (надзора), органы муниципального контроля вправе приступить к проведению внеплановой выездной проверки незамедлительно с извещением органов прокуратуры о проведении мероприятий по контролю посредством направления документов, предусмотренных частями 6 и 7

настоящей статьи, в органы прокуратуры в течение двадцати четырех часов. В этом случае прокурор или его заместитель принимает решение о согласовании проведения внеплановой выездной проверки в день поступления соответствующих документов (статья 10, часть 12).

Особый порядок проведения выездных внеплановых проверок предусмотрен для субъектов малого и среднего предпринимательства.

Понятия субъектов малого и среднего предпринимательства установлены Федеральным законом № 209-ФЗ от 24 июля 2007 г. «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации».

В соответствии со ст. 4 указанного Федерального закона к субъектам малого и среднего предпринимательства относятся коммерческие организации (за исключением государственных и муниципальных унитарных предприятий) и физические лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, соответствующие следующим условиям:

1) для юридических лиц — суммарная доля участия Российской Федерации, субъектов Российской Федерации, муниципальных образований, иностранных юридических лиц, иностранных граждан, общественных и религиозных организаций (объединений), благотворительных и иных фондов в уставном (складочном) капитале (паевом фонде) указанных юридических лиц не должна превышать двадцать пять процентов (за исключением активов акционерных инвестиционных фондов и закрытых паевых инвестиционных фондов), доля участия, принадлежащая одному или нескольким юридическим лицам, не являющимся субъектами малого и среднего предпринимательства, не должна превышать двадцать пять процентов;

2) средняя численность работников за предшествующий календарный год не должна превышать следующие предельные значения средней численности работников для



каждой категории субъектов малого и среднего предпринимательства:

а) от ста одного до двухсот пятидесяти человек включительно для средних предприятий;

б) до ста человек включительно для малых предприятий; среди малых предприятий выделяются микропредприятия — до пятнадцати человек;

3) выручка от реализации товаров (работ, услуг) без учета налога на добавленную стоимость или балансовая стоимость активов (остаточная стоимость основных средств и нематериальных активов) за предшествующий календарный год не должна превышать предельные значения, установленные Правительством Российской Федерации для каждой категории субъектов малого и среднего предпринимательства.

В настоящее время установлены следующие предельные значения выручки от реализации товаров (работ, услуг) за предшествующий год без учета налога на добавленную стоимость для следующих категорий субъектов малого и среднего предпринимательства:

- микропредприятия — 60 млн. рублей;
- малые предприятия — 400 млн. рублей;
- средние предприятия — 1000 млн. рублей

Категория субъекта малого или среднего предпринимательства определяется в соответствии с наибольшим по значению условием (пп. 2 и 3 ч. 1 ст. 4 Закона № 209-ФЗ).

С первых дней действия закона возникла проблема отсутствия полной и достоверной информации об отнесении организаций и индивидуальных предпринимателей к субъектам малого и среднего предпринимательства, так как внесение их в соответствующие реестры является добровольным. При этом у органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль (надзор), отсутствуют правовые основания для требования предоставления документов, необходимых для возможности принятия решения об отнесении проверяемой организации к субъектам малого или среднего предпринимательства.

Особая ситуация складывается и при решении вопроса об отнесении субъектов фармацевтического бизнеса к субъектам малого и среднего предпринимательства. Это обусловлено достаточно сложной структурой субъектов фармацевтического рынка. В настоящее время на фармацевтическом рынке осуществляют свою деятельность 2947 дистрибьюторов, 24 550 розничных аптек, 27 595 субъектов относятся к мелкорозничной сети (аптечные пункты, аптечные киоски, аптечные магазины). Особое место в предпринимательской деятельности занимают аптечные сети — их 1617. Количество точек продаж в крупных аптечных сетях колеблется от 141 до 1192. Официального определения понятия «аптечная сеть» нет. Росздравнадзор дает следующее определение: «объединение в одно юридическое лицо (индивидуальный предприниматель или единый холдинг) с единой вертикалью управления не менее 5 аптечных объектов». Ряд крупных аптечных сетей приобретают другие, более мелкие аптечные сети, оставляя им статус самостоятельного юридического лица. Четкое представление о порядке отнесения к субъектам малого и среднего предпринимательства участников фармацевтического рынка, входящих в крупные аптечные сети (холдинги) на правах самостоятельных лиц, пока отсутствует.

Закон закрепляет за государственными федеральными и региональными органами исполнительной власти, осуществляющими контроль, и органами местного самоуправления, осуществляющими муниципальный контроль, полномочия по принятию административных регламентов исполнения государственных функций при проведении проверок и осуществлении контроля.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2005 г. № 679 разработку и утверждение административных регламентов исполнения государственных функций (предоставления государственных услуг) уполномочены осуществлять федеральные органы исполнительной власти.





Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовано при разработке административных регламентов исполнения государственных функций и предоставления государственных услуг руководствоваться Порядком, утвержденным указанным постановлением.

Важное нововведение связано с экспертами и экспертными организациями, к которым, согласно закону, относятся граждане, имеющие специальные знания, опыт в соответствующей сфере науки, техники, хозяйственной деятельности, и организации, аккредитованные в установленном Правительством Российской Федерации порядке в соответствующей сфере науки, техники, хозяйственной деятельности, которые привлекаются органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля к проведению мероприятий по контролю (статья 2, часть 7). Применение на практике этого требования закона потребует определенного времени в связи с тем, что не определен порядок их привлечения к проверкам, отсутствует и положение об экспертах и экспертных организациях.

О мерах по реализации рассматриваемого закона

Министерством экономического развития Российской Федерации издан Приказ № 141 от 30.04.2009 «О реализации положений Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», которым утверждены типовые формы: распоряжения или приказа органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля о проведении проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя; заявления о согласовании органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля с органом прокуратуры проведения внеплановой выездной проверки юридического лица,

индивидуального предпринимателя, относящихся к субъектам малого или среднего предпринимательства; акта проверки органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя; форма журнала учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля.

Генеральной прокуратурой Российской Федерации издан Приказ от 27.03.2009 № 93 «О реализации Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», которым утверждены формы:

- порядок согласования в органах прокуратуры проведения внеплановых проверок субъектов малого и среднего предпринимательства;
- решение о согласовании проведения внеплановой выездной проверки;
- решение об отказе в согласовании проведения внеплановой выездной проверки.

В субъектах Российской Федерации организация работы по реализации Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ находится на разном уровне.

Системная и целенаправленная работа проводится в органах государственной власти города Москвы. В целях реализации указанного закона издан Указ Мэра г. Москвы от 10.02.2009 № 8-УМ; Постановление Правительства Москвы от 17.02.2009 № 104-ПП «О дальнейших мерах по снижению административных барьеров для субъектов малого и среднего предпринимательства на территории города Москвы»; Приказ Прокуратуры города Москвы от 30.04.2009 № 20; Приказ руководителя Департамента здравоохранения города Москвы от 11.06.2009 № 685 «О мерах по реализации Постановления Правительства Москвы от 17.02.2009



№ 104-ПП «О дальнейших мерах по снижению административных барьеров для субъектов малого и среднего предпринимательства на территории города Москвы».

Данным приказом утверждены формы:

- распоряжения Департамента здравоохранения о проведении проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя;

- заявления о согласовании Департаментом здравоохранения города Москвы с органом прокуратуры проведения внеплановой выездной проверки ЮЛ, ИП, относящихся к субъектам малого и среднего предпринимательства;

- акта проверки Департаментом здравоохранения города Москвы ЮЛ, ИП;

- уведомления о плановой проверке ЮЛ, ИП;

- уведомления о внеплановой проверке ЮЛ, ИП;

а также утвержден Административный регламент проведения проверок при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) по соблюдению лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения, Департамента здравоохранения города Москвы.

Прокуратурой города Москвы создан отдел по надзору за исполнением законодательства о государственном и муниципальном контроле и рабочая группа по реализации требований Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ.

Применение положений Федерального закона № 294-ФЗ в сфере здравоохранения, в полном объеме, потребует разработки нормативно-правовых актов по многим вопросам, требующим уточнения. Видимо, поэтому в самом законе делаются исключения по частоте проведения проверок для

здравоохранения, а в Федеральном законе № 60-ФЗ вступление в силу части 4 статьи 1 закона № 294-ФЗ, включающей особенности организации и проведения проверок при осуществлении лицензионного контроля и контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в части вида, предмета, оснований проверок и сроков их проведения отложено до 1 января 2011 года.

Особо следует отметить, что вступление в силу закона в части, касающейся вида, предмета, оснований проверок и сроков их проведения при осуществлении лицензионного контроля и контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, дважды откладывалось законодателем:

- с 1 января 2010 года (Федеральный закон от 28.04.2009 № 60-ФЗ),

- с 1 января 2011 года (Федеральный закон от 27.12.2009 № 365-ФЗ).

Таким образом, согласование внеплановых контрольных мероприятий с прокуратурой до 1 января 2011 года требуется только при проведении мероприятий по контролю соответствия качества оказываемой медицинской помощи.

В целях обеспечения реализаций положений Федерального закона № 294-ФЗ изданы Постановления Правительства РФ:

- от 28.10.2009 № 847, утвердившее форму и содержание ежегодного сводного плана;

- от 23.11.2009 № 944, утвердившее перечень видов деятельности, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью;

- от 20.08.2009 № 689, утвердившее Правила аккредитации граждан и организаций, привлекаемых к проведению мероприятий по контролю.

В субъектах Российской Федерации начата работа по аккредитации. Например, в г. Москве Департаментом здравоохранения аккредитация экспертов и экспертных организаций осуществляется в соответствии с при-





казом от 16.10.2009 № 1301 «О мерах по реализации Постановления Правительства РФ от 20.08.2009 № 689», утвердившим:

- регламент по аккредитации;
- положение о комиссии;
- состав комиссии;
- форму свидетельства по аккредитации;
- форму заявления о предоставлении свидетельства об аккредитации;
- форму заявления о переоформлении/продлении свидетельства.

По состоянию на 15 декабря 2010 г. в городе Москве аккредитовано:

- организация — 1 (Центр медицинской инспекции);
- физических лиц — 47.

Необходимо также принять во внимание, что практически вся деятельность в сфере здравоохранения подлежит лицензированию. В соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятель-

ности» № 128-ФЗ (статья 3) основными принципами осуществления лицензирования являются в том числе обеспечение единого экономического пространства и единого порядка лицензирования на территории Российской Федерации. Введение ограничений по контролю субъектов малого и среднего предпринимательства нарушает эти принципы.

Введение подобных ограничений, упрощение порядка лицензирования, вплоть до перехода на уведомительный порядок, или его отмена в сфере здравоохранения возможны только после разработки и создания системы обязательного страхования от рисков при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности, системы аккредитации медицинских организаций (не путать с аккредитацией экспертов и экспертных организаций для участия в мероприятиях по контролю), создания и начала деятельности саморегулируемых организаций в сфере здравоохранения.

Abramov A.Y., Padalkin V.P. About innovations in carrying out state control (supervision) and municipal control (SMU im. N.I. Pirogova)

Abstract: the article examines the federal law «On protection of legal persons and individual entrepreneurs in the implementation of state control (supervision), and municipal control», which came into force on 1 May 2009. Discussed innovations of the law. Assessed the organization of work on its implementation in the Russian Federation.

Keywords: federal legislation, state control, protection of the rights of artificial persons, the implementation of the law.



Е.Н. Молокова,

координатор маркетинговых проектов, компания «КОМКОН-Фарма», г.Москва

ВРАЧИ КАК АУДИТОРИЯ ИНТЕРНЕТ-ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ: ПРОФИЛЬ, ПОТРЕБНОСТИ, ПРЕДПОЧТЕНИЯ

УДК 614.258

В статье рассматриваются тенденции использования врачами Интернет. Приводится детальный анализ аудитории врачей, использующих Интернет в профессиональной деятельности. Приведенные данные подтверждают специфичность сегмента врачей, использующих Интернет, а также достаточно значимую роль Интернета наряду с традиционными источниками информации в формировании их профессионального мнения.

Ключевые слова: врач; пользователь Интернета; Интернет как источник информации; Интернет-ресурсы для врача; целевая аудитория.

Стремительный рост аудитории Интернета (по данным 2-го квартала 2009 года исследования TGI-Russia «Российский индекс целевых групп», за последние 3 месяца Интернет использовали более 24 млн. человек, рост по сравнению со 2-м кварталом 2008 года составил более 25%), увеличение объемов информации, размещаемой в Интернет-пространстве, возрастание уровня информационной культуры населения делают Интернет все более привлекательным инструментом для взаимодействия с целевыми аудиториями.

Тенденции использования Рунета врачами выглядят не менее впечатляюще, чем в целом среди населения России. Оценить эти показатели нам позволяют данные исследования MEDI-Q «Мнение практикующих врачей», регулярно проводимого компанией «КОМКОН-Фарма» с 1999 года*.

Количество врачей, использующих Интернет в профессиональной деятельности, за исследуемые 10 лет существенно возросло: с 3,5% в апреле 1999 г. до 49% в апреле 2009 года. То есть на данный момент почти каждый второй врач в той или иной мере использует Интернет, при этом положительная динамика обусловлена ростом использования Интернета в домашних условиях. Наряду с ростом количества пользователей Интернетом увеличивается и доля тех, кто использует его часто (раз в неделю и чаще): по сравнению с 2000 годом в апреле 2009 г. их доля среди всех врачей, использующих Интернет, умножилась в 2,5 раза: с 23 до 58% (рис. 1).

* Апрельская волна исследования MEDIQ «Мнение практикующих врачей» была проведена в 22 крупных городах России и охватила 2898 врачей 6 специальностей: терапевты, гастроэнтерологи, кардиологи, неврологи, дерматологи и урологи. Далее в статье, если врачебные специальности не уточняются отдельно, под всеми опрошенными врачами понимаются врачи указанных 6 специальностей.

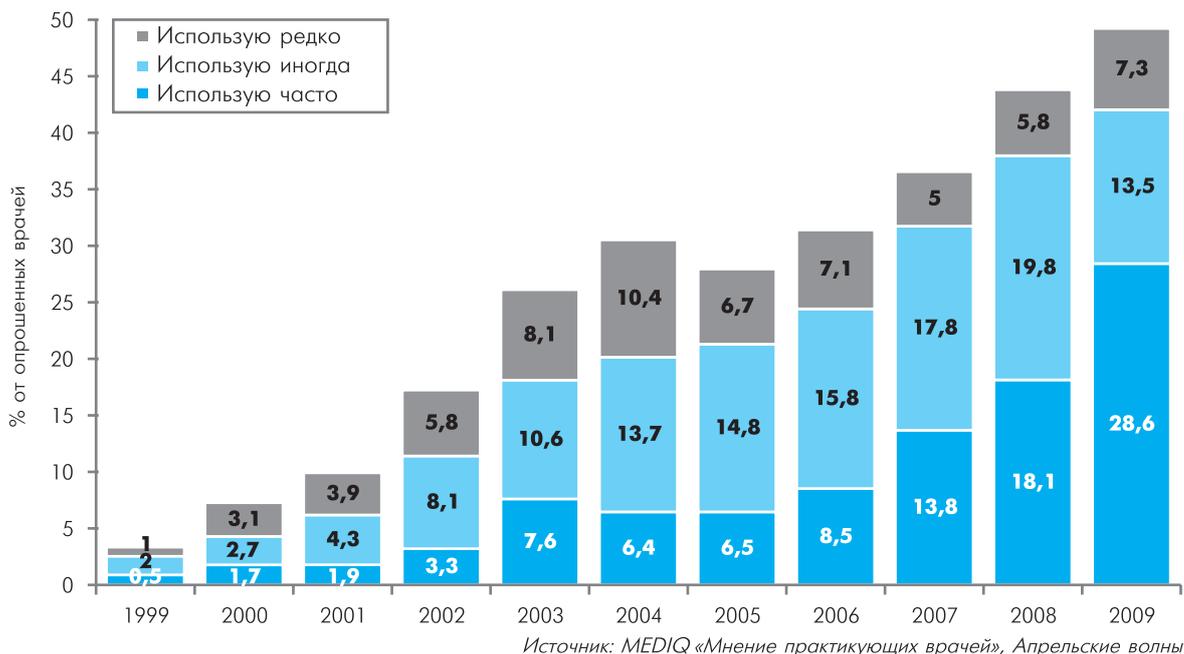


Рис. 1. Динамика использования Интернета врачами

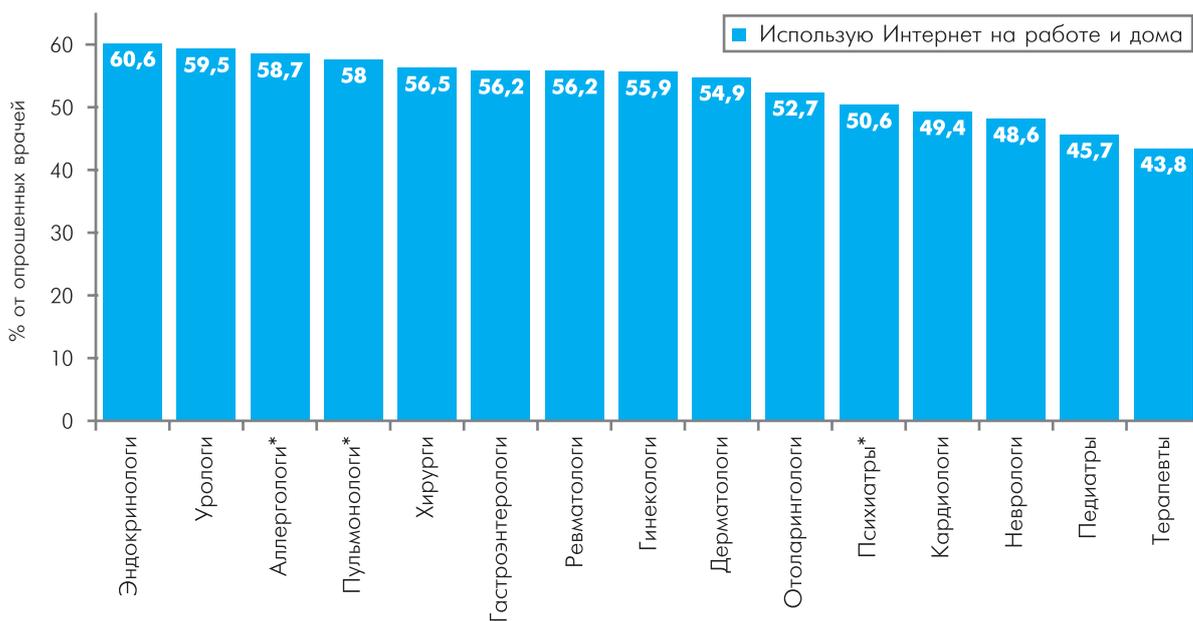


Рис. 2. Использование Интернета врачами разных специальностей

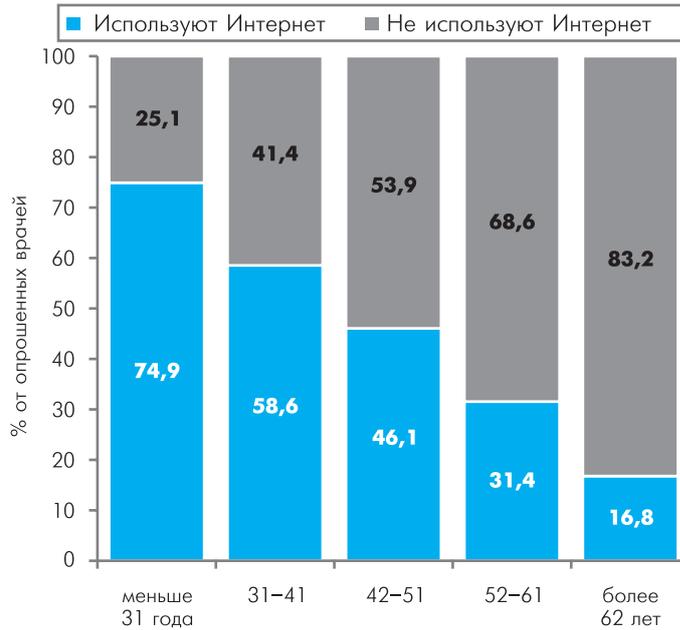
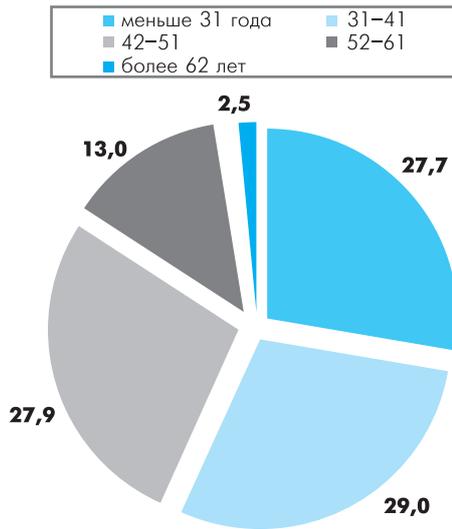
Таким образом, привлекательность Интернета как площадки для коммуникации с врачами аргументируется ростом количества врачей, использующих этот ресурс в профес-

сиональных целях, и ростом доли врачей, использующих его часто.

