ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№2. 2011

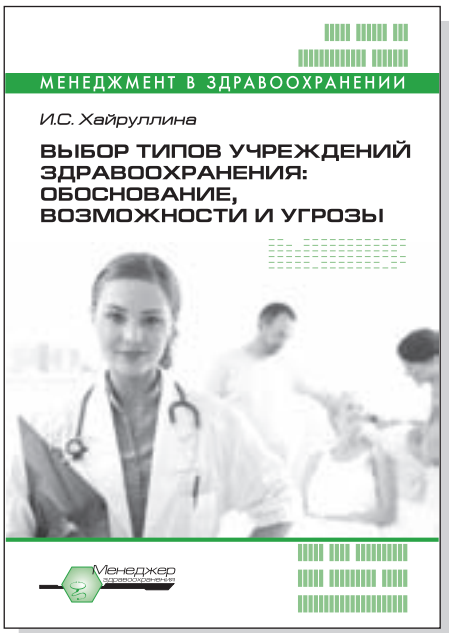
Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Издательский дом «Менеджер здравоохранения» подготовил к изданию новую книгу под редакцией: академика РАМН В.И. Стародубова



Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы

Автор книги — *Хайруллина И.С. — один из ведущих специалистов в сфере экономико-правового регулирования деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, известная по серии статей, посвященных проблеме изменения правового положения бюджетных учреждений (в рамках 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»).*

В книге рассматриваются вопросы:

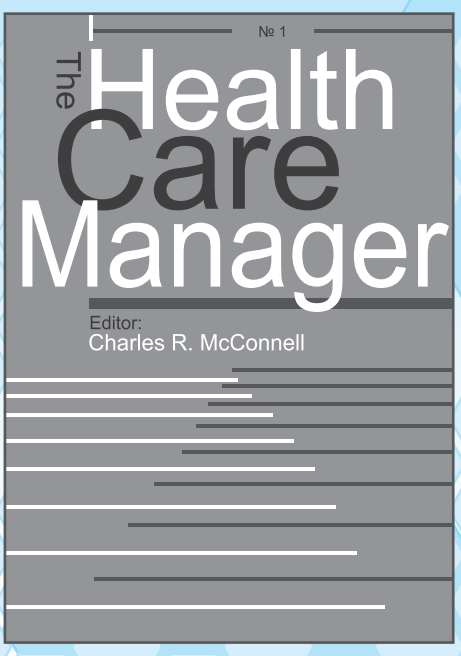
- особенностей различных типов государственных (муниципальных) учреждений (автономные, бюджетные, казенные): права и ответственность, достоинства и недостатки конкретных типов, подходы к формированию государственных (муниципальных) заданий и т.д.;
- новых возможностей и новых угроз;
- персональной ответственности руководителей учреждений здравоохранения в новых условиях;
- обоснования выбора типов государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения: критерии, и целый ряд практических аспектов этой проблемы;
- внедрения аутсорсинга в деятельность медицинских учреждений;
- специфики и возможности государственно-частного партнерства в здравоохранении;
- привлечения частных клиник для оказания бесплатной медицинской помощи;
- совершенствования управления деятельностью государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения;
- целый ряд других актуальных вопросов деятельности учреждений здравоохранения в настоящее время и на перспективу.

В книге приводятся актуальные нормативные акты, касающиеся нового статуса учреждений, выдержки из законодательных актов, другой справочный материал.

Заказать книгу можно по адресу: **idmz@mednet.ru**
Тел.: *8 (495) 618-07-92* Сайт редакции: **www.idmz.ru**

Журнал для эффективных управляющих системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения



В США начал издаваться журнал *The Health Care Manager* с аналогичной информационной концепцией.

Таким образом, мы на 8 лет раньше американских коллег предвосхитили значимость врача-управленца.

Редакция обратилась к редактору американского журнала-побратима с предложением об обмене наиболее значимыми публикациями, которые интересны менеджеру здравоохранения с планетарной картиной мира

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 2
2011

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

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Развитие системы высокотехнологичной медицинской помощи в России
И.Е. Рыбальченко 6–17

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

Концептуальные особенности размещения рисков гражданско-правовой ответственности субъектов медицинской деятельности
П.М. Анучин 18–23

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Расчет нормативов затрат на оказание специализированной медицинской помощи
А.П. Столбов, П.П. Кузнецов, В.В. Мадьянова 24–33

Оценка социально-экономической эффективности доабортного консультирования (на примере реализации в городе Красноярске проекта «Ты не одна» демографической программы «Святость материнства»)
В.В. Шевченко, А.С. Ямщиков, Е.А. Чепурная 24–46

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

О формировании и внедрении новых подходов к вопросам подготовки и взаимодействия кадров по проблеме ВИЧ/СПИД
Д.В. Пивень, С.А. Фролов 47–51

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Обеспечение безопасности при обработке и передаче данных о пациентах и проблемы реализации требований законодательства при использовании сети Интернет
М.Ю. Емельянников 52–57

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 стратегичекских 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

ИТ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2011

Внедрение ИТ в здравоохранении на региональном уровне
Итоги заседания Экспертно-консультативной группы Совета 58–61

ПРИГЛАШАЕМ К ДИСКУССИИ

О Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования 62–67

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование в свете нового законодательства
Консультант: д.э.н. Ф.Н.Кадыров 68–72

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н.Кадыров 73–75

Вправе ли автономное учреждение произвести не реорганизацию, а изменение типа на бюджетное учреждение в срок до 10.05.2011?
Отвечает служба Правового консалтинга ГАРАНТ 76–77

ОРГАНАЙЗЕР
Серия он-лайн семинаров по решениям Microsoft для здравоохранения 79–83

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ 84–96

«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»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№ 2 2011

Contents:

HEALTH-CARE MANAGEMENT

Development of high technology medical healthcare system in Russia
I.E. Rybalchenko 6–17

HEALTHCARE SYSTEM AND LEGISLATION

Concept features of civil liability risks placement of medical practice objects
P.M. Anuchin 18–23

FINANCIAL MANAGEMENT

Calculation of expenses specifications for rendering specialized medical aid
A.P. Stolbov, P.P. Kuznetsov, V.V. Madyianova 24–33

Evaluation of social – economical effectiveness of prior-adoption consultation (on example of a Krasnoyarsk project «You are not alone» in frames of a demographic program «Holiness of motherhood»)
V.V. Shevchenko, A.S. Yamshikov, E.A. Chepurnay 34–46

PERSONNEL MANAGEMENT

Forming and implementing new approaches in questions of preparation and interaction of personnel on HIV/AIDS problems
D.V. Piven, S.A. Frolov 47–51

SPECIAL OPINION

Provision of security while patients data procession and transmission and problems of realizing legislation requirements using Internet
M.U. Yemyliannikov 52–57

Все публикации журнала будут индексироваться в международной библиометрической системе Scopus

Ваши статьи достойны цитирования в международном профессиональном сообществе...

IT AND HEALTHCARE SYSTEM IN 2011

Results of expert-consultative group's conference of the Council on IT technologies implementation in healthcare on regional level 58–61

INVITATION FOR DISCUSSION

On the organization and procession of control of amount, periods, quality and conditions of provided medical care when using compulsory medical care insurance 62–67

«HEALTH-CARE MANAGER» CONSULTING

Insurance fees for compulsory medical healthcare in frames of new legislation system
Consultant: Doctor of Economics F.N. Kadyrov 68–72

QUESTIONS AND ANSWERS
Questions answered by Doctor of Economics F.N. Kadyrov 73–75

Is an autonomous institution eligible to process a change of status in favor of budget institution instead of conducting reorganization till 05.10.2011.?
Responds the Legal advice Service GARANT 76–77

ORGANIZER
Series of on-line seminars on Microsoft solutions for Healthcare 79–83

REVIEW OF ACTUAL REGULATORY DOCUMENTS 84–96

И.Е. Рыбальченко,
к.э.н., член Экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению Федерального Собрания Российской Федерации

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

УДК: 614.2
***Аннотация:** В статье рассматриваются проблемы развития системы высокотехнологичной медицинской помощи в России. Показана роль государственного регулирования в этой области, рассмотрены предложения по решению имеющихся организационных и экономических проблем.*

***Ключевые слова:** здравоохранение, высокотехнологичная медицинская помощь, управление здравоохранением.*

Переход социально-экономического развития России на рельсы высоких технологий является одним из главных приоритетов преобразований в стране. Как отмечал Президент России Д.А. Медведев в своем Послании Федеральному Собранию Российской Федерации, одно из главных мест в этом процессе занимает внедрение новейших медицинских, энергетических и информационных технологий [1]. За последние годы медицинские технологии стремительно развиваются, что позволяет сегодня медикам добиваться результатов там, где еще недавно положение больного было безнадежным.

Необходимость принятия мер по развитию высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в России была поставлена на повестку дня Указом Президента Российской Федерации от 26 сентября 1992 г. №1137, в котором Правительству РФ поручалось предусматривать целевое финансирование из бюджета дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, утверждаемых ежегодно Министерством здравоохранения РФ. К сожалению, к данному вопросу удалось вернуться только в конце 1997 года: в Распоряжении Президента РФ от 29 декабря 1997 г. № 536-рп одобрялось предложение о создании Российского центра медицины высоких технологий, а Правительству поручалось разработать и утвердить Федеральную целевую программу «Медицина высоких технологий». Почти одновременно в приказе Министерства здравоохранения России от 29 января 1998 г. №30 были впервые установлены:

а) порядок направления, отбора и вызова больных на лечение в учреждения здравоохранения федерального подчинения;

б) требование по созданию в ЛПУ комиссий по отбору больных;

в) перечень видов дорогостоящей медицинской помощи, состоящий из 115 наименований;

г) перечень научно-исследовательских медицинских учреждений и центров Министерства здравоохранения России и Российской академии

© И.Е. Рыбальченко, 2011 г.

медицинских наук (РАМН) с указанием разрешенных видов данной медицинской помощи;

д) формы «Листа ожидания госпитализации» и «Отчета о дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи» [2].

Уже к концу 1998 г. была разработана и утверждена Постановлением Правительства РФ от 25 ноября 1998 г. № 1391 Федеральная целевая программа «Медицина высоких технологий», сроки реализации которой были установлены с 1999 по 2007 гг. Дальнейшим совершенствованием программно-целевых методов в развитии медицины высоких технологий явился национальный проект «Здоровье», состоящий из двух крупных блоков: *а)* развитие первичной медико-санитарной помощи; *б)* обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. На финансирование объемов ВМП в рамках национального проекта «Здоровье» было направлено в 2006–2007 гг. 27,4 млрд. руб. [3]. В действиях государственных органов можно выделить четыре основных направления:

1) рост финансирования объемов ВМП;

2) развитие материальной базы системы оказания ВМП;

3) развитие системы подготовки кадров для ВМП;

4) совершенствование управления и организации ВМП в стране.

Обратимся к краткому рассмотрению указанных направлений.

Финансирование планов (государственных заданий) по оказанию ВМП. Высокотехнологичная медицинская помощь требует весьма значительных расходов на свое обеспечение. Стоимость ВМП, как правило, является высокой, например, нормативы финансовых затрат на ее оказание в 2010 году составляют (на одного пролеченного больного):

- по некоторым видам онкологической помощи — 1343,9 тыс. руб.,
- нейрохирургической помощи — 1085,6 тыс. руб.,
- сердечно-сосудистой хирургии — 203,5 тыс. руб. на 1 больного [4].

Общий объем финансирования государственных заданий по оказанию ВМП составлял:

- 2007 г. — 17,6 млрд. рублей,
- 2008 г. — 23,4 млрд. рублей,
- 2009 г. — 30,5 млрд. рублей,
- 2010 г. (план) — 32,2 млрд. рублей [5].

Таким образом, среднегодовые темпы прироста расходов за этот период составят, по нашим расчетам, +22,3%. По имеющимся данным, объем финансирования государственного задания по оказанию ВМП на 2009 г. составлял чуть более 2,3% от консолидированного бюджета здравоохранения, включающего расходы из источников федерального, регионального и муниципального уровней (на конец 2009 года этот бюджет составлял 1,2 триллиона рублей) [6].

Финансирование государственного задания на оказание ВМП прямо определяет плановые объемы высокотехнологичной медицинской помощи в государственных и региональных (муниципальных) ЛПУ. Так, госзадание по оказанию ВМП в 2009 году составило 255 666 больных, в том числе 208 913 взрослых и 46 753 детей [7]. На конец 2010 года, по оценкам специалистов Минздравсоцразвития России, обеспеченность населения ВМП составила 70% [8]. В то же время объем средств, выделенных из федерального бюджета для оказания ВМП населению в рамках нацпроекта «Здоровье» к концу 2010 года, составил 36,2 млрд. рублей [9]. Сопоставляя приведенные цифры, можно сделать приблизительный расчет, согласно которому, 100%-ное обеспечение потребностей населения по оказанию ВМП потребует не менее 50 млрд. рублей годовых расходов только по линии федерального бюджета (по ценам 2010 года).

Следует при этом иметь в виду, что на финансирование здравоохранения Россия выделяет около 3% ВВП, хотя Всемирная организация здравоохранения рекомендует

своим членам, в том числе, естественно, и России, выделять не менее 5% ВВП на эти цели [10]. Медицинские расходы на душу населения в денежном выражении в России в 40 раз ниже, чем в США, в 20–30 раз — чем в Западной Европе и в 1,9 раза ниже, чем в Турции [11].

Развитие материальной базы ВМП выражается в развитии системы федеральных центров высоких медицинских технологий и в оснащении действующих ЛПУ новым оборудованием для оказания ВМП. Например, строительство новых центров было развернуто в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 20 марта 2006 г. № 139, которое утвердило перечень федеральных центров высоких медицинских технологий, создание которых финансируется за счет государственных капитальных вложений. Постановление предписывает ввод в эксплуатацию 14 федеральных центров высоких медицинских технологий в субъектах Федерации (гг. Астрахань, Краснодар, Пенза, Чебоксары, Барнаул, Владивосток, Калининград, Красноярск, Новосибирск, Пермь, Смоленск, Тюмень, Хабаровск и Челябинск) [12]. На их строительство из бюджета планировалось выделить почти 85 миллиардов рублей. К концу 2010 года приступили к работе федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии в Пензе, Астрахани, Хабаровске, Красноярске, федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Чебоксарах. Ожидается ввод в эксплуатацию федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии в Челябинске и нейрохирургии в Тюмени [13].

Развитие системы подготовки кадров для ВМП. Некоторые федеральные центры, оснащенные суперсовременным оборудованием, выполняют объем работы, обычный для городской или районной больницы, имеющей соответствующую лицензию и оборудование, которое многократно подвергалось ремонту. Приведем данные Росздравнадзора, который проверил более 1500 лечебно-профилактических учреждений по использованию диагностического оборудования: в 660 из них в 2008 году зафиксировано 1197 случаев простоя дорогостоящего и современного медоборудования. Причины: прежде всего отсутствие подготовленных специалистов, далее идут отсутствие расходных материалов, а также неисправность техники из-за отсутствия нужных специалистов [14].

В начале 2008 года в Казани открылся первый в России Учебно-методический центр, который должен заниматься решением кадрового вопроса в сфере высокотехнологичной медицинской помощи. В Центре будут готовить специалистов для новых федеральных центров высоких медицинских технологий и переоснащаемых по всей стране лечебных учреждений [15]. Целесообразность и результативность такого решения покажет дальнейший практический опыт, возможно, эффективнее будет обучать врачей в специально отобранных авторитетных медицинских центрах непосредственно на рабочем месте у опытных специалистов и направлять затем к постоянному месту их работы. Для дальнейшего развития системы ВМП в стране может быть полезно разработать и официально утвердить список из наиболее авторитетных ЛПУ страны, где достигнуты значительные успехи в оказании ВМП по различным профилям. Именно в этих учреждениях будет целесообразной подготовка на рабочем месте специалистов для самостоятельной работы по оказанию ВМП в лечебно-профилактических учреждениях. Кроме того, в программы подготовки и повышения квалификации организаторов здравоохранения следует ввести разделы по организации ВМП.

Совершенствование системы управления ВМП. Первые результаты работы по формированию специальной системы управления ВМП появились в конце 1990-х годов, когда Минздравом РФ был выпущен Приказ

от 29 января 1998 г. № 30 «О мерах по упорядочению организации оказания медицинской помощи населению Российской Федерации в клиниках федеральных учреждений здравоохранения» [2]. Отметим, что это был первый документ из серии ежегодных однотипных приказов, в которых решались принципиальные вопросы организации ВМП в стране. Последним нормативным актом в этом ряду является Приказ Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2009 г. № 1047н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» [4].

Анализ содержания приказов из рассматриваемой серии и ряда других документов федерального уровня показывает, что решаемые в них вопросы можно условно разделить на четыре группы:

Группа 1: Внедрение ***системы планирования ВМП*** в России. Одна из первых попыток в указанном направлении была предпринята еще в Приказе Минздрава РФ и РАМН от 10 июля 2000 г. № 252/50, где было установлено количество больных из субъектов Российской Федерации, которым запланировано оказание высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения в 2000 г. (квоты). Начиная с 2005 года, в рассматриваемой нами серии нормативных актов ежегодно фигурирует раздел, устанавливающий план (с 2006 года — государственное задание) по оказанию ВМП гражданам России за счет средств федерального бюджета. В указанных планах (государственных заданиях) устанавливается, сколько больных (в том числе детей) и по каким профилям должны получить ВМП в данном медицинском учреждении. Формы указанных планов (государственных заданий) неоднократно менялись, например, Приказом Минздравсоцразвития России от 7 мая 2007 г. № 320 были установлены отдельные государственные задания для федеральных и региональных (муниципальных) учреждений. В результате круг ЛПУ, участвующих в выполнении государственного задания по ВМП, расширился почти в 2 раза, что, несомненно, облегчало получение ВМП гражданами России.

В настоящее время государственные задания по оказанию ВМП формируются только для ЛПУ федерального подчинения (см. Приказ Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2009 №1047н). Данное решение обусловлено тем, что непосредственное включение региональных и муниципальных ЛПУ в госзадание, подготовленное федеральным органом (Минздравсоцразвития России), не соответствовало системе управления здравоохранением и регламентам бюджетного процесса в стране. В результате структура госзадания стала больше соответствовать структуре управления здравоохранением.

В таком сложном процессе, как формирование плана (государственного задания), весьма важную роль играют ***нормативы финансовых затрат*** на оказание ВМП, которые начали включаться в официальные документы с 2006 г. (см. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 марта 2006 г. № 20 и последующие).

Группа 2: Решение ***организационных проблем*** в системе ВМП. Важнейшими достижениями в данном случае можно считать:

а) формирование ***перечня ЛПУ,*** оказывающих ВМП за счет средств федерального бюджета и профилей оказываемой ими высокотехнологичной медицинской помощи (с 1998 года);

б) отработка ***порядка*** направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (с 1998 года);

в) образование (в соответствии с Указом Президента РФ от 30 июня 2006 г. № 658)

специального Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, функционировавшего около 2 лет. Агентство было упразднено Указом Президента Российской Федерации от 12 мая 2008 года № 724, и в настоящее время в составе Минздравсоцразвития России функционирует Департамент высокотехнологичной медицинской помощи.

Группа 3: Решение ***методологических проблем*** управления системой ВМП. В данном аспекте следует отметить важные решения:

а) ***классификация ВМП*** на отдельные виды, которые объединяются в укрупненные группы — профили ВМП. Такая схема классификации была использована фактически уже в упоминавшемся выше Приказе Минздрава РФ от от 29 января 1998 г. № 30, однако категория «профиль ВМП» вошла в официальное употребление в Приказе Минздравсоцразвития России и РАМН от 6 апреля 2005 г. № 259/19 [16]. Приказом Минздравсоцразвития России от 7 мая 2007 г. № 320 были введены раздельные перечни профилей ВМП для федеральных медицинских учреждений и для медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований. Представляется целесообразным, чтобы дополнительное включение новых видов ВМП в перечни производилось на основе решения группы профильных специалистов, официально утвержденной соответствующим приказом Минздравсоцразвития России и РАМН;

б) ***определения*** для таких категорий, как «дорогостоящие (высокотехнологичные) виды медицинской помощи», «объем дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи», «единица объема дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи (квота)» и т.д. были официально регламентированы 2005 году в том же Приказе Минздравсоцразвития России и РАМН от 6 апреля 2005 г. № 259/19;

в) ***порядок формирования государственного задания*** на оказание ВМП (см. нормативные акты Минздравсоцразвития России с 2008 г.).