Остановимся на детальном анализе аудитории врачей, использующих Интернет в



Распределение врачей, использующих Интернет, по возрастным категориям



Источник: MEDIQ «Мнение практикующих врачей», Апрель 2009

Рис. 3. Использование Интернета врачами различных возрастных категорий

профессиональной деятельности, с четырех позиций:

- кто является пользователем Интернета?
- какова значимость Интернета как источника информации?
- каким Интернет-ресурсам и какой информации врачи отдают предпочтение?
- являются ли врачи, использующие Интернет, специфической целевой аудиторией?

Кто является пользователем Интернета?

В целом среди врачей из 15 исследуемых специальностей доля использующих Интернет составляет более 50%: рейтинг возглавляют эндокринологи (61%), урологи, аллергологи и пульмонологи. И только среди врачей 4 специальностей (кардиологи, неврологи, педиатры и терапевты) доля Интернет-пользователей пока составляет менее 50% (рис. 2).

В географии использования Интернета наблюдаются достаточно существенные различия, однако данные в динамике не позволяют определить устойчивых лидеров, что, скорее всего, обусловлено варьирующей

ситуацией в регионах с наличием и предложением провайдерами доступа в Интернет. Так, например, по результатам волны апрель 2009 г. среди всех 22 исследуемых городов на первое место по уровню использования врачами Интернета вышла Казань. Это объясняется появлением в конце 2008 года в этом городе федеральных Интернет-провайдеров, в результате чего ситуация на рынке дешевого безлимитного Интернета значительно улучшилась (доля врачей Казани, использующих Интернет, за год увеличилась почти на 20% и в апреле т.г. составила 62%).

По возрастному составу наиболее интенсивно использующей Интернет группой закономерно является молодое поколение — врачи моложе 31 года: в этой категории Интернет используют три четверти опрошенных, однако их доля среди всех врачей, использующих Интернет, не столь велика — 28%. Это объясняется особенностями возрастной структуры всех врачей в целом: преобладающими являются возрастные категории 42–51 года и 32–41 года, тогда как врачи моложе 31 года составляют 18% от



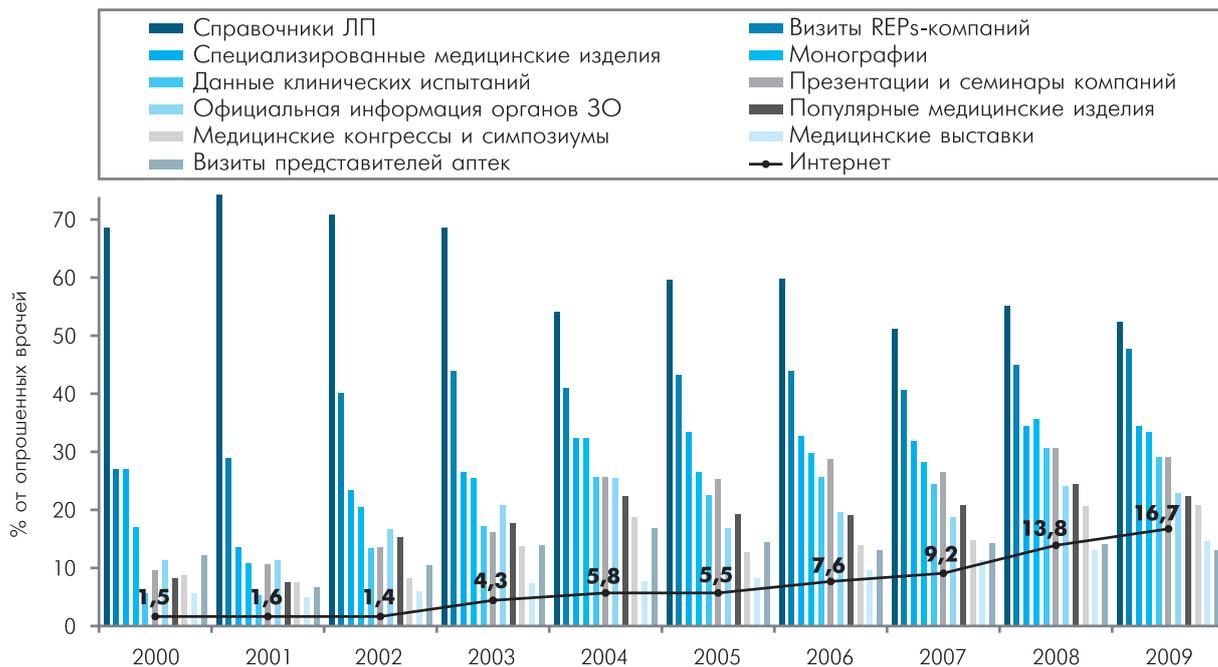
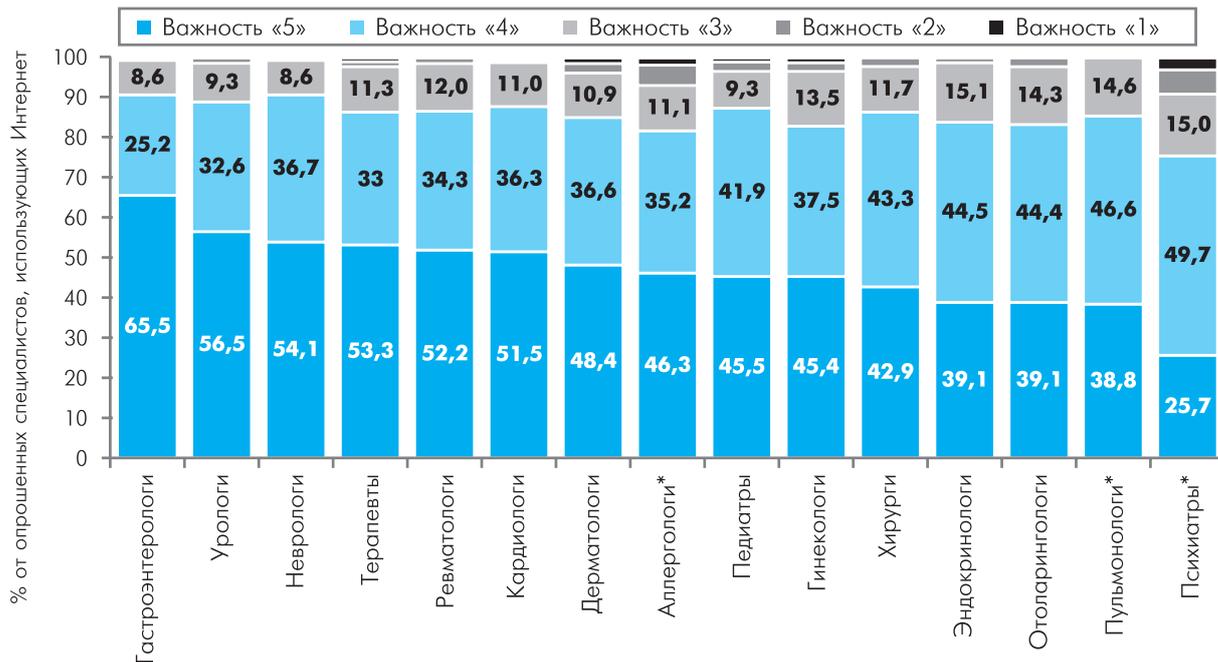


Рис. 4. Постоянные основные источники информации для врачей



Источник: MEDIQ «Мнение практикующих врачей», Волны Апрель 2009, * Ноябрь 2008

Рис. 5. Оценка важности Интернета врачами разных специальностей

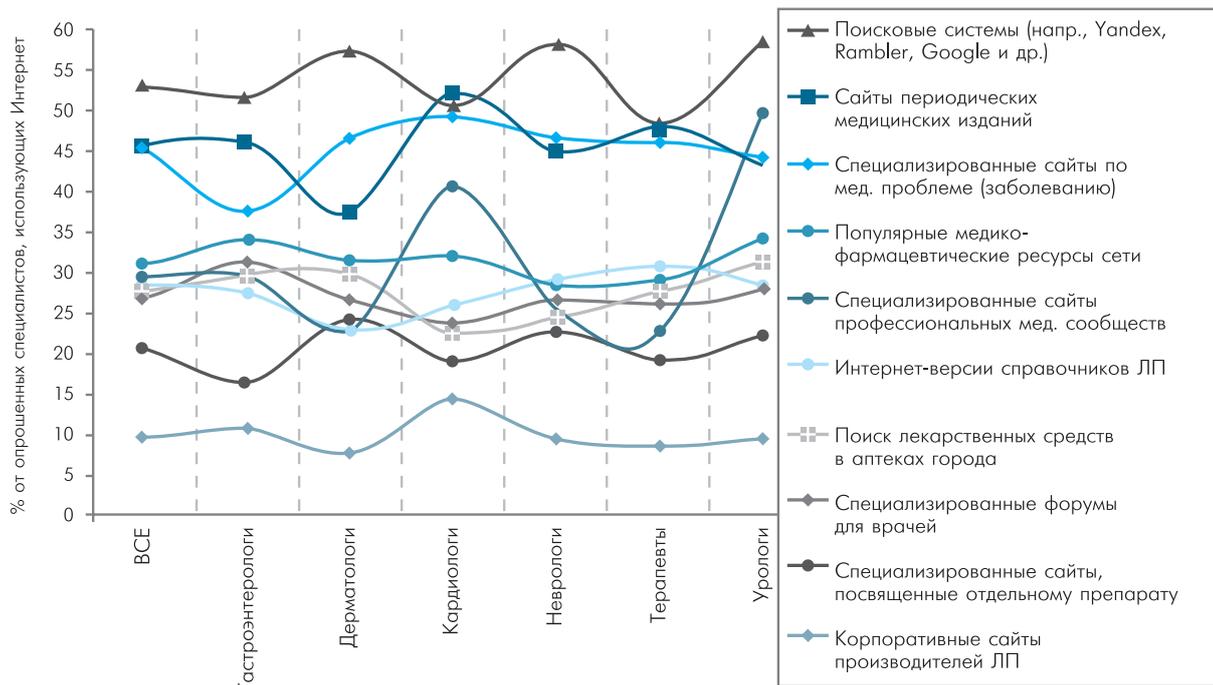


Рис. 6. Использование врачами ресурсов Интернета

всех врачей. Основной аудиторией Интернета являются специалисты 32–41 года, при этом доля использующих Интернет среди всей данной возрастной группы составляет 59% (рис. 3).

Какова значимость Интернета как источника информации?

На протяжении десятилетия вместе с ростом и увеличением частоты использования Интернета изменялась его оценка как источника информации. Если в апреле 2000 года к постоянному основному источнику информации Интернету относили лишь 1,5% опрошенных врачей 6 специальностей, то в апреле 2009 года — 16,7% (рис. 4). Как постоянный второстепенный источник в апреле 2009 года Интернет использовали еще 13,3% врачей. Таким образом, в целом 30% врачей считают Интернет постоянным (основным или второстепенным) источником информации. При этом именно Интернет, наряду с альтернативными источниками, продемонстрировал наиболее выраженную

положительную динамику, за последние два года (с апреля 2007 года до апреля 2009 года) поднявшись в рейтинге постоянных основных источников с 12-й позиции до 10-й, опередив медицинские выставки.

Подавляющее большинство врачей, использующих Интернет, оценили его важность высоко (86,5% среди врачей 6 специальностей, использующих Интернет, оценили важность на «5» (53,4%) или «4» (33,1%)), что свидетельствует о высоком уровне доверия и высокой оценке информации, получаемой из этого источника. Однако для врачей разных специальностей Интернет в контексте профессиональной деятельности представляет различную ценность: наиболее высоко он оценен гастроэнтерологами, урологами и неврологами, наименее высоко — психиатрами (рис. 5). Такое расхождение, вероятно, обусловлено разным объемом информации, доступной в Интернете врачам разных специальностей, а также разной степенью ее соответствия потребностям специалистов.





Рис. 7. Эффективность использования врачами информации, полученной из различных ресурсов Интернета (5 — максимальная оценка, 1 — минимальная)

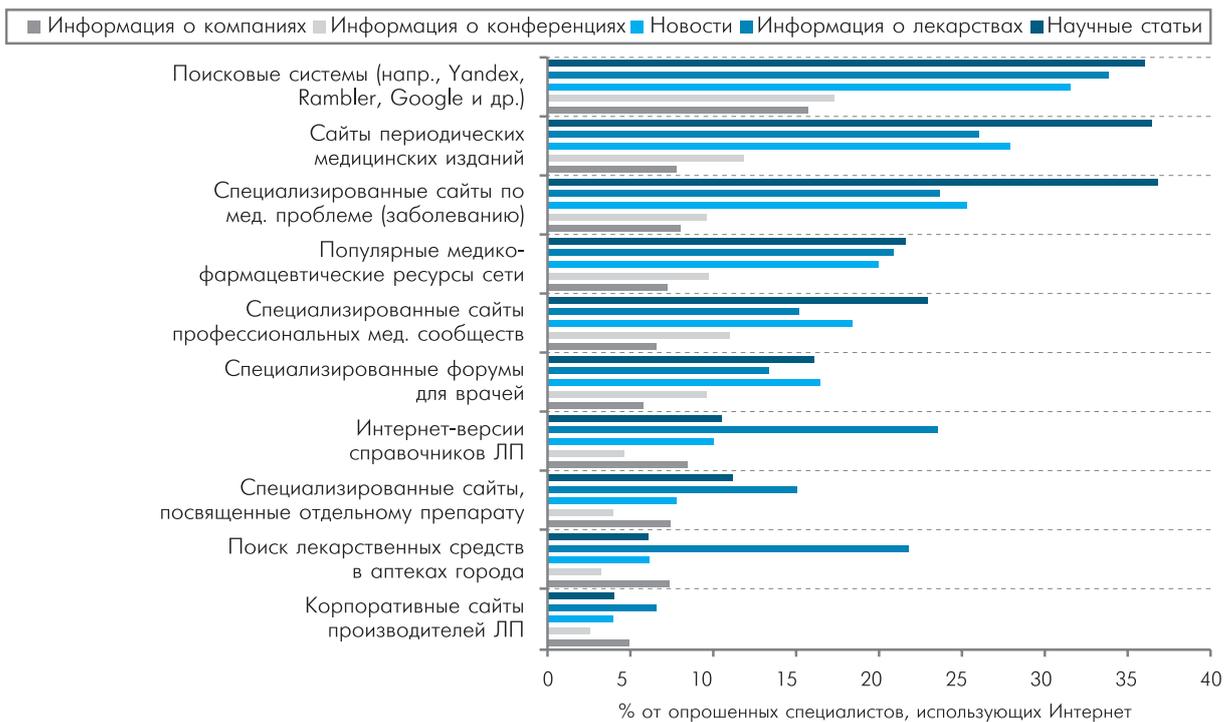


Рис. 8. Информация, получаемая врачами из различных типов Интернет-ресурсов



Каким Интернет-ресурсам и какой информации врачи отдают предпочтение?

В качестве наиболее часто используемых ресурсов Интернета врачи выделили поисковые системы (такие как Yandex, Rambler, Google и др.), далее — сайты периодических медицинских изданий и специализированные сайты по медицинской проблеме (заболеванию) (рис. 6). Высокий уровень использования врачами общих поисковых систем, с одной стороны, можно объяснить традиционно высокой обращаемостью к этим ресурсам для формирования первичных запросов на поиск информации, а с другой стороны, возможным отсутствием у врача четкого представления о ресурсах и сайтах, содержащих необходимую информацию. Врачи разных специальностей отдают предпочтение разным типам информационных ресурсов: гастроэнтерологи — сайтам периодических медицинских изданий, дерматологи — специализированным сайтам по медицинской проблеме/заболеванию, а кардиологи, неврологи и терапевты — двум этим типам ресурсов практически в равной степени, урологи же предпочитают специализированные сайты профессиональных медицинских сообществ. Интересно отметить, что наименее используемы врачами специализированные сайты «одного препарата», что, вероятно, связано с ограниченностью освещаемых вопросов, а также преобладающим акцентом на продвижение препарата и в меньшей степени на информацию, значимую для практикующего врача. Еще реже врачи посещают корпоративные сайты фармацевтических компаний, что вполне закономерно, поскольку на этих сайтах преимущественно представлена информация о компании, хотя есть и исключения из этого правила: некоторые компании используют корпоративный сайт для размещения научных статей и информации о препарате, предназначенной для врача.

Наиболее высоко врачи оценили эффективность использования на практике информации со специализированных сайтов профессио-

нальных медицинских сообществ: 56% врачей, использующих Интернет, поставили высший балл и 91% врачей в сумме оценили эффективность на «5» или «4». При этом наиболее используемые ресурсы — сайты периодических медицинских изданий и специализированные сайты по медицинской проблеме/заболеванию — врачи оценили не столь высоко: 44,1 и 50,2% максимальных оценок, соответственно. Наименее эффективно используемой на практике является информация, представленная на популярных медико-фармацевтических ресурсах и на корпоративных сайтах компаний-производителей, что обусловлено специфическим форматом и контентом размещаемой информации (рис. 7).

Основной информацией, к которой врачи обращаются на сайтах периодических медицинских изданий, специализированных сайтах по медицинской проблеме/заболеванию и сайтах профессиональных медицинских сообществ, являются научные статьи и новости медицины. За информацией о лекарственных препаратах врачи обращаются к поисковым системам, сайтам периодических медицинских изданий, специализированным сайтам по медицинской проблеме (заболеванию), Интернет-версиям справочников ЛП, а также ресурсам, обеспечивающим поиск лекарственных средств в аптеках города (рис. 8).

Наиболее важной информацией, размещенной в Интернете, врачи 6 специальностей практически в равнозначной степени считают статьи с данными клинических исследований (45,6%), новости медицины (45,1%), информацию о лекарственных препаратах (44,3%) и обзорные научные статьи (43,3%). Однако информационные предпочтения варьируют среди представителей разных специальностей: для дерматологов, неврологов, урологов наиболее важны статьи с данными клинических исследований, гастроэнтерологи и кардиологи отмечают наибольшую значимость обзорных научных статей, а терапевты отдают предпочтение новостям медицины (рис. 9).



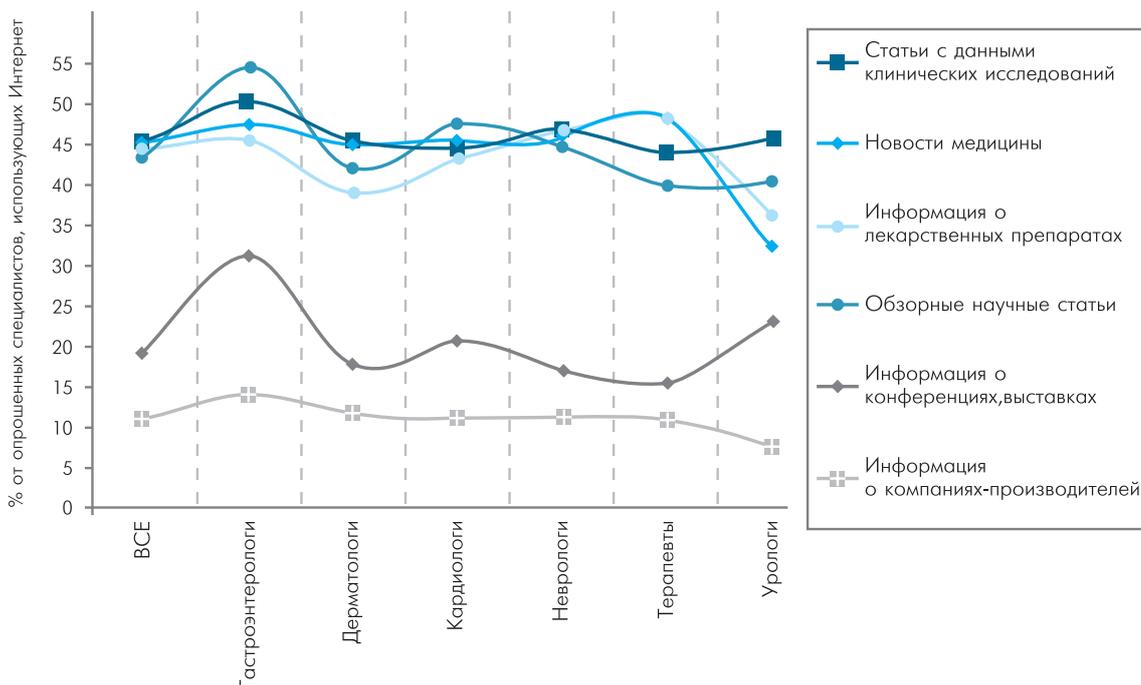


Рис. 9. Наиболее важная для врачей информация, размещенная в Интернете

Представленный краткий обзор потребностей и поведения врача в Интернете позволяет сделать вывод, что повышение эффективности кампании по продвижению лекарственного препарата в Интернете, в наибольшей степени удовлетворяющей потребности целевых аудиторий, возможно на основе более глубокого понимания информационных предпочтений и особенностей использования врачами Интернет-ресурсов с учетом специальности.

Являются ли врачи, использующие Интернет, специфической целевой аудиторией?

Зададимся вопросом, оправдано ли рассматривать врачей, использующих Интернет, как особую целевую аудиторию? Проиллюстрируем различия в источниках информации всех опрошенных врачей и врачей, использующих Интернет часто (то есть 1 раз в неделю и чаще). Если для всех опрошенных врачей 6 специальностей Интернет занимает 10-ю позицию в рейтинге постоянных основ-

ных источников информации, то для врачей, использующих Интернет часто, этот ресурс выходит на 4-ю позицию (38,7%), уступая место лишь традиционно наиболее значимым источникам информации: справочникам лекарственных препаратов, визитам медицинских представителей и специализированной прессе. Примечательно, что для гастроэнтерологов Интернет является более значимым постоянным основным источником информации, чем визиты медицинских представителей. В качестве второстепенного источника Интернет, по оценкам врачей, использующих его часто, поднялся до 3-й позиции (25,9%). Таким образом, в сумме почти две трети врачей, активно использующих Интернет (то есть более 18% от общего количества опрошенных врачей), считают его постоянным источником информации.

Далее сравним оценки визитов медицинских представителей как одного из основных каналов продвижения лекарственных препаратов врачами, использующими Интернет часто, и врачами, не использующими Интернет.



Данный источник информации специалисты оценивали по следующим параметрам: полнота, актуальность, объективность, корректность и эффективность использования на практике.

По всем перечисленным параметрам активные пользователи Интернета оценивают визиты медицинских представителей более критично по сравнению с врачами, не использующими Интернет, что, вероятно, связано с более пристальным и независимым взглядом, присущим первой аудитории специалистов. Наибольшей является разница в оценках объективности: если среди врачей, не использующих Интернет, максимально объективность канала оценили 32,4%, то среди врачей, часто использующих Интернет, — 23,2%. При этом наибольшая разница в высших оценках по этому параметру среди неврологов (14,9%), дерматологов (10,1%) и терапевтов (9,3%).

Корректность информации, получаемой от медицинских представителей, врачи, часто использующие Интернет, максимально высоко оценили на 9,1% ниже по сравнению с врачами, не использующими Интернет. Наиболее разнятся оценки врачей трех специальностей: между неврологами, часто использующими Интернет, и неврологами, не использующими Интернет, разница составила 18,7%, среди урологов — 11,2%, среди дерматологов — 9,8%.

Среди врачей, использующих Интернет часто, почти на 7% реже встречаются максимальные оценки эффективности практического использования и полноты информации, получаемой от медицинских представителей. Наименее выражено различие по параметру актуальности информации (разница составила 4/6%).

Та же тенденция сохраняется и при рассмотрении важности визитов медицинских представителей как источника информации: максимальные оценки встречаются на 7,4% реже среди врачей, использующих Интернет. Наиболее велика разница вновь среди урологов (14,3%) и терапевтов (10,6%).

При этом обращает на себя внимание более высокая интенсивность наиболее частых визитов к активным пользователям Интернета: визиты с частотой 2–3 раза в неделю и чаще совершаются к ним на 5,7% чаще, чем к врачам, не использующим Интернет.

Приведенные данные подтверждают специфичность сегмента врачей, использующих Интернет, а также достаточно значимую роль Интернета наряду с традиционными источниками информации в формировании их профессионального мнения. Более активное использование Интернета в качестве канала коммуникации позволит обеспечить дополнительный доступ к специалистам, настроенным к визитам медицинских представителей менее лояльно. Целесообразность более интенсивного использования Интернета доказывается в том числе стремительным и постоянным увеличением аудитории Интернета среди врачей всех специальностей, высокой оценкой его важности и ростом значимости в качестве постоянного источника специализированной информации. При этом при создании концепции продвижения препарата с помощью Интернета важно уделять особое внимание наиболее востребованным типам ресурсов и наиболее значимой информации для каждой целевой специальности.



Molokova E.N. Physicians as an audience of Internet users: Profile, needs, preferences

Abstract: The publication examines trends of Internet use by physicians. Provides a detailed analysis of the audience of doctors who use the Internet in their professional activities. The above data confirm the specificity of the segment of physicians using the Internet, as well as very significant role of the Internet along with traditional sources of information in forming their professional opinions.

Keywords: physician; Internet user; Internet as a source of information; Internet resources for the physician; the target audience.



83-ФЗ: ЗАКОН СКРЫТОЙ ПРИВАТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ИЛИ ЗАКОН, УЖЕСТОЧАЮЩИЙ ПРАВИЛА ПО ОКАЗАНИЮ ПЛАТНЫХ УСЛУГ?

→ В Комитете Государственной Думы по охране здоровья 9 декабря 2010 года был организован «круглый стол» на тему «О механизме реализации Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ». На «круглом столе» были рассмотрены вопросы, поставленные субъектами Российской Федерации. Они касались нормативно-правовой базы, необходимости наличия модельных актов, которые должны быть сформированы и представлены профильными ведомствами и министерствами, и порядка реализации, связанного с различными сложностями со стороны финансовых органов субъектов Российской Федерации.

В обсуждении приняли участие депутаты, представители федеральных министерств, органов государственной власти субъектов Федерации, руководители лечебно-профилактических учреждений.

Открыла и вела «круглый стол» **председатель Комитета по охране здоровья Ольга Борзова**. Она отметила, что в Государственной Думе создана комиссия по мониторингу подготовки к реализации закона. Анализ показывает, что с разной степенью активности подготовительный этап к реализации закона начался во всех регионах: утверждены планы мероприятий, создаются рабочие группы для координации деятельности органов исполнительной власти, принимаются необходимые нормативные правовые акты, проводятся семинары-совещания с руко-

водителями лечебно-профилактических учреждений, определяются перечни учреждений по типам. Вместе с тем органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления не хватает модельных актов, методических рекомендаций отраслевой направленности».

Алексей Лавров, директор Департамента бюджетной политики и методологии Министерства финансов:

Правительством уже принято 5 из 7 постановлений, необходимых для реализации закона. Два других постановления будут приняты в ближайшее время, «центр тяжести» теперь переместился на отраслевые министерства, и многое будет зависеть от перечней государственных услуг, которые уже практически сформированы

министерствами. Наступил качественно новый этап в подготовке к введению в действие закона, потому что 1 декабря субъекты Федерации и муниципальные образования должны были принять свои законы или акты представительных органов в муниципальных образованиях о сроках и об особенностях переходного периода. И как раз в этих актах должны были найти отражение все вопросы практической реализации закона по срокам и типам учреждений.

Имеются типовые закон субъекта Федерации о переходном периоде и практически все региональные типовые акты исполнительных органов власти. При минимальной доработке все эти типовые документы применимы на муниципальном и региональном уровнях.

Что касается здравоохранения, то тут есть две ключевые особенности. С одной



стороны, это самая сложная отрасль для реализации любых новаций, поскольку затрагивает каждого гражданина. С другой стороны, по нашей оценке, это отрасль, которая в наибольшей степени готова к работе в новых условиях, и те механизмы, которые даже уже в ней существовали (медицинского страхования, например), подготовили большинство учреждений даже не к работе на основе государственных заданий, а уже к следующему этапу — к работе в рамках оплаты по факту оказываемых услуг.

В отношении платных и бесплатных услуг. Закон на самом деле о декоммерциализации бюджетной сферы и ее деприватизации, потому что она сейчас коммерциализирована так, что уже и не поймешь, где кончается бюджетное финансирование и начинается платное. Любой это знает. Как раз закон и ставит четкие разделительные рамки между ними. И, разумеется, в законе нет ни одного слова, что можно кому-то запретить оказывать платные услуги.

Владимир Зеленский, директор Департамента развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

Я хотел бы остановиться на тех особенностях 83-ФЗ, которые для Министерства здраво-

охранения являются приоритетными. Мы сейчас находимся в процессе выбора тех учреждений, на которых могли бы в 2011 году в пилотном режиме апробировать вопросы, связанные с государственным заданием и с субсидиями на государственные задания.

С какими проблемами мы столкнулись? В первую очередь с опасениями по поводу того, что как только закон вступит в силу, сразу произойдет неконтролируемый всплеск платных услуг, и у нас не будет бесплатного здравоохранения. На самом деле мы прекрасно понимаем, что не организационно-правовой формой определяются вопросы, связанные с бесплатностью и платностью, и не насколько принципиально, каким образом вопросы все эти регулируются законодательством.

Начиная с первых месяцев следующего года, мы будем усиливать работу над новой редакцией основ законодательства об охране здоровья граждан, в которой попытаемся осветить все вопросы, касающиеся разграничения государственных гарантий, и не только в рамках обязательного медицинского страхования. Например, вопросы, касающиеся тех же самых платных медицинских услуг, в настоящее время регулируются не основами законодательства об охране здоровья граждан, а законом о защите прав потребителей, кото-

рый в принципе не является ограничителем или законом, определяющим права граждан, следующие из Конституции. И это на самом деле сильно обусловит и наш выбор учреждений для осуществления пилота по переводу на субсидии.

В 83-ФЗ не нашли отражения (и я думаю, мы должны урегулировать их подзаконными актами) вопросы распределения объемов государственных заданий между учреждениями. Это очень серьезный вопрос для нас, каким образом и кто должен определить, какой объем задания какому учреждению должен быть доведен. Понимая, что от этого в будущем будут зависеть и объемы субсидий, которые это учреждение будет получать.

По поводу разграничения платного и бесплатного скажу, что мы для себя 83-й закон расцениваем как закон, ужесточающий правила по оказанию платных услуг, нежели как закон, дающий учреждениям послабления.

Я абсолютно согласен, что гражданам, работникам учреждений, не должно быть принципиально, бюджетное ли это учреждение, автономное или казенное. Это проблема управления, проблема директора, заместителя по экономике и бухгалтера. Все остальное регулируется абсолютно другими отношениями: отраслевыми законами и так далее.





Андрей Юрин, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Есть два канала получения средств у бюджетного учреждения: государственное задание или обязательства перед страховщиком. Почему возникла такая необходимость отдельного регулирования этого канала? Это связано с характером предоставляемых услуг и с тем, что зафиксировано в законе об обязательном медицинском страховании — принцип выбора медицинского учреждения застрахованным человеком. И естественно, исходя из выбора пациентов, то есть исходя из конкурентных принципов работы на рынке медицинских услуг, должны складываться те объемы, которые оказываются в конкретном медицинском учреждении. Заключается договор о финансовом обеспечении страховой организации территориальным фондом, заключается договор медицинской организацией и страховой медицинской организацией. Территориальный фонд выделяет средствами страховые медицинские организации, они рассчитываются с медицинскими организациями. Страховые организации осуществляют экспертизу оказанной медицинской помощи, контроль использования средств. Эти все нормы достаточно четко и жестко прописаны в недавно принятом законе.

Учредитель — собственник (муниципальное образование или субъекты Российской Федерации) вправе будет строить новые здания, осуществлять капитальный ремонт, приобретать дорогостоящее оборудование — то есть, все то, что не входит в тариф обязательного медицинского страхования, но то, что является полномочиями собственника учреждения, вопросы его обновления, реновации и так далее.

Николай Герасименко, первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья:

Наши оппоненты называют 83-ФЗ законом о коммерциализации и законом скрытой приватизации лечебных учреждений. Третье, что они предрекают, это повсеместное уменьшение бюджетного финансирования везде. Поэтому от нас всех: депутатов, Правительства, руководителей ведомств, министерства, руководителей регионов, зависит, пойдет этот закон со знаком «плюс» или со знаком «минус», потому что в законе как раз все с точностью наоборот, потому что здравоохранение уже так коммерциализировалось, что это уже предел и какая-то теневая экономика.

Надежда Максимова, депутат Государственной Думы, член рабочей группы фракции «ЕДИ-

НАЯ РОССИЯ» по контролю за реализацией Федерального закона № 83:

У нас была выездная неделя, мы посмотрели на территориях, как работают с реализацией этого закона. Можно сказать, что на федеральном уровне документы выходят, нормативные акты публикуются. На уровне субъектов и муниципалов на первом этапе мы получили сбой в работе, потому что многие из них не сумели сформулировать перечень статусов организаций и учреждений. И именно они предъявляют претензии к тому, что им не разъяснили, какие критерии использовать для отнесения к тому или иному типу учреждений действующие сегодня учреждения и организации.

Получается, что в Краснодарском крае приняты все нормативные акты, уже заложены субсидии в бюджете, с 1 января некоторые учреждения уже переводятся в другой статус, а в ряде субъектов Северного Кавказа вообще все на нулевом уровне.

Правильно сказал Владимир Зеленский: надо дать четкие рекомендации, как объединить переход на новый тип учреждений и присуждение ему нового статуса с переходом с 2013 года на ОМС? Должны быть четкие, очень четкие указания, чтобы и дополнительную работу не проделывать и чтобы не напрягать медиков тоже, потому что для них это очень большая нагрузка.



Фарит Кадыров, заместитель директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития:

Вопросов, связанных с реализацией закона 83-го, достаточно много, я коснусь только относительно узкой темы: это приносящая доходы деятельность.

Дело в том, что во всех статьях, как мы знаем, в которых внесены изменения, касающиеся термина «предпринимательская деятельность», этот термин либо был удален вообще, либо заменен на фразу «приносящая доходы деятельность».

Так вот, что такое предпринимательская деятельность, мы четкую формулировку знаем из статьи 2 Гражданского кодекса: это деятельность, направленная на извлечение прибыли. А вот, что такое приносящая доход деятельность, никакого определения нигде нет.

Соответственно возникает вопрос: а что такое эта деятельность? Предполагает ли она получение прибыли? Можем ли мы в цены на платные медицинские услуги разрешить учреждениям включать прибыль? Вопрос вовсе не праздный.

Получив формальную свободу распоряжаться доходами, полученными от приносящей доходы деятельности, учреждения наши, к сожалению, рискуют погрязнуть в

рутине учета этих средств. Опять маячит перспектива жесткой постатейной регламентации расходов, опять бухгалтеров ожидает головная боль от бесконечных изменений в системе бюджетного учета бухгалтерского. В нашем институте есть наработки, связанные с критерием выборов типов учреждений именно применительно к учреждениям здравоохранения. Мы обратимся к Минздравсоцразвития с нашими предложениями.

Заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Геннадий Алексеевич Щербаков:

Я как представитель общественной организации могу сказать, что профсоюз, безусловно, с пониманием относится к этому закону, что внедрение экономических рычагов управления бюджетной сферой давно назрело. Либерализация экономики и разделение полномочий органов власти на самом деле есть. То есть нужно искать некие новые правовые и другие основы для перехода деятельности учреждений здравоохранения, назовем так, в рыночные условия, в рыночные обстоятельства.

Экономические условия говорят о том, что при низкой заработной плате высокое качество медицинской помощи навряд ли мы с Вами получим.

Нас очень волнует, будет ли сокращение рабочих мест, будет ли сокращение штатной численности, будет ли увеличиваться нагрузка на медицинский персонал и какова цена его труда? Потому что цену труда медицинского работника сегодня мы все прекрасно понимаем.

Существует норма Трудового кодекса, которая говорит о том, что работодатель индексирует случаи инфляции. Если по казенным учреждениям, там понятно, которые будут финансироваться за счет сметного финансирования, там индексация может произойти, то, что делать с тарифом и с нормативом, в котором сидит и заработная плата, составляющая примерно 70%?

Подводя итоги работы «круглого стола», председатель Комитета по охране здоровья Ольга Борзова отметила необходимость проведения образовательного процесса: «Нужно в каждом регионе, в каждом округе собирать финансистов, собирать наши министерства, департаменты здравоохранения: без этого мы не сдвинемся дальше. Параллельно целесообразно проводить и подготовку руководителей лечебно-профилактических учреждений, без этого мы тоже не сдвинемся».

Н. Куракова



РЕАЛИЗАЦИЯ 83-ФЗ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МОДЕЛИ ДЕЙСТВИЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

→ Эксперты полагают, что основными рисками, связанными со вступлением в силу 83-ФЗ, станут отсутствие коммуникации среди участников системы, отсутствие действий со стороны исполнителей, острая нехватка информации в переходный период... Тем ценнее и значимее система действий Министерства здравоохранения Республики Татарстан, подробно представленная на конференции «Переход бюджетных лечебно-профилактических учреждений в статус автономного учреждения», прошедшей 8 декабря 2010 года на базе образовательного Центра высоких медицинских технологий в г. Казани.

Республика является пилотным регионом Минфина России по реализации проекта перехода бюджетных ЛПУ в статус автономных учреждений. Под руководством Черняковой Елены Евгеньевны, заместителя директора Центра экономических и социальных исследований при Кабинете министров Республики Татарстан, проведена большая работа по формированию нормативно-правовой базы и разработке модельных документов и актов, что обеспечило готовность к переходу 100% государственных ЛПУ республики в статус автономных учреждений уже с 1 января 2011 года без переходного периода.

Опиьон-лидерами конференции были выделены следующие перспективы и риски реализации 83-ФЗ:

Айрат Фаррахов, министр здравоохранения Республики Татарстан:

Данный закон позволит нам уйти от неэффективности в нашей работе, собрать новые команды управленцев и добиться того, чтобы наши медицинские учреждения стали конкурентоспособными. Работа в формате автономного учреждения потребует от работников системы здравоохранения развития новых управленческих навыков. Помимо профессиональной врачебной квалификации, руководители ЛПУ должны обладать экономическим

образованием, теоретической подготовкой и практическим опытом менеджмента в сфере здравоохранения. В их командах должны быть профессиональный финансист и юрист. Нам необходимо постоянно учиться: например, брать опыт Сингапура, где любой руководитель должен дважды в год проходить месячное обучение. Легче научить врача финансовому менеджменту, чем экономиста управлять лечебным учреждением.

Что касается влияния нового закона на доступность медицинского обслуживания для населения, то решением этой проблемы может стать формирование стандартов

Легче научить врача финансовому менеджменту, чем экономиста управлять лечебным учреждением



тарификации платных услуг, которые, с одной стороны, позволят максимально удовлетворить потребности медицинского учреждения, а с другой, дадут гражданам возможность получать медицинскую помощь высокого качества по приемлемым ценам. Новый подход к распределению бюджетных средств также повысит эффективность их использования, что позволит пациентам рассчитывать на качественное оказание бесплатных медицинских услуг. Задача реформы здравоохранения состоит в том, чтобы пациент имел свободу выбора наилучшего лечебного учреждения, а ЛПУ получили возможность оказывать большее количество услуг и самостоятельно определять направление своего развития.