Группа 4: Создание системы ***мониторинга*** ВМП в стране. Первоначально нормативные акты федерального уровня содержали разделы, в которых регламентировалась форма статистических отчетов ЛПУ об оказании ВМП (1998–2002 гг., 2004–2005 гг.). В дальнейшем Минздравсоцразвития России приступило к внедрению специальной системы мониторинга ВМП и начало издавать отдельные приказы по данному вопросу (например, Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 июля 2006 г. № 527 «Об утверждении медицинской документации мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи федеральными специализированными медицинскими учреждениями»). При дальнейшем развитии системы мониторинга ВМП была отработана система учетных и отчетных форм, содержащих, в частности, информацию о численности пролеченных больных и расходах на ВМП за счет ассигнований федерального бюджета (см., например, Приказ Минздравсоцразвития России № 119н от 18 марта 2009 г., регламентировавший 4 учетных и 3 отчетных формы). В рамках системы мониторинга в стране Министерством здравоохранения и социального развития введена и функционирует компьютерная программа, позволяющая осуществлять учет и контроль за оказанием ВМП в режиме on-line [17].

В связи с решением многочисленных организационных и экономических проблем, связанных с развитием ВМП в стране, возникла возможность перехода к задаче следующего уровня: на совещании по вопросам развития высокотехнологичных видов медицинской помощи (г. Пенза, 2008 г.) Председателем Правительства Российской Федерации В.В. Путиным была поставлена задача по созданию ***единой национальной системы высокотехнологичной медицинской помощи в России*** (выделено нами — Авт.) [18]. С

точки зрения автора, реализация данной установки потребует решения целого ряда задач теоретического и прикладного характера. Рассмотрим некоторые, наиболее важные из них.

Теоретические аспекты дальнейшего развития ВМП. Наиболее приоритетной в данном направлении представляется выработка дефиниции для понятия «высокотехнологичная медицинская помощь». Проведенный автором анализ показывает наличие двух основных подходов к решению поставленного вопроса:

1) ***«Перечневый» подход*** характерен для нормативных документов, при этом круг высокотехнологичных видов медицинской помощи задается простым перечислением их перечня. Так, в Приказе Минздравсоцразвития России № 1047н от 30 декабря 2009 г. использован перечень из 142 видов, сгруппированных в 20 профилей высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств федерального бюджета. Необходимый список составляется на основе экспертных оценок специалистов-медиков и организаторов здравоохранения, но при этом «за скобками» остается вопрос о том, по какому собственно принципу данные медицинские услуги включены в соответствующий перечень. Достоинством этого подхода является то, что он на сегодня является единственной работающей на практике процедурой.

2) ***«Критериальный» подход,*** отграничивающий рассматриваемое явление путем формулировки признаков, очерчивающих границы высокотехнологичной медицинской помощи [16], [19], [20], [21]. Так, в Приказе Минздравсоцразвития РФ и РАМН от 6 апреля 2005 г. № 259/19 устанавливается: дорогостоящие (высокотехнологичные) виды медицинской помощи — высокоспециализированные ***стационарные*** лечебные и диагностические медицинские услуги, выполняемые с использованием ***сложных и (или) уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники, обладающие значительной ресурсоемкостью*** (выделено нами — Авт.) [16].

Еще более ярким примером является перечень критериев, предложенный Д.В. Пивнем и А.С. Купцевич: **1)** стоимость; **2)** новизна; **3)** сложность; **4)** эффективность; **5)** доступность. При этом пункты 1–4 отнесены к ***относительным***, а ограниченная доступность — к ***абсолютным*** критериям [19].

Важной особенностью имеющихся «критериальных» подходов является то, что в них часто смешиваются разнопорядковые и разнокачественные признаки — высокая стоимость и высокая технологичность (см. выше). По мнению автора, и в научном, и в прикладном аспектах следует четко разделять, о чем все-таки идет речь: ***а)*** о стоимости, которая для дорогостоящих видов, очевидно, должна превышать некоторый лимит (экономический признак); ***б)*** о технологическом уровне медицинской помощи (технологический признак). Объем настоящей работы не позволяет дать подробное обоснование того, какие технологические признаки наиболее приемлемы для формирования определения ВМП, однако, отметим, что признаки «стационарность», «сложность», «уникальность», «эффективность» (см. выше) либо избыточны, либо дублируют друг друга. Исходя из сказанного, могут быть предложены следующие определения:

- ***к высокотехнологичным относятся те виды медицинской помощи, которые основаны на науко- и ресурсоемких медицинских технологиях;***
- ***к дорогостоящим относятся те виды медицинской помощи, стоимость которых превышает некоторый лимит, установленный для данного вида услуг.***

Еще одной важной теоретической проблемой является вопрос об измерении объемов ВМП. Так, в уже упоминавшемся выше Приказе Минздравсоцразвития РФ и РАМН от

6 апреля 2005 г. № 259/19 было установлено, что объем дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи — это количество квот по всем видам дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи. При этом единица объема дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи (квота) — медицинская помощь, предусмотренная Перечнем видов дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, являющаяся составной частью медицинской технологии либо имеющая самостоятельное законченное лечебное и (или) диагностическое значение [16].

В настоящее время термин «квота» довольно часто применяется на практике, однако Минздравсоцравития России его не употребляет, измеряя объемы государственных заданий числом пролеченных больных [22–24]. При этом последний термин не имеет однозначного определения: так, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ и РАМН от 6 апреля 2005 г. № 259/19 под термином «больной, пролеченный с применением дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи», имеется в виду пациент, выбывший из стационара ФСМУ после достижения конечного результата госпитализации, в течение которой ему оказана одна или несколько квот дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи [16]. Согласно же Письму Минздравсоцразвития России от 8 июля 2006 г. № 3604-ВС, пролеченный больной — больной, выбывший из стационара ФСМУ после достижения конечного результата госпитализации, которому оказаны один или несколько видов ВМП в рамках соответствующего стандарта медицинской помощи [25]. Как можно видеть, во втором определении уже не идет речь о квотах и вводится требование соблюдения стандартов медицинской помощи.

Таким образом, на практике имеются разногласия в трактовке рассматриваемого термина. Существует подход «одна история болезни — одна квота», что противоречит имеющимся нормативным положениям. Нередко в рамках одной госпитализации больной требует оказания нескольких видов ВМП, например, протезирование клапанов сердца и имплантация электрокардиостимулятора или другого имплантируемого устройства.

К проблеме измерения объемов ВМП тесно примыкает важнейший для практики, но пока еще не решенный в теории вопрос о методических основах определения потребностей населения в ВМП.

В настоящее время планирование ВМП производится во многом без научного обоснования, так как действительный уровень потребностей граждан РФ в получении ВМП известен только из экспертных оценок, поскольку отсутствует утвержденная методика их расчета [26, с. 30–31]. Имеющиеся данные показывают, что объем региональных заявок может более чем в 10–12 раз превышать фактические объемы оказания ВМП в некоторых субъектах Федерации при выполнении плана последними на уровне 70–90% [27]. Результаты проведенного автором корреляционного анализа опубликованных статистических данных за 2005 год [27] позволяют сделать вывод, что структура предъявляемых заявок на ВМП в среднем только на 45% определяет структуру плановых заданий по ВМП, а остальные 55% детерминируются случайными факторами.

Научные исследования в этом вопросе, как впрочем и во многих других направлениях, крайне затруднены недостатком статистических данных о состоянии и развитии ВМП, поэтому необходимо принять меры по повышению прозрачности информации о функционировании ВМП в стране. Повышению информационной открытости будут способствовать разработка и утверждение стандартного набора аналитических показателей, с помощью которых в научных исследованиях можно будет проводить анализ и прогноз развития системы ВМП в России [28]. Открытость информации, формирование

системы соответствующих показателей и регулярная их публикация будут способствовать развитию научных исследований, направленных на совершенствование организации ВМП в России.

Прикладные аспекты дальнейшего развития ВМП. Обращаясь далее к нерешенным вопросам прикладного характера, следует обратить внимание на несколько важных для практики проблем.

Во-первых, существуют возможности для совершенствования процедур формирования госзаданий. В Приказе Минздравсоцразвития от 30 декабря 2009 г. № 1047н используются термины:

— Государственное задание Минздравсоцразвития России,

— Государственное задание субъекта Российской Федерации,

Кроме того, используется термин «Государственное задание медицинским организациям, находящимся в ведении субъекта Федерации» (Приказ Минздравсоцразвития № 1048н от 30 декабря 2009 г.) [29].

Фактически в Приказе № 1047н утверждены задания для ФМУ, расположенных на территории тех или иных регионов, но эти данные не сведены в единый ряд цифр по каждому субъекту Федерации. При дальнейшем совершенствовании нормативных актов Минздравсоцразвития России целесообразно приводить официальные цифры госзаданий по оказанию ВМП населению каждого субъекта Федерации независимо от того, где граждане будут получать ВМП. Необходимо предусматривать возможность оказания ВМП пациенту без «привязывания» к территориальному ЛПУ, включенному в соответствующий перечень, с последующей передачей информации в регион проживания пациента, хотя бы в случаях экстренных показаний.

При формировании госзаданий, как мы видели, широко используются нормативы финансовых затрат на оказание ВМП, которые, например, для федеральных медицинских учреждений оставались неизменными в 2008–2009 гг. Общая себестоимость медицинских услуг, по данным Минздрава, только за 2008 год увеличилась на 30%, при этом, например, индекс цен на медицинскую технику и запасные части к ней составил в декабре 2008 г. 108,4% по сравнению с тем же периодом 2007 года [30], [31]. Нормативы финансовых затрат должны ежегодно пересматриваться с тем, чтобы учитывать инфляционные тенденции на рынке. Средний уровень стоимости ВМП (профильный стандарт) не должен быть ниже, чем реальные затраты по соответствующим видам медицинских услуг.

В дальнейшем следует рассмотреть вопрос о формировании целостной нормативной базы, на которую будет опираться национальная система ВМП. Указанная база может, например, строиться из трех относительно самостоятельных блоков:

a) стандарты оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

b) нормативы финансовых затрат, дифференцированные по профилям высокотехнологичной помощи;

c) нормативные проценты положительных исходов для ЛПУ по профилям ВМП. Важнейшая особенность любой медицинской помощи, в частности, состоит в том, что в ее рамках невозможно получить желаемый результат со 100%-ной гарантией. Следовательно, управление качеством высокотехнологичной медицинской помощи должно учитывать, что существует некоторый «нормальный» уровень получения положительных исходов лечения и этот уровень не равен 100%. Отметим, что еще в Приказе Минздравмедпрома РФ № 134 от 8 апреля 1996 г. была предпринята попытка введения в практику подобного рода нормативов [32]. К сожалению, ни сами стандарты, ни методика их расчета, по нашим данным, не были опубликованы, поэтому их научное и практическое значение минимально.

Рассматриваемый нами норматив может быть условно назван «минимально допусти-

мый процент положительных исходов для данного ЛПУ в данных условиях» и в литературе были попытки обосновать методику его расчета [33].

Детальный экономико-статистический анализ госзаданий показывает наличие проблемы, которую можно обозначить как ***качество планирования*** ВМП. Речь идет о том, что в госзаданиях обнаруживается немало арифметических ошибок. Например, в таблицах госзадания на 2008 год (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 августа 2008 г. № 458н) нередки случаи, когда попытка суммировать содержащиеся в них цифры дает итоги, существенно отличающиеся от тех, что показаны самими разработчиками в тех же самых таблицах, причем разница может достигать нескольких сот человек. Из 20 профилей ВМП такого рода ошибки обнаруживаются в данных по 13 профилям. Отмеченные «неувязки» неизбежно влекут за собой те или иные финансовые ошибки при расходовании средств госбюджета на ВМП.

Во-вторых, порядок направления граждан для оказания ВМП целесообразно сформулировать в виде нескольких четко разграниченных типовых схем. По результатам наших исследований, видно, что установленный порядок оказания ВМП укладывается всего в 4 стандартные схемы [34]. Каждая ***типовая*** схема должна иметь одну и ту же ***типовую*** структуру, где устанавливается, в частности: **а)** для каких случаев предназначена данная схема; **б)** круг участников, действующих в данной схеме; **в)** пошаговое описание данной схемы; **г)** регламент документооборота на каждом этапе реализации данной схемы.

Один из самых сложных вопросов при предоставлении ВМП — это порядок ее оказания в экстренных случаях. Нормативными документами должно быть установлено, какие виды ВМП могут быть только плановыми (например, экстракорпоральное оплодотворение в рамках профиля «акушерство и гинекология»), а для каких необходимо учитывать экстренные ситуации (например, помощь при остром инфаркте миокарда в рамках профиля «сердечно-сосудистая хирургия»). В данном направлении необходимо прояснить целый ряд вопросов:

а) каковы критерии «экстренности» для ВМП?

б) кто и как определяет «экстренность» медицинских показаний?

Целесообразно утвердить в нормативных актах критерии экстренности и порядок их применения во избежание злоупотреблений.

По мнению ряда практиков, необходимо особо выделить порядок оказания ВМП по экстренным показаниям во внеплановом порядке, особенно в тех случаях, когда пациент обратился за ВМП в ЛПУ, не имеющее госзадания для того региона, где постоянно проживает больной. Для таких ситуаций следует разработать четкий механизм передачи квот на оказание ВМП от одного субъекта Федерации к другому, а также разрешить использование квот ЛПУ для оказания помощи пациентам из «неприкрепленных» регионов, оказавшимся в ЛПУ по экстренным показаниям.

В-третьих, на практике весьма актуальным вопросом является формулировка в отдельном нормативном акте критериев, на основе которых те или иные ЛПУ допускаются к выполнению государственного задания по оказанию ВМП (до настоящего времени эти критерии не сформулированы). При этом следует расширить перечень профилей и видов ВМП, разрешенных для региональных и муниципальных ЛПУ.

В-четвертых, с целью повышения качества ВМП представляется необходимым усилить роль Росздравнадзора и ужесточить требования по выдаче лицензий на высокотехнологичную помощь. Необходимо учитывать в обязательном, а не рекомендательном порядке статистические показатели выполнения высокотехнологичных медицинских вмешательств в данном ЛПУ за определенный отрезок вре-

мени (процент летальных исходов, процент осложнений, количество выполненных высокотехнологичных медицинских вмешательств на 1 хирурга в заявленном кадровом составе и т.п.). При лицензировании учитывать как кадровый состав, так и научно-практические достижения. При выдаче лицензий обращать особое внимание на организацию работы, показатели и оснащенность сопутствующих медицинских служб (реанимации, диагностики, лабораторного отделения и др.), а также на многопрофильность ЛПУ.

В-пятых, весьма остро ощущается потребность в усилении амбулаторно-диагностического этапа подготовки больных к ВМП на местах (стандарты подготовки больных к ВМП, подготовка специалистов, обеспечение диагностическим оборудованием и т.п.). Особенно важной представляется разработка стандартов подготовки больных для ВМП на догоспитальном этапе. Данные стандарты по профилям заболеваний должны быть утверждены в нормативных актах Минздравсоцразвития РФ.

В-шестых, в действующих нормативных документах по ВМП полностью отсутствует ведомственная и негосударственная медицина, тогда как, например, в 26 регионах России действуют крупнейшие железнодорожные клиники, где ежегодно около 40 000 россиян получают ВМП [35]. Целесообразно перейти на ***единую систему*** оказания ВМП в Российской Федерации, включающую все ЛПУ, которые могут выполнять государственные задания по ВМП, независимо от их подведомственности.

В качестве первого шага было бы целесообразно включить в систему федерального государственного задания ведомственные и негосударственные ЛПУ, имеющие соответствующие лицензии (например, ЛПУ Минобороны, МВД, ОАО «Газпром», ОАО «Российские железные дороги», ЛПУ Управления делами Президента РФ и др.) в связи с достигнутыми ими результатами в высокотехнологичной медицинской помощи населению РФ. Наиболее целесообразным представляется в этом случае использование механизма софинансирования, подобного тому, что используется Минздравсоцразвития России при выполнении федерального госзадания региональными ЛПУ.

Таким образом, необходимость развития высокотехнологичной медицинской помощи в России была осознана в начале 1990-х годов, однако результативные действия по ее формированию были предприняты только на рубеже веков. В настоящее время можно говорить о том, что основные элементы национальной системы высокотехнологичной медицинской помощи практически закончили свое формирование. Развитие материальной базы ЛПУ, участвующих в выполнении государственных заданий, подключение ведомственной и негосударственной медицины к их выполнению, укрепление амбулаторного звена подготовки больных к ВМП, подготовка высококвалифицированных медицинских кадров — все это в ближайшие годы даст возможность обеспечить более высокую степень удовлетворения потребностей населения в ВМП. Решению задач в этом направлении будет также способствовать развитие теоретических исследований, а также совершенствование основных звеньев организационно-экономического механизма при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам России.

Литература

1. Российская газета. — 2009. — 13 ноября.

2. Приказ Минздрава РФ от 29 января 1998 г. № 30 «О мерах по упорядочению организации оказания медицинской помощи населению Российской Федерации в клиниках федеральных учреждений здравоохранения».

3. *Стародубов В.И.* Национальный проект «Здоровье» дает нам шанс вывести уровень оказания медицинской помощи населению на новые параметры//Менеджер здравоохранения. — 2006. — № 10. — С. 3–6.
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2009 г. № 1047н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета».
5. Федеральный закон от 2 декабря 2009 г. № 308-ФЗ «О федеральном бюджете на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов».
6. Российская газета. — 2009. — 17 ноября.
7. http://www.eifgaz.ru/golikova52-09.htm.
8. Аргументы и факты. — 2010. — № 45.
9. Российская газета. — 2010. — 27 июля.
10. Российская газета. — 2007. — 13 апреля.
11. http://www.cnews.ru/reviews/index.shtml?2006/10/13/213809
12. Постановление Правительства РФ от 20 марта 2006 г. № 139 «О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий».
13. Аргументы и факты. — 2010. — № 45.
14. Российская газета. — 2010. — 15 января.
15. Российская газета. — 2008. — 12 марта.
16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 6 апреля 2005 г. № 259/19 «Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук».
17. *Столбов А.П.* Информационное обеспечение организации высокотехнологичной медицинской помощи населению/Под общ. ред. д.м.н., акад. РАМН В.И. Стародубова. — М.: МЦФЭР, 2007. — 221 с.
18. http://www.kremlin.ru/appears/2008/01/23/2112_type63378type63381-_157851.shtml
19. *Пивень Д.В., Купцевич А.С.* О критериях дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи//Экономика здравоохранения. — 2005. — № 5–6. — С. 58.
20. *Пивень Д.В., Дудин П.Е., Купцевич А.С.* О необходимости критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи//Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 1. — С. 16–22.
21. *Перхов В.И., Самородская И.В., Ступаков И.Н.* К вопросу о критериях дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи//Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 5. — С. 22–28.
22. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 мая 2007 г. № 320 «Об оказании во II–IV кварталах 2007 года высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных медицинских учреждениях и в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований».

23. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 августа 2008 г. № 458н «О государственном задании на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета в 2008 году».
24. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2008 г. № 786н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета».
25. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июля 2006 г. № 3604-ВС «О направлении методических рекомендаций по организации выполнения государственного задания по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации».
26. *Хальфин Р.А., Кузнецов П.П.* Высокотехнологичная медицинская помощь: проблемы организации и учета. — М.: Менеджер здравоохранения, 2008. — 191 с.
27. *Перхов В.И.* Сложившиеся тенденции планирования и управления объемами высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой населению на федеральном уровне//Менеджер здравоохранения. — 2006. — № 9. — С. 23–32.
28. *Рыбальченко И.Е.* Проблемы формирования национальной системы высокотехнологичных медицинских услуг. — СПб., 2008. — 36 с.
29. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 1048н от 30 декабря 2009 г. «Об утверждении формы соглашения о предоставлении в 2010 году субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации».
30. www.vechnayamolodost.ru.
31. http://www.gks.ru/scripts/db_inet/dbinet.cgi
32. Приказ Минздравмедпрома РФ от 8 апреля 1996 г. № 134 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи».
33. *Дупляков Д.В., Рыбальченко И.Е.* Стандартизация как фактор обеспечения эффективности и качества в медицине высоких технологий//Экономика и управление. — 2009. — № 2. — С. 54–58.
34. *Рыбальченко И.Е.* Стандартизация организационных схем при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (по документам Минздравсоцразвития России)//Менеджер здравоохранения. — 2010. — № 7. — С. 34–42.
35. Российская газета. — 2008. — 26 сентября.

Rybalchenko I.E. ***The evoluton of national high tech medical care in Russia.***
Abstract: This article is devoted to problems of high-technology health care management in Russia. The author considered the role of government regulation in this sphere and propositions of solving available organization and economic problems.
Keywords: *high-technology medicine, health care management, government regulation of health care.*

П.М. Анучин,
зам. начальника информационно-аналитического отдела ФГУ «Консультативно-методический центр лицензирования» Росздравнадзора, г. Москва

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗМЕЩЕНИЯ РИСКОВ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СУБЪЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

УДК: 614.251

Страхование рисков ответственности за результаты деятельности на профессиональной основе является финансовым механизмом защиты интересов страхователя при реализации обязанности возмещения вреда третьим лицам. Взаимное страхование ответственности медицинских организаций представляет собой механизм, позволяющий оптимизировать страхование однотипных рисков профессиональной медицинской деятельности. Применение государством метода взаимного страхования в рамках системы обязательного страхования ответственности обеспечит дополнительные гарантии прав пациентов на качественную и безопасную медицинскую услугу.