Елена Чернякова, заместитель директора Центра экономических и социальных исследований при Кабинете министров Республики Татарстан:

Пока не все вопросы урегулированы. Так, сегодня все средства ЛПУ по одноканальному финансированию поступают через ТФОМС. 83-ФЗ также четко регламентирует прохождение бюджетных средств. Поэтому нужен либо синтез 83-ФЗ с требованиями использования бюджетных средств, либо адаптация 83-ФЗ. Глав-

Главное, что нужно обеспечить при выстраивании системы перевода ЛПУ в автономное учреждение, — соблюдение разумного баланса между платными и бесплатными медицинскими услугами

ное, что нужно обеспечить при выстраивании системы перевода ЛПУ в автономное учреждение, — соблюдение разумного баланса между платными и бесплатными медицинскими услугами, прописать в уставах порядок их оказания. Мы уже разработали типовой устав, который находится на согласовании, но должен быть утвержден до 1 января 2011 года.

Нами также разработан модельный акт Министерства по формированию платы за медицинские услуги. Остается решить вопрос по балансу интересов при оказании платных услуг и выполнении госзадания.

Я бы выделила три главные риска реализации закона.

Первый. У руководителей автономного учреждения нет опыта работы на свободном финансовом рынке, в то время как предоставляемую свободу в планировании финансово-хозяйственной деятельности сопровождает потеря субсидиарной ответственности государства.

Второй. Недостижение разумного баланса между выполнением госзаказа и увеличением объема предоставляемых платных услуг.

Третий. Увлечение администрированием со стороны органов государственной власти — им нужно отказаться от части своих полномочий по регулированию деятельности подведомственных учреждений.

Анас Гильманов, заместитель министра здравоохранения Республики Татарстан:

Сам процесс формирования нормативно-правовой базы проходил сложно, так как эти документы определяют финансовую устойчивость регионального здравоохранения и условия работы наших ЛПУ на долгие годы. Например, в модельных документах на формирование финансового плана автономного учреждения сначала было написано, что эти планы должны быть согласованы в Минфине Республики. Впоследствии мы сняли необходимость в таком согласовании, чтобы избежать зарегулированности.

Почему мы выбрали форму автономного учреждения, а не бюджетного? Главное — это стимулирование конкурентоспособности.





Главные риски — подготовка руководителей учреждений и планово-экономических служб

Новый год мы встречаем с новым законом об ОМС. До госзадания будут допущены те, кто оказывает более качественные медицинские услуги, а это опять вопрос конкурентоспособности.

Кроме того, автономное учреждение — единственная форма, позволяющая привлекать кредиты, например, на закупку расходных материалов. Очень дискуссионный вопрос о переходе части социально значимых ЛПУ в статус автономного учреждения. Опыт Республики Татарстан позволяет говорить о том, что риски минимальны. Главные риски: подготовка руководителей учреждений и планово-экономических служб. Других рисков для реализации 83-ФЗ я не вижу.

Сергей Шишкин, проректор ГУ-ВШЭ:

Никакого тайного замысла заменить бесплатные медицинские учреждения платными при подготовке 83-ФЗ не было. Главное — найти ответ на ключевой вопрос: «За что государство платит деньги учреждениям государственной сферы? Как оно определяет гарантии оказания медицинской помощи?» Если гарантии эти размыты, риски замещения

бесплатных медицинских услуг платными будут существовать. Соответственно должны быть четко определены и правила оказания платных медицинских услуг... Закон предполагает большую дифференциацию

Главное — найти ответ на ключевой вопрос: «За что государство платит деньги учреждениям государственной сферы? Как оно определяет гарантии оказания медицинской помощи?»

форм по широте прав и размеров финансовой ответственности. Он достаточно выверен и не содержит мин, которые могут взорваться.

Закон предполагает большую дифференциацию форм по широте прав и размеров финансовой ответственности

Впервые конференция подобного уровня прошла в режиме прямой он-лайн-трансляции с возможностью задать вопрос непосредственно участникам по горячей линии. Помимо 250 участников, собравшихся в зале, более 650 индивидуальных пользователей и организаций из разных регионов России приняли участие в конференции через удаленное подклю-

чение. В процентном соотношении он-лайн-аудитория выглядела следующим образом: Сибирь (около 45%), Юг (20–25%), Москва (около 15%), Татарстан (около 15%), Урал (5%). Наибольшую он-лайн-аудиторию конференция собрала в Новосибирске, Омске, Самаре, Москве, Иркутске, Набережных Челнах, Краснодаре, Астрахани

и Екатеринбурге. Прямая трансляция и интерактивная дискуссия для удаленных участников были организованы на сайте Казанского обра-

зовательного центра высоких медицинских технологий.

Итоговые материалы конференции будут систематизированы и представлены на сайте www.kazanmedcenter.com. Таким образом, практический опыт главных врачей и администраторов здравоохранения Республики Татарстан может быть изучен и адаптирован во всех регионах страны.

Наталья Куракова



РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОТРЕМОНТИРОВАННОЕ КРЫЛЬЦО ИЛИ СТРАТЕГИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ?

От редакции:

В этой рубрике мы приводим обзор наиболее интересных докладов и презентаций последних двух месяцев, в которых признанные опиньон-лидеры ищут ответы на вопросы, куда ведут здравоохранение последние законодательные инициативы и что можно ожидать от реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

Сергей Владимирович Шишкин, проректор ГУ-ВШЭ, профессор, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения факультета государственного и муниципального управления, доктор экономических наук:

Сегодня российскую систему здравоохранения характеризует, во-первых, низкий уровень государственного финансирования в сравнении с гарантиями и ожиданиями населения; во-вторых, сегментированная система по технологическим, организационным, социальным характеристикам, (стационароцентричная модель оказания медицинской помощи, смешанная, децентрализованная и плохо управляемая система финансирования, параллельные системы для разных социальных групп); в-третьих, общий низкий уровень квалификации; в-четвертых, мотивационные изъяны (неформальные платежи, недостаток мотивации) и, наконец, низкая эффективность использования ресурсов.

Так, расходы на здравоохранение по итогам 2008 г. составляли около 5% от ВВП, а задачи, поставленные перед здравоохранением на государственном уровне, весьма серьезные: к 2020 г. увеличить ожидаемую продолжительность жизни с 68,7 лет до 73 лет, снизить уровень смертности с 14,2 до 11 на 1000. При этом, по данным ВОЗ на 2000 г., Россия по показателю здоровья населения находилась на 127-м месте, а по интегральному показателю деятельности системы здравоохранения — на 130-м месте.

Явно не на пользу российскому здравоохранению идет процветающая практика неформальных платежей медперсоналу, у которого к тому же крайне низка мотивация на достижение результата. Медики в большей части желают увеличения размера оплаты, но не за счет повышения профессионализма. По данным обследований Независимого института социальной политики (НИСП) за 2007 г. и ГУ-ВШЭ за 2009 г., чуть больше 10% врачей стали бы работать намного лучше, если бы им повысили зарплату, больше половины в то же время уверены, что и так работают максимально качественно (рис. 1).



Рис. 1. Стали бы Вы работать больше и лучше, если бы повысили оплату труда?

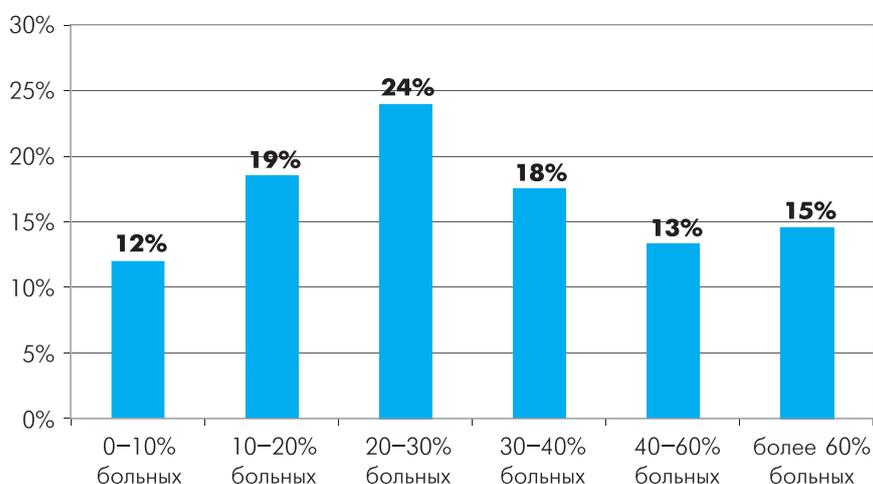


Рис. 2. Доля плановых больных, получивших все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до поступления в стационар (данные опроса медицинских работников в трех регионах, 2009)

По данным мониторинга ГУ-ВШЭ 2009 года, половина врачей стационаров считают, что только около 30% пациентов получили всю диагностическую помощь на предыдущем этапе. И это говорит о слабой взаимосвязи стационаров и амбулатории (рис. 2).

Реализация реформ в российском здравоохранении возможна при условии получения дополнительных денег, использования новых каналов движения этих денег и полной контролируемости процесса из центра.

В перспективе 10–15 лет можно реально расширить медпомощь для бедного населения и снизить риски катастрофических расходов домохозяйств на медицинские услуги. Возможно, если удастся повысить значение первичной медпомощи, то уменьшится прак-

тика направлений на лечение в вышестоящие медицинские учреждения. Сегодня 50–60% больных участковые терапевты перенаправляют в другие инстанции, а в идеале на участке должны вылечиваться 70–80% пациентов. А смещение акцентов с лечения на профилактическое укрепление здоровья нации — программное требование, однако его реализация пока под большим вопросом.

Вполне реально создание в России высокотехнологичных медкластеров в связке передовых федеральных центров с региональными, программ управления хроническими заболеваниями, создание службы неотложной помощи.

Нужны более определенные гарантии для населения: медико-экономические стандарты



и порядки оказания медицинской помощи, выравнивание финансового обеспечения территориальных программ ОМС, соплатежи пациентов.

Новые стимулы для медработников — залог эффективной медицины. Нужны не только иные аттестационные схемы, но и развитие механизмов сравнительной оценки органов и организаций здравоохранения, а также конкуренция поставщиков. Однако ответ на вопрос, а кто будет составлять рейтинги медучреждений в России, не ясен. Гарантом объективности таких рейтингов могут быть экспертное сообщество и ВУЗы.

Новый закон об ОМС — это движение к доминированию страховой системы. При этом происходит централизация финансирования (полная централизация взносов на ОМС работающего и неработающего населения, выравнивание финансового обеспечения территориальных программ ОМС на уровне единого подушевого норматива затрат, унификация методов оплаты медицинской помощи).

С быстрым выравниванием финансового обеспечения территориальных программ ОМС связаны следующие риски: резкое уменьшение финансового обеспечения программы ОМС в богатых регионах приведет к выстраиванию параллельной к ОМС системы дофинансирования медучреждений и к растущему замещению платными услугами. В относительно бедных регионах возникнет проблема освоения дополнительных средств, что приведет к тому, что медицинские учреждения в этих регионах будут искусственно «упрощать» структуру своих работ, а пациенты с более сложными заболеваниями будут направляться в другие регионы, но с получением там помощи будут проблемы.

Источник:

Доклад «Перспективы реформирования российского здравоохранения» на научном семинаре «Экономическая политика в условиях переходного периода», Москва, 24 ноября 2010

Игорь Михайлович Шейман, профессор кафедры управления и экономики здравоохранения факультета государственного и муниципального управления ГУ-ВШЭ, заведующий Лабораторией экономических исследований общественного сектора, кандидат экономических наук:

Без серьезного госрегулирования сделать рейтинги ЛПУ невозможно, требования к результативности лечения, что более всего и интересует население, нужно устанавливать в едином формате. В США, к примеру, ранжирование больниц осуществляется под руководством губернаторов. Российским же регионам пока не до рейтингов, все силы уйдут скорее всего на то, чтобы «освоить деньги».

Из приоритетов региональных программ модернизации здравоохранения выпала или оказалось на втором плане задача преодоления структурных диспропорций в системе оказания медицинской помощи. Сначала нужно иметь представление о рациональной сети ЛПУ, а потом планировать их техническое переоснащение. Некоторые подразделения больниц нужно укрупнять, некоторые — ликвидировать, как впрочем и ряд больниц.

Выпала также из числа приоритетных задача повышения квалификации врачей, должна осуществляться в принципиально иных формах и масштабах, чем это делалось до сих пор. Существующая ныне система переобучения раз в пять лет закрепляет квалификационную деградацию. Эти стратегические пробелы — результат поспешной работы.

Сделанный Минздравсоцразвития «шаблон» — примерная программа для регионов, не содержит ни стратегических целей, ни единого подхода к планированию, ни четких критериев оценки предложенных регионами планов. Наконец, не расписан механизм реализации программы — речь в ней идет только о прохождении средств и контроле за этим процессом.

Программы разрабатывались наспех (за 2–3 месяца), без серьезных просчетов, без





анализа зон неэффективности и попытки их ликвидации. Акцент был сделан на выявление потребности ЛПУ в ремонте и технике. За такой срок продуманный документ не подготовить, нужен минимум год.

А в регионах в это время сдают последние пакеты планов. Как и следовало ожидать, основные расходные статьи в них — ремонт и замена медтехники. Поэтому есть риски, что в результате реализации такого дорогостоящего проекта ЛПУ завершат долгострой, отремонтируют крыльцо, о стратегии никто думать не будет. Апогеем этих действий скорее всего станет увеличение затрат в несбалансированной, но технически лучше оснащенной системе. Слабое первичное звено в сочетании с возросшей технической оснащенностью специализированной помощи спровоцирует дополнительный спрос на качество и объемы услуг, а новые порядки ведения больных (снижение нагрузки узких специалистов в 3–4 раза) обостряют дефицит врачей.

Источник:

Доклад «Перспективы реформирования российского здравоохранения» на научном семинаре «Экономическая политика в условиях переходного периода», Москва, 24 ноября 2010

Гузель Улумбекова, председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству (АСМОК):

Российское здравоохранение финансируется из федерального бюджета и из консолидированного бюджета субъекта Федерации. Благополучные субъекты, естественно, могут больше отчислять на здравоохранение, и у них ситуация несколько лучше. А есть субъекты, в которых финансирование здравоохранения намного ниже даже установленных федеральных нормативов. Например, в прошлом году территориальная программа госгарантий, которая должна исполняться в соответствии с установленными федеральными нормативами, оказа-

лась не исполнена в 90% субъектов Федерации. Общий дефицит финансирования составил 400 млрд. руб., или 1/3 всей программы госгарантий РФ. Мы фактически не смогли обеспечить по стране даже тот бедненький набор медуслуг, который предусмотрен федеральными нормативами.

Между тем в реформе здравоохранения, которая сегодня активно обсуждается, предусмотрен переход на более высокий уровень качества медицинского обслуживания, который предусматривает и совсем иные размеры финансирования. В 2009 г. расходы бюджетов всех уровней на систему обязательного медицинского страхования составили 3,5% ВВП. С учетом платных услуг и расходов на приобретение лекарств общие расходы государства и населения на здравоохранение составили 1450 млрд. руб., или 5% ВВП. В странах Евросоюза удельный вес в ВВП расходов на здравоохранение в среднем вдвое выше.

Если мы хотим иметь коэффициент смертности к 2020 г. 11,0 и ожидаемую среднюю продолжительность жизни 73 года, то расходы на здравоохранение должны составлять как минимум 1100 долл. на душу населения, причем курс доллара при этом надо считать по паритету покупательной способности. То есть нынешние расходы, которые составляют 635 долл. на душу населения, следует увеличить в 1,7–2 раза.

В структуре медицинских кадров сложились серьезные диспропорции. По ряду специальностей — дефицит, по некоторым, наоборот, переизбыток. А по таким врачебным специальностям, как фтизиатры, рентгенологи, лаборанты, радиологи, анестезиологи, реаниматологи в настоящее время в РФ — существенный дефицит. Очевидна диспропорция и в распределении кадров. В сельской местности и в отдаленных территориях, в труднодоступных муниципальных образованиях обеспеченность врачами в 5 раз ниже, чем в крупных муниципальных городских образованиях. А это значит, в 5 раз ниже и доступность медпомощи.



Самая ключевая проблема — заработная плата. Сегодня в России зарплата врачей на 21% ниже средней по стране. В странах с таким же ВВП на душу населения, как у России, или даже ниже (в Чехии примерное равенство с Россией, в Венгрии, Словакии — ниже) заработная плата врачей в полтора, два раза выше, чем средняя заработная плата по стране. Во Франции, в Финляндии заработная плата врачей в 3–4 раза выше, чем средняя в этих странах. В США, Нидерландах — в 5–6 раз выше. Вот, что позволяет обеспечивать престиж профессии и приток новых кадров в отрасль.

Врачей в России в расчете на 1 тыс. чел. на 35% больше, чем в среднем по странам ОЭСР. Но ведь и заболеваемость в России почти на 40% выше, то есть выше и потребность в медпомощи. Поэтому говорить об избытке медицинских кадров в РФ преждевременно. Потребности в медпомощи возрастают. По сравнению с 1990-м годом заболеваемость населения возросла на 46%, на 40% возросла смертность.

Медсестер в РФ в среднем 10,2 на 1 тыс. чел. Это примерно столько же, сколько в странах ОЭСР. Но соотношение врачей и медсестер иное. У нас это 1 к 2,4, за рубежом — 1 к 3. Что в конечном счете и позволяет врачам работать более эффективно. У нас же медсестры уходят из отрасли в продащицы.

В ближайшие годы здравоохранение почувствует и последствия демографической ситуации в России. Уже сегодня у нас высока доля врачей пенсионного и предпенсионного возраста, таких, по данным Минздравсоцразвития, 50%. В предшествующие годы выпускников всех ВУЗов было в два раза больше, чем их будет в ближайшие пять лет. И можно прогнозировать, что приток кадров, в том числе и в здравоохранение, уменьшится.

В пакете законопроектов, подготовленных в рамках реформы здравоохранения, главный — об охране здоровья граждан. Однако в нем пока не содержатся ответы на вопросы,

а как обеспечить доступность медицинской помощи на всей территории России и каким образом подобную систему финансировать.

В тех странах, которые финансируют здравоохранение и в первую очередь систему обязательного медицинского страхования из бюджета, действует прогрессивная шкала налогообложения. Богатые и сверхбогатые отчисляют в бюджет 50–60% от своих доходов, включая дивиденды, и налоги на дорогую недвижимость и прочую собственность. У нас же оплата страховых взносов в системе обязательного медицинского страхования носит не просто регрессивный характер, а обвально регрессивный. Получается, что бедные и средний класс оплачивают медицинскую помощь и себе, и «тому парню», то есть людям еще более состоятельным. Еще один возможный источник пополнения каналов финансирования здравоохранения — целевое направление средств, полученных от акцизов на алкоголь и табак.

Федеральные нормативы сейчас обеспечивают бедную медицину. Предлагается перейти на «медицину по стандартам и порядкам». И это правильное направление движения. Но надо понимать, что расходы на такую медицину возрастут не на 50%, а в разы. И если не будут обозначены источники финансирования устанавливаемых высоких стандартов, то любой закон превратится в чистую декларацию о намерениях. Должны быть заложены минимальные финансовые подушевые нормативы финансирования в привязке к ВВП, в абсолютном значении которые обеспечат реальное оказание медицинской помощи по стандартам, по порядкам, а не по тем федеральным минимальным нормативам, которые сегодня установлены в программе госгарантий. Иначе вновь возникнут лукавые нормативы: вроде бы стандарты и порядки обязательны, а денег где на них взять.

Источник: доклад на Всероссийском форуме руководителей учреждений системы здравоохранения, 20–22.10.2010.



**А.А. Старченко,**

д.м.н., профессор, директор Дирекции защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи ООО «Росгосстрах-Медицина», ответственный секретарь Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», г. Москва

Д.А. Зинланд,

к.э.н., заведующий кафедрой страхования ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет», вице-президент ООО «Росгосстрах», генеральный директор ООО «Росгосстрах-Медицина», г. Москва

И.В. Рыкова,

юрист, Счетная палата РФ

Е.Ю. Гончарова,

к.м.н., врач-эксперт ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

НОВОЕ — ДАЛЕКО НЕ ЗНАЧИТ ЛУЧШЕЕ: ОТЗЫВ НА ПРОЕКТ ЗАКОНА РФ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

В ответ на призыв редакции журнала («Менеджер здравоохранения». — 2010. — № 9) принять участие в обсуждении данного законопроекта считаем, что в целом вносимый законопроект по сравнению с действующими Основами законодательства ухудшает положение в здравоохранении по следующим позициям.

1. Отсутствует обязанность лечащего врача письменно предупредить пациента при его отказе от медицинского вмешательства о возможных последствиях. Эта норма не только умаляет право пациента, но и будет способствовать ухудшению позиции врача при разборе жалобы пациента, так как врачу будет сложно объяснить в суде, о каких последствиях отказа от медицинского вмешательства он информировал пациента. Норма, действующая сегодня, обязывает врача в письменном виде предоставлять пациенту информацию о возможных осложнениях отказа, что делает отношения врач-пациент прозрачными, ясными и четкими. Отсутствие письменного документа — признак отсутствия цивилизованных и уважительных отношений в системе врач-пациент. Необходима норма о закреплении обязательной письменной формы добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство.

2. Возможность выполнения медицинского вмешательства без согласия пациента, если он страдает заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Это слишком широкая норма, которая, безусловно, будет, с одной стороны, поводом для злоупотреблений со стороны медработников, с другой стороны, будет способствовать возникновению лишних конфлик-

© А.А. Старченко, Д.А. Зинланд, И.В. Рыкова, Е.Ю. Гончарова, 2011 г.



тов, претензий и разбирательств. Необходимо точно указать перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

3. Необходимо выполнить требование закона об адвокатской деятельности и предоставить адвокатам право запрашивать сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

4. Запрет на эвтаназию, в том числе прекращением искусственных мероприятий по поддержанию жизни, необходимо сопоставить с правом пациента требовать на прекращения вмешательства. Принятие данных взаимоисключающих норм приведет к правовой неопределенности и конфликтам.

5. Необходимо исключение нормы об условии предоставления пациенту копий медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. Любая медицинская документация затрагивает интересы третьих лиц (сторон в судебной терминологии): лечащего врача, консультантов, лаборантов, врачей функциональной диагностики и т.д. В данной редакции — это полное умаление права пациента получить копию его истории болезни, так как в ней всегда затронуты интересы указанных третьих лиц — вариант басни «Лиса и журавль»: право есть, но съесть невозможно!

В случае смерти пациента его родственники должны иметь право знакомиться с оригиналами и получить копии всех медицинских документов, включая результаты патологоанатомических и судебно-медицинских исследований.

6. Необходимо внесение следующих дополнительных прав пациентов в перечень:

— каждый человек имеет право на безопасное для жизни и здоровья оказание медицинской помощи без причинения вреда здоровью вследствие недостатков медицинской помощи, дефектов медицинской деятельности и ошибок и право на доступ к медицинским услугам, отвечающим всем стандартам безопасности;

— право на полноценное обезболивание и избавление от страданий при болевом синдроме медицинскими и психологическими методами.

7. Статья «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» является профанационной — проформой, так как не содержит существенных характеристик.

Наличие обязанности бережно относиться к своему здоровью, здоровью детей и окружающих лиц имеет очень широкое толкование, которое ретивые организаторы могут использовать при оправдании дефектов оказания мед.помощи и преступлений.

Логика учреждения здравоохранения всегда будет такой: если бы пациент исполнял обязанность бережно относиться к своему здоровью, то смотрел бы под ноги, не получил перелома, не было бы необходимости его лечить и не возник бы дефект лечения в виде ложного сустава и его смерти.

Возложение обязательств такого широкого, неконкретного рода опасно, так как всегда может быть использовано против пациента.

Цинично выглядит обязанность граждан заботиться о своем трудовом долголетии, видимо, все же смычка в рамках одного министерства заботы о здоровье граждан и их трудовых и пенсионных отношениях не оправдана! Специалистам министерства стоит вспомнить о средней продолжительности жизни мужчин!

Глупо выглядит обязанность граждан выполнять назначения медицинских работников при наличии права на отказ и прекращение медицинского вмешательства.

В целом статья «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» не проработана, вредна, так как содержит массу неопределенностей, умаляет права граждан.

8. Попыткой вмешательства во внутренние дела общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья и умалением их прав, запрещенным Конституцией РФ, выглядит не соответствующее действующему законодательству требование





способствовать распространению конкретных торговых наименований лекарственных препаратов, биологически активных добавок, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, заменителей грудного молока. Это очень опасная норма, в соответствии с которой общественные объединения не смогут указать на опасность применения того или иного лекарства, добавки или изделия медицинского назначения, так как все эти действия могут быть расценены как содействие их распространению, понимая под широким термином распространение и противоположное ему по смыслу — ограничение распространения.

9. «Неумным» выглядит определение высокотехнологичной медицинской помощи: *«медицинские вмешательства, имеющие клиническую эффективность, повышающие качество оказания медицинской помощи и обладающие значимым экономическим и социальным эффектом, с одновременным использованием: 1) инновационных и высокозатратных медицинских методов лечения;*

2) ресурсоемкого оборудования;

3) высокозатратных расходных материалов и изделий медицинского назначения, включая вживляемые в организм человека;

4) новых высокоэффективных инновационных лекарственных средств».

Из этого следует, что все другие виды помощи не имеют высокой клинической эффективности, не повышают качества медицинской помощи, так как не обладают инновационной, высокозатратной и инновационной лекарственной составляющими. Зачем же эти другие виды нужны без эффективности и т.д.?

10. Как же все-таки хочется заработать и ... на смерти пациентов! Норма о паллиативной помощи вопиет сама за себя: *«Паллиативная помощь в медицинских организациях оказывается бесплатно в объеме и на условиях, установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также на платной основе за счет*

иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации».

Следовательно, больше мы не увидим бесплатной паллиативной помощи умирающим онкологическим больным — шлюзы на платные услуги по уходу за онкологическими больными открыты.

В этом контексте возникает вопрос: «Зачем же запрещать эвтаназию тех, у кого нет возможности оплатить?». Ясно, что бедные пациенты никогда не получают этой помощи бесплатно, бороться за гарантии у них не будет никаких возможностей на пороге смерти и страшных непереносимых болей, требующих паллиативной помощи.

Цинизм — вот лейтмотив данной статьи, но все под Богом ходим!

11. Абсолютно неработающая конструкция представлена в статье *«Трансплантация: «Граждане могут в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме, заверенной нотариально в установленном порядке, выразить свое волеизъявление о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из своего тела после смерти».*

Пациент в коме после ДТП поступает в ЛПУ. Как он сообщит о наличии у нотариуса его несогласия быть донором? Как врач об этом узнает? Это — прямой путь в судебные тяжбы, не уважающий ни пациентов, ни врачей!

Существующая презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей после смерти для трансплантации оставляет граждан незащищенными перед лицом этой проблемы, так как не предусматривает законодательных механизмов реализации права пациента на прижизненный отказ от возможного изъятия органов после смерти. Особое значение имеет практическая невозможность высказать несогласие на изъятие гражданином при жизни, находясь в состоянии измененного сознания — комы. Использование такого беспомощного состояния пациента при существующем бедственном положении отечественного здравоохранения недвусмыслен-



но позволяет родственникам донора считать, что изъятие органов сопряжено с отсутствием надлежащего лечения такого пациента.

Изъятие органов у детей в рамках презумпции согласия — преступление против человечности!

Отсутствие баланса прав и законных интересов доноров и медицинского персонала, несовершенство механизмов информирования о прижизненном отказе от изъятия органов — обстоятельства, которые могут быть использованы как против пациента, так и против врача.

12. Абсурдна норма: *«Правом на занятие целительством обладают граждане, получившие диплом целителя, выдаваемый органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в порядке, определяемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».*

Диплом — совершенно не подходящий термин, так как обычно используется в образовательной терминологии. Губернатор и министр здравоохранения, с точки зрения образовательной деятельности, не вправе выдавать дипломы целителям. Да и зачем? Это — не медицинская помощь, так как оказывается не медицинскими работниками.

13. С точки зрения заботы о безопасности пациентов, в статье «Медицинские изделия» необходимо указать на источники повышенной опасности, используемые в сфере здравоохранения, в том числе признать законодательно медицинскую деятельность источником повышенной опасности.

14. В статье «Медицинская экспертиза» необходимо привести понятие экспертиза качества медицинской помощи, на которой построен весь проект закона об ОМС. Отсутствует понятие независимой экспертизы качества медицинской помощи, на которую рассчитывают как пациенты, так и «неблатные» врачи.

Для осуществления гарантий прав пациентов государство должно иметь специальные институты, механизмы и инструменты защиты, среди которых:

— уполномоченный по правам пациентов в России при Президенте России, задача которого — информирование пациентов об их правах, право на уничтожение копий медицинских документов, юридическое консультирование пациентов и их близких, работа с жалобами и обращениями, организация досудебных разбирательств, обращение в правоохранительные органы и суды;

— здравоохранная прокуратура — специализированная прокуратура в сфере охраны здоровья и медицинской помощи;

— общества пациентов, которые должны быть наделены правами, не меньшими, чем имеют общества по защите прав потребителей в России;

— институт независимой медицинской экспертизы;

— независимые страховые медицинские компании, обязанные осуществлять деятельность во всех субъектах РФ, законодательно наделенные реальными полномочиями по досудебному возмещению пациенту вреда, причиненного его жизни и здоровью при оказании ему медицинской помощи;

— единая судебная практика на основе рекомендаций Верховного Суда РФ судам по рассмотрению исков и дел по возмещению морального и материального вреда, причиненного жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи, и определению правил и сумм компенсации;

— передача патолого-анатомической службы в ведение Росздравнадзора;

— передача судебно-медицинских учреждений в ведение Минюста РФ;

— бесплатное для гражданина (родственников умершего гражданина) выполнение судебно-медицинской экспертизы в экспертных учреждениях по заявлению, иску, жалобе или делу о причинении вреда жизни и здоровью при оказании медицинской помощи;

— право выбора учреждения судебно-медицинской экспертизы по заявлению, иску, жалобе или делу о причинении вреда жизни





и здоровью при оказании медицинской помощи, в том числе в любом субъекте РФ.

15. В статье «Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности» необходимо ввести вневедомственный вид контроля, который осуществляется в системе ОМС страховыми медицинскими компаниями.

16. Остается без изменений подчиненность патолого-анатомической службы главному врачу учреждения здравоохранения. Какие объективные данные о расхождении диагнозов возможны в этой системе? Поставлен крест на объективности патолого-анатомической службы! Судебно-медицинская служба также подчиняется субъекту РФ — какие независимые суждения она сделает под руководством главного врача-министра здравоохранения субъекта РФ? Для обычных врачей такая конструкция также опасна, так как любого из них начальство может обвинить на основании сфабрикованной по приказу сверху так называемой судебно-медицинской экспертизы.

Вывод один: авторам законопроекта не нужны независимые и объективные выводы о качестве медицинской помощи, так как они лечатся в совершенно иных условиях и учреждениях здравоохранения.

17. В обязанностях лечащего врача отсутствует самое главное:

- обязанность соблюдать права пациента;
- обязанность достоверно, своевременно и в полном объеме предоставлять пациенту информацию о состоянии его здоровья и предполагаемых медицинских вмешательствах.

18. АБСОЛЮТНО НЕПРИЕМЛЕМЫ СТАТЬИ «Профессиональная ошибка при оказании медицинской помощи», «Возмещение вреда, причиненного здоровью граждан», как не соответствующие уже действующему законодательству и насущным потребностям пациентов и врачей.

В проекте вводится понятие профессиональной ошибки, но термин ошибка совершенно не соответствует другим, ранее принятым законам. В Гражданском кодексе РФ,

законе «О защите прав потребителей» идет речь о недостатках услуги, поэтому необходимо пользоваться этой терминологией: недостаток услуги, дефект медицинской помощи. Слово ошибка — вульгарно, просторечно. Процесс выявления «ошибок» в законопроекте слишком сложен: создается комиссия на общественных началах из представителей пациента, медицинской организации, страховых компаний, а также представители органов исполнительной власти, профессиональных общественных объединений медицинских работников, общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья граждан. Такая комиссия никогда не соберется, а если и соберется, то будет работать как лебедь, рак и щука.

Причем в пояснительной записке указано совершенно иное определение профессиональной ошибки, чем в законопроекте: *«В рамках совершенствования института ответственности в сфере охраны здоровья граждан проектом федерального закона вводится норма о профессиональной ошибке медицинского работника, которой признается добросовестное заблуждение медицинского работника при отсутствии прямого или косвенного (халатности, небрежности) умысла, направленного на причинение вреда жизни и здоровью пациента. Решение о признании профессиональной ошибки будет приниматься коллегиально комиссией по расследованию случаев причинения вреда жизни и здоровью пациентов».*

Авторы законопроекта в этой части перепутали все, что можно перепутать: форму вины и наименование преступления, объединили умысел и неосторожность, полностью низложили свое же определение в законопроекте: *«1. Профессиональной ошибкой при оказании медицинской помощи признается допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток независимо от вины медицинской организации и ее работников»*, расширяя сферу ошибки за пределы добросовестного заблуждения.



В этой части необходима полная замена проекта, причем опираясь на уже существующие и практически отработанные в системе ОМС понятия, определения и классификации.

Такая же правовая неграмотность авторов демонстрируется проектом в части возмещения вреда, причиненного здоровью граждан: «1. В случаях причинения вреда здоровью граждан **виновные** обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации». Тогда как в соответствии с нормой ст. 1095 ГК РФ: «Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), **независимо от их вины** и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет».

19. Относительно лжеограничений оказания платных медицинских услуг. Считаем, что

все граждане в соответствии с ст. 41 Конституции РФ вправе лечиться в государственных учреждениях здравоохранения абсолютно бесплатно. Никаких платных медицинских услуг в государственных ЛПУ быть не должно. Тогда и пропадает соблазн обманывать пациентов: тут заплатите в кассу, тут — в карман... Все станет на свои места: каждый будет знать — любое требование оплаты незаконно. Но власть этого не хочет, поэтому и разрешает в проекте закона платные услуги. Ссылки на конституционную норму о свободном развитии каждого как на оправдание возможности взимать деньги за медицинские услуги несостоятельны, так как норма о свободном развитии каждого относится к разделу Конституции РФ о правах и свободах гражданина и человека, а не юридического лица! Авторы проекта прекрасно знают (что и ужасно!), что несоблюдение закона в РФ ничем не грозит, — вот и создают на бумаге реализацию принципа: «И волки сыты (граждане получили декларации ограничения платности) и овцы целы (ЛПУ могут обирать пациентов, чиновникам не надо думать, как сохранить здравоохранение, — его сохраняют наши с Вами деньги!)».

Зарубежный опыт

БОЛЕЕ ЧЕТВЕРТИ ВРАЧЕЙ ЧЕШСКИХ БОЛЬНИЦ РЕШИЛИ УВОЛИТЬСЯ В ЗНАК ПРОТЕСТА ПРОТИВ НИЗКОЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ

В рамках кампании «Спасибо, мы уходим», инициированной Союзом Врачей (LOK-SCL), заявления об уходе, датированные 1 января 2011 года, подали 4192 из примерно 16 тысяч врачей. Массовые увольнения затронули 78 из 200 больниц страны. Учитывая то, что заявление подается за два месяца до увольнения, врачи уйдут с работы до 1 марта 2011 года. В результате этого многие отделения и целые больницы будут вынуждены закрыться или перейти на оказание только самой неотложной помощи.

Требования врачей состоят в том, чтобы их зарплата втрое превышала средний по стране уровень дохода, равный 23,6 тысячи крон (1,23 тысячи долларов). В настоящее время средняя зарплата чешского врача, включая сверхурочные, составляет порядка 50 тысяч крон в месяц (чуть больше 2,6 тысячи долларов). Протестующие требуют довести эту сумму без сверхурочных до 70 тысяч крон (3,65 тысяч долларов).

Источник: <http://medportal.ru/mednovosti/news/>





Совет Федерации одобрил закон, изменяющий порядок начисления больничных по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, а также ежемесячному пособию по уходу за ребенком



С 2011 года такого рода пособия будут рассчитываться, исходя из среднего заработка за два года, а не за один, как сейчас. Также работодатель должен будет оплачивать первые три дня больничного, сейчас два дня, остальные дни — из Фонда социального страхования.

Закон вступает в силу уже с первого января 2011 года. По словам члена Комитета Госдумы по охране здоровья Татьяны Яковлевой, размер пособия по выплате больничного листа будет учитываться следующим образом: до 5 лет — это 60% от заработка, свыше 5 лет до 8 лет — 80% и свыше 8 лет — 100%.

Кроме того, если, например, стаж был минимальным, то раньше могли заплатить и тысячу рублей, и две тысячи рублей. Сейчас же точно указана самая минимальная выплата по больничному листу, которая равняется минимальной заработной плате на сегодняшний день, то есть 4330 рублям.

При этом Татьяна Яковлева подчеркнула, что кризис мог серьезно повлиять на заработную плату людей. «В этом году мы решили помониторить ситуацию. В случае, если действительно большая категория людей подвергнется тому, что у них резко изменится выплата по больничным листам, то мы вернемся и пересмотрим данную норму», — пообещала член Комитета Госдумы по охране здоровья.

Татьяна Яковлева также рассказала, как будут рассчитываться пособия по декрету. «Представьте такую ситуацию: женщина родила ребенка, отсидела с ним 2–3 года, вышла на работу и сразу забеременела и нужно рожать второго, при этом у нее очень маленький стаж работы. Раньше пособия исчислялись, исходя из минимальной заработной платы, теперь же, если женщина рождает сразу второго ребенка, то ей будут исчисляться все пособия не из минимальной заработной платы, а за те два года, которые она работала еще до первой беременности», — пояснила депутат.

*Источник:
news.mail.ru*



Лампы, которые обеспечивают защиту ваших пациентов от УСТАНОВКИ ДО ЗАМЕНЫ

Лампы TUV Philips обеспечивают надежную дезинфекцию воздуха и помещения в течение всего срока службы

Вам больше не придется об этом беспокоиться

Сегодня на медицинских сестер ложится все большая нагрузка. Их работа подразумевает выполнение множества разных задач. Инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем становятся лишней помехой первичному уходу за пациентами. Они представляют реальную угрозу здоровью, однако во множестве случаев ее легко можно предотвратить.

Philips предлагает надежное и удобное решение: теперь вам больше не придется об этом беспокоиться.

Максимальная защита

Благодаря максимальному уровню надежности лампы TUV Philips помогут обеспечить защиту от Инфекций, передающихся воздушно-капельным путем в течение максимально долгого периода времени. Лампы Philips обеспечивают практически постоянный уровень УФ-излучения в течение всего срока службы и гарантируют,

что оборудование для УФ-дезинфекции будет постоянно работать с расчетной производительностью.

Благодаря максимально продолжительному сроку службы и низкому проценту ламп, которые преждевременно выходят из строя, в течение долгих лет вам не нужно будет беспокоиться о дезинфекции воздуха и соответствии ламп требованиям и нормативам. Теперь вы можете сосредоточиться на самом главном – на ваших пациентах.

Узнайте больше в сети Интернет

Чтобы получить подробную информацию об оптимизации дезинфекции воздуха в медицинских учреждениях, зарегистрируйтесь на нашем веб-сайте.

Мы будем сообщать вам информацию о новых семинарах и обучающих курсах, чтобы вам и вашим пациентам на долгие годы была гарантирована защита от инфекций, передающихся воздушно-капельным путем.