Ключевые слова: *страхование ответственности, гражданско-правовая ответственность, взаимное страхование.*

В России наблюдается значительное повышение государственного и общественного интереса к развитию страхования гражданско-правовой ответственности, определению новых подходов к эффективному использованию данной отрасли страхования в социально-экономической политике регулирования рынка.

Страхование рисков ответственности за результаты деятельности на профессиональной основе является относительно молодой отраслью страхования.

Анализируя существенные признаки и специфические характеристики гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности необходимо прежде всего дать ее наиболее объективное определение.

По господствующему в современной цивилистике мнению, «гражданско-правовая ответственность — одна из форм государственного принуждения, состоящая во взыскании с правонарушителя в пользу потерпевшего имущественных санкций». Признаком, следующим из компенсаторно-восстановительного принципа гражданско-правовой ответственности, является соответствие размера ответственности размеру причиненного вреда. Объем и характер возмещения вреда, причиненного здоровью, установлены ст. 1085 ГК РФ, а поскольку здоровье в силу ст. 128 и 150 ГК РФ является объектом гражданских прав, относимым к личным неимущественным правам, то в сфере медицинской деятельности причинение вреда здоровью пациента затрагивает его личные неимущественные права. Нарушение имущественных прав пациента является следствием нарушения его личных неимущественных прав.

Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности обладает спецификой субъектного состава рассматриваемых отношений и особенностей определения противоправности причиненного вреда, а также возможностью правомерного причинения вреда здоровью пациента.

Учитывая неотвратимость и обязательность возмещения ущерба причинителем вреда в соответствии с нормами гражданского права, страхование рисков гражданско-правовой ответственности является элементом системы

© П.М. Анучин, 2011 г.

грамотной организации имущественных и личных неимущественных отношений между участниками гражданского оборота.

Суть передачи на страхование рисков гражданско-правовой ответственности состоит в том, что страховщик принимает на себя обязательства возместить ущерб, причиненный страхователем имущественным интересам третьих лиц, в том числе:

— оплату обоснованных, то есть подлежащих возмещению в соответствии с действующим законодательством и условиями страховой программы, требований третьих лиц к страхователю;

— возмещение необходимых и целесообразных расходов по предварительному выяснению обстоятельств причинения вреда;

— возмещение страхователю необходимых и целесообразных расходов по уменьшению степени причиненного вреда.

Таким образом, объектом страхования являются имущественные интересы страхователя, связанные с обязанностью возместить причиненный третьим лицам вред, и страхование является финансовой защитой интересов страхователя при реализации обязанности возмещения вреда. Функция гарантии получения компенсации третьими лицами является производной от основной функции страхования гражданско-правовой ответственности и носит социально-экономический характер.

В Проекте Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» (от 02.09.10) основной целью признается защита «прав пациентов на возмещение вреда, причиненного их жизни или здоровью при получении медицинской помощи».

Декларируя в качестве концепции первоочередность защиты прав пациентов, разработчики законопроекта, тем не менее, выбрали деликтную систему страхования гражданско-правовой ответственности причинения вреда. Страхование рисков гражданско-правовой ответственности на принципе «абсолютной ответственности» без необходимости доказательства вины медицинской организации законопроектом не предусматривается. В соответствии с принципом абсолютной ответственности пациенту компенсируется любой ущерб, причиненный в результате медицинского вмешательства или несчастного случая на любом из этапов оказания медицинской услуги.

Гражданско-правовой деликт, порождающий ответственность возместить причиненный вред, проявляется в допущенном дефекте оказания медицинской помощи. Дефектом оказания медицинской помощи признается допущенное медицинской организацией нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток независимо от вины такой медицинской организации и ее работников. Ответственность «независимо от вины» означает, что она может быть возложена на правонарушителя не только при наличии его вины, но также и при случайном причинении вреда.

Основными элементами дефекта оказания медицинской помощи признаются ошибки работников медицинской организации вследствие их добросовестного заблуждения, ненадлежащее оказание или неоказание медицинской помощи в нарушение стандартов или порядков оказания медицинской помощи, а также обследование, лечение и содержание пострадавшего в условиях, не соответствующих санитарно-противоэпидемическим требованиям.

С целью компенсации затрат страховых организаций авторы законопроекта предусмотрели возможность предъявления регрессного требования к медицинской организации в размере произведенной страховщиком страховой выплаты. Это право страховщика реализуется, если будет установлено, что у страхователя имелась возможность для недопущения дефекта оказания медицинской помощи, но им не были приняты все меры по соблюдению всех необходимых норм, связанных с качеством и безопасностью такой

медицинской помощи. Однако это не единичный факт нарушения баланса интересов участников страховых отношений.

Так, в рамках законопроекта не предусмотрена возможность создания медицинскими организациями и профессиональными медицинскими сообществами отраслевых обществ взаимного страхования.

С точки зрения российского законодательства, для организации обязательного страхования рисков гражданско-правовой ответственности в сфере здравоохранения с использованием системы взаимного страхования серьезные препятствия отсутствуют.

В соответствии с Законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» общества взаимного страхования являются субъектами страхового дела в качестве страховщика наравне со страховыми организациями. Также не исключается право осуществлять обязательное страхование обществом взаимного страхования, если данная норма предусмотрена федеральным законом о конкретном виде обязательного страхования.

Однако, с точки зрения формального трактования закона, законодатели посчитали страхование и взаимное страхование разными видами деятельности. Если также формально трактовать этот закон, то субъектами страхового дела не являются перестраховочные организации, так как они не внесены в перечень ст. 4.1 п. 2, несмотря на то, что в соответствии со ст. 2 п. 2 сферой деятельности страховщиков признается страхование, перестрахование, взаимное страхование.

В международной страховой практике взаимное страхование однозначно рассматривается как частный случай страхования и представляет одну из организационно-правовых форм страховой организации, которая осуществляет страховую деятельность на основе метода взаимного страхования в качестве некоммерческой организации.

В соответствии с п. 2 ст. 1 Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2007 г. № 286-ФЗ «О взаимном страховании» взаимное страхование трактуется как страхование имущественных интересов членов общества на взаимной основе путем объединения в обществе взаимного страхования необходимых для этого средств.

Современный отечественный страховой рынок функционирует на принципах подчинения интересов страхователей интересам страховщиков, страховая отрасль до настоящего момента не стала эффективным рыночным механизмом управления рисками, способствующим стабильному развитию экономики и социальной сферы. В стране отмечаются негативные тенденции развития отечественного рынка в сторону концентрации. В частности, на рынке страхования жизни более половины страховых премий (60%) приходится на четыре страховые группы, на рынке страхования рисков ответственности при клинических исследованиях не менее 85% принадлежит двум страховым группам. Весьма актуальным становится вопрос о конкурентоспособности российских страховщиков, когда более 25% рынка контролируют страховщики с иностранным участием в уставном капитале. Создание развитого сектора взаимного страхования является рыночным способом противодействия проникновению иностранного капитала и тенденциям монополизации российского страхового рынка.

Эффективность страхового рынка, с макроэкономической точки зрения, определяется двумя основными параметрами: снижением нагрузки на бюджет и поддержанием социально-экономической стабильности общества. При публично-правовом (обязательном) страховании государство покупает страховые продукты у коммерческих страховых организаций за счет средств государственного бюджета. Бюджетные средства, уплаченные в качестве страховой премии, превращаются в доход страховой организации.

В отличие от коммерческого страхования, при котором страхователи не принимают уча-

стия в создании страховых продуктов, метод взаимного страхования предоставляет возможность страхователям (работники, работодатели, государство) объединиться для создания страхового продукта и не приобретать его у коммерческих страховых организаций.

Метод взаимного страхования предполагает:

— превращение страхователей в ассоциированных участников создания страховых продуктов;

— наделение страхователей полномочиями совладельцев страхового фонда и ответственностью по выполнению взаимных обязательств;

— наделение страхователей или застрахованных ими лиц правом на получение необходимых страховых продуктов при возникновении ущерба их имущественным интересам.

К методам создания страховых продуктов в обществе взаимного страхования относятся:

— объединение страхователями финансовых ресурсов в специально создаваемой организации для страхования своих имущественных интересов путем диверсификации ущерба между собой;

— формирование страхового фонда за счет взносов каждого члена сообщества заинтересованных страхователей в качестве совместной собственности всех членов;

— отсутствие у каждого страхователя в отдельности единоличного права на распоряжение этим фондом и на его использование;

— наличие у каждого страхователя прав и обязанностей по участию в управлении фондом, в использовании средств фонда;

— солидарная материальная ответственность всех страхователей-членов общества по обязательствам этого общества, связанным с созданием страховых продуктов за счет средств этого фонда.

Выплата страхового возмещения или иная форма защиты от вероятных случайных событий является конечным результатом деятельности страховщика и может рассматриваться в качестве страхового продукта.

Страховой продукт представляет собой определенный объем материальных благ, выделенный из страхового фонда с целью компенсации ущерба от произошедшего страхового случая в денежной форме или в виде услуги, либо с целью проведения превентивных мероприятий в отношении застрахованных рисков.

Безусловным элементом страхового продукта является совокупность обстоятельств, определяющих условия, объем и формы поступления к застрахованному части страхового фонда, а также условий распределения прав и ответственности страховщика и страхователя при создании страхового продукта.

На основании используемого страховыми организациями метода создания страховых продуктов их можно подразделить на два типа: коммерческие страховые организации и взаимные страховые организации.

Взаимная страховая организация так же, как коммерческая, создает страховые продукты для реализации их страхователям. Однако в коммерческой страховой организации интересы страхователя и страховщика соотносятся как интересы продавца и покупателя, основной целью деятельности является получение прибыли. Во взаимной страховой организации получение прибыли выступает как необходимое условие обеспечения основной цели деятельности — создания страховых продуктов для членов сообщества страхователей.

Различия в способе участия страхователей в создании страховых продуктов и формировании прав на владение этими продуктами между коммерческими и взаимными страховыми организациями предопределяют структуру страхового продукта. Так, в страховом продукте коммерческого страховщика практически отсутствуют средства для осуществления превентивных мероприятий, направленные на снижение степени риска и предупреждение страховых случаев.

Важнейшим условием осуществления страхования на основе метода взаимного страхования является образование резерва преду-

предительных мероприятий с целью выполнения превентивной функции страхования.

Министерство финансов РФ предоставило (с 2010 г.) право страховщикам определять порядок формирования и использования фонда предупредительных мероприятий, но не изменило своего отношения к тому, что проведение мероприятий, направленных на снижение степени риска, является обязанностью страхователя, а не страховщика. В связи с чем финансирование предупредительных мероприятий не учитывается в составе расходов при расчете базы налога на прибыль.

Существует определенное мнение, что страхователь может снизить качество своей деятельности и не стремиться минимизировать застрахованный риск гражданско-правовой ответственности именно потому, что считает себя свободным от этого риска после покупки страховой услуги. Возможно, искушение действовать недобросовестно наблюдается в поведении отдельных субъектов рынка медицинских услуг. Однако, если не вдаваться в особенности социальной психологии и деловой этики страхователя медицинской сферы деятельности, то гипотетически это возможно лишь при отношениях страхователя с коммерческой страховой организацией. Члены ОВС солидарно несут субсидиарную ответственность по его обязательствам и, являясь коллективными соинвесторами страхового фонда, прежде всего заинтересованы в предотвращении наступления страхового случая и/или минимизации вероятного ущерба от него, в связи с чем возможен только рост качества оказания медицинских услуг.

Зарубежная и отечественная дореволюционная практика использования метода взаимного страхования доказала, что в случае страхования однородных рисков, в том числе связанных с профессиональной ответственностью, такой метод страхования экономически более привлекателен для страхователей, чем коммерческое страхование. Знание общих проблем и рисков при организации медицинской помощи позволяет обеспечить страховую защиту своих имущественных интересов на основе наилучшего сочетания цены и качества страховой услуги. Проведение периодического экспертного мониторинга деятельности своих членов позволяет своевременно выявлять опасность наступления рисков причинения вреда, давать рекомендации по их предотвращению. Ликвидировав ряд бюрократических процедур, присутствующих во взаимоотношениях коммерческого страховщика и страхователя, общество взаимного страхования может оказать в экстренном порядке помощь пациенту на медицинской базе членов сообщества, уменьшив величину предполагаемого ущерба.

При переходе на одноканальную систему финансирования и предоставления потребителю медицинской услуги возможности выбора организации-исполнителя у медицинских организаций многократно возрастут репутационные риски. Досудебное решение спорных вопросов в пользу пострадавшего при определении страхового события членами общества взаимного страхования позволит не тратить средства сообщества на судебные издержки, сохранить статус ответственных участников рынка медицинских услуг.

Российскими страховщиками уже на постсоветском этапе развития накоплен опыт использования метода взаимного страхования рисков гражданско-правовой ответственности по трем основным направлениям: страхование гражданской ответственности за причинения вреда третьим лицам; страхование гражданской ответственности за причинения вреда вследствие недостатков товаров, работ, услуг; страхование гражданской ответственности организаций, эксплуатирующих опасные объекты.

При реализации государственного страхования гражданской ответственности медицинских организаций перед третьими лицами с использованием метода взаимного страхо-

вания значительно повысится эффективность использования бюджетных средств, выделяемых для страхования имущественных интересов определенных категорий граждан и медицинских организаций, что обусловлено принципами деятельности обществ взаимного страхования:

— направленность деятельности на наиболее полное удовлетворение потребностей членов сообщества в страховой защите;

— направленность деятельности на создание страховых продуктов с высокой долей элементов превентивной защиты от рисков с целью предотвращения наступления ущерба;

— страхование рисков, не принимаемых коммерческими страховщиками или предлагаемых ими на страхование по более высоким ценам;

— использование сэкономленных средств страхового фонда за предыдущие периоды для уменьшения размера страховых взносов в последующих периодах и увеличения фонда предупредительных мероприятий;

— прозрачность деятельности, связанная с коллегиальным решением основных вопросов финансово-хозяйственной деятельности членами общества.

Разработчикам Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» необходимо использовать международный опыт участия государства в развитии взаимного страхования и законодательно закрепить возможность применения метода взаимного страхования при реализации обязательного страхования гражданской ответственности медицинских организаций; включить общества взаимного страхования в конкурентную среду путем предоставления возможности выбора страховщика и метода страхования самим страхователям при обязательном их участии в уплате страховых взносов; предусмотреть отнесение затрат на финансирование предупредительных мероприятий к расходам страховых организаций в связи с некоммерческим характером взаимной страховой деятельности сообщества страхователей.

Применение государством метода взаимного страхования в рамках системы обязательного страхования ответственности повысит эффективность деятельности медицинских организаций, обеспечит дополнительные гарантии прав пациентов на качественную и безопасную медицинскую услугу.

Литература

1. *Грибанов В.П.* Осуществление и защита гражданских прав. — М., 2001.

2. *Иоффе О.С.* Избранные труды по гражданскому праву: Из истории цивилистической мысли. — М., 2000.

3. *Логвинова И.Л.* Взаимное страхование как метод создания страховых продуктов в российской экономике. — М., 2010.

4. *Пылов К.И.* Вопросы создания и деятельности в России обществ взаимного страхования. — М., 2007.

5. *Суханов Е.А.* Гражданское право. Личные неимущественные права. — М., 2007.

UDC ***614.251***

Anuchin P.M. ***Concept features of civil liability risks placement of medical practice objects*** *(FGU «Consultative-methodical center of licensing» Roszdravnadzor)*

Abstract: Insurance of liability risks of professional operation's results — is a financial mechanism of insurant's interests defense while realizing the obligations to compensate the harm to the third parties. Mutual insurance of medical organization's liability — is a mechanism, providing an opportunity to optimize insurance of same type risks in professional medical operation activity. Adaptation of this mutual insurance method by the government in frames of mandatory liability insurance system will provide with additional rights guarantees for patients expecting qualitative and safe health care.

Keywords: *liability insurance, civil liability, mutual insurance*

А.П. Столбов,
д.т.н., заместитель директора Медицинского информационно-аналитического центра РАМН, профессор кафедры организации здравоохранения, медицинской статистики и информатики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, stolbov@mcramn.ru
П.П. Кузнецов,
д.м.н., профессор, директор Медицинского информационно-аналитического центра РАМН, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского
В.В. Мадьянова,
к.с.н., доцент кафедры организации здравоохранения, медицинской статистики и информатики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

РАСЧЕТ НОРМАТИВОВ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614; 614.2; 614:33
Столбов А.П., Кузнецов П.П., Мадьянова В.В. ***Расчет нормативов затрат на оказание специализированной медицинской помощи*** *(Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского)*
Описана методика автоматизированного расчета нормативов затрат при формировании государственного и муниципального заказа на специализированную медицинскую помощь на основе единых стандартов. Приведены основные формулы расчета.
Ключевые слова: *стандарты специализированной медицинской помощи, нормативы затрат, автоматизированные расчеты.*

Одной из наиболее актуальных проблем, которые сегодня приходится решать органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, является расчет стоимости и формирование государственного и муниципального заказа на медицинскую помощь населению на основе единых стандартов медицинской помощи (СМП) [1, 2, 3]. В настоящей работе приведено краткое описание методики определения расчетно-нормативных затрат медицинской организации (МО) при оказании специализированной медицинской помощи. Работа выполнена при финансовой поддержке Минздравсоцразвития России (государственный контракт № К-16-НИР/56 от 22.06.2010).

Основным объектом расчетов является норматив финансовых затрат на один «среднестатистический» случай обращения пациента в МО, отнесенный к определенному профилю специализированной медицинской помощи. Методика расчета нормативов затрат МО разработана на основе базовых принципов, изложенных в документах [4, 5, 6, 7], исходя из следующих положений:

1. Расчеты осуществляются на основе данных бухгалтерского и статистического учета определенного представительного множества базовых МО по всем завершенным случаям обращения за медицинской помо-

© А.П. Столбов, П.П. Кузнецов, В.В. Мадьянова, 2011 г.

щью за опорный период, в качестве которого принимается календарный год.

2. Специализированная медицинская помощь оказывается в соответствии со стандартами. Каждый СМП относится к определенному профилю помощи. Описание СМП включает кодированные перечни элементов медицинской помощи (ЭМП) с указанием их частоты назначения и среднего количества (курсовой дозы, объема т.д.): ***а)*** медицинских услуг; ***б)*** лекарственных средств (препаратов) с учетом лекарственной формы [8]; ***в)*** донорской крови и ее компонентов [9, 10]; ***г)*** питательных смесей для парэнтерального, энтерального и специализированного питания; ***д)*** видов диетического питания пациента; ***е)*** медицинских изделий и расходных материалов, не включенных в состав и стоимость медицинских услуг и работ. Полагается, что приведенные в стандарте частоты и количество ЭМП указаны с учетом возможной альтернативности их применения [11, 12].

3. Статистические показатели рассчитываются по данным в учетных формах № 066/у-02, № 025/у-ВМП, № 025-2/у, № 025-10/у и № 025-12/у (далее — Талоны), получаемых от МО, на базе которых осуществляются расчеты. При этом выделяются следующие типы завершенных случаев обращения, которые регистрируются в талонах: ***АП-случай*** — если при обращении в МО пациент не был госпитализирован и ему была оказана только амбулаторная помощь; ***СТ-случай*** — если пациенту была оказана помощь по одному СМП; ***НС-случай*** — если пациенту была оказана помощь по двум СМП одного или разного профиля (статистических данных о случаях оказания специализированной помощи одновременно по более чем двум стандартам сегодня нет); ***ПС-случай*** — если пациент был госпитализирован, но при этом специализированная помощь в объеме СМП по тем или иным причинам ему не была оказана, например, из-за добровольного отказа, перевода в другое учреждение и т.д. («прерванный случай»). Очевидно, что в каждом из перечисленных типов случаев средние затраты МО будут существенно отличаться.

4. При выполнении двух СМП в НС-случаях считается, что: ***а)*** все ЭМП, указанные в этих СМП, совместимы, в том числе с учетом альтернативности их применения; ***б)*** те ЭМП, которые указаны в обоих СМП, выполняются и учитываются при расчете только один раз; ***в)*** если частота назначения и(или) среднее количество таких ЭМП в разных СМП отличаются, для расчета затрат принимается наибольшее из них. Выполняемые в НС-случаях стандарты могут относиться как к одному, так и к разным профилям специализированной медицинской помощи.