36,000
часов
защиты*

Лампы TUV Xtra:
рекомендованы для
рециркуляторов

18,000
часов
защиты*

Лампы TUV:
рекомендованы для облучателей
открытого типа

*С электронной ПРА

Чтобы получить подробную информацию о лампах TUV Philips для медицинских учреждений, посетите веб-сайт www.philips.com/TUV

PHILIPS
разумно и просто



От редакции:

Мы продолжаем публиковать выдержки из новой книги Издательского дома «Менеджер здравоохранения» под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова.

Книга называется «Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы».

Автор книги – Хайруллина И.С., хорошо известная читателям нашего журнала по серии публикаций, посвященных изменению правового положения государственных (муниципальных) учреждений.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова



КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

**КОНСУЛЬТАНТ:
И.С. ХАЙРУЛЛИНА
ЭКСПЕРТ ЖУРНАЛА «МЕНЕДЖЕР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», г. Москва**

Деятельность любой организации, в том числе и государственного (муниципального) учреждения, предполагает заключение многочисленных договоров с другими организациями, а также с гражданами.

У большинства руководителей государственных (муниципальных) учреждений есть понимание необходимости тщательной юридической и экономической проработки договоров. Однако целый ряд аспектов взаимоотношений с поставщиками или потребителями услуг учреждений здравоохранения выходит за рамки непосредственного содержания договоров. Это относится и к такому понятию, как «конфликт интересов». Далеко не все руководители знают о том, что представляют собой понятия «конфликт интересов» и «заинтересованность в совершении сделки». Между тем несоблюдение требований законодательства, касающегося «конфликта интересов» и «заинтересованности в совершении сделки», может привести к серьезным неприятным последствиям.



Конфликту интересов посвящена статья 27 Федерального закона Российской Федерации от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях». Понятие «конфликт интересов» касается «заинтересованных лиц».

Под заинтересованными лицами понимаются лица, заинтересованные в совершении некоммерческой организацией тех или иных действий, в том числе сделок с другими организациями или гражданами.

В нашем случае речь идет о бюджетных и казенных учреждениях, имея в виду, что указанный федеральный закон не распространяется на автономные учреждения.

К категории лиц, подпадающих под понятие «заинтересованные лица» применительно к бюджетным и казенным учреждениям, относятся: руководитель учреждения (главный врач, начальник и т.д.) и заместители руководителя учреждения (независимо от курируемого ими направления), а также лица, входящие в состав органов надзора за их деятельностью (органа управления здравоохранением и т.д.), если указанные лица:

- состоят с этими организациями или гражданами в трудовых отношениях;
- являются участниками (учредителями), кредиторами этих организаций;
- состоят с этими гражданами в близких родственных отношениях;
- являются кредиторами этих граждан.

Речь касается ситуаций, когда указанные организации или граждане:

- являются поставщиками товаров (услуг) для бюджетных или казенных учреждений;
- являются крупными потребителями услуг, оказываемых бюджетными или казенными учреждениями;
- владеют имуществом, которое полностью или частично образовано бюджетным учреждением (казенные учреждения не вправе выступать участниками других юридических лиц);
- могут извлекать выгоду из пользования, распоряжения имуществом бюджетного или казенного учреждения.

Заинтересованность в совершении бюджетным или казенным учреждением тех или иных действий, в том числе в совершении сделок, влечет за собой конфликт интересов заинтересованных лиц и бюджетного или казенного учреждения.

Заинтересованные лица обязаны соблюдать интересы некоммерческой организации (в нашем случае — бюджетного или казенного учреждения), прежде всего в отношении целей ее деятельности, и не должны использовать возможности некоммерческой организации или допускать их использование в иных целях, помимо предусмотренных учредительными документами некоммерческой организации.

Под термином «возможности некоммерческой организации» в соответствии с Федеральным законом «О некоммерческих организациях» понимаются принадлежащие некоммерческой организации имущество, имущественные и неимущественные права, возможности в области предпринимательской деятельности, информация о деятельности и планах некоммерческой организации, имеющая для нее ценность.

В случае, если заинтересованное лицо имеет заинтересованность в сделке, стороной которой является или намеревается быть бюджетное или казенное учреждение, а также в случае иного противоречия интересов указанного лица и бюджетного или казенного учреждения в отношении существующей или предполагаемой сделки:

— оно обязано сообщить о своей заинтересованности органу управления бюджетного или казенного учреждения или органу надзора за его деятельностью (соответствующему органу, осуществляющему функции и полномочия учредителя) до момента принятия решения о заключении сделки;

— сделка должна быть одобрена органом управления бюджетного или казенного учреждения или органом надзора за ее деятельностью (соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя).





Сделка, в совершении которой имеется заинтересованность и которая совершена с нарушением указанных требований, может быть признана судом недействительной.

Заинтересованное лицо несет перед бюджетным или казенным учреждением ответственность в размере убытков, причиненных им этому учреждению. Если убытки причинены бюджетному или казенному учреждению несколькими заинтересованными лицами, их ответственность перед бюджетным или казенным учреждением является солидарной.

При этом необходимо отметить следующее: несмотря на то, что в статью 27 Федерального закона Российской Федерации «О некоммерческих организациях» Федеральным законом от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — Федеральный закон № 83-ФЗ) были внесены некоторые изменения, применительно к государственным (муниципальным) учреждениям остался неучтенным один важный момент, привнесенный самим вышеуказанным Федеральным законом № 83-ФЗ. Речь идет о том, что в рассматриваемой статье 27 используется понятие «возможности в области предпринимательской деятельности», а в соответствии с Федеральным законом № 83-ФЗ государственные (муниципальные) учреждения могут заниматься только приносящей доходы деятельностью, а не предпринимательской.

Статья 16 Федерального закона от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» определяет понятие заинтересованности в совершении сделки автономным учреждением.

Лицами, заинтересованными в совершении автономным учреждением сделок с другими юридическими лицами и гражданами, признаются при наличии условий, указанных ниже, члены наблюдательного совета авто-

номного учреждения, руководитель автономного учреждения и его заместители.

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

1) являются в сделке стороной, выгодоприобретателем, посредником или представителем;

2) владеют (каждый в отдельности или в совокупности) двадцатью и более процентами голосующих акций акционерного общества или превышающей двадцать процентов уставного капитала общества с ограниченной или дополнительной ответственностью долей, либо являются единственным или одним из не более чем трех учредителей иного юридического лица, которое в сделке является контрагентом автономного учреждения, выгодоприобретателем, посредником или представителем;

3) занимают должности в органах управления юридического лица, которое в сделке является контрагентом автономного учреждения, выгодоприобретателем, посредником или представителем.

Заинтересованное лицо до совершения сделки обязано уведомить руководителя автономного учреждения и наблюдательный совет автономного учреждения об известной ему совершаемой сделке или известной ему предполагаемой сделке, в совершении которых оно может быть признано заинтересованным.

Порядок, установленный Федеральным законом «Об автономных учреждениях» для совершения сделок, в совершении которых имеется заинтересованность, не применяется при совершении сделок, связанных с выполнением автономным учреждением работ, оказанием им услуг в процессе его обычной уставной деятельности, на условиях, существенно не отличающихся от условий совершения аналогичных сделок.



Статья 17 Федерального закона «Об автономных учреждениях» устанавливает порядок совершения сделки, в совершении которой имеется заинтересованность, и последствия его нарушения.

Сделка, в совершении которой имеется заинтересованность, может быть совершена с предварительного одобрения наблюдательного совета автономного учреждения. Наблюдательный совет автономного учреждения обязан рассмотреть предложение о сделке, в совершении которой имеется заинтересованность, в течение пятнадцати календарных дней с момента поступления такого предложения председателю наблюдательного совета автономного учреждения, если уставом автономного учреждения не предусмотрен более короткий срок.

Решение об одобрении сделки, в совершении которой имеется заинтересованность, принимается большинством голосов членов наблюдательного совета автономного учреждения, не заинтересованных в совершении этой сделки. В случае, если лица, заинтересованные в совершении сделки, составляют в наблюдательном совете автономного учреждения большинство, решение об одобрении сделки, в совершении которой имеется заинтересованность, принимается учредителем автономного учреждения.

Сделка, в совершении которой имеется заинтересованность и которая совершена с нарушением требований настоящей статьи, может быть признана недействительной по иску автономного учреждения или его учредителя, если другая сторона

сделки не докажет, что она не знала и не могла знать о наличии конфликта интересов в отношении этой сделки или об отсутствии ее одобрения.

Заинтересованное лицо, нарушившее обязанность, предусмотренную частью 4 статьи 16 Федерального закона «Об автономных учреждениях», несет перед автономным учреждением ответственность в размере убытков, причиненных ему в результате сделки, в совершении которой имеется заинтересованность, с нарушением требований настоящей статьи, независимо от того, была ли эта сделка признана недействительной, если не докажет, что оно не знало и не могло знать о предполагаемой сделке или о своей заинтересованности в ее совершении. Такую же ответственность несет руководитель автономного учреждения, не являющийся лицом, заинтересованным в сделке, в совершении которой имеется заинтересованность, если не докажет, что он не знал и не мог знать о наличии конфликта интересов в отношении этой сделки.

В случае, если за убытки, причиненные автономному учреждению в результате сделки, в совершении которой имеется заинтересованность, с нарушением требований настоящей статьи, отвечают несколько лиц, их ответственность является солидарной.

В заключение отметим, что вопросы контроля за наличием конфликта интересов (заинтересованности в совершении сделки) содержатся в целом ряде подзаконных нормативных актов и очень скоро можно ожидать проверок в этой сфере со стороны различных надзорных органов.



**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ**



Нет ли угрозы того, что при изменении типа бюджетного учреждения на автономное, учреждению уменьшат государственное (муниципальное) задание?

Само по себе изменение типа учреждения такой угрозы не несет. В соответствии с п.1 статьи 20 Федерального закона от 3 ноября 2006 года № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» «Объем финансового обеспечения выполнения государственного (муниципального) задания государственному или муниципальному учреждению не может зависеть от типа такого учреждения».



В соответствии с Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» государственные (муниципальные) учреждения будут оказывать не предпринимательскую, а приносящую доходы деятельность. Предполагает ли приносящая доходы деятельность получение прибыли?

Пункт 2 статьи 24 Федерального закона «О некоммерческих организациях» определяет, что предпринимательской и иной приносящей доход деятельностью признаются приносящее прибыль производство товаров и услуг, отвечающих целям создания некоммерческой организации, а также приобретение и реализация ценных бумаг, имущественных и неимущественных прав, участие в хозяйственных обществах и участие в товариществах на вере в качестве вкладчика. Из этого определения четко следует, что прибыль предполагается при осуществлении как предпринимательской, так и иной приносящей доход деятельности.



Правда ли, что бюджетным учреждением в новом статусе будет легче работать в казначейской системе?

Действительно, предполагается некоторое упрощение процедур. Так, в соответствии с п. 15 статьи 30 Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» расходы бюджетных учреждений, источником финансового обеспечения которых являются средства, полученные бюджетными учреждениями в соответствии с абзацем первым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации (в редакции Федерального закона № 83-ФЗ), осуществляются без предоставления ими в территориальный орган Федерального казначейства, в финансовый орган субъекта Российской Федерации (муниципального образования) документов, подтверждающих возникновение денежных обязательств.

Указанный абзац гласит: «В бюджетах бюджетной системы Российской Федерации предусматриваются субсидии бюджетным и автономным учреждениям на возмещение нормативных затрат, связанных с оказанием ими в соответствии с государственным (муниципальным) заданием государственных (муниципальных) услуг (выполнением работ)».

То есть при выполнении государственного (муниципального) задания бюджетные учреждения не обязаны предоставлять в соответствующие финансовые органы документы, подтверждающие возникновение денежных обязательств.



Правда ли, что в Федеральный закон от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» уже успели внести изменения, которые отменили многие важные положения закона?

Действительно, в рассматриваемый закон были внесены изменения. И уже не один раз. Это нормальный процесс совершенствования законодательства.

Изменения в Федеральный закон № 83-ФЗ вносились следующими Федеральными законами:

— от 27 июля 2010 года № 240-ФЗ «О внесении изменений в Градостроительный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации»;

— от 8 ноября 2010 года № 293-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием контрольно-надзорных функций и оптимизацией предоставления государственных услуг в сфере образования»;

— от 29 ноября 2010 года № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Каких-либо принципиальных вопросов эти изменения не затрагивают. Кроме того, не все изменения затрагивают сферу здравоохранения.



ЕВРОПЕЙСКАЯ ОБСЕРВАТОРИЯ ПО СИСТЕМАМ И ПОЛИТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЫПУСТИЛА В СВЕТ НОВЫЕ КНИГИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ



Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний. Опыт Европы и Латинской Америки — под ред. R. Coker, R. Atun, M. McKee.

Во всем мире системы здравоохранения постоянно меняются, стремясь соответствовать изменению характера заболеваний. Это особенно справедливо в отношении инфекционных болезней: между человеком и микроорганизмами идет непрерывная эволюционная борьба, в ходе которой микроорганизмы приспосабливаются к новым условиям. Ситуацию усугубляет все более широкое распространение устойчивости к антимикробным препаратам.

Именно таким вопросам посвящена эта книга. Основное внимание уделено двум регионам, в которых изменения особенно стремительны, — Европе и Латинской Америке. Системы здравоохранения в этих регионах, сами переживающие период глубоких организационных реформ, вынуждены одновременно приспосабливаться к постоянно меняющемуся окружению.

Прежде чем рассматривать текущую ситуацию с инфекционными заболеваниями, авторы обращаются к прошлому, анализируя этапы эволюционной борьбы человека и микроорганизмов с момента его появления на Земле, — борьбы, нередко имевшей серьезные исторические последствия. Затем оценивается готовность современного общества и правительств к грядущим угрозам, анализируется опыт стран Европы и Латинской Америки по борьбе с такими угрозами и их предотвращению.

Книга будет интересна тем, кто участвует в разработке политики здравоохранения в странах со средними и высокими доходами, а также тем, кто изучает и внедряет политику здравоохранения.

*С полным текстом книги можно ознакомиться на сайте ЕРБ ВОЗ
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98394/E91946R.pdf*

Книга в печатном формате имеется в Документационном центре Всемирной организации здравоохранения при Центральном научно-исследовательском институте организации и информатизации здравоохранения МЗСР РФ по адресу:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11,
Тел. (495) 619-38-43. Факс (495) 618-11-09.
E-mail: kaidoc@mednet.ru



Системы здравоохранения: время перемен. Узбекистан. Обзор системы здравоохранения — Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2009 г. — 280 стр.

Со времени провозглашения независимости в 1991 г. система здравоохранения Узбекистана претерпела ряд существенных изменений. Основные реформы в Узбекистане начались во второй половине 1990-х годов. В 1996 г. вступил в силу закон «Об охране здоровья граждан», в котором было изложено новое видение системы здравоохранения страны. В соответствии с ним в Узбекистане были произведены серьезные преобразования, организационные изменения и финансовые реформы системы здравоохранения. Благодаря твердой приверженности правительства курсу реформ, удалось достичь многих из поставленных целей, особенно в секторе первичной медико-санитарной помощи.

Однако и сейчас в узбекской системе здравоохранения имеется ряд серьезных проблем, одной из которых остается вопрос координации различных звеньев системы здравоохранения. Цель данного документа состоит в том, чтобы описать систему здравоохранения Узбекистана в соответствии с разработанным Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения форматом обзоров «Системы здравоохранения: время перемен».

*С полным текстом обзора можно ознакомиться на сайте ВОЗ:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96422/E90673R.pdf*

Зарубежный опыт



IPHONE ПРИХОДИТ В МЕДИЦИНУ

Популярные смартфоны американской компании «Эппл» (Apple) — «АйФон» (iPhone) — смело шагнули в медицину, поставив на грань исчезновения столь привычный для врачей и пациентов стетоскоп. Научный коллектив лондонского института Империял Колледж создал программу, которая позволяет с помощью этого смартфона прослушивать работу внутренних органов человека, включая сердце и легкие. Программа уже выложена в Интернет и каждый желающий может скачать ее для своего «АйФона». Находящиеся в аппарате сенсоры снимут всю необходимую шумовую информацию, в том числе и характер сердцебиения. «Мы поражены возможностями применения современной технологии мобильных телефонов в области медицины», — заявил, комментируя новейшую программу, руководитель работ Империял Колледж Питер Бэнтли. По его словам, в ближайшее время с помощью смартфонов люди смогут измерять собственное кровяное давление, а также делать ультразвук.

Источник: АМИ-ТАСС, 07.09.08



Семинар

ИННОВАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В МЕДИЦИНСКИХ НАУЧНЫХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ: ОРГАНИЗАЦИЯ И МОДЕЛИ ДЕЙСТВИЙ

17 февраля 2011 г.

Место проведения: Москва, ЦНИИОИЗ, ул. Добролюбова, д. 11

Темы:

- 1.** Новые принципы финансирования научных и образовательных учреждений в РФ (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 738н «О методике оценки результативности деятельности научных организаций, подведомственных Минздравсоцразвития России, выполняющих научно-исследовательские работы гражданского назначения»).
- 2.** Система грантовой поддержки инновационной деятельности в научных и образовательных учреждениях РФ (Постановления Правительства от 9 апреля 2010 г. № 218, 219, 220).
- 3.** Финансовые институты развития инновационного предпринимательства в РФ и показатели их использования медицинскими научными и образовательными учреждениями.
- 4.** Проблемы правоприменения № ФЗ-217 в медицинских научных и образовательных учреждениях.
- 5.** Индикаторы публикационной активности и коммерциализации результатов научной деятельности как инструмент капитализации научного знания.
- 6.** Принципы организации инновационной деятельности в медицинских научных и образовательных учреждениях.

Для кого этот семинар:

- для руководителей научных организаций, подведомственных Минздравсоцразвития России;
- для проректоров по инновационной деятельности медицинских ВУЗов;
- для менеджеров инновационных проектов в сфере медицины и здравоохранения;
- для председателей Советов молодых ученых и Студенческих научных обществ.

Авторы и ведущие:

Стародубов В.И., директор ФГУ ЦНИИОИЗ, академик РАМН.

Куракова Н.Г., главный специалист ФГУ ЦНИИОИЗ, управляющий директор Венчурного фонда «МаксвеллБилтех», эксперт Конкурса Русские инновации.

Зинов В.Г., декан факультета инновационно-технологического бизнеса АНХ при Правительстве РФ, руководитель Экспертного департамента Венчурного фонда «CIG & TamirFishman» (Москва), директор Фонда «Международный инкубатор технологий» (Москва).

Регистрация на семинар: idmz@mednet.ru, (495) 618-07-92



ЕВГЕНИЮ ИВАНОВИЧУ СОШНИКОВУ —

80 лет...

Евгению Ивановичу Сошникову 2 января 2011 года исполняется 80 лет...

Его 55-летнюю врачебную, научную и общественную деятельность отличает удивительная плодотворность... Опытный и высокопрофессиональный врач, талантливый организатор научной деятельности исследовательских центров, социально активный гражданин своей страны...

Более 20 лет Евгений Иванович руководил научно-организационным отделом Института социальной гигиены и организации здравоохранения Минздрава СССР (ныне — НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН) и 10 лет являлся бессменным секретарем ученого и диссертационного советов этого института.



В течение следующих 20 лет Евгений Иванович — секретарь Диссертационного совета ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения. При его непосредственном требовательном и высокопрофессиональном кураторстве соискателей подготовлено и защищено более 500 диссертаций организаторов здравоохранения.

Евгения Ивановича отличает удивительный сплав редких человеческих качеств. Он является носителем становящейся большой редкостью особой академической культуры, безукоризненно правильного русского языка, запоминающейся интонированности речи.

Исключительная доброжелательность, подчеркнутая мужская элегантность, широкие интересы и эрудиция — все это делает его ярким, харизматичным, притягательным собеседником. Это человек вне времени и вне возраста. Его живой ум и сопереживающая душа всегда готовы найти решение чужих проблем, его мудрость и опыт меняют картину мира сомневающимся и заблуждающимся. Поэтому он искренне любим коллегами и пользуется огромным авторитетом!

**Желаем юбиляру неиссякаемого здоровья
и неугасаемого интереса к жизни!**

*Сотрудники ЦНИИОИЗ
и редакция журнала
«Менеджер здравоохранения»*



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

С 2011 Г. ВВОДИТСЯ НОВЫЙ ПЛАН СЧЕТОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ

Приказ Минфина РФ от 1 декабря 2010 г. № 157н «Об утверждении Единого плана счетов бухгалтерского учета для органов государственной власти (государственных органов), органов местного самоуправления, органов управления государственными внебюджетными фондами, государственных академий наук, государственных (муниципальных) учреждений и Инструкции по его применению» (не вступил в силу)

Утвержден Единый план счетов бухучета для государственных и муниципальных органов и учреждений, государственных академий наук, органов управления государственными внебюджетными фондами. Он вводится вместо Плана счетов бюджетного учета.

Определено, как применяется Единый план. Инструкция по бюджетному учету утрачивает силу. Ведение бухучета разрешается передать по договору (соглашению) другому учреждению, организации (централизованной бухгалтерии).

Первичные и сводные учетные документы можно составлять в электронном виде. При этом используется электронная цифровая подпись. В определенных случаях субъект учета должен за свой счет изготавливать бумажные копии таких документов.

Необходимо утвердить рабочий план счетов государственных (муниципальных) учреждений. В нем должны содержаться счета, применяемые для синтетического и аналитического учета.

К числу регистров бухучета отнесен Журнал по санкционированию. Их, а также бухотчетность нужно хранить не менее 5 лет.

Все счета — пятизначные. Появились новые графы (наименования группы и вида).

Дополнительно предусмотрены следующие забалансовые счета. № 24 — имущество, переданное в доверительное управление. № 25 — в аренду. № 26 — в безвозмездное пользование. Приказ вступает в силу с 1 января 2011 г.

БЮДЖЕТ ФФОМС НА 2011 Г. И ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2012 И 2013 ГГ.: ДЕФИЦИТА НЕ БУДЕТ?

Проект федерального закона № 433093-5 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов»

24 ноября 2010 г. Государственной Думой ФС РФ рассмотрен в третьем чтении и принят Закон о бюджете ФФОМС на 2011 г. и плановый период 2012 и 2013 гг.

В 2011 г. доходы, предположительно, составят 335 968 300 тыс. руб., в 2012 г. — 369 166 400 тыс. руб., в 2013 г. — 403 541 600 тыс. руб. Расходы определены в аналогичных суммах. Дефицит бюджета не планируется. Для финансового обеспечения территориальных программ ОМС в рамках базовой программы в бюджете резервируются ассигнования на 2012 г. в сумме 100 541 274,7 тыс. руб., на 2013 г. — 379 861 880 тыс. руб.

В ФСС России планируется направить межбюджетные трансферты на оплату медпомощи, оказанной женщине во время беременности, родов и послеродовой период (по 3 тыс. руб. и 6 тыс. руб., соответственно). Речь также идет о диспансерном наблюдении ребенка, поставленного на учет в течение 1 года жизни и до 3 месяцев.



В 2011 г. 4 млрд. руб. планируется выделить на дополнительную диспансеризацию работающих граждан; 890,7 млн. руб. — на диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Продолжается реализация программ модернизации здравоохранения.

С 2011 ГОДА ПРИМЕНЯЕТСЯ УТОЧНЕННЫЙ ПОРЯДОК НАЧИСЛЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ И ДЕКРЕТНЫХ

Информация Фонда социального страхования РФ от 15 декабря 2010 г. О Федеральном законе от 8 декабря 2010 г. № 343-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

С 1 января 2011 г. вступают в силу изменения в Закон об обязательном соцстраховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Соответствующие пособия будут рассчитываться исходя из среднего заработка застрахованного лица, определенного не за 1, а за 2 календарных года, предшествующих периоду наступлению страхового случая.

С 2 до 3 дней увеличен период выплаты за счет средств страхователя пособия по временной нетрудоспособности при заболевании или травме застрахованного лица, в том числе в связи с искусственным прерыванием беременности или экстракорпоральным оплодотворением.

С 2011 г. в средний заработок будут включаться все виды выплат и иных вознаграждений в пользу застрахованного лица, на которые начислены взносы в ФСС России.

Установлены дополнительные права, обязанности и ответственность страхователей и застрахованных лиц.

Предусмотрен перерасчет пособий в связи с вводимыми изменениями.

ОПЛАТА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ: ПОРЯДОК ОБМЕНА СВЕДЕНИЯМИ МЕЖДУ ФСС РФ И ФОМС

Приказ Фонда социального страхования РФ от 8 декабря 2010 г. № 261 «Об утверждении Порядка направления сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 декабря 2010 г. Регистрационный № 19 236.

Расходы на лечение лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве финансируются Фондом социального страхования РФ. Сведения о принятом решении об оплате направляются в 10-дневный срок исполнительными органами ФСС РФ территориальным фондам ОМС. Регламентирован порядок их передачи.

Определен перечень представляемой информации. В частности, сообщаются Ф.И.О., дата рождения и паспортные данные пострадавшего; дата несчастного случая; наименование страхователя; диагноз, дата начала лечения; сведения о медучреждении, где оно проводится.

Информация направляется на бумажном носителе и при наличии технической возможности в электронном виде.

Исполнительные органы ФСС РФ и территориальные фонды ОМС обеспечивают конфиденциальность передаваемых данных.

Приказ вступает в силу с 1 января 2011 г.





МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ БЕРЕТ НА КОНТРОЛЬ ГОС-ЗАКУПКИ МЕДТЕХНИКИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 декабря 2010 г. № 1075 «О ежеквартальном представлении материалов о выявленных нарушениях, связанных с расходованием бюджетных средств при размещении государственных заказов на поставку медицинской техники»

Роспотребнадзору, ФМБА России, РАМН и подведомственным Минздравсоцразвития России учреждениям поручено ежеквартально представлять в Министерство сведения о выявленных нарушениях в расходовании бюджетных средств при закупках медицинской техники. Приведена форма направления данных. Также необходимо представить предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы в данной области.

Информация по итогам 2010 г. подается до 3 февраля 2011 г., затем — в течение 20 дней по окончании каждого квартала. Сведения представляются в письменном виде и по электронной почте.

ИЗ СТОИМОСТИ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ НЕ НУЖНО ВЫДЕЛЯТЬ ЦЕНУ ПРИОБРЕТЕННОГО С НЕЮ МИНИМАЛЬНОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Письмо Федеральной налоговой службы от 29 ноября 2010 г. № ШС-17-3/1835 «О порядке формирования стоимости основных средств»

Разъяснено, как в целях налогообложения прибыли формируется первоначальная стоимость вычислительной техники. Без минимального программного обеспечения последнюю невозможно использовать в деятельности налогоплательщика.

Соответственно, из ее стоимости не нужно выделять цену приобретенного с нею программного обеспечения, позволяющего реализовывать потребительские свойства, заявленные продавцом.

НОВЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ УЧРЕЖДЕНИЙ, В КОТОРЫХ СОЗДАЮТСЯ КОМИССИИ ДЛЯ ЭКЗАМЕНАЦИИ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 24 ноября 2010 г. № 10638-Пр/10 «О внесении изменений в приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 26 февраля 2007 г. № 411-Пр/07»

Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку за рубежом, допускаются к соответствующей деятельности в России. Предварительно они должны успешно сдать экзамены в специальных учебных заведениях. В новой редакции изложен перечень образовательных учреждений, в которых создаются постоянно действующие комиссии для проведения экзаменов.

Исключено указание на образование таких комиссий в 2007 г.

ОПРЕДЕЛЕНО, КАК РЕГИОНЫ ОТЧИТЫВАЮТСЯ О РАСХОДОВАНИИ СУБСИДИЙ НА ДОСТАВКУ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2010 г. № 1070н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 13 сентября 2010 г. № 723 «Об утверждении Правил предоставления



и распределения в 2010 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на осуществление организационных мероприятий по обеспечению граждан лекарственными средствами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 10 декабря 2010 г. Регистрационный № 19155.

В 2010 г. регионам и Байконуру выделяются субсидии на доставку лекарств для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

Утверждены формы соглашения о предоставлении субсидий и отчета о расходах, источником финансирования которых являются указанные средства.

Определен порядок предоставления названного отчета. Отчет направляется уполномоченным органом в Минздравсоцразвития России ежемесячно и по итогам года. Срок — не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом. Отчет составляется на основании данных бюджетного учета в рублях. Разъяснено, как заполняются отдельные графы.

ОНКОБОЛЬНЫХ В РОССИИ ВСЕ БОЛЬШЕ — НЕОБХОДИМА ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА!

Методические рекомендации МР 2.2.9.0012-10 «Модель региональной программы первичной профилактики рака» (утв. и введены в действие Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 8 октября 2010 г.)

Приведена модель региональной программы первичной профилактики рака.

Злокачественные новообразования являются второй по частоте причиной смертности в нашей стране.

В отличие от многих экономически развитых стран в России продолжается рост онкологической заболеваемости. За последние 10 лет количество таких больных в нашей стране увеличилось до 490,7 тыс., т. е. на 10%.

Приоритетное значение в противораковой борьбе имеют вопросы профилактики. Она включает первичную (доклиническую), вторичную (клиническую), третичную (противорецидивную).

Ведущую роль в снижении онкологической заболеваемости играет первичная профилактика. Основные ее направления — онкогигиеническая, биохимическая, медико-генетическая, иммунобиологическая и эндокринно-возрастная профилактика.

Приоритеты в области первичной профилактики — борьба с табакокурением и злоупотреблением алкоголем, а также с избыточным весом, рационализация питания, повышение физической активности, уменьшение влияния канцерогенных химических и физических факторов, профилактика воздействия инфекционных канцерогенных факторов.

Приоритетные направления первичной профилактики в России — просветительная работа, создание нормативно-правовой и методической базы, профилактика профессионального рака и в группах повышенного риска. Речь также идет о разработке региональных профилактических программ и подготовке специалистов.

Необходимо создать организационную структуру по координации действий по разработке программы и ее реализации, наладить внутрисекторальное и межсекторальное сотрудничество. Следует провести санитарно-гигиеническую паспортизацию канцерогеноопасных предприятий.





ВОЗМОЖНО, ПРОДЛЯТ СРОК, В КОТОРЫЙ ИНФОРМСИСТЕМЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НУЖНО ПРИВЕСТИ В СООТВЕТСТВИЕ С ТРЕБОВАНИЯМИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Досье на проект федерального закона № 444277-5 «О внесении изменений в статью 25 Федерального закона «О персональных данных» (внесен депутатом ГД ФС РФ А.Г. Аксаковым)

Согласно действующей редакции Закона о персональных данных их информсистемы, созданные до 1 января 2010 г., должны быть приведены в соответствие с требованиями данного акта не позднее 1 января 2011 г.

7 декабря 2010 г. Государственная Дума приняла в первом чтении поправки, сдвигающие указанные даты на 1 год. В предлагаемой редакции приведенная норма будет касаться систем, созданных до 1 января 2011 г. Их нужно будет привести в соответствие с требованиями закона не позднее 1 января 2012 г.

УТОЧНЕНЫ ФОРМЫ ОТЧЕТОВ О ПОТРАЧЕННЫХ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВАХ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ПОЛНОМОЧИЙ В ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 октября 2010 г. № 919н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 октября 2009 г. № 827н «Об утверждении форм отчетов о расходах, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты, предоставленные из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 ноября 2010 г. Регистрационный № 19045.

В 2010 г. регионы и Байконур продолжают получать иные межбюджетные трансферты на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения. Изначально средства предусматривались в 2009 г.

В связи с этим скорректированы формы отчетов о расходах, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты.

Уточнен порядок их заполнения. Изменения касаются отражения неиспользованных средств.

ЗАКОН ОБ ОМС: СОПУТСТВУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Скорректирован ряд актов в связи с принятием Закона об ОМС.

В частности, предусмотрен ряд мер по переходу на одноканальное финансирование медпомощи по полному тарифу. За регионами закреплены полномочия по организации оказания всех видов медпомощи. Ранее в их ведении была только специализированная медпомощь. К функциям муниципалитетов отнесено создание условий для оказания медпомощи населению.

ТФОМС будут получать трансферты из ФФОМС на финансирование передаваемых регионам полномочий в сфере ОМС. Уплата страховых взносов в ТФОМС отменена.

Минимальный размер уставного капитала страховых медорганизаций согласно поправкам составляет 60 млн. руб. Для иных страховщиков он будет определяться исходя из базового размера в 120 млн. руб.



Ряд поправок касается обращения лекарств. Уточняется процедура их регистрации, проведения клинических исследований. Установлено, что препараты в упаковке со старой маркировкой (нанесенной до 1 сентября 2010 г.) можно продавать после 1 марта 2011 г. до истечения срока их годности.

Поправки вступают в силу с 1 января 2011 г., за исключением отдельных положений, для которых установлены иные сроки.

СРЕДСТВА, ПОЛУЧЕННЫЕ ОТ ТФОМС В ТЕКУЩЕМ ПЕРИОДЕ, НО ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ ДРУГОГО, УЧИТЫВАЮТСЯ НА ДАТУ ПОСТУПЛЕНИЯ

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 13 ноября 2010 г. № 03-03-06/3/10 «Об учете расходов, производимых за счет страховых платежей по обязательному медицинскому страхованию, для целей налогообложения прибыли»

Минфин России рассмотрел конкретную ситуацию. Страховая организация получает в отчетном (налоговом) периоде от ТФОМС средства, предназначенные для другого периода, либо перечисление которых договором финансирования не предусмотрено. Разъяснено, как их учитывать.

Рассматриваемые доходы необходимо учитывать на дату их фактического поступления. При этом страховой платеж, поступивший в отчетном периоде, но предназначенный для следующего, должен направляться в страховые резервы.

Страховые платежи, поступившие от ТФОМС, используются, в частности, на оплату медуслуг, на ведение дела по обязательному медстрахованию.

Таким образом, затраты по ведению дела по обязательному медстрахованию, производимые за счет страховых платежей, учитываются в расходах.

РОСПОТРЕБНАДЗОР ОБЕСПОКОЕН РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ХОЛЕРЫ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 25 октября 2010 г. № 01/15239-0-32 «О ситуации на о. Гаити и дополнительных мерах по недопущению завоза холеры»

Сообщается, что на острове Гаити наблюдается эпидемическое распространение холеры. Из более 3,1 тыс. случаев заболевания 253 закончились летальным исходом.

Кроме того, в 2010 г. складывается неблагоприятная ситуация по холере в ряде стран Азии и Африки с выносами инфекции на другие континенты. На начало октября крайне тяжелая обстановка наблюдается в Камеруне, Нигере, Нигерии и Чаде. Там было зарегистрировано более 40 тыс. случаев заболевания, из них около 2 тыс. — оказались смертельными.

В связи с этим Роспотребнадзор дан ряд поручений.

Так, руководителям региональных органов здравоохранения предписано обеспечить готовность ЛПУ к приему больных холерой. О случаях заболеваний с диарейным синдромом у лиц, прибывших с о. Гаити, Доминиканской Республики, Центральной Африки и Юго-Восточной Азии, необходимо сообщать в территориальные управления Службы. Следует организовать обучение по вопросам клиники, диагностики и соблюдения противоэпидемического режима при холере для специалистов бригад скорой (неотложной) медицинской помощи.

Руководителям региональных управлений Роспотребнадзора, в частности, поручено усилить санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через госграницу.





ЧТО ПЛАНИРУЕТ СДЕЛАТЬ РОСПОТРЕБНАДЗОР В 2011 Г.?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 15 ноября 2010 г. № 415 «Об утверждении основных направлений деятельности Роспотребнадзора, его органов и организаций на 2011 год»

Определены основные направления деятельности Роспотребнадзора на 2011 г.

Предполагается, в частности, усилить санитарно-эпидемиологический надзор. Для этого необходимо контролировать выполнение требований безопасности пищевых продуктов, повысить качество питьевой воды, усовершенствовать систему питания школьников, улучшить условия отдыха детей и подростков.

Необходимо усилить государственный эпидемиологический надзор за инфекционными и паразитарными болезнями. Запланированы мероприятия по охране территорий, обеспечению биологической безопасности.

Целесообразно усовершенствовать кадровую политику, в том числе организовать дополнительное профобразование госслужащих. Планируется трудоустроить 100% выпускников, обучавшихся по целевому набору на медико-профилактических факультетах. Необходимо полностью реализовать план противодействия коррупции.

Ряд мероприятий касается защиты прав потребителей и деятельности предпринимателей.

В 2011–2013 ГГ. БЮДЖЕТ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ БУДЕТ ПРОФИЦИТНЫМ

Досье на проект федерального закона № 433094-5 «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов» (внесен Правительством РФ)

Государственной Думой РФ 19 ноября 2010 г. во втором чтении принят проект бюджета Фонда социального страхования РФ на 2011 г. и плановый период 2012–2013 гг.

Прогнозируемый объем доходов бюджета Фонда в 2011 г. составит 458,8 млрд. руб., расходов — 456,8 млрд. руб. В 2012 г. аналогичные показатели составят 500,9 и 496,8 млрд. руб. соответственно, а в 2013 г. — 552,5 и 545,1 млрд. руб. Доходная часть бюджета Фонда формируется в основном за счет взносов на обязательное социальное страхование и трансфертов из федерального бюджета и бюджета ФОМС.

Проект учитывает предполагаемое изменение порядка расчета пособий по временной нетрудоспособности и в связи с материнством. Это приведет к уменьшению расходов бюджета ФСС РФ.

Планируется проиндексировать на уровень инфляции пособия гражданам, имеющим детей. Увеличится размер выплат по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний. Стоимость родового сертификата не изменится (11 тыс. руб.).

Предусмотрены ассигнования на оплату путевок в санаторно-курортные учреждения. При этом срок пребывания в них сокращен с 21 до 18 дней (для детей-инвалидов — 21 день, лиц с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга — 24–42 дня). Зарезервированы средства на предоставление инвалидам технических средств реабилитации.

В 2011–2013 гг. в ряде регионов планируется реализовать пилотный проект по переходу на кассовое обслуживание исполнения бюджета Фонда. Он предусматривает особый порядок финансирования, назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, а также в связи с материнством.



ПЛАНИРУЕТСЯ ПЕРЕЙТИ НА ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И СКОРРЕКТИРОВАТЬ ПОРЯДОК РЕГИСТРАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Досье на проект федерального закона № 385394-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (внесен депутатами ГД О.Г. Борзовой, Н.Ф. Герасименко, А.М. Чухраевым, Н.Н. Гончаром, В.М. Резником, М.Н. Мищенко, А.К. Исаевым)

Государственной Думой РФ 19 ноября 2010 г. в третьем чтении приняты поправки, направленные на совершенствование порядка управления системой обязательного медицинского страхования. Они разработаны в связи с подготовкой нового Федерального закона об ОМС.

Так, предусмотрен ряд мер по переходу на одноканальное финансирование медицинской помощи по полному тарифу. Планируется закрепить полномочия по организации оказания всех видов медпомощи за субъектами Российской Федерации (в настоящее время в ведении регионов находится лишь специализированная медпомощь). К функциям муниципальных образований предлагается отнести создание условий для оказания медпомощи населению.

Из Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов будут выделяться трансферты на финансирование передаваемых регионам полномочий в сфере ОМС. Планируется отменить уплату страховых взносов в территориальные фонды ОМС.

Минимальный размер уставного капитала страховой медицинской организации согласно поправкам составляет 60 млн. руб. Для иных страховщиков он будет определяться исходя из базового размера в 120 млн. руб.

Ряд поправок касается обращения лекарственных средств. Уточняется процедура их регистрации, проведения клинических исследований. Планируется разрешить продавать после 1 марта 2011 г. препараты в упаковке со старой маркировкой (нанесенной до 1 сентября 2010 г.) до истечения срока их годности.

КАКОВА В РОССИИ СИТУАЦИЯ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ДИФТЕРИЕЙ?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 29 сентября 2010 г. № 01/14063-0-32 «О заболеваемости дифтерией и состоянии антитоксического иммунитета населения России в 2009 году»

Массовая иммунизация населения против дифтерии привела к стабилизации заболеваемости этой инфекцией.