5. Считается, что в НС-случае, если стандарты относятся к разным профилям, то при учете и расчете частот случай условно относится к профилю m того отделения стационара, где больной находился более продолжительное время («основной профиль»).

6. Для всех медицинских услуг, указанных в СМП, определены нормативы совокупных трудозатрат врачебного, среднего медицинского и вспомогательного персонала (основной персонал), выраженные в условных единицах трудоемкости (УЕТ), с учетом кратности и коэффициентов, указанных в приложении С в Номенклатуре [4]. Одна УЕТ соответствует 10 минутам.

7. Учет затрат на лекарственные средства (ЛС), донорскую кровь и ее компоненты (КК), питательные смеси (СМ), медицинские изделия и расходные материалы (МИ), а также диетическое питание пациента, явно указанные в СМП, осуществляется с использованием средневзвешенной стоимости единицы назначения (ЕН) указанных ЭМП, которые принимаются в качестве единых нормативов.

Считается, что базовые нормативы трудозатрат, стоимости ЕН элементов медицинской помощи, а также формализованные описания СМП включены в соответствующие справочники, ведение которых осуществляется централизованно.

Для расчетов используются следующие исходные данные:

(1) Сведения о прямых затратах, непосредственно связанных с оказанием медицинских услуг, включающих следующие виды затрат (здесь и далее приведены обозначения, используемые в формулах): *ЗП* — затраты на оплату труда медицинских работников и других специалистов с немедицинским образованием, непосредственно участвующих в процессе оказания медицинской услуги (основной персонал), с учетом всех видов доплат и повышающих коэффициентов, с начислениями (страховые взносы на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование и др.); *РМ* — затраты на лекарственные средства, донорскую кровь и ее компоненты, питательные смеси, медицинские изделия и расходные материалы (реактивы, перевязочные средства, одноразовые шприцы и инструментарий, шовный материал, сосудистые и иные протезы, шунты и т.д.), полностью потребляемые при оказании медицинских услуг; *ИИ* — сумма износа мягкого инвентаря в отделениях МО, оказывающих медицинские услуги; *АМ* — сумма начисленной амортизации медицинского оборудования.

(2) Сведения о косвенных затратах *НР* за опорный период, которые включают затраты, необходимые для обеспечения деятельности МО и оказания медицинских услуг, но не потребляемые непосредственно в процессе их выполнения.

(3) Сведения об общем, суммарном фонде $Ф_{ЭРВ}$ эффективного рабочего времени (в УЕТ) основного персонала МО, объем которого рассчитан с учетом коэффициентов использования рабочего времени врачами, средним медицинским и вспомогательным персоналом для различных специальностей (должностей) в соответствии с [4].

(4) Сведения о трудозатратах основного персонала МО, полученные на основе экспертных оценок, в результате хронометража или каким-либо иным способом (в УЕТ):

$Тап_m$ — средние совокупные трудозатраты на амбулаторную помощь пациенту при отказе в госпитализации в АП-случаях, отнесенных к m-му профилю (по данным Новосибирского НИИ патологии кровообращения для кардиологического, онкологического и трансплантологического профилей $Тап_m$ = 14.3);

$СТпр$ — трудозатраты основного персонала МО на случаи оказания медицинской помощи, не отнесенные к специализированной помощи; возможно, что $СТпр$ = 0.

(5) Массив Талонов, содержащих учетные данные о всех зарегистрированных случаях обращения за специализированной медицинской помощью.

Сведения о тех или иных затратах МО формируются на основе данных бухгалтерского учета: по фактическим расходам, с учетом уровня цен и тарифов в регионе, где расположена медицинская организация. Приведение их к единой шкале при расчете нормативов финансовых затрат осуществляется с помощью территориальных коэффициентов удорожания единицы бюджетных услуг (см. формулу (10) далее).

Базовым элементом методики является расчет затрат на медицинскую услугу, который осуществляется с учетом всех расходов МО и затрат времени (трудоемкости) на ее выполнение. При этом расходы на лекарственные средства и расходные материалы включаются в расчет только в части затрат, непосредственно обеспечивающих выполнение услуги или технологически связанных с ней. Затраты на лекарственные средства, компоненты крови, питательные смеси, медицинские изделия и расходные материалы, явно указанные в описаниях стандартов медицинской помощи, в состав затрат на медицинскую услугу не включаются.

Для расчета нормативных затрат на выполнение медицинской услуги используется метод распределения общих затрат пропорционально ее трудоемкости [4, 5] с использованием коэффициента $К_{ПРН}$ удельных затрат на одну УЕТ, который вычисляется по формуле (без учета коэффициента удорожания единицы бюджетных услуг):

$$К_{ПРН} = \frac{НР + ЗП + АМ + ИИ + РМ - ССт - СНс}{Ф_{ЭРВ}}, \quad (1)$$

где $ССт$ — суммарные затраты на ЛС, КК, СМ и МИ, объем (количество) которых явно указан в СМП, с учетом статистики их выполнения, которые вычисляются по формуле:

$$ССт = \sum_i (Срс_i \cdot Nсмп_i), \quad (2)$$

где i — индекс для перечисления всех стандартов, выполненных в МО в СТ-случаях по всем профилям за опорный период; $Срс_i$ — затраты на ЛС, КК, СМ и МИ в соответствии с i-м СМП, рассчитанные по нормативам их стоимости (см. формулы (14), (16), (17) далее); $Nсмп_i$ — количество СТ-случаев выполнения i-го стандарта, рассчитанное на основе учетных данных в Талонах;

$СНс$ — суммарные затраты на ЛС, КК, СМ и МИ, объем (количество) которых явно указан в СМП, для НС-случаев, с учетом статистики их выполнения, которые рассчитываются по формуле:

$$СНс = \sum_g (Срн_g \cdot Nнс_g); \; Срн_g = Срн_{ik}, \quad (3)$$

где g — индекс для перечисления всех вариантов сочетания пар стандартов в НС-случаях по всем профилям (здесь и далее с каждым g сопоставляется пара (i, k) стандартов); $Срн_g$ — затраты на ЛС, КК, СМ и МИ в соответствии с i-м и k-м СМП, рассчитанные по нормативам их стоимости (см. формулы (21), (24), (26) далее); $Nнс_g$ — количество НС-случаев g-го варианта сочетания стандартов, рассчитанное по данным в Талонах.

Определение нормативов финансовых затрат МО по статьям (видам) затрат: на оплату труда основного персонала *(З);* на начисления на оплату труда основного персонала *(Н);* на медикаменты, перевязочные средства, медицинские изделия и иные расходные материалы, потребляемые при выполнении медицинских услуг *(М);* на диетическое питание пациентов в стационаре *(П);* на износ мягкого инвентаря в отделениях, оказывающих медицинские услуги *(И);* на амортизацию медицинского оборудования *(О)* и на косвенные затраты *(К)*, осуществляется с использованием специальных коэффициентов распределения затрат на одну УЕТ, вычисляемых по следующим формулам:

Коэффициент распределения затрат КЗП на оплату труда основного персонала:

$$К_{ЗП} = ЗП \cdot (1 - К_{НЗП}) / Ф_{ЭРВ}, \quad (4)$$

где $К_{НЗП}$ — коэффициент начислений на фонд оплаты труда, установленный законодательством (отчисления на страховые взносы на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование и проч.).

Коэффициент распределения затрат $К_{РМ}$ на медикаменты, перевязочные средства, медицинские изделия и иные расходные материалы:

$$К_{РМ} = (РМ - ССт - СНс) / Ф_{ЭРВ}. \quad (5)$$

Коэффициент распределения затрат $К_{ИИ}$ на износ мягкого инвентаря:

$$К_{ИИ} = ИИ / Ф_{ЭРВ}. \quad (6)$$

Коэффициент распределения затрат $К_{АМ}$ на амортизацию медоборудования:

$$К_{АМ} = АМ / Ф_{ЭРВ}. \quad (7)$$

Коэффициент распределения затрат $К_{НР}$ на косвенные затраты:

$$К_{НР} = НР / Ф_{ЭРВ}. \quad (8)$$

Начисления на заработную плату основного персонала во всех случаях рассчитываются по формуле:

$$Н = З \cdot К_{НЗП}. \quad (9)$$

Затраты на один «среднестатистический» случай обращения больного рассчитываются

с учетом частот всех типов завершенных случаев, регистрируемых в Талонах. Для каждого из указанных типов случаев применяется свой метод расчета. Описания этих методов приведены далее.

Норматив НФЗm финансовых затрат МО на один случай обращения за медицинской помощью m-го профиля рассчитывается как средневзвешенная величина затрат всех базовых МО:

$$НФЗ_m = \frac{\sum_h ((ССП_{mh} \cdot Nсл_{mh}) \cdot (1 - К_{БУ(h)}))}{\sum_h Nсл_{mh}}, \quad (10)$$

где h — индекс для перечисления всех базовых МО, на основе исходных данных которых проводятся расчеты и мониторинг затрат для m-го профиля; $Nсл_{mh}$ — общее количество случаев обращения за медицинской помощью m-го профиля в h-ю МО, рассчитанное на основе данных в Талонах; $ССП_{mh}$ — расчетные затраты на один «среднестатистический» случай обращения за специализированной помощью m-го профиля в h-ю МО (см. далее); $К_{БУ(h)} > 0.0$ — коэффициент удорожания единицы бюджетных услуг, установленный для административно-территориальной единицы, где находится h-я МО.

Затраты $ССП_{mh}$ на случай обращения в h-ю МО рассчитываются как средневзвешенная величина затрат в АП-, СТ-, НС- и ПС-случаях, отнесенных к m-му профилю (здесь и далее индекс h, сопоставляемый с конкретной МО, для простоты опущен):

$$ССП_m = (Сап_m \cdot Fап_m + Сст_m \cdot Fст_m + Снс_m \cdot Fнс_m + Спс_m \cdot Fпс_m) \times (1 + К_{РЕНТ}) \cdot (1 + И_{ВНП}), \quad (11)$$

где $Сап_m$, $Сст_m$, $Снс_m$, $Спс_m$ — затраты МО в перечисленных выше завершенных случаях, отнесенных к m-му профилю, соответственно (см. далее); $Fап_m$, $Fст_m$, $Fнс_m$, $Fпс_m$ — частоты различных типов случаев, отнесенных к m-му профилю, рассчитанные по учетным данным в Талонах; $К_{РЕНТ} > 0.0$ — норматив рентабельности (прибыли); $И_{ВНП} > 0.0$ — индекс цен валового национального продукта, установленный Правительством РФ, которые при необходимости могут применяться при планировании затрат на очередной период.

Расчет нормативов полных затрат $Сап_m$ и по статьям затрат для АП-случая, отнесенного к m-му профилю, осуществляется по формулам:

$$\begin{aligned} &Сап_m = К_{ПРН} \cdot Тап_m; \; Зап_m = К_{ЗП} \cdot Тап_m; \\ &Мап_m = К_{РМ} \cdot Тап_m; \; Иап_m = К_{ИИ} \cdot Тап_m; \\ &Оап_m = К_{АМ} \cdot Тап_m; \; Кап_m = К_{НР} \cdot Тап_m; \\ &Пап_m = 0. \end{aligned} \quad (12)$$

Затраты МО в СТ-случае оказания медицинской помощи m-го профиля рассчитываются как средневзвешенная величина по формуле:

$$Сст_m = (\sum_i (Ссмп_i \cdot Nсмп_i)) / Nст_m, \quad (13)$$

где i — индекс для перечисления всех стандартов, относимых к m-му профилю; $Nсмп_i$ — количество СТ-случаев выполнения i-го СМП; $Nст_m$ — общее количество СТ-случаев обращения за медицинской помощью m-го профиля, рассчитанное по учетным данным в Талонах;
$Ссмп_i$ — затраты на выполнение i-го СМП, вычисляемые по формулам:

$$\begin{aligned} Ссмп_i &= К_{ПРН} \cdot Тсмп_i + Срс_i + Псмп_i; \\ Срс_i &= Рлс_i + Ррм_i, \end{aligned} \quad (14)$$

где $Тсмп_i$ — суммарная трудоемкость выполнения i-го стандарта:

$$Тсмп_i = \sum_j (Тму_j \cdot Fму_{ij} \cdot Nму_{ij}), \quad (15)$$

где j — индекс для перечисления всех медицинских услуг, указанных в i-м стандарте; $Тму_j$ — нормативная трудоемкость выполнения j-й медуслуги в УЕТ в соответствии с Номенклатурой [4]; $Fму_{ij}$, $Nму_{ij}$ — частота назначения и среднее количество j-х медицинских услуг, предусмотренные i-м стандартом;

$Срс_i$ — затраты на ЛС, КК, СМ, МИ в соответствии с i-м стандартом, рассчитанные по нормативам их стоимости с учетом коэффициента $К_{БУ(h)}$ удорожания единицы бюджетных услуг;
$Рлс_i$ — затраты на лекарственные средства (препараты), вычисляемые по формуле:

$$Рлс_i = (1 + К_{БУ(h)}) \cdot \sum_j (Елс_j \cdot Глс_{ij} \cdot ЭКД_{ij}) , \quad (16)$$

где j — индекс для перечисления всех ЛС, указанных в i-м стандарте, с учетом лекарственной формы; $Елс_j$ — нормативная стоимость единицы дозы j-го ЛС с учетом лекарственной формы; $Глс_{ij}$, $ЭКД_{ij}$ — частота его назначения и эквивалентная курсовая доза, указанные в i-м стандарте;
$Ррм_i$ — затраты на КК, СМ и МИ, перечни которых указаны в i-ом стандарте:

$$Ррм_i = (1 + К_{БУ(h)}) \cdot \sum_j (Ерм_j \cdot Грм_{ij} \cdot Нрм_{ij}) , \quad (17)$$

где j — индекс для перечисления всех КК, СМ и МИ, входящих в i-й стандарт; $Ерм_j$ — нормативная стоимость ЕН для j-го КК, СМ или МИ; $Грм_{ij}$, $Нрм_{ij}$ — частота его назначения и количество (объем), указанные в i-м стандарте;
$Псмп_i$ — затраты на лечебное питание пациента, предусмотренные в i-м стандарте:

$$Псмп_i = (1 + К_{БУ(h)}) \cdot \sum_j (Едп_j \cdot Гдп_{ij} \cdot Ндк_{ij}), \quad (18)$$

где j — индекс для перечисления видов диетического питания, предусмотренных в i-м стандарте; $Едп_j$ — нормативные затраты на один койко-день для j-го вида диеты; $Гдп_{ij}$, $Ндк_{ij}$ — частота назначения j-го вида диеты и количество койко-дней для него, указанные в i-м стандарте.

Расчет нормативов по другим статьям затрат на выполнение i-го стандарта в СТ-случаях выполняется по формулам:

$$Зсмп_i = К_{ЗП} \cdot Тсмп_i ; Мсмп_i = К_{РМ} \cdot Тсмп_i + Срс_i ;$$
$$Исмп_i = К_{ИИ} \cdot Тсмп_i ; \quad (19)$$
$$Осмп_i = К_{АМ} \cdot Тсмп_i ; Ксмп_i = К_{НР} \cdot Тсмп_i ;$$

Нормативы по статьям затрат для «среднестатистического» СТ-случая, отнесенного к m-му профилю медицинской помощи, рассчитываются как средневзвешенная величина по формулам, аналогичным формуле (13). Например, затраты на заработную плату основного персонала вычисляются по формуле:

$$Зст_m = (\sum_i (Зсмп_i \cdot Nсмп_i)) / Nст_m , \quad (20)$$

где i — индекс для перечисления стандартов, относимых к m-му профилю.

Нормативы по другим статьям рассчитываются аналогично с подстановкой значений затрат по соответствующей статье, рассчитанных по формулам (19).

Для расчета затрат при одновременном выполнении i-го и k-го стандартов в НС-случаях путем простого объединения соответствующих множеств формируются сводные перечни медицинских услуг $МУН_{ik}$, лекарственных средств $ЛСН_{ik}$, компонентов крови, питательных смесей, медицинских изделий и расходных материалов $РМН_{ik}$, явно указанных в этих стандартах.

Затраты медицинской организации $Стн_{ik}$ при одновременном выполнении i-го и k-го стандартов в НС-случаях вычисляются по формулам:

$$Стн_{ik} = К_{ПРН} \quad Тснс_{ik} + Срн_{ik} + Пснс_{ik} ;$$
$$Срн_{ik} = Рлс_{ik} + Ррм_{ik} , \quad (21)$$

где $Тснс_{ik}$ — суммарные трудозатраты основного персонала на одновременное выполнение i-го и k-го стандартов:

$$Тснс_{ik} = \sum_j (Тму_j \cdot Нрму_j) , \quad (22)$$

где j — индекс для перечисления всех медицинских услуг, входящих в объединенный перечень $МУН_{ik}$; $Нрму_j$ — расчетная кратность выполнения j-й услуги $МУ_j$, вычисляемая по формуле (здесь и далее $max(.,.)$ — функция «наибольшее значение из ...»):

$$Nрм_{yj} = \begin{cases} max\,((Fму_{ij} \cdot Nму_{ij}), (Fму_{kj} \cdot Nму_{kj})\,, \\ \text{если } МУ_j \text{ входит и в } СМП_i, \text{ и в } СМП_k; \\ Fму_{ij} \cdot Nму_{ij}\,, \\ \text{если } МУ_j \text{ входит только в } СМП_i; \\ Fму_{kj} \cdot Nму_{kj}\,, \\ \text{если } МУ_j \text{ входит только в } СМП_k, \end{cases} \quad (23)$$

где $Fму_{ij}$, $Nму_{ij}$, $Fму_{kj}$, $Nму_{kj}$ — частоты назначения и количество *j*-ой услуги, предусмотренные стандартами *СМПi* и *СМПk*;

$Срн_{ik}$ — затраты на ЛС, КК, СМ, МИ при выполнении *i*-го и *k*-го стандартов, рассчитанные по нормативам их стоимости с учетом территориального коэффициента $К_{БУ(h)}$ удорожания единицы бюджетных услуг;

$Рлс_{ik}$ — затраты на лекарственные средства, которые определяются по формуле:

$$Рлс_{ik} = (1 + К_{БУ(h)}) \cdot \sum_j (Елс_j \cdot Nрлс_j)\,, \quad (24)$$

где *j* — индекс для перечисления всех ЛС, входящих в объединенный перечень $ЛСН_{ik}$, с учетом лекарственной формы; $Елс_j$ — нормативная стоимость единицы дозы *j*-го ЛС с учетом лекарственной формы; $Nрлс_j$ — расчетное количество расхода *j*-го ЛС, вычисляемое по формуле:

$$Nрлс_j = \begin{cases} max\,((Флс_{ij} \cdot ЭКД_{ij}), (Флс_{kj} \cdot ЭКД_{kj})), \\ \text{если } ЛС_j \text{ входит и в } СМП_i, \text{ и в } СМП_k; \\ Флс_{ij} \cdot ЭКД_{ij}\,, \\ \text{если } ЛС_j \text{ входит только в } СМП_i; \\ Флсk_j \cdot ЭКДk_j\,, \\ \text{если } ЛС_j \text{ входит только в } СМП_k, \end{cases} \quad (25)$$

где $Флс_{ij}$, $ЭКД_{ij}$, $Флс_{kj}$, $ЭКД_{kj}$ — частота его назначения и эквивалентная курсовая доза, указанные в стандартах $СМП_i$ и $СМП_k$, соответственно.

$Ррм_{ik}$ — затраты на донорскую кровь и ее компоненты, питательные смеси, медицинские изделия и расходные материалы:

$$Ррм_{ik} = (1 + К_{БУ(h)}) \cdot \sum_j (Ерм_j \cdot Nррм_j), \quad (26)$$

где *j* — индекс для перечисления всех КК, СМ и МИ, входящих в объединенный перечень $Рмн_{ik}$; $Ерм_j$ — нормативная стоимость ЕН для *j*-го КК, СМ или МИ; $Nррм_j$ — расчетное количество расхода *j*-го КК, СМ или МИ, вычисляемое по формуле:

$$Nррмj = \begin{cases} max\,((Fрм_{ij} \cdot Nрм_{ij}), (Fрм_{kj} \cdot Nрм_{kj}))\,, \\ \text{если } РМ_j \text{ входит и в } СМП_i, \text{ и в } СМП_k; \\ Fрм_{ij} \cdot Nрм_{ij}\,, \\ \text{если } РМ_j \text{ входит только в } СМП_i; \\ Fрм_{kj} \cdot Nрм_{kj}\,, \\ \text{если } РМ_j \text{ входит только в } СМП_k, \end{cases} \quad (27)$$

где $Fрм_{ij}$, $Nрм_{ij}$, $Fрм_{kj}$, $Nрм_{kj}$ — частота его назначения и количество (объем), указанные в *i*-м и *k*-м стандартах, соответственно;

$Пснс_{ik}$ — затраты на питание пациента при выполнении *i*-го и *k*-го стандартов:

$$Пснс_{ik} = (1 + К_{БУ(h)}) \cdot Екдн_{ik} \cdot Nкдн_{ik}\,;$$
$$Nкдн_{ik} = max\,(Nкдс_i\,, Nкдс_k)\,; \quad (28)$$

где $Nкдс_i$, $Nкдс_k$ — количество койко-дней пребывания пациента в стационаре, указанное в *i*-м и *k*-м стандарте, соответственно;

$Nкдн_{ik}$ — расчетное количество койко-дней для НС-случаев при одновременном выполнении *i*-го и *k*-го стандартов (принимается наибольшее из указанных в этих СМП);

$Екдн_{ik}$ — расчетные затраты на диетическое питание на один койко-день, вычисляемые по формуле (принимается наибольшее из рассчитанных по этим стандартам):

$$Екдн_{ik} = max\,(Екдс_i, Екдс_k)\,;$$
$$Екдс_i = Псмп_i \,/\, Nкдс_i\,, \quad (29)$$

где $Псмп_i$ — затраты на питание пациента, вычисляемые по формуле (18); $Екдс_i$ — средние затраты на питание на один койко-день для *i*-го стандарта.

Расчет нормативов по другим статьям затрат при выполнении *i*-го и *k*-го стандартов медицинской помощи выполняется по формулам:

$$Зснс_{ik} = К_{ЗП} \cdot Тснс_{ik}\,;$$
$$Мснс_{ik} = К_{РМ} \cdot Тснс_{ik} + Срн_{ik}\,;$$
$$Иснс_{ik} = К_{ИИ} \cdot Тснс_{ik}\,; \quad (30)$$
$$Оснс_{ik} = К_{АМ} \cdot Тснс_{ik};$$
$$Кснс_{ik} = К_{НР} \cdot Тснс_{ik},$$

Описанный выше метод расчета затрат при выполнении двух СМП может быть обобщен также на случаи одновременного выполнения нескольких стандартов (> 2).

Затраты МО в НС-случаях, отнесенных к m-му профилю, также рассчитываются как средневзвешенная величина по формуле:

$$Снс_m = (\sum_g (Стн_g \cdot Nнс_{(m)g})) / Nнс_m ;$$
$$Стн_g = Стн_{ik} , \quad (31)$$

где g — индекс для перечисления вариантов сочетания пар (i, k) стандартов; $Nнс_{(m)g}$ — количество НС-случаев выполнения g-го варианта сочетания стандартов для m-го профиля как основного; $Nнс_m$ — общее количество НС-случаев, отнесенных к m-му профилю, рассчитанное на основе учетных данных в Талонах.

Расчет нормативов по статьям затрат для НС-случаев, относимых к m-му профилю, выполняется по формулам, аналогичным формуле (31), с подстановкой значений затрат по соответствующей статье, рассчитанных по формулам (30). Например, для заработной платы основного персонала формула будет иметь вид:

$$Знс_m = (\sum_g (Знс_g \cdot Nнс_{(m)g})) / Nнс_m , \quad (32)$$

где индекс g, $Nнс_{(m)g}$, $Nнс_m$ обозначают то же, что и в формуле (31). По другим статьям нормативы затрат рассчитываются аналогично.

Определение расчетно-нормативных затрат $Спс_m$ для ПС-случаев, относимых к m-му профилю, осуществляется по следующему алгоритму:

1. Рассчитываются совокупные трудозатраты $СТпс$ основного персонала h-й МО на стационарную помощь по всем ПС-случаям и всем профилям:

$$СТпс = Ф_{ЭРВ} - СТап - СТст - СТнс - СТпр, \quad (33)$$

где $СТап$ — суммарные трудозатраты на все АП-случаи обращения в данную МО:

$$СТап = \sum_m (Nап_m \cdot Тап_m) , \quad (34)$$

где $Nап_m$ — количество АП-случаев обращения в МО, отнесенных к m-профилю, рассчитанное на основе учетных данных в Талонах; здесь и далее m — индекс для перечисления всех профилей специализированной медицинской помощи;

$СТст$ — суммарные трудозатраты на все СТ-случаи обращения в данное МО:

$$СТст = \sum_i (Nсмп_i \cdot Тсмп_i) , \quad (35)$$

где i — индекс для перечисления всех стандартов по всем профилям; $Nсмп_i$ — количество СТ-случаев выполнения i-го стандарта, рассчитанное по данным в Талонах.

$СТнс$ — суммарные трудозатраты на все НС-случаи обращения в данное МО:

$$СТнс = \sum_g (Nнс_g \cdot Тснс_g) , \quad (36)$$

где $Nнс_g$ — количество НС-случаев g-го варианта сочетания стандартов, рассчитанное на основе учетных данных в Талонах; здесь g — индекс для перечисления всех пар стандартов по всем профилям; $Тснс_g$ — суммарные трудозатраты основного персонала, рассчитанные по формуле (22);

$СТпр$ — трудозатраты основного персонала МО на прочие случаи оказания медицинской помощи (см. исходные данные).

2. Рассчитывается общее количество койко-дней $СКд_m$ для всех ПС-случаев, отнесенных к m-му профилю, и суммарное количество койко-дней $СКд$ для ПС-случаев по всем профилям:

$$СКд_m = \sum_q Nкф_{mq} ; СКд = \sum_m СКд_m , \quad (37)$$

где q — индекс для перечисления всех ПС-случаев, отнесенных к m-му профилю; $Nкф_{mq}$ — фактическое количество койко-дней в q-м ПС-случае, рассчитанное по Талонам.

3. Вычисляются относительный коэффициент (доля) $Ккд_m$ общего количества койко-дней и их суммарная трудоемкость $СТпс_m$ для ПС-случаев, отнесенных к m-му профилю:

$$Ккд_m = СКд_m / СКд;\ СТпс_m = СТпс \cdot Ккд_m, \quad (38)$$

4. Определяются расчетная трудоемкость одного койко-дня $Ткд_m$ для ПС-случая и среднее количество койко-дней $Nкд_m$ в ПС-случаях, отнесенных к m-му профилю:

$$Ткд_m = СТпс_m / СКд_m;\ Nкд_m = СКд_m / Nпс_m, \quad (39)$$

где $Nпс_m$ — количество ПС-случаев, отнесенных к m-му профилю, рассчитанное на основе учетных данных в Талонах.

5. Вычисляются средние затраты $Спс_m$ на один ПС-случай m-го профиля:

$$Спс_m = Nкд_m \cdot (К_{ПРН} \cdot Ткд_m + Екпс_m), \quad (40)$$

где $К_{ПРН}$ — коэффициент удельных затрат, вычисляемый по формуле (1);
$Екпс_m$ — затраты на диетическое питание пациента на один койко-день пребывания в стационаре в ПС-случаях, относимых к m-му профилю, вычисляемые как средневзвешенная величина по формуле:

$$Екпс_m = \frac{(\sum_i (Екдс_i \cdot Nсмп_i)) + (\sum_g (Екдн_g \cdot Nнс_{(m)g}))}{Nст_m + Nнс_m}, \quad (41)$$

где i, g — индексы для перечисления стандартов и их сочетаний в НС-случаях, отнесенных к m-му профилю; $Екдс_i$, $Екдн_g$ — затраты на питание на один койко-день, рассчитанные по формулам (29); $Nст_m$, $Nнс_m$ — количество СТ- и НС-случаев, отнесенных к m-му профилю, рассчитанные по учетным данным в Талонах.

Расчет нормативов по статьям затрат для ПС-случаев, отнесенных к m-му профилю, выполняется по формулам:

$$\begin{aligned} &Тпс_m = Ткд_m \cdot Nкд_m;\ Зпс_m = К_{ЗП} \cdot Тпс_m; \\ &Мпс_m = К_{РМ} \cdot Тпс_m;\ Ппс_m = Nкд_m \cdot Едпс_m; \\ &Ипс_m = К_{ИИ} \cdot Тпс_m;\ Опс_m = К_{АМ} \cdot Тпс_m; \\ &Кпс_m = К_{НР} \cdot Тпс_m. \end{aligned} \quad (42)$$

Нормативы по статьям затрат на один «среднестатистический» случай обращения за специализированной медицинской помощью m-го профиля рассчитываются как средневзвешенные значения с учетом частот различных типов завершенных случаев. Например, затраты на заработную плату основного персонала вычисляются по формуле:

$$\begin{aligned} З_m = &Зап_m \cdot Fап_m + Зст_m \cdot Fст_m + \\ &+ Знс_m \cdot Fнс_m + Зпс_m \cdot Fпс_m. \end{aligned} \quad (43)$$

Затраты по другим статьям вычисляются аналогично.

Нормативы финансовых затрат по профилям медицинской помощи для конкретных МО могут корректироваться с учетом территориальных коэффициентов удорожания единицы бюджетных услуг, установленных Правительством РФ, а также с помощью иных специальных коэффициентов, установленных распорядителями бюджетных средств.

Учитывая, что методика предполагает автоматизацию расчетов и централизованное ведение необходимой нормативно-справочной информации, представляется целесообразным реализовать ее в составе информационно-аналитической системы Минздравсоцразвития России с предоставлением доступа пользователей к соответствующим ресурсам и сервисам через Интернет на основе так называемой SaaS-модели — Software as a Service — «программное обеспечение как услуга».

Авторы выражают свою признательность сотрудникам Медицинского информационно-аналитического центра РАМН Челидзе Н.П., Лунской Л.Л., Карпачевой М.П., а также начальнику отдела Департамента высокотехнологичной медицинской помощи Минздравсоцразвития России Максакову В.В. и заместителю директора Новосибирского НИИ патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина Зозуле Ю.В. за предоставленные материалы, помощь и обсуждение результатов в процессе выполнения работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Голикова Т.А.* Материалы к совещанию у Председателя Правительства Российской Федерации по модернизации системы обязательного медицинского страхования 14.04.2010// см. www.minzdravsoc.ru, просмотр 22.04.2010.
2. *Голикова Т.А.* О ходе и перспективах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Презентация к докладу на «Парламентском часе» в Государственной Думе Федерального собрания Российской Федерации//см. на www.minzdravsoc.ru, просмотр 24.11.2010.
3. *Скворцова В.И.* Перспективы развития здравоохранения РФ. Презентация к докладу//см. www.minzdravsoc.ru, просмотр 28.05.2010.
4. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении, утверждена 12.07.2004 заместителем Министра здравоохранения и социального развития РФ.
5. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная), утверждена 10.11.1999 Министром здравоохранения РФ и Президентом РАМН, № 01-23/4-10, № 01-02/41.
6. Постановление Правительства РФ от 02.09.2010 № 671 «О порядке формирования государственного задания в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания».
7. Приказ Минфина России от 22.10.2009 № 105н «Об утверждении Методических рекомендаций по определению расчетно-нормативных затрат на оказание федеральными органами исполнительной власти и(или) находящимися в их ведении федеральными государственными бюджетными учреждениями государственных услуг (выполнение работ), а также расчетно-нормативных затрат на содержание имущества федеральных государственных бюджетных учреждений».
8. ОСТ 91500.05.0002-2001 Государственный информационный стандарт лекарственного средства. Основные положения.
9. ОК 91500.18.0001-2001 Отраслевой классификатор «Консервированная кровь и ее компоненты».
10. ГОСТ Р 53420-2009 Кровь донорская и ее компоненты. Общие требования к обеспечению качества при заготовке, переработке, хранении и использовании донорской крови и ее компонентов.
11. *Мадьянова В.В.* Стандарты медицинской организации. Научное обоснование основ формирования и принципов разработки/В сб. Актуальные вопросы организации здравоохранения. Сборник научных трудов под ред. Р.А. Хальфина. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. — С. 82–89.
12. *Столбов А.П., Кузнецов П.П., Челидзе Н.П., Карпачева М.П., Лунская Л.Л.* Информационная модель стандарта медицинской помощи//Менеджер здравоохранения. — 2006. — № 11. — С. 40–44.

UDC 614; 614.2; 614:33
Stolbov A.P., Kuznetsov P.P., Madyanova V.V. ***Calculation of specifications of expenses for rendering of specialised medical aid*** *(First Moscow Medical State University I.M.Sechenov, Moscow; Moscow Regional Research Clinical Institute, named after M.F.Vladimirsky)*
Abstract: The technique of the automated calculation of specifications of expenses is described at formation of the state and municipal order for specialised medical aid on the basis of uniform standards. Calculation basic formulas are resulted.
Keywords: *standards of specialised medical aid, specifications of the expenses, the automated calculations.*

В.В. Шевченко,
д.м.н., профессор, первый заместитель Главы г. Красноярска
А.С. Ямщиков,
д.э.н., доцент, заместитель руководителя Департамента по социальной политике Администрации г. Красноярска, asy@admkrsk.ru
Е.А. Чепурная,
главный специалист экономического отдела Главного управления здравоохранения Администрации г. Красноярска, chepurnaya@guz.admkrsk.ru

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

(на примере реализации в городе Красноярске проекта «Ты не одна» демографической программы «Святость материнства»)

УДК: 614.2

***Аннотация:** Оценена социальная и экономическая результативность проекта, направленного на организацию психологического консультирования женщин, решающихся на аборт, с целью сохранения беременности.*

***Ключевые слова:** беременность, сохранение, психологическое консультирование, проект, результативность.*

1. Анализ ситуации

В условиях острого демографического кризиса в России регистрируется рекордно высокое число абортов. Из трех беременностей только одна заканчивается родами. Почти каждая десятая женщина детородного возраста раз в год делает аборт. В России в год производится около 1,5 млн. абортов, причем специалисты уверены, что официальную статистику по количеству абортов следует увеличить вдвое.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире выполняется примерно 46 миллионов искусственных абортов, что составляет 22% от числа наблюдавшихся беременностей.

По данным Росстата[1], в 2008 году количество абортов немного сократилось, до 1385,6 тыс. (эти цифры включают данные по медицинским учреждениям системы Минздравсоцразвития России, других министерств и ведомств, негосударственным лечебно-профилактическим учреждениям) и стало незначительно меньше по отношению к количеству родов: 81,1 аборта на 100 родов *(таблица 1)*.

При этом в 2008 году родилось 1713,9 тыс. детей *(рисунок 1)*.

В 2009 году в России[2] зарегистрировано 1292,4 тыс. абортов, из них около 7,8% были произведены женщинам в возрасте до 19 лет *(таблица 2)*.

В городе Красноярске в 2009 году родилось 12 906 детей, в 2008 — 11 913 детей, в 2007 году — 10 348. При этом в 2009 году произведено 9847 прерываний беременности, в 2008 году — 9821, в 2007 году — 11 089 *(таблица 3)*.

[1] Здравоохранение в России. 2009: Стат.сб./Росстат. — М., 2009. — 365 с.
[2] Официальный сайт Госкомстата — http://www.gks.ru.

© В.В. Шевченко, А.С. Ямщиков, Е.А. Чепурная, 2011 г.

Таблица 1

Прерывание беременности (аборты)

	1995	*2000*	*2005*	*2007*	*2008*
Всего абортов, тыс.	2766,4	2138,8	1675,7	1479,0	1385,6
Из них:					
на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	72,8	54,2	42,7	38,0	36,0
на 100 родов	202,6	168,7	117,4	92,1	81,1
Число абортов у первобеременных, тыс.	177,7	161,1	161,5	149,8	136,8

Таблица 2

Сведения о прерывании беременности по Российской Федерации за 2009 год

Всего прерываний беременности	*в том числе у женщин в возрасте:*									
	до 14 лет включительно	*15–17 лет*	*18–19 лет*	*20–24 года*	*25–29 лет*	*30–34 года*	*35–39 лет*	*40–44 года*	*45–49 лет*	*50 лет и старше*
Всего, единиц										
1 292 389	721	26 842	72 792	324 467	342 821	272 883	179 061	65 937	6667	198
В расчете на 1000 женщин соответствующего возраста:										
4,2	0,2	11,5	36,2	53	57	50,3	35,4	13,7	1,1	0,2

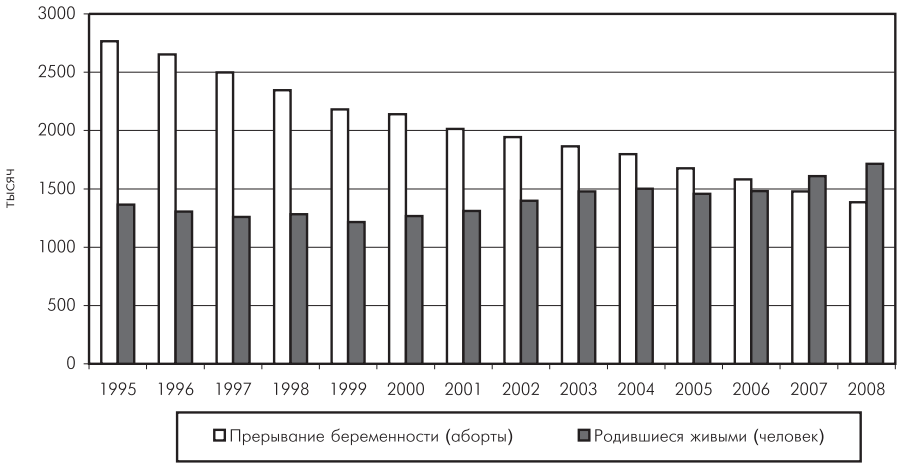


Рис. 1. **Число прерываний беременности (абортов) и численность родившихся живыми в Российской Федерации**

Одним из приоритетных направлений в системе охраны здоровья является охрана здоровья целевой группы населения России: женское население фертильного возраста. По состоянию на 01.01.2010 женское население города Красноярска составляет 521 269 человек, в том числе женщин фертильного возраста 292 906 человек.

В соответствии с Концепцией демографической политики, утвержденной Указом Президента от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года», приоритетными направлениями являются сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, повышение уровня рождаемости, снижение числа абортов, укрепление института семьи.

Учитывая сложившуюся демографическую ситуацию в Российской Федерации, в соответствии с указанной Концепцией важно

Таблица 3

Сведения о прерываниях беременности в городе Красноярске

Наименование	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
	Всего			На 1000 женщин фертильного возраста			На 100 родов			На 100 родившихся живыми		
Всего прерываний беременности (с мини-абортами)	11 089	9821	9847	38,2	33,84	33,62	88,15	68,49	63,97	88,58	67,84	63,35
из них: по медицинским показаниям	640	197	218	2,2	0,68	0,74	5,09	1,37	1,42	5,11	1,36	1,40
Из общего числа прерываний беременности — у первобеременных	1501	1233	1200	5,17	4,25	4,10	11,93	8,60	7,80	11,99	8,52	7,72

выделять целевую подгруппу — беременные женщины, собирающиеся осуществить прерывание беременности (аборт). Основными задачами при этом являются профилактика и снижение количества прерываний беременности (абортов). Данная целевая группа в определенной мере влияет практически на все факторы социально-экономического развития.

Таким образом, необходима новая, адекватная сложившимся социально-экономическим условиям государственная стратегия по снижению числа прерываний беременности

Детальный анализ индикаторов состояния здоровья в целевых группах по городу Красноярску на начальном этапе исследования обозначил необходимость принятия приоритетных управленческих решений, направленных на совершенствование медицинской и в первую очередь психологической помощи беременным женщинам, собирающимся осуществить прерывание беременности (аборт), и позволил в форме организационно-системных связей сформировать схему оптимизации экономических организационных и медицинских мероприятий по обеспечению медицинской помощи целевой подгруппе.

2. Реализация мероприятий по снижению числа прерываний беременности в городе Красноярске

25 апреля 2001 года в Москве, в Андреевском зале Большого Кремлевского дворца, состоялась конференция «Национальная слава России — век XXI», положившая начало деятельности Центра национальной славы России (ЦНСР)[3]. Центр национальной славы России — это неполитическая общественная организация. В нее входят очень разные люди: учителя и врачи, ученые и священники, деятели искусства и государственные служащие, объединенные желанием внести свой личный вклад в дело возрождения величия нашей страны, используя для этого свое время, силы и знания не только на рабочем месте, но и на общественном поприще.

Председателем Попечительского совета Центра национальной славы России является президент ОАО «Российские железные дороги» Владимир Иванович Якунин, президентом Центра национальной славы России — Сергей Евгеньевич Щеблыгин.

В Попечительский совет ЦНСР входят такие известные люди, как Герой Советского Союза, летчик-космонавт Олег Юрьевич Ать-

[3] Официальный сайт Центра национальной славы России — http://www.kfcnsr.ru.

ков, который является председателем комиссии по присуждению Международной премии Андрея Первозванного, митрополит Ташкентский и Среднеазиатский Владимир, Полномочный представитель Президента РФ в Центральном федеральном округе Георгий Сергеевич Полтавченко, руководитель Федерального агентства по информационным технологиям Владимир Георгиевич Матюхин и др.