В 2009 г. зарегистрировано 14 случаев заболевания дифтерией. Показатель заболеваемости — 0,01 на 100 тыс. населения (в 2008 г. — 0,04). За 8 месяцев 2010 г. зарегистрировано 7 случаев заболевания. Показатели привитости детей и взрослых находятся высоком уровне (детей до 14 лет — 97,3%, подростков — 99,8%, взрослых — 97,3%).

Уровень противодифтерийного иммунитета в среднем по России достаточно высокий.

Выявлены недостатки в работе по выявлению больных дифтерией лечебно-профилактических учреждений Южного и Сибирского федеральных округов.

В связи с этим региональным управлениям Роспотребнадзора совместно с муниципальными органами необходимо продолжить проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия. Следует также проводить бактериологическую диагностику дифтерии.

Целесообразно организовать обучение медперсонала и бактериологов правилам забора материала от пациентов и методам диагностики дифтерии.





Некоторым управлениям необходимо собрать образцы сывороток крови от детей 3–4 лет и подростков с данными о прививках. Следует доставить их в Референс-центр. Среди них — Брянская, Архангельская области, Коми, Еврейская автономная область,

ФГУН «МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского» должен провести проверку работы региональных центров по мониторингу за возбудителями инфекционных болезней II–IV групп патогенности. Также следует организовать практический семинар по серологической и бактериологической диагностике дифтерии.

В НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК ПЛАНИРУЮТ ВКЛЮЧИТЬ ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Досье на проект федерального закона № 433106-5 «О внесении изменений в статью 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (о совершенствовании Национального календаря профилактических прививок) (внесен Правительством РФ)

19 ноября 2010 г. Государственной Думой ФС РФ во втором чтении принят проект поправок к Закону об иммунопрофилактике инфекционных болезней.

В национальный календарь прививок планируется включить вакцинацию против гемофильной инфекции. Это позволит ежегодно предотвращать заболевания тяжелыми пневмониями и менингитами. Предполагается уточнить полномочия федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения. В силу поправок он утверждает календарь, устанавливает сроки проведения прививок, определяет категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ВОЗМОЖНО, УСТАНОВЯТ НА ЗАКОНОДАТЕЛЬНОМ УРОВНЕ

Досье на проект федерального закона № 433102-5 «О внесении изменений в статью 6.2 Федерального закона «О государственной социальной помощи» (о приведении норм Федерального закона в соответствие с действующим законодательством и установлении длительности пребывания в санаторно-курортных учреждениях в рамках предоставляемого гражданам набора социальных услуг) (внесен Правительством РФ)

19 ноября 2010 г. Государственной Думой ФС РФ во втором чтении принят проект поправок к Закону о социальной помощи.

Предполагается уточнить состав набора социальных услуг. Речь идет, в частности, об обеспечении по рецептам врача (фельдшера) необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

В отдельном пункте закона планируется предусмотреть предоставление при наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение. Цель — профилактика основных заболеваний. Предложено законодательно установить длительность пребывания в санаторно-курортных учреждениях в рамках предоставляемого набора социальных услуг в количестве 18 дней.

Продолжительность лечения детей-инвалидов — 21 день, инвалидов с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга — от 24 до 42 дней.

С 641 руб. до 705 руб. планируется увеличить размер средств на оплату предоставления набора социальных услуг. Из них на путевки на санаторно-курортное лечение направляются 84 руб.

Уточняются положения закона об отказе от получения социальных услуг.



ПЛАНИРУЕТСЯ ПЕРЕСМОТРЕТЬ РАЗМЕР КОМПЕНСАЦИИ, ВЫПЛАЧИВАЕМОЙ ИНВАЛИДАМ И ВETERANAM ПРИ ПОКУПКЕ ИМИ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОТЕЗОВ

Досье на проект федерального закона № 433101-5 «О внесении изменений в статьи 11 и 11.1 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (о порядке выплаты компенсаций расходов на оплаченное инвалидом за собственный счет техническое средство реабилитации) (внесен Правительством РФ)

Государственной Думой РФ 19 ноября 2010 г. во втором чтении приняты поправки, касающиеся предоставления инвалидам и ветеранам технических средств реабилитации, протезов и протезно-ортопедических изделий. Указанные средства и изделия выделяются за счет федерального бюджета. Если они не могут быть предоставлены инвалиду (ветерану) либо он сам их оплатил, то ему выплачивается компенсация в размере их стоимости. Вместе с тем приобретаемые инвалидами (ветеранами) средства (изделия), как правило, обладают дополнительными потребительскими функциями, не имеющими отношения к целям реабилитации. Их стоимость значительно превышает цену закупаемых по госзаказу, что приводит к увеличению расходов федерального бюджета.

В связи с этим предлагается ограничить размер компенсации стоимостью средств (изделий), предоставляемых бесплатно за счет федерального бюджета. При этом планируется включить в перечень технических средств реабилитации кресла-коляски.

Порядок выплаты компенсации определит Минздравсоцразвития России. Указанное ведомство также планируется наделить полномочиями по установлению перечня противопозказаний для обеспечения инвалидов средствами реабилитации.

В 2014 Г. ПЛАНИРУЕТСЯ ОТКРЫТЬ ЕЩЕ ОДИН ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

Распоряжение Правительства РФ от 12 ноября 2010 г. № 1986-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 4 декабря 2007 г. № 1734-р»

Уточнен перечень перинатальных центров, проектирование, строительство и оснащение которых финансируются за счет федерального бюджета. В 2014 г. планируется ввести в эксплуатацию федеральный перинатальный центр Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздравсоцразвития России (г. Москва). Определены объемы финансирования.

В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ПОЯВИЛСЯ ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ПО ПРОБЛЕМАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 ноября 2010 г. № 975 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 ноября 2004 г. № 283 «О главных внештатных специалистах-экспертах Министерства здравоохранения и социального развития РФ»

Расширена номенклатура главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития России. В нее включен главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции. Названные лица участвуют в разработке стратегии развития соответствующей области и направления медицины, внедрении современных медицинских и организационных технологий по соответствующим специальностям. Они оказывают методическую и практическую помощь профильным главным специалистам региональных органов управления здравоохранением, а также лечебно-диагностическую и консультативную помощь больным.





УТОЧНЕНЫ ОБЪЕМЫ СУБСИДИЙ НА СОФИНАНСИРОВАНИЕ СТРОИТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 октября 2010 г. № 931 «О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2010 г. № 359 «О предоставлении в 2010 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства государственной собственности субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, не включенных в федеральные целевые программы, и (или) на предоставление соответствующих субсидий из бюджетов субъектов Российской Федерации местным бюджетам на софинансирование объектов капитального строительства муниципальной собственности...»

В 2010 г. регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на софинансирование объектов капитального строительства государственной и муниципальной собственности в сфере здравоохранения, не включенных в ФЦП. Средства предоставляются на основании соглашения с Минздравсоцразвития России.

Уточнено распределение субсидий по регионам. Так, на строительство комплекса психиатрической больницы в пос. Выша Шацкого района Рязанской области выделяют 300 млн. руб. (вместо 150 млн. руб.). На строительство областной больницы в Архангельске потратят 150 млн. руб. На строительство республиканской клинической больницы в Саранске потратят на 200 млн. руб. больше, чем планировалось. На эти цели выделяют 300 млн. руб.

На строительство онкологического корпуса республиканской клинической больницы в Йошкар-Оле и травматологического корпуса клинической больницы скорой медицинской помощи в Смоленске выделяют 50 млн. руб. и 20 млн. руб. соответственно.

СЕЛЬСКИЕ АМБУЛАТОРИИ ТОЖЕ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ ЛИЦЕНЗИЮ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Постановление Правительства РФ от 13 ноября 2010 г. № 903 «О внесении изменений в Положение о лицензировании фармацевтической деятельности»

Порядок лицензирования фармацевтической деятельности приведен в соответствие с законодательством об обращении лекарственных средств.

Указанной деятельностью могут также заниматься медицинские организации и их обособленные подразделения (центры (отделения) общей врачебной практики, амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты), расположенные в селах, где нет аптек. Они должны иметь лицензию на медицинскую деятельность. Требования о наличии помещений и оборудования для фармацевтической деятельности к ним не предъявляются. Медорганизации обязаны соблюдать правила отпуска лекарств. Врачи и фельдшеры должны пройти дополнительную подготовку по вопросам розничной торговли лекарствами. Наличие документа об этом будет обязательно с 1 сентября 2011 г. Кроме того, им раз в 5 лет необходимо повышать свою медквалификацию.

Скорректированы лицензионные требования и условия для оптовиков и аптечных организаций. Так, руководитель должен иметь высшее фармобразование и стаж работы по специальности не менее 3 лет либо среднее фармобразование и стаж по профилю минимум 5 лет.

Получить лицензию могут и ветеринарные организации. Организациям оптовой торговли лекарствами и аптекам федеральных медучреждений лицензии выдает Росздравнадзор, всем остальным — региональные власти. Деятельность в сфере обращения ветеринарных препаратов лицензирует Россельхознадзор. Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением отдельных положений, для которых предусмотрены иные сроки введения в действие.



КАКОЙ ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ В ФСС РОССИИ ХОТЯТ ПРИМЕНЯТЬ В 2011–2013 ГГ.?

Досье на проект федерального закона № 433097-5 «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов» (внесен Правительством РФ)

19 ноября 2010 г. Государственной Думой ФС РФ во втором чтении принят проект Закона о страховых тарифах на обязательное соцстрахование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний на 2011 г. и плановый период 2012 и 2013 гг.

Предполагается, что в этом периоде страховые взносы уплачиваются в порядке, установленном на 2006 г.

Так, сохраняются 32 страховых тарифа (от 0,2 до 8,5%), дифференцированных по видам экономической деятельности, и льгота по уплате взносов.

Средний тариф по видам экономической деятельности составит 0,51% к начисленной оплате труда.

Предусматривается индексация ежемесячных страховых выплат с учетом инфляции.

Кроме того, предполагается закрепить следующее. Тарифы определяются в процентах к суммам выплат и иных вознаграждений в пользу застрахованных по трудовым и гражданско-правовым договорам. Они включаются в базу для начисления взносов.

С 2011 Г. ВОЗРАСТЕТ СТОИМОСТЬ 1 ДНЯ ПРЕБЫВАНИЯ ЛЬГОТНИКОВ В САНАТОРИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 октября 2010 г. № 913н «О стоимости одного дня пребывания в санаторно-курортных учреждениях граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в 2011 году»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 11 ноября 2010 г. Регистрационный № 18 936.

Некоторым категориям граждан предоставляется социальная помощь в виде набора социальных услуг. Речь идет об инвалидах войны, участниках Великой Отечественной войны, ветеранах боевых действий из числа военнослужащих и приравненных к ним сотрудников органов власти, инвалидах и т.д. В набор таких услуг входит и бесплатное санаторно-курортное лечение по медицинским показаниям. На 2011 г. определена стоимость 1 дня пребывания данных граждан в санаторно-курортных учреждениях. Для инвалидов (включая детей) с заболеваниями и травмами спинного мозга — не более 1296,3 руб. (в 2010 г. — не более 1207,4 руб.). Для других льготников, а также лиц, сопровождающих инвалидов I группы, и детей-инвалидов — не более 828,5 руб. (в 2010 г. — не более 772 руб.). Если в районах и местностях, где расположены указанные учреждения, применяются районные коэффициенты к зарплате, то стоимость 1 дня пребывания определяется с учетом последних.

С 2011 г. утрачивает силу приказ Минздравсоцразвития России, установивший стоимость 1 дня пребывания в соответствующих учреждениях на 2010 г.

ЗА СЧЕТ ЧЕГО НЕОБХОДИМО СНИЖАТЬ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 16 сентября 2010 г. № 01/13353-0-32 «Анализ результатов кон-





троля за радиационной безопасностью населения от воздействия медицинских источников ионизирующего излучения»

Роспотребнадзор оценил дозы облучения пациентов при проведении рентгенорадиологических диагностических исследований (РРДИ) в лечебно-профилактических учреждениях.

Всего за 2009 г. выполнено 219,1 млн. РРДИ. Общая тенденция последних лет — увеличение числа таких исследований. В среднем на 1 000 жителей приходится 1 540 РРДИ.

Коллективная доза облучения населения за счет источников ионизирующего излучения в медицине в 2009 г. снизилась на 4,4% по сравнению с 2008 г. Средняя доза на человека составила 0,56 мЗв, от одной процедуры — 0,36 мЗв. Основной вклад в дозу медицинского облучения населения внесли рентгенографические (36%) и рентгеноскопические (19%) исследования и компьютерная томография (19%). Главное направление снижения доз облучения — замена пленочных рентгенодиагностических аппаратов на малодозовые цифровые.

В связи с этим целесообразно разрабатывать региональные программы по снижению доз облучения пациентов. Необходимо также внедрять новые виды рентгеновского оборудования и своевременно заменять устаревшие средства защиты. Следует переходить от расчетных к инструментальным методам контроля доз облучения пациентов.

РЕГИСТР БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА СОДЕРЖИТ НЕПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 15 октября 2010 г. № 677 «О результатах проверки внедрения и ведения Регистра болезни Паркинсона в федеральных государственных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении ФМБА России»

В некоторых ФГУЗ ФМБА России внедрен Регистр болезни Паркинсона. Однако выявлено база данных содержит информацию только о 15–50% пациентов от всех наблюдаемых. Врачи неврологи не имеют достаточной подготовки. В связи с этим необходимо направить неврологов, осуществляющих диспансерное наблюдение и лечение указанных больных, на цикл тематического усовершенствования. Кроме того, следует провести обучение реаниматологов и реабилитологов по программе по инсультам для мультидисциплинарных бригад.

Определен порядок направления пациентов на плановую госпитализацию (консультацию) в лечебно-профилактические учреждения, подведомственные ФМБА России. Объемы такой помощи планируются с учетом регистрируемой заболеваемости и медико-демографической ситуации.

На плановую госпитализацию направляют лиц, которым требуется провести комплексные обследования для уточнения или установления диагноза, высококвалифицированная специализированная медицинская помощь, экспертиза связи заболевания с профдеятельностью.

Определен порядок направления на госпитализацию.

ПРОДЛЕН СРОК ПРИВЕДЕНИЯ ИНФОРМСИСТЕМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В СООТВЕТСТВИЕ С ТРЕБОВАНИЯМИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Федеральный закон от 23 декабря 2010 г. № 359-ФЗ «О внесении изменения в статью 25 Федерального закона «О персональных данных»

Скорректирован Закон о персональных данных. До внесения изменений информсистемы персональных данных, созданные до 1 января 2010 г., следовало привести в соответствие с требованиями закона не позднее 1 января 2011 г. Уточнено, что указанная норма касается систем, созданных до 1 января 2011 г. Их нужно привести в соответствие с требованиями закона не позднее 1 июля 2011 г. Поправки вступают в силу с 1 января 2011 г.



АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ЭКСПЕРТИЗА АКТОВ ФМБА РОССИИ И ИХ ПРОЕКТОВ: ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 13 ноября 2010 г. № 786 «О порядке проведения антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов ФМБА России»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 декабря 2010 г. Регистрационный № 19304.

Определены основные мероприятия по антикоррупционной экспертизе нормативных правовых актов ФМБА России и их проектов.

Структурным подразделениям поручено руководствоваться методикой, утвержденной Правительством РФ в 2010 г.

Кроме того, они должны обеспечивать согласование проектов актов и представлять их в уполномоченные подразделения для проведения экспертизы. Также документы нужно размещать на официальном сайте Агентства. Это необходимо для независимой экспертизы.

Сведения о последней нужно указывать в справке, прилагаемой к акту при направлении его на госрегистрацию в Минюст России.

Целесообразно проводить мониторинг применения актов. Цель — выявить коррупциогенные факторы.

УВЕЛИЧЕН ОБЪЕМ СРЕДСТВ НА ЗАКУПКУ В 2011 Г. ЛЕКАРСТВ ДЛЯ НЕКОТОРЫХ КАТЕГОРИЙ БОЛЬНЫХ

Распоряжение Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 2394-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 11 ноября 2010 г. № 1944-р»

Правительство РФ распоряжением от 11 ноября 2010 г. поручило Минздравсоцразвития России закупить препараты для определенных лиц. Это больные злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, и те, кому трансплантировали органы и (или) ткани.

Поправками предельный объем финансирования закупок 2011 г. увеличен с 14 360 до 23 561 млн. руб.

САЙТЫ НЕКОТОРЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ РОСПОТРЕБНАДЗОРА НЕ СООТВЕТСТВУЮТ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 25 октября 2010 г. № 01/15218-0-32 «Об анализе сайтов территориальных органов Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации»

Проанализированы сайты территориальных органов Роспотребнадзора. Выявлено, что в ряде случаев они не соответствуют установленным требованиям.

В частности, отсутствуют модули информационного обмена, «Таможенный союз», «Виртуальная служба», версии для слабовидящих и для мобильных устройств. Кроме того, структуры баз данных не единообразны.

Не обеспечивается ежедневный режим информационной поддержки сайтов, а также свободный доступ пользователей к размещенным сведениям.

На некоторых сайтах не унифицировано доменное имя.

В связи с этим необходимо привести сайты в соответствие с установленными требованиями. Срок — до 29 ноября 2010 г.





ОПРЕДЕЛЕНО, ПО КАКОЙ ФОРМЕ ПОДАЮТСЯ ЗАЯВКИ НА ПОЛУЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Приказ Министерства промышленности и торговли РФ от 16 ноября 2010 г. № 1029 «Об утверждении форм документов, связанных с формированием плана распределения наркотических средств и психотропных веществ»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 декабря 2010 г. Регистрационный № 19 262.

В 2010 г. были установлены правила распределения, отпуска и реализации наркотических и психотропных веществ.

В соответствии с ними для распределения и отпуска указанных веществ необходимы заявки на их получение, в том числе сводные, сведения о планируемых объемах производства, изготовления, переработки или ввоза. Утверждены формы данных документов.

ИЗ СТОИМОСТИ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ НЕ НУЖНО ВЫДЕЛЯТЬ ЦЕНУ ПРИОБРЕТЕННОГО С НЕЮ МИНИМАЛЬНОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Письмо Федеральной налоговой службы от 29 ноября 2010 г. № ШС-17-3/1835 «О порядке формирования стоимости основных средств»

Разъяснено, как в целях налогообложения прибыли формируется первоначальная стоимость вычислительной техники.

Без минимального программного обеспечения последнюю невозможно использовать в деятельности налогоплательщика.

Соответственно, из ее стоимости не нужно выделять цену приобретенного с нею программного обеспечения, позволяющего реализовывать потребительские свойства, заявленные продавцом.

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



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант» и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: www.idmz.ru



Читайте в новом номере журнала «Врач и информационные технологии» (2011 – № 1)

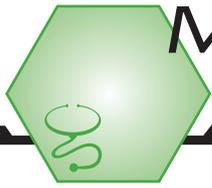


- **Корпоративная медицинская информационная система в деятельности многопрофильного федерального учреждения здравоохранения**
Опыт внедрения
- **Внутренняя автоматизация информационной службы городской клинической больницы**
Анализ преимуществ
- **Прецедентный учет прямых затрат в медицинских информационных системах**
Опыт применения прецедентного учета прямых затрат в трех крупных клиниках, который может быть полезен для автоматизации материального учета и проведения экономического анализа прямых затрат в медицинских учреждениях самого широкого профиля
- **Расчет нормативов затрат на оказание специализированной медицинской помощи**
Приведены основные формулы расчета нормативов затрат при формировании государственного и муниципального заказа на специализированную медицинскую помощь на основе единых стандартов
- **Назначение фармакотерапии в клинической информационной системе**
Реакция врачей на сообщения проактивных функций
- **Обработка и передача данных о пациента при использовании сети Интернет**
Обеспечение безопасности
- **Качество жизни больных онкологического профиля в ходе стационарного лечения**
Технология автоматизированной оценки
- **Медицинская информационная система из Карелии стала первым Российским решением, прошедшим экспертизу в США на соответствие требованиям Health Integration Framework**
Международное признание

О журнале:

- Издается с 2004 года в двух версиях: бумажной и электронной
- Входит в перечень журналов, рекомендованных ВАК
- Главный редактор — академик РАМН В.И. Стародубов

www.idmz.ru, idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92



Менеджер здравоохранения