Достижение экономического процветания и политической стабильности России существенным образом зависит от состояния общественного сознания россиян, настроя на созидание, социальный оптимизм, гордость своим Отечеством. Вернуть народу и стране веру в себя, в свою способность к успеху, в свое достойное будущее — одна из главных задач всех сил, ориентированных на возрождение и подъем России, на ее достойное будущее. Содействие решению этой задачи является главной целью Центра национальной славы России.

При этом Центр исходит из того, что национальная слава — это не только память о героических деяниях нашего народа на Куликовом поле и Бородине, 9-ом мая 1945 года и полете Юрия Гагарина, не только пантеон великих государственных мужей — от Андрея Боголюбского и Александра Невского до Петра Столыпина и Георгия Жукова, не только список исполинов духа — от Нестора и Сергия Радонежского до Пушкина, Чайковского, Шолохова, Солженицына. В это понятие должны войти и радость каждодневного созидательного труда, познания и усовершенствования мира и любовь к своей малой родине, своей семье, своим родителям и детям.

Всемерно способствовать продвижению к благополучию страны через укрепление благополучия и достоинства каждого ее гражданина — вот та задача, которой подчиняет свою деятельность Центр национальной славы.

Наконец, главное направление работы Центра — содействие объединению и консолидации всех созидательных, патриотических сил сегодняшней России. Национально ориентированные структуры гражданского общества, патриотически настроенные институты и деятели государства могут и должны преодолеть традиционное отчуждение и разработать и реализовать действительно национальную, стратегическую программу реформ.

В 2006 году Центром национальной славы России было принято решение об открытии своих филиалов в нескольких регионах страны, в том числе и в Красноярском крае. Филиалы ЦНСР реализуют цели и задачи организации, кроме того, с учетом специфики регионов осуществляют собственную проектную деятельность, направленную на развитие институтов гражданского общества, расширение общественного влияния на все стороны жизни, на решение наиболее острых и актуальных социальных проблем.

Красноярским филиалом ЦНСР была разработана **Программа «Святость материнства».** Центральной идеей программы является восстановление духовно-нравственного потенциала российской семьи, повышение ее общественного престижа, формирование в регионе социальной среды, благоприятствующей материнству и детству.

«Святость материнства» — всероссийская программа, направленная на формирование в общественном сознании отношения к семье, материнству, отцовству и детству как к величайшим ценностям. Именно укрепление семьи, повышение ее общественного престижа должны стать основой реальной, последовательной и сплачивающей жизненной стратегии российского народа.

Создание условий благоприятствования материнству и детству через систему мероприятий, направленных в первую очередь на идеологическую, просветительскую работу с населением, точно соответствует социальной роли Центра национальной славы России как элемента гражданского общества. Воспитательно-нравственная, идеологическая работа адресована в первую очередь молодежи, то есть тем, чьи поступки и действия определят в конечном счете демографическое будущее

России. Другая целевая группа — молодые семьи, женщины, в первую очередь те из них, которые, зачав или родив ребенка, должны решить его дальнейшую судьбу. Такое решение становится буквально вопросом жизни или смерти нового гражданина России.

Поддержать семью как важнейший социальный институт, предотвратить распространение абортов и социального сиротства, обеспечить рождение нового многочисленного, физически и нравственно здорового поколения россиян — это жизненно важная задача.

Программа «Святость материнства» должна стать пилотным проектом для Российской Федерации. Ее успешная реализация позволит перенести разработанную модель в другие регионы России.

Основные направления работы по программе реализуются как отдельные, но взаимосвязанные проекты.

Основные проекты программы «Святость материнства»

Программа «Святость материнства» имеет ярко выраженную социальную значимость. Она направлена на восстановление в общественном сознании традиционных для российского народа семейных ценностей, повышение социального престижа материнства, защиту женщин и детей от насилия, организацию социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в связи с рождением ребенка.

Основные проекты программы:

• *Проект «Акция»* подразумевает проведение крупномасштабных акций, направленных на популяризацию идеи поддержки семьи, материнства и детства, на сформирование у молодого поколения семейных ценностей, нравственных идеалов, обеспечивающих создание крепкой, здоровой семьи.

• *Проект «Волонтер»* предполагает развертывание волонтерского движения, мобилизацию для участия в программных мероприятиях молодежи, в первую очередь самой грамотной и жизненно активной: студентов красноярских ВУЗов. Добровольцы-волонтеры становятся носителями и проводниками идеи ценности брака, идеи здоровой, благополучной семьи, семейного образа жизни.

• *Проект «Конкурсы»* — ежегодные тематические конкурсы для разных групп населения. Цель проекта — вызвать в душах людей теплое, светлое чувство, напомнить о самом важном — о наших мамах, о наших детях. К участию в конкурсах привлекаются взрослые и дети, семьи, мастера-умельцы: в рисунках, фотографиях, статьях, стихах и поделках из дерева, бересты, камня воплощают они трепетное отношение к материнству.

• *Проект «СМИ»* обеспечивает формирование партнерских отношений со средствами массовой информации и создание обратной связи между ними и обществом. Проект «СМИ» в программе «Святость материнства» — стратегический, за ним стоят мощные ресурсы, непосредственно влияющие на общественное мнение, а одна из задач программы «Святость материнства» заключается в воздействии именно на общественное сознание и формирование в нем отношения к семье, материнству и детству как к величайшим ценностям.

• ***Проект «Ты не одна»*** адресован женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации в связи с беременностью или рождением ребенка, многодетным семьям. Цель проекта — профилактика абортов, поддержка женщин, для которых материнство сопряжено со значительными трудностями; поддержка детей, оставшихся без попечения родителей.

• *Проект «Экспертиза»* предполагает организацию общественной экспертизы законопроектов, краевых законов, целевых программ, а также решений, принимаемых исполнительными органами, с точки зрения их влияния на демографическую ситуацию в регионе.

Город Красноярск стал пилотной площадкой программы «Святость материнства», ведь демографическая ситуация в Красноярском крае является неким срезом общей демографической ситуации в России.

Проект «Ты не одна»

Суть проекта заключается в психологическом консультировании женщин, решающихся на аборт, с целью сохранения беременности. Проект «Ты не одна» адресован женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и направлен в первую очередь на профилактику абортов.

Прежде всего работа направлена на женщин, находящихся в ситуации принятия решения о сохранении/прерывании беременности. Работа с ними должна вестись в женских консультациях. Это должны делать профессионалы-психологи, проводящие доабортное консультирование. Опыт такой работы накоплен Центром национальной славы почти за три года реализации проекта «Ты не одна» всероссийской демографической программы «Святость материнства».

Начало реализации проекта — 2007 год. Пилотной площадкой стала женская консультация № 1 МУЗ «Родильный дом № 4» города Красноярска, которая была выбрана в результате конструктивного диалога с Главным управлением здравоохранения Администрации города Красноярска. На данный момент этот социальный эксперимент подтвердил свою состоятельность, и реализация проекта перешла на новый уровень. В мае 2009 года приказом руководителя Главного управления здравоохранения Администрации города Красноярска в штатные расписания женских консультаций были введены ставки психологов. С 1 июля 2009 года в каждой женской консультации города Красноярска (их количество — 12) психологи приступили к работе.

Опыт работы психологов показал, что причины, толкающие женщину на прерывание беременности, преимущественно носят психологический характер. Лишь в некоторых случаях жизненная ситуация в связи с рождением ребенка действительно стала бы критической. Ситуация незапланированной беременности для большинства женщин является стрессогенным фактором, а в стрессовом состоянии человеку очень сложно сделать осознанный выбор.

Доабортное психологическое консультирование — это не давление или убеждение, а оказание квалифицированной психологической помощи женщинам в кризисной ситуации. Эффективность измеряется не только количеством женщин, вставших на учет после психологической консультации. Само появление психолога в женской консультации меняет отношение врачей к проблеме прерывания беременности, происходит переоценка своей роли в механизме принятия женщиной решения о прерывании/сохранении беременности.

Кроме города Красноярска, пилотными площадками проекта на сегодняшний день являются города Вологда, Орел и Хабаровск. Сейчас идет процесс обобщения опыта реализации проекта в различных регионах страны для передачи промежуточных итогов работы Министру здравоохранения и социального развития РФ на Всероссийском форуме демографической программы «Святость материнства», который состоится 26–28 ноября 2010 года в Москве. В Форуме примут участие представители всех федеральных ведомств, отвечающих за демографическую политику страны, а также представители регионов, где реализуется данная программа.

Задачи реализации проекта «Ты не одна»:

1. Введение ставки психолога женской консультации.

2. Одновременно с подбором специалистов оформляются кабинеты для работы психологов, согласно разработанным требованиям.

3. Повышение квалификации специалистов по доабортному консультированию.

4. Введение должности главного внештатного/штатного специалиста-психолога родовспомогательных учреждений для методической и организационной работы.

Механизм реализации проекта заключается во введении психолога в структуру женской консультации и реализации следующих мероприятий:

Рис. 2. **Прежняя схема работы**

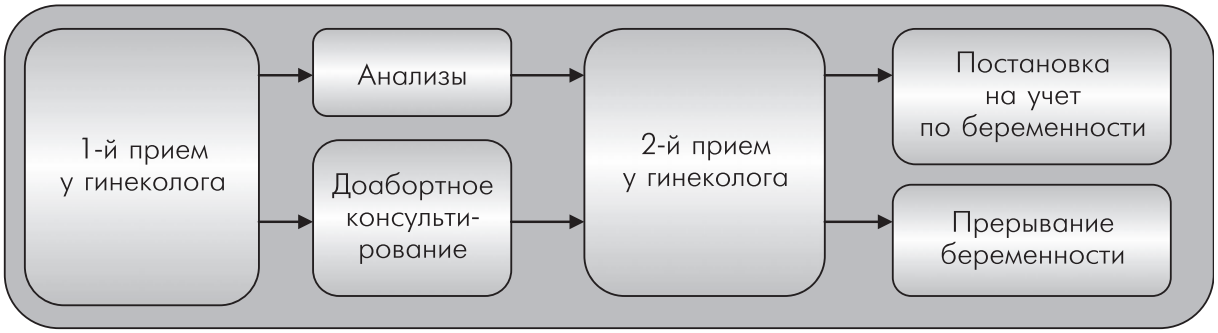


Рис. 3. **Схема работы при реализации проекта «Ты не одна»**

1. *Организация кабинетов психологов.* Главным управлением здравоохранения Администрации города Красноярска были выделены кабинеты для работы, которые максимально соответствуют требованиям. Кабинеты были оснащены всеми необходимыми материалами, осуществлено методическое сопровождение работы психологов (фото, рисунки, DVD-фильмы, печатный материал).

2. *Разработка алгоритма работы с пациенткой:* при обращении пациентки с нежелательной беременностью в женскую консультацию врач акушер-гинеколог проводил мероприятия по установлению точного диагноза и определения состояния здоровья пациентки; одновременно с проведением обследования, женщине рекомендовалось (с учетом ее желания) консультирование по вопросам планирования семьи, которое проводил психолог (в ходе консультирования выявлялись и анализировались истинные причины, послужившие основанием для решения прерывания беременности, предлагались пути решения); после консультации и обсуждения возможных вариантов в семье пациентка вновь посещала врача акушера-гинеколога и окончательно принимала решение. В случае принятия решения об отказе от аборта при проведении диспансерного наблюдения проводилось психологическое сопровождение (по желанию) при беременности по вопросам семейных отношений, воспитания детей, личностного роста *(рисунок 3).* На *рисунке 2* отображена схема, существовавшая до реализации проекта «Ты не одна».

К сожалению, схема, отраженная на *рисунке 2,* продолжает работать в большинстве медицинских учреждений страны.

3. *Разработка программы повышения квалификации психологов и методов стимулирования труда.*

Специализации психологов «доабортное консультирование» до недавнего времени не существовало. Такая программа по инициативе Центра национальной славы и Главного управления здравоохранения Администрации города Красноярска была разработана Институтом психологии и педагогики развития, Красноярским государственным медицинским университетом под руководством доктора психологических наук, профессора Б.И. Хасана. Были привлечены ведущие спе-

циалисты в области медицины, психотерапии, семейного консультирования. Подготовлено методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов и психологов и проведено обучение первой группы.

Программа состоит из четырех блоков:

- мировоззренческий;
- психологический;
- правовой;
- медицинский.

Несколько важнейших тем программы: история вопроса отношения к беременности и абортам, проблемы самоопределения психолога в данном виде консультирования, репертуар воздействий психотерапевта, правовые основы участия психолога в доабортном консультировании, медицинские аспекты вопроса сохранения/прерывания беременности. Всеми участниками обучения этот первый опыт был оценен как, безусловно, положительный.

Центром национальной славы была разработана модель компетенции психолога женской консультации. Подбор специалистов с высоким профессиональным уровнем также проводится совместно с Центром национальной славы. Собеседование прошли более 30 человек.

Психологам был выдан сертификат государственного образца о курсах повышения квалификации по программе «Доабортное консультирование».

В лекционно-дискуссионной форме обсуждались вопросы собственной позиции психологов к вопросу сохранения жизни нерожденного ребенка; стратегии и формы работы с беременной женщиной, помогающей ей выйти на более осознанный путь принятия решения; обсуждались способы оценки эффективности работы специалиста[4].

Кроме того, Главное управление здравоохранения Администрации города Красноярска изыскало средства на оплату интенсивности труда специалистов-психологов, оказывающих психологическую помощь беременным женщинам, собирающимся осуществить прерывание беременности.

4. *Разработка организационно-хозяйственного обеспечения реализации программы:* требований к оформлению кабинета психолога, должностных инструкций, перечня необходимой документации психолога, которые приняты за основу главными врачами и заведующими женских консультаций.

Совместно с Федеральным агентством по делам молодежи Министерства спорта, туризма и молодежной политики РФ разработаны:

- буклеты для специалистов;
- буклеты для женщин (пациенток);
- методические рекомендации для специалистов системы здравоохранения, занимающихся профилактикой абортов. Данные методические рекомендации сейчас готовятся к выпуску Министерством здравоохранения и социального развития РФ для распространения по всем женским консультациям России.

Работа психолога женской консультации осуществляется согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях», в соответствии с которым утверждено Положение об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации, который создается с целью реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин. Кроме того, в Программе фонда обязательного медицинского страхования имеются на это статьи расхода «Виды медицинской помощи и условия оказания медицинской помощи:

— осуществление мероприятий по предупреждению абортов;

— санитарно-гигиеническое просвещение граждан, в том числе кабинеты профилактики».

[4] http://www.kfcnsr.ru/actual/995--q-q-2009-l-r-.html.

Таблица 4

Основные направления деятельности главного внештатного специалиста-психолога родовспомогательных учреждений

№	Мероприятие	Цель
1	Совещания с заведующими женских консультаций	Мотивация заведующих на работу по повышению эффективности проекта доабортного консультирования. Обозначение проблем организации процесса доабортного консультирования, задач и способов их решения.
2	Выезд в женские консультации	Мониторинг реализации проекта в женских консультациях.
3	Участие в рабочих совещаниях с врачами женских консультаций по инициативе заведующих	Обсуждение проблем, возникающих в ходе реализации проекта доабортного консультирования. Формирование позиции врача как непосредственного участника проекта.
4	Подготовка и проведение ежемесячных обучающих семинаров для психологов женских консультаций — 35 ч.	Повышение квалификации психологов по доабортному консультированию. Анализ профессиональной компетентности специалистов с помощью процедуры супервизии. Анализ и формирование личной позиции психологов относительно профилактики абортов. Формирование модели взаимодействия с персоналом женской консультации с целью создания единой команды по предотвращению абортов.
5	Переговоры с главными врачами родильных домов	Разработка методов стимулирования труда психологов женских консультаций.
6	Разработка модели замещения психологов на период отпусков и больничных	Непрерывность процесса доабортного консультирования в каждой женской консультации.
7	Разработка формы отчета по доабортному консультированию	Единство отчетности по проекту.
8	Корректировка методических рекомендаций по доабортному консультированию	Уточнение данных и дополнение информации, содержащихся в методических рекомендациях.

С целью систематического планового организационно-методического руководства деятельностью психологов Главным управлением здравоохранения Администрации города Красноярска в 2010 году введена должность главного внештатного специалиста-психолога родовспомогательных учреждений для осуществления методической и организационной работы *(таблица 4)*.

В ближайшее время предстоит создание общественной организации некоммерческого партнерства «Ассоциация психологов женских консультаций», цель которой не только обмен опытом и знаниями, но и профессиональная поддержка и супервизия специалистов.

3. Социальная и экономическая эффективность реализации модели

Общие итоги реализации проекта «Ты не одна» по организации доабортного консультирования целевой подгруппе — женщинам, собирающимся осуществить прерывание беременности, представлены в *таблице 5*. С учетом официальной статистики в городе Красноярске при условии организации эффективного консультирования психологом до аборта всех пациенток, решившихся на прерывание нежелательной беременности, возможно изменение решений в пользу вынашивания беременности и рождения ребенка порядка 400–450 случаев

Таблица 5

Общие итоги реализации проекта «Ты не одна» в городе Красноярске в 2007–2010 годах

№ п/п	Показатель	апрель 2007 года — июнь 2009 года	II полугодие 2009 года	I полугодие 2010 года	Итого за период июль 2009 — июнь 2010 (год)	Итого за период реализации проекта
1	Всего абортов	25 698	5059	4688	9747	35 445
2	Всего доабортных консультаций	458	601	1655	2256	2714
3	Процент проконсультированных от общего числа абортов	2%	12%	35%	23%	8%
4	После консультации встали на учет по беременности	94	62	167	229	323
5	Процент беременных, отказавшихся от прерывания после консультации	21%	10%	10%	10%	12%

в 2011 году. Перспективы реализации проекта по оптимистичному варианту могут быть значимыми при распространении опыта на региональный и федеральный уровни, что может стать эффективным решением демографической проблемы.

На уровне Российской Федерации при условии эффективной организации реализации проекта во всех регионах и муниципальных образованиях, учитывая официальную статистику возможно изменение решений в пользу вынашивания беременности и рождения ребенка от 30,3 до 53 тыс. случаев за год и более.

В статье была предпринята попытка оценить принятые управленческие решения на макроуровне с точки зрения их влияния на валовую продукцию города Красноярска. Основные показатели, используемые при расчете, представлены в *таблице 6.*

В результате проведенных за 3 года мероприятий решения в пользу вынашивания беременности и рождения ребенка приняли 323 женщины, при этом за последний год (II полугодие 2009 года — I полугодие 2010 года) — 229 женщин. Особенно интенсивное увеличение произошло в I полугодии 2010 года. При этом явно видна устойчивая тенденция увеличения данного показателя.

Рассмотрим период 2010–2035 годы, то есть 25 лет, — к этому возрасту человек, получив достаточное образование, начинает приносить пользу государству, которая выражается в росте валовой промышленной продукции.

Согласно расчетам, совокупные расходы на здравоохранение на 1 человека, начиная с рождения и по достижении 25-летнего возраста, составят 632,19 тыс. руб., или 143 931,94 тыс. руб. (0,00015% от валового продукта за тот же период) на 228 родившихся детей *(таблица 7).*

Предположим, что по окончании школы 62% из них поступят в высшие учебные заведения, 35% — в среднеспециальные учебные заведения и 3% не смогут поступить никуда. Предположим также, что по окончании соответствующего учебного заведения только 99% смогут устроиться на работу. На основании вышеизложенного была рассчитана величина валового продукта на 1 человека по годам *(таблица 8).*

Таким образом, уже к 25 годам жизни 99% из 228 рожденных в 2010 году детей (уровень занятых в экономике) будут дополнительно приносить валовой продукции 4 917 408,92 тыс. руб. в год, что составит 0,05% годовой валовой продукции.

Таблица 6

Основные показатели

Показатель	*Единицы измерения*	*Величина в 2009 году*
Валовая продукция города Красноярска	млн. руб.	615 319,45
Финансирование здравоохранения	млн. руб.	5405,40
Финансирование муниципальных учреждений детской сети	млн. руб.	1033,86
Финансирование муниципальных учреждений акушерства и родовспоможения	млн. руб.	707,91
Финансирование муниципальных учреждений взрослой сети	млн. руб.	3589,28
Численность населения	чел.	948 507
Численность взрослого населения	чел.	783 762
Численность детей (0–17 лет)	чел.	164 745
Доля детей в общей численности	%	17,37
Всего родилось	чел.	12 906
Экономически активное население	чел.	483 098
Из них:		
безработные	чел.	6 598
занято в экономике	чел.	476 500
Доля занятых в экономике	%	99%
Затраты акушерства на 1 родившегося	тыс. руб.	54,85
Затраты детства на 1 ребенка	тыс. руб.	6,28
Затраты на 1 взрослого	тыс. руб.	4,58
Произведено валовой продукции на 1 работника	тыс. руб.	1 291,33
Доля детей, поступающих в высшие учебные заведения	%	64
Доля детей, поступающих в среднеспециальные учебные заведения	%	33
Доля детей, не поступающих в учебные заведения по окончании школы	%	3
Уровень младенческой смертности	на 1000 родившихся живыми	5,80
После консультации встали на учет по беременности	чел.	229
Из них родится в 2010 году, учитывая уровень младенческой смертности	чел.	228
Из них:		
количество работающих после окончания школы	чел.	7
количество работающих по окончании среднеспециальных учебных заведений	чел.	74
количество работающих по окончании высшего учебного заведения	чел.	143
Рост ВП ежегодно	%	12,00

Таблица 7

Расходы на здравоохранение в расчете на 1 человека за 25 лет

Год	*Возраст, лет*	*Направление расходов*	*Затраты здравоохранения на 1 человека, тыс. руб.*	*Затраты здравоохранения всего на родившихся младенцев в результате отказа от прерывания беременности после доабортного консультирования, тыс. руб.*
2010	0	Акушерство и родовспоможение	54,85	12 488,02
2010	0	Детская сеть	6,28	1428,76
2011	1		6,90	1571,64
2012	2		7,59	1728,81
2013	3		8,35	1901,69
2014	4		9,19	2091,85
2015	5		10,11	2301,04
2016	6		11,12	2531,14
2017	7		12,23	2784,26
2018	8		13,45	3062,68
2019	9		14,80	3368,95
2020	10		16,28	3705,85
2021	11		17,90	4076,43
2022	12		19,70	4484,08
2023	13		21,66	4932,48
2024	14		23,83	5425,73
2025	15		26,21	5968,31
2026	16		28,84	6565,14
2027	17		31,72	7221,65
2028	18	Взрослая сеть	25,46	5796,96
2029	19		28,01	6376,66
2030	20		30,81	7014,33
2031	21		33,89	7715,76
2032	22		37,28	8487,33
2033	23		41,01	9336,07
2034	24		45,11	10 269,67
2035	25		49,62	11 296,64
		Всего за 25 лет	632,19	143 931,94

Таблица 8

Произведенная валовая продукция, тыс. руб.

Год	Возраст, лет	Валовая продукция на 1 работающего человека, тыс. руб.	Валовая продукция в расчете на			
			работающих по окончании школы	работающих по окончании среднеспециального учебного заведения	работающих по окончании ВУЗа	Итого, тыс. руб.
2028	18	9 930,29	69 512,06			69 512,06
2029	19	11 121,93	77 853,51			77 853,51
2030	20	12 456,56	87 195,93	921 785,59		1 008 981,52
2031	21	13 951,35	97 659,45	1 032 399,86		1 130 059,30
2032	22	15 625,51	109 378,58	1 156 287,84	2 234 448,12	3 500 114,54
2033	23	17 500,57	122 504,01	1 295 042,38	2 502 581,90	3 920 128,29
2034	24	19 600,64	137 204,49	1 450 447,47	2 802 891,72	4 390 543,68
2035	25	21 952,72	153 669,03	1 624 501,16	3 139 238,73	4 917 408,92
	Итого:	122 139,58	854 977,06	7 480 464,29	10 679 160,47	19 014 601,83

Кроме того, нами предложены мероприятия по повышению социально-экономической эффективности реализации проекта «Ты не одна» в городе Красноярске.

1. Проводить регулярные совещания с руководителями родильных домов и заведующими женских консультаций с целью обсуждения результатов работы по доабортному консультированию и дополнительной мотивации на организацию 100%-ного потока пациенток до аборта на консультацию к психологу.

2. Постоянно повышать профессиональный уровень психологов на ежемесячных семинарах, а также в рамках индивидуальной супервизии на местах.

3. Разработать и провести серию семинаров для врачей, направленных на повышение ценности жизни нерожденных детей, формирование командного стиля работы персонала женских консультаций, а также обучение психологически грамотным формам взаимодействия с женщинами, находящимися в ситуации принятия решения о сохранении/прерывании беременности.

4. Совместно с главным внештатным подростковым гинекологом разработать и внедрить систему работы с подростками по профилактике абортов, раннего начала половой жизни.

5. Формировать кадровый резерв психологов женских консультаций в городах-партнерах.

6. С выходом проекта на качественно новый уровень будет целесообразно создание Ассоциации психологов женских консультаций России для осуществления контроля и руководства процессами профессионального роста, самоопределения, поддержки, которые неизбежны в работе с такой темой консультирования, как аборт.

7. До конца 2010/середины 2011 годов обобщить опыт работы по проекту «Ты не одна» с целью его распространения и передачи материалов в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Д.В. Пивень,
д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВа, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
С.А. Фролов,
директор программ Фонда «Здоровье и Развитие», преподаватель кафедры социологии молодежи социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова

О ФОРМИРОВАНИИ И ВНЕДРЕНИИ НОВЫХ ПОДХОДОВ К ВОПРОСАМ ПОДГОТОВКИ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАДРОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ/СПИД

УДК 614.2
***Аннотация:** показана целесообразность распространения в системе последипломного образования врачей опыта совместной подготовки врачей-инфекционистов и психиатров-наркологов для решения кадровой проблемы ВИЧ/ СПИД*

***Ключевые слова:** ВИЧ/ СПИД, подготовка врачей, инфекционисты, психиатры-наркологи*

Проблемы предупреждения распространения ВИЧ-инфекции остаются и, вероятно, еще долгое время останутся одними из самых актуальных для здравоохранения многих стран мира. Несмотря на то, что за последние 15–20 лет тема ВИЧ/СПИД, пожалуй, как никакая другая медико-социальная тема, наиболее часто становилась основой для сотрудничества между системами здравоохранения самых разных стран и по самым разным вопросам, пока никому в мире не удалось предложить каких-либо прорывных решений по данному направлению. Это, безусловно, не исключает появления таких прорывных решений в будущем, и нам всем хотелось бы на это надеяться. Тем не менее, сегодня очевидно, что для медицинского сообщества любой страны, в том числе и для здравоохранения Российской Федерации, вопросы предупреждения распространения ВИЧ/СПИД должны рассматриваться с позиций разработки долгосрочных и системных решений. На наш взгляд, хорошей основой для разработки и реализации таких системных решений является кадровая работа по проблеме ВИЧ/СПИД. Кадровая работа — понятие достаточно широкое, включающее в себя и подготовку кадров в медицинском ВУЗе, и повышение их квалификации в системе последипломной подготовки, и создание условий для их взаимодействия, и организацию их эффективного использования.

Практически изначально и совершенно оправданно ВИЧ-инфекция в здравоохранении рассматривается как междисциплинарная проблема, сталкиваются с которой врачи всех специальностей. Системы здравоохранения практически всех стран стараются в своей деятельности учитывать эту особенность. Не является исключением в данном вопросе и

© Д.В. Пивень, С.А. Фролов, 2011 г.

отечественное здравоохранение, в котором уже много лет предпринимаются шаги, направленные на оптимизацию подготовки врачей разных специальностей по вопросам ВИЧ/СПИД, на усиление взаимодействия в работе по предупреждению ВИЧ разных медицинских служб.

Как известно, повышение квалификации врачей всех специальностей в Российской Федерации предусматривает в том числе и подготовку в объеме 6 часов по вопросам ВИЧ/СПИД, а перед аттестацией на присвоение профессиональной категории все специалисты проходят тестирование по теме ВИЧ/СПИД. Следует отметить и крайне важную роль региональных центров по предупреждению ВИЧ/СПИД не только как центров лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, но и в части анализа и координации деятельности в целом по данному направлению учреждений здравоохранения самого разного профиля в каждом субъекте Федерации. Значимым шагом в последние годы явилось и выделение средств в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на обеспечение регионального здравоохранения препаратами для проведения антиретровирусной терапии, что в свою очередь сразу поставило задачи соответствующей подготовки специалистов по применению схем ее проведения.

Таким образом, отмеченное выше наглядно демонстрирует, что именно кадровая работа является той самой интегральной площадкой, где сегодня реализуются те или иные направления по предупреждению распространения ВИЧ/СПИД. В то же время стало очевидным и то, что работа по диагностике, ведению разных групп пациентов с ВИЧ/СПИД, с которыми работают врачи разных специальностей, имеет свою специфику. А это в свою очередь свидетельствует о том, что в кадровой работе имеются значительные резервы, которые необходимо выявлять и активно использовать в деятельности по решению самых разных проблем ВИЧ/СПИД.

Хорошие возможности для этого были созданы Решением Минздравсоцразвития России от 27.07.2007, которым утверждена Типовая программа дополнительного профессионального обучения врачей по проблеме ВИЧ/СПИД. Указанная программа содержит целый блок учебно-тематических планов, предназначенных на подготовку по вопросам ВИЧ/СПИД врачей различных специальностей в объеме 72 час. В том числе программа включает и учебный план цикла тематического усовершенствования «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества».

Детальная разработка содержательной части данного цикла и его внедрение в систему последипломной подготовки врачей и составили предмет долгосрочного проекта, участником которого стал ряд российских ВУЗов, а координатором выступил Фонд «Содействия национальным проектам в области общественного здравоохранения «Здоровье и Развитие». О некоторых особенностях и, как нам кажется, важных выходящих за рамки проекта результатах этой совместной работы мы бы и хотели поделиться с читателями.

Выбор в качестве основной темы проекта «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества», конечно, не случаен и обусловлен прежде всего ее актуальностью, которая заключается в следующем.

- Внутривенное употребление наркотиков является основным путем передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.
- Целевая аудитория, на которую рассчитан цикл, предполагает подготовку прежде всего психиатров-наркологов и врачей инфекционистов, непосредственно работающих с ВИЧ-инфицированными потребителями психоактивных веществ.
- Так как и психиатры-наркологи, и инфекционисты на протяжении многих лет, практи-

чески с момента появления проблемы, работают с контингентом ВИЧ-инфицированных, употребляющих психоактивные вещества, то была очевидной целесообразность разработки и внедрения в рамках цикла тематического усовершенствования новых решений, оптимизирующих эту деятельность, а отнюдь не просто механическое отражение в содержании цикла того, что уже давно реализуется специалистами на практике.

Необходимо отметить, что уже стартовой особенностью разработки содержательной части цикла тематического усовершенствования «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества» явилось то, что в рамках данного проекта были объединены весьма значительные силы, состоящие из специалистов в области инфекционных болезней, эпидемиологии, психиатрии и наркологии, общественного здоровья и здравоохранения крупных медицинских центров и ВУЗов страны: Российского федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом, Национального научного центра наркологии, Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Московского государственного медико-стоматологического университета, Иркутского государственного института усовершенствования врачей, Оренбургской государственной медицинской академии.

Известно, что разработка и внедрение содержательного наполнения той или иной образовательной программы в рамках самых разных циклов повышения квалификации являются достаточно традиционной и где-то даже рутинной работой для каждого образовательного медицинского учреждения. В этой связи именно комплексный состав специалистов проекта и их тесное взаимодействие в ходе его реализации позволили уйти от обычных тривиальных решений, которые могли быть сведены к простому отражению в содержании учебного курса того, что психиатры-наркологи и инфекционисты давно используют в своей работе.

В результате в течение 2007–2008 гг. было подготовлено содержательное наполнение для подготовки врачей-инфекционистов и психиатров-наркологов по программе цикла тематического усовершенствования «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества». Особенностью разработанных материалов является то, что они предназначены для совместного обучения в рамках указанного цикла и врачей-инфекционистов, и психиатров-наркологов.

Первая апробация по внедрению созданных разработок была выполнена в 2008 году в Иркутском государственном институте усовершенствования врачей. По приказу Министерства здравоохранения Иркутской области была сформирована объединенная группа слушателей, состоящая из инфекционистов и психиатров-наркологов. Занятия проводились по единой программе с участием специалистов указанных выше ВУЗов, после чего осуществлялся их коллегиальный разбор и оперативно вносились необходимые коррективы в содержательную программу цикла.

Итогом такой коллективной работы стали, как уже было отмечено выше, материалы по проведению цикла тематического усовершенствования «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества», рассчитанные на совместное обучение врачей-инфекционистов и психиатров-наркологов. Разработанные материалы цикла включают в себя комплексное и при этом взаимосвязанное рассмотрение вопросов, касающихся самых разных аспектов ВИЧ/СПИД (выявления, лечения, наблюдения, предупреждения распространения, организации работы), но при этом одинаково важных и интересных для врачей данных специальностей.

Потребители нового образовательного продукта в лице инфекционистов и психиатров-наркологов сразу отметили его высокую практическую значимость, которая заключается в следующем:

• У представителей двух разных специальностей формируются единые подходы к работе с ВИЧ-инфицированными пациентами, потребителями психоактивных веществ.

• Совершенствуется преемственность в работе не только на уровне отдельных служб (инфекционной и наркологической), но и на уровне их конкретных представителей.

• Специализированная медицинская помощь ВИЧ-инфицированным пациентам, потребителям психоактивных веществ становится более полной, а значит, и более качественной.

• Мероприятия по предупреждению распространения ВИЧ/СПИД становятся более эффективными.

Для того, чтобы разработанные материалы получили официальный статус и могли использоваться не только в образовательных медицинских учреждениях, являющихся участниками проекта, но и во многих других, руководствуясь установленными требованиями, было подготовлено соответствующее учебное пособие. Решением от 07.12.2009 № 17-29/488 учебному пособию «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества» присвоен гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию ВУЗов России. Указанное пособие разработано в строгом соответствии с Типовой программой дополнительного профессионального обучения врачей по проблеме ВИЧ/СПИД, утвержденной Минздравсоцразвития России Решением от 27.07.2007, и рассчитано на краткосрочную подготовку специалистов в объеме 72 час. Таким образом, теперь технология объединенной подготовки врачей-инфекционистов и психиатров-наркологов может использоваться на территории всей Российской Федерации.

В 2009 году информация о разработанных в рамках проекта учебных материалах для совместной подготовки инфекционистов и психиатров-наркологов по проблемам ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества, была доложена и обсуждена на Координационном совете по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию специалистов здравоохранения Сибирского федерального округа. В результате на Координационном совете было принято решение о целесообразности проведения такой подготовки в регионах Сибирского федерального округа.

Во исполнение принятого решения в течение последних полутора лет специалистами Иркутского ГИУВ во взаимодействии с Фондом «Здоровье и Развитие» в регионах Сибири организовано внедрение созданного курса «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества». В 2009–2010 гг. краткосрочное тематическое усовершенствование по данному направлению было проведено для специалистов Красноярского и Забайкальского краев, Иркутской и Омской областей, Республики Бурятия. Всего подготовлено 117 врачей инфекционистов и психиатров-наркологов. При этом всеми врачами, прошедшими обучение, отмечена целесообразность такой совместной подготовки по данной тематике.

Следует подчеркнуть, что во всех указанных субъектах Федерации организация обучения осуществлялась при активном участии расположенных там медицинских ВУЗов, а в Республике Бурятия — при участии Республиканского центра по предупреждению ВИЧ/СПИД.

Стоит также отметить тот факт, что в 2010 году занятия в рамках курса «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества» проходили не только в Сибирском федеральном округе. Специалисты Оренбургской государственной

медицинской академии, принимавшие участие в разработке курса, провели семинар для группы инфекционистов и наркологов Оренбургской области. Занятие было проведено на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии Оренбургской государственной медицинской академии. Количество обученных врачей составило 15 человек.

Необходимо обратить внимание и на еще один важный аспект проведения краткосрочных циклов повышения квалификации по проблемам ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества, который существенно повышает их результативность. Это активное использование в процессе преподавания современных педагогических технологий: кейс-методов, метода проектов, ситуационных задач, мозгового штурма и т.д. Учитывая, что аудитория слушателей объединяет врачей разных специальностей и при этом весьма на короткое время, значимость применения указанных технологий значительно возрастает. Именно использование педагогических технологий позволяет максимально быстро погрузить аудиторию в рассматриваемые вопросы, максимально заинтересовать ее и придать обучению практический вектор, когда грань между такими традиционными формами обучения, как лекция, практическое занятие, семинар становится достаточно условной, а активное участие слушателей в учебном процессе постоянным. Можно констатировать, что в части требований к преподавателям по владению и использованию педагогических умений и навыков предлагаемая разработка полностью корреспондирует с квалификационными требованиями к профессорско-преподавательскому составу медицинских ВУЗов, утвержденными Минздравсоцразвития России.

Как известно, в этом году в субъектах Российской Федерации началась реализация программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 гг., одним из основных направлений которой является создание и внедрение стандартов медицинской помощи. Весьма актуальна данная задача и в свете необходимости постоянного совершенствования мероприятий по проблемам ВИЧ/СПИД. В этой связи разработанная и, как было отмечено выше, уже внедренная в целом ряде регионов содержательная составляющая краткосрочного цикла повышения квалификации «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества» могла бы стать хорошей основой для создания соответствующего стандарта. Очевидно, что между действующими в практическом здравоохранении стандартами и используемыми для повышения квалификации кадров курсами (программами циклов, семинаров и т.д.) должно быть максимальное соответствие. То есть стандарты должны стать одним из качественно новых инструментов в обеспечении преемственности между медицинским образованием и практическим здравоохранением. Полагаем, что материалы, разработанные в ходе представленного в данной статье проекта, могут быть эффективно использованы в том числе и для решения этой задачи.

На основании изложенного считаем целесообразным распространение в системе последипломного образования врачей опыта совместной подготовки врачей-инфекционистов и психиатров-наркологов на основе материалов учебного пособия «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества». Эта работа могла бы стать реальным вкладом в совершенствование деятельности по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения, которая в том числе предусматривает подготовку и повышение квалификации врачей разных специальностей.

М.Ю. Емельянников,
директор по развитию бизнеса ЗАО НИП «Информзащита», г. Москва, m.eme@infosec.ru

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ – НОВЫЕ ЗАДАЧИ И НОВЫЕ РИСКИ

ЗАЩИТА ДАННЫХ О ПАЦИЕНТАХ

Через три года после принятия Федерального закона № 152 «О персональных данных» (ФЗ-152) понимание того, что он касается в том числе и медицинских учреждений, постепенно приходит к главным врачам, заведующим поликлиниками и владельцам частных клиник. Компьютеры, установленные в регистратуре, лаборатории или кабинете врача, куда заносятся сведения о пациентах — это части информационной системы персональных данных, которые требуют обязательной защиты, а защита стоит денег и денег немалых. Справедливости ради стоит отметить, что возлагая на операторов персональных данных (именно так в терминах ФЗ-152 именуются организации, обрабатывающие персональные данные и определяющие цель такой обработки, к категории которых относятся больницы, поликлиники, амбулатории, диспансеры и прочие обязанности по принятию организационных и технических мер защиты, государство не сообщило, откуда должны появиться средства на эти мероприятия, в том числе у медицинских учреждений, финансируемых из государственного или местного бюджета и не зарабатывающих денег в принципе. Руководитель ИТ-отдела детской психиатрической больницы, у которой даже на закупку компьютерной техники и лицензионного программного обеспечения нет денег, с недоумением спрашивала у меня, сколько стоит реализация мер защиты, предусмотренных законом и принятыми в его развитие нормативно-правовыми актами. Не без смущения я дал честный ответ...

Между тем закон не делает различия между платной косметологической клиникой, районной больницей и кабинетом частнопрактикующего стоматолога. При подключении к сети Интернет информационные системы всех названных учреждений относятся к специальным системам первого класса, требующим применения сертифицированных средств защиты информации (СЗИ) (как минимум межсетевого экранирования, обнаружения вторжений, антивирусной защиты, а также защиты от несанкционированного доступа) и не просто имеющим сертификат ФСТЭК России, подтверждающий функциональные возможности СЗИ, но также и отсутствие у этих средств недекларированных (то есть скрытых, не документированных) возможностей. А если эта система вдобавок подключена к другой информационной системе и между ними происходит обмен персональными данными (например, при представлении многочисленной и разнообразной отчетности в департамент здравоохранения или пре-

© М.Ю. Емельянников, 2011 г.

доставлении высокотехнологичной медицинской помощи), то на открытых каналах связи (не имеет значения каких — коммутируемых или широкополосного доступа) должны использоваться еще и сертифицированные ФСБ России средства шифрования (криптографической защиты).

Построение такой системы, техническое обслуживание и распространение (например, передача в филиалы) криптографических средств — это лицензируемые соответственно ФСТЭК и ФСБ виды деятельности, то есть больница должна получить как минимум пару лицензий, а для этого выполнить лицензионные требования. Для выполнения всех этих условий в больнице должна быть как минимум пара специалистов по защите информации, имеющих высшее образование по конкретным специальностям или получившим государственный документ о повышении квалификации в области информационной безопасности. Ответов на вопросы, где больнице найти штатные единицы и зачем они нужны в принципе, если ее задача — лечить больных, пока никто не предложил.

Можно лишь процитировать ответ первого заместителя руководителя ФСТЭК России на запрос заместителя министра здравоохранения (приводится с незначительными сокращениями):

«Обращение Минздравсоцразвития о необходимости получения лицензии на деятельность по технической защите конфиденциальной информации учреждениями здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости в случае, когда технические мероприятия по защите персональных данных осуществляются для собственных нужд, ФСТЭК России рассмотрено. В соответствии с п. 1 ст. 49 части первой ГК РФ отдельными видами деятельности, перечень которых определяется законом, юридическое лицо может заниматься только на основании специального разрешения (лицензии). Пунктом 1 части 1 ст. 17 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» установлено, что деятельность по технической защите конфиденциальной информации является лицензируемым видом деятельности. Порядок получения лицензии определен Положением о лицензировании деятельности по технической защите конфиденциальной информации, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 15.08.2006 № 504».

Если бы этим все проблемы, созданные ФЗ-152, ограничивались... Нет денег на защиту — пусть бюджетодержатели думают, а коммерческая медицина уж как-нибудь отрежет часть прибыли, раз закон требует. И без лицензии обойтись можно, если нанять для выполнения работ лицензиата, а их на рынке достаточно.

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБРАБОТКЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

ФЗ-152 требует, чтобы оператор до начала обработки персональных данных уведомил уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных (Роскомнадзор) о своем намерении осуществлять обработку персональных данных, а если обработка началась до принятия закона (как в большинстве лечебных учреждений), это надо было сделать до 1 января 2008 года.

Исключения из этого правила предусмотрены законом, но вот попасть под них большинству медицинских организаций не удастся. Из восьми случаев, когда закон допускает не производить уведомление, значение для нашей ситуации имеют лишь два, в которых персональные данные:

1) относятся к субъектам персональных данных, которых связывают с оператором трудовые отношения (работникам медицинского учреждения);

2) получены оператором в связи с заключением договора, стороной которого является субъект персональных данных, если персональные данные не распространяются, а также не предоставляются третьим лицам без согласия субъекта персональных данных и используются оператором исключительно для исполне-

ния указанного договора и заключения договоров с субъектом персональных данных.

Первое исключение отпадает само собой — представить медицинское учреждение, в котором нет персональных данных пациентов, как-то сложно.

Остается второй. Но, во-первых, в большинстве случаев никакого договора с больным не заключается. Помощь ему предоставляется просто при предъявлении документа, подтверждающего право на ее получение, а в некоторых случаях — и без такового. И, во-вторых, очень часто персональные данные, содержащие сведения о больном и заболевании, передаются в виде многочисленных отчетов, предусмотренных нормативными документами Минздравсоцразвития. И согласия на это пациент, естественно, не давал — он об этом просто не знает.

Значит, направлять уведомление в Роскомнадзор об обработке персональных данных большинству медучреждений придется.

Уведомление, как и получение лицензии, представляется мероприятием совершено бессмысленным, поскольку без обработки персональных данных не может обойтись ни одно юридическое лицо, частный предприниматель и многие физические лица: журналисты, нотариусы, адвокаты и т.п. Зачем кого-то об этом уведомлять, когда и так очевидно, что обработка ведется, — непонятно. А получать лицензию на деятельность, уже вмененную оператору законом, — вообще какой-то нонсенс.

Медицинские учреждения уведомлять Роскомнадзор об обработке персональных данных по понятным причинам совсем не торопятся. На сайте уполномоченного органа для общего пользования размещен Реестр операторов персональных данных, представивших такие уведомления (http://www.rsoc.ru/personal-data/register/).

Точное количество уведомивших уполномоченный орган медицинских учреждений подсчитать сложно, но кое-какие прикидки сделать можно. На момент написания статьи на слова «больница» и «диспансер» откликаются по 94 записи, «поликлиника» — 93, «госпиталь» — 60, «стоматология» — лишь 35 и только записей о зарегистрировавшихся амбулаториях и санаториях — более 100 по каждой категории (более точные данные интерфейс портала получить не позволяет). Очевидно, что это лишь малая доля медицинских организаций России.

Между тем непредставление или несвоевременное представление в государственный орган сведений (информации), представление которых предусмотрено законом и необходимо для осуществления этим органом его законной деятельности, является административным правонарушением, предусмотренным ст. 19.7 КоАП. На выявление этих нарушений в 2009 году были направлены основные силы инспекторов Роскомнадзора (за 2010 год данных пока нет). Согласно опубликованному отчету о деятельности этого контролирующего органа, наибольшее количество выявленных в ходе проверочных мероприятий правонарушений подпадало именно под эту категорию. Снова цитата, теперь из отчета о деятельности уполномоченного органа: «Составлено и направлено в суды 54 протокола об административных правонарушениях, которые классифицированы по статье 19.7 КоАП РФ:

- непредставление или несвоевременное представление уведомления об обработке персональных данных, информации на запрос уполномоченного органа;
- непредставление сведений об изменении информации, содержащейся в уведомлении».

Если кому-то кажется, что районные больницы или городские поликлиники — не те организации, где будут проверяться требования ФЗ-152, должен их разочаровать. В одном из интервью руководитель Управления Роскомнадзора по Алтайскому краю, г-н Ложкин заявил: «Мы можем проверить любого!». И проверяют. Под карающий меч КоАП попали уклонисты от представления уведомлений: Приморский краевой клинический

кожно-венерологический диспансер и Городская больница № 1 г. Азова Ростовской области, Стоматологическая поликлиника № 2 г. Воронежа и Болоховская специальная (коррекционная) школа-интернат VIII вида... Список можно продолжить.

Но, готовя такое уведомление, вынужденные стать законопослушными учреждения будут неприятно удивлены, узнав, что Роскомнадзор значительно расширил перечень представляемых в соответствии с законом сведений. Его попросят сообщить ИНН, ОГРН, ОКВЭД, ОКПО, ОКФС, ОКОГУ и ОКОПФ, о которых в ФЗ-152 нет ни слова, раскрыть категории обрабатываемых данных (вместо трех предусмотренных законом — «просто» персональных данных, специальных и биометрических, вводятся 19 детализированных, таких, например, как имущественное положение или состояние интимной жизни), сообщить об использовании при обработке информации внутренней сети и Интернета, применяемых средствах обеспечения безопасности и отдельно — криптографических средств защиты, указать класс информационной системы. На каком основании это делается, госрегулятор умалчивает. Уклониться от предоставления большинства этих данных не удастся — в приеме уведомления Вам просто откажут, что тоже ФЗ-152 не предусмотрено. Квинтэссенцией электронного уведомления является отправка его без электронно-цифровой подписи, как этого требует закон, и по незащищенным каналам связи. Кстати, уведомление все равно надо будет распечатать, подписать и отправить почтой или нарочным в территориальное управление.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА НА ОБРАБОТКУ

Риторический вопрос: надо ли пациенту, обратившемуся за медицинской помощью, давать согласие на обработку своих персональных данных. Он уже совершил связанные с этим конклюдентные действия: представил документы, полис страхования, продиктовал сведения, необходимые для заполнения истории болезни или амбулаторной карты. Вы ответите: ну, какое еще согласие, он же сам данные представил. Как бы не так! Специфические требования ФЗ-152 и «Основ законодательства о здравоохранении» фактически предусматривают возможность обработки без согласия только врачом (в терминах закона — лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством сохранять врачебную тайну) в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг. Обработка данных медсестрой в регистратуре, ИТ-персоналом, представление отчетности, прямо не предусмотренной законом и т.п., уже требуют получения согласия пациента.

Вопрос активно обсуждается на многочисленных форумах в Интернете, и практика провоприменения ФЗ-152 показывает, что медицинское учреждение, не получившее письменного согласия пациента, рассматривается регулятором чаще всего как правонарушитель.

Факты? Пожалуйста. В марте 2010 года Управлением Роскомнадзора по Ростовской области проверены МУЗ «Центральная районная больница» Морозовского района Ростовской области и МУЗ «Городская больница № 1» г. Азова Ростовской области. При проведении проверок как нарушение было отмечено несоответствие требованиям законодательства содержания письменного согласия субъектов персональных данных (пациентов больницы) на их обработку.

При проведении плановой выездной проверки в отношении муниципального учреждения «Междуреченская центральная районная больница» сотрудниками Управления Роскомнадзора по Вологодской области было выявлено нарушение части 1 ст. 10 ФЗ-152 — обработка специальных категорий персональных данных без согласия субъекта, и по этому поводу выдано предписание об устранении нарушения.

Получение согласия пациентов сопряжено с немалыми сложностями потому, что предусмотреть все возможные случаи обработки персданных пациента, указать весь персонал (не являющийся врачами) и все сторонние организации, которые могут потенциально обрабатывать данные пациента, цели и способы такой обработки весьма сложно.

ФЗ-152 НА ПУТИ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Совсем катастрофической становится ситуация с выполнением ФЗ-152 при попытке внедрить в медицинских учреждениях современные информационные технологии, в первую очередь Web-технологии.

Несколько иллюстраций.

Закон фактически запрещает без письменного согласия пациента (а в определенных случаях — и при его наличии) использовать для обработки медицинской информации такие прогрессивные способы, как хостинг серверов или приложений в центрах обработки данных (ЦОДах), облачные вычисления, получение приложений по запросу (SaaS) и прочие, так как они неминуемо связаны с вовлечением в обработку третьих лиц.

Самозапись на сайте поликлиники на прием к врачу требует размещения минимальных данных о враче: его фамилии, имени, отчества, специализации, времени приема и номера кабинета. Это уже персональные данные, а размещение их на сайте, предполагающее свободный доступ к ним из Интернета, означает включение в общедоступные источники. Для этого необходимо получение письменного согласия субъекта, в данном случае — уже не пациента, а врача. Для справки. Письменное согласие должно содержать:

1) фамилию, имя, отчество, адрес субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;

2) наименование (фамилию, имя, отчество) и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных;

3) цель обработки персональных данных;

4) перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных;

5) перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных;

6) срок, в течение которого действует согласие, а также порядок его отзыва.

Попробуйте составить. Мало не покажется. Обратите при этом внимание на то, что для достижения целей обработки (организации приема пациентов) большинство указанных в согласии данных оператору (то есть поликлинике) абсолютно не нужно.

Заполнение Web-формы на сайте, содержащей сведения о пациенте, например, при записи на прием к врачу или вызове его на дом, требует использования сертифицированной криптографии для защиты сведений, и просто поднять встроенный в браузер протокол шифрования SSL для этого мало, об этом говорилось выше. Но проблема не только в шифровании.

По этому поводу Роскомнадзор дает разъяснения на своем сайте: «При заполнении вэб-формы заявки ... на сайте ... сети «Интернет» критерием, свидетельствующим о получении оператором согласия субъекта персональных данных на обработку его персональных данных, является файл электронной цифровой подписи. Кроме того, оператор вправе ввести в вэб-форму заявки обязательные для заполнения дополнительные поля, устанавливающие условие согласия субъекта персональных данных на обработку его персональных данных, при условии последующего проведения мероприятий по проверке достоверности представленных персональных данных. В остальных случаях согласие на обработку персональных данных равно, как и его отзыв, может оформляться только в письменной форме».

Вызов врача на дом чаще всего производит не заболевший человек, а его домочадцы или знакомые. И по этому поводу есть разъяснения того же органа власти: «Предоставление физическим лицом оператору персональных данных близких родственников возможно только при наличии письменного согласия указанных лиц либо в случаях, установленных федеральными законами».

А теперь переведем это в плоскость практических действий законопослушного главного врача. Для него все это в первую очередь как минимум перспектива административной ответственности за нарушения закона (ст. 13.11 КоАП — Нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных)). Может, проще жить по старинке, записывать на прием в регистратуре?

Не просто выполнить закон и используя такое достижение, как телемедицина. Помимо проблем защиты информационной системы и каналов связи, о которых уже говорилось выше, на первый план выходит правомерность трансграничной передачи, которая существенно ограничена законом. В первую очередь это касается передачи персданных на территорию стран, не обеспечивающих адекватной их защиты. К «адекватным» Роскомнадзор не относит, например, такую страну, как США.

Практически неразрешимую задачу перед медицинским учреждением ставит требование ФЗ-152 об уничтожении персональных данных в трехдневный срок после достижения целей их обработки. Когда закончен прием у врача или закрыт больничный лист — цель обработки достигнута? Формально, да. Но уничтожение данных в электронной истории болезни или электронной амбулаторной карте противоречит как здравому смыслу, так и самой сути ведения истории болезни.

И ЧТО ЖЕ ДАЛЬШЕ?

Остается только понять, что в этих условиях делать. Жить и работать, зная, что ты постоянно нарушаешь закон и в любой момент можешь быть подвергнут санкциям со стороны многочисленными надзорных органов, очень некомфортно.

Отказаться от современных технологий только потому, что закон и подзаконные акты плохи и не учитывают современных реалий? Выход, но какой-то уж очень неправильный.

Представляется, что единственным здравым вариантом поведения в этих условиях является консолидация усилий операторов персональных данных, создание общими усилиями с привлечением специализированных компаний отраслевых нормативных актов, регулирующих особенности обработки персональных данных в той или иной области — финансовой сфере, телекоммуникационном и страховом бизнесе. И в медицине. По этому пути уже пошли Банк России и операторы связи, заявили о своих намерениях страховые компании, игроки финансовых рынков и многие другие. Определенные шаги в этом направлении сделало и Минздравсоцразвития, организовавшее разработку «Методических рекомендаций для организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости», согласовавшее их со ФСТЭК России и разместившее рекомендации на своем сайте. Вот только на большинство вопросов, поставленных в данной статье, ответов там не найти. Поэтому работу надо продолжать, в идеале — с подготовкой изменений в законодательстве, обеспечивающих ведение своей деятельности без нарушения закона, и лоббирование таких изменений в Думе. Кредитно-финансовые учреждения в этом отношении продвинулись серьезно.

ВНЕДРЕНИЕ ИТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Итоги заседания Экспертно-консультативной группы Совета

В рамках заседания Президиума Совета при Президенте Российской Федерации по развитию информационного общества в Российской Федерации 22 декабря 2010 года был рассмотрен вопрос «О порядке реализации региональных программ модернизации здравоохранения в части внедрения информационных технологий».

В целях подготовки к указанному заседанию 20 декабря 2010 г. состоялось расширенное заседание Экспертно-консультативной группы Совета, на котором были рассмотрены основные приоритеты внедрения информационных технологий в сфере здравоохранения на региональном уровне и вопросы организации данных работ.

В рамках заседания обсуждались вопросы:

- Какие должны быть целевые показатели внедрения ИКТ к 2012 году?
- Какие комплексные системы должны быть реализованы в течение ближайших двух лет?
- Какие информационные практики существуют на сегодняшний день?
- Может ли рынок предложить типовые решения или Минздравсоцразвития должно вырабатывать общие рекомендации?
- Какова роль МИАЦ: может ли он стать системообразующим элементом?

Из выступления Романа Ивакина, заместителя руководителя Департамента информатизации Министерства здравоохранения РФ:

Основной целью «Внедрения современных информационных систем в здравоохранение» является обеспечение эффективной информационной поддержки системы здравоохранения и граждан. В рамках данной цели рекомендуется сконцентрировать свое внимание на следующих ключевых мероприятиях.

Первое — персонифицированный учет оказанных медицинских услуг, включая ведение электронной медицинской карты, запись к врачу в электронном виде, обмен медицинскими данными и так далее.

Второе — это единые федеральные регистры. Это Регистр медицинских работников, паспортизация медицинских учреждений и системы здравоохранения Федерации в целом.

В рамках указанных мероприятий должны быть реализованы следующие ключевые работы:

- оснащение всех медицинских учреждений необходимым оборудованием и общесистемным программным обеспечением на уровне, доста-

точном для реализации заявленных ключевых мероприятий;

• организация локальных сетей медицинских учреждений, обеспечение защиты персональных данных с учетом закона «О персональных данных»;

• организация регионального информационного ресурса, обеспечивающего информационный обмен между всеми участниками системы здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации. Полагаем, что физическое местонахождение центра обработки данных не так важно, как важна реализация данной функции региональным информационным ресурсом, поэтому каждый субъект может решить этот вопрос самостоятельно;

• организация широкополосных каналов связи между медицинскими учреждениями и региональным информационным ресурсом. Обеспечение всех медицинских учреждений программным обеспечением для ведения бухгалтерского и кадрового учета. Эта работа является одной из основных, поскольку и из этих систем будут наполняться федеральные регистры: Кадровый регистр, Регистр оснащенности медучреждений, Паспорт оснащенности субъекта Федерации;

• организация каналов связи между региональным информационным ресурсом и федеральным информационным ресурсом;

• внедрение медицинских информационных систем в субъекте Российской Федерации: либо медицинские информационные системы на уровне медицинских учреждений, либо медицинские информационные системы на уровне регионов. Субъект Российской Федерации сам принимает решение, каким образом двигаться. Затем будет необходимо выполнить работы по масштабированию выбранных решений и приоритетов;

• организация работы по организации записи к врачу в электронном виде. В рамках решения этой задачи должна быть организована выдача направлений на прием конкретных врачей-специалистов, а не только к врачу общей практики; запись на диагностические исследования, госпитализацию и организован мониторинг сроков ожидания плановой медицинской помощи;

• внедрение систем передачи телемедицинских данных.

Основные этапы работ были определены исходя из разработки типовых решений медицинских информационных систем. В соответствии с решениями, принятыми на Правительственной комиссии по информационным технологиям, срок завершения данных работ — 1 июля 2011 года. До этого срока необходимо все эти решения допилотировать, по итогам предоставить возможность их использования.

Для этого необходимо реализовать два этапа работ.

Первый этап связан с созданием базовой инфраструктуры и оснащенности, которая нужна субъекту Российской Федерации независимо от выбранного решения — либо модель так называемой CAAC-архитектуры, либо модель более классическая, трехуровневая, сервисоориентированная архитектура.

На втором этапе субъекты Федерации должны будут сосредоточить свои силы на внедрении медицинских информационных систем.

Подробнее о моделях.

Классическая, трехуровневая, сервисоориентированная модель, когда медицинская информационная система находится на уровне медицинского учреждения, здесь собирается и агрегируется вся информация по медицинскому учреждению. Далее она в анонимизированном виде поднимается на уровень регионального информационного ресурса, и к ней организовывается доступ всем участникам с учетом тех разрезов, которые необходимы участникам. Далее агрегированная информация в обобщенном виде передается на федеральный уровень.

Вторая модель — это программное обеспечение как услуга. Медицинская информационная система расположена как единая на уровне региона, а все медицинские учреждения субъектов Федерации получают доступ к

этой системе. Электронные медицинские карты пациентов хранятся на региональном уровне, там же анонимизируются, и информация предоставляется в нужных разрезах участникам системы здравоохранения уровня региона, и агрегированные данные поднимаются на федеральный уровень.

Здесь имеется один момент, который нужно обсудить. Сейчас обсуждается предложение использовать возможности «Ростелекома» в части предоставления инфраструктуры для организации региональных информационных ресурсов. Нужно учитывать мощности, которые существуют в медицинских информационно-аналитических центрах субъектов. Поэтому необходимо услышать мнение экспертов по данной инициативе.

Пилотный проект планируется реализовать на территории Москвы, Санкт-Петербурга и Красноярского края. Общее количество медицинских учреждений — 27, мы охватываем практически все типы медицинских учреждений системы здравоохранения. Такая модель пилотного проекта обусловлена тем, что будет задействована база учреждений Федерального медико-биологического агентства, поскольку эта структура достаточно жестко управляемая, что позволит уложиться по срокам с реализацией пилота.

Решение Совета по развитию информационного общества о порядке реализации региональных программ модернизации здравоохранения

Решение заседания Президиума Совета при Президенте Российской Федерации по развитию информационного общества в Российской Федерации о порядке реализации региональных программ модернизации здравоохранения в части внедрения информационных технологий:

1. Принять к сведению доклад Минздравсоцразвития России (В.А. Зеленский) по данному вопросу.

2. Минздравсоцразвития России (Т.А. Голикова):

- создать до 1 января 2012 года на федеральном уровне единую систему нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения, обеспечив возможность оперативного доступа через медицинские информационные системы к соответствующим регистрам и классификаторам;
- определить до 1 апреля 2011 года порядок обеспечения эксплуатации действующих и создаваемых федеральных информационных ресурсов в сфере здравоохранения и доступа к содержащимся в них сведениям.

3. Минздравсоцразвития России (Т.А. Голикова) совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти в целях реализации единой научно-технической политики при внедрении информационных технологий в сфере здравоохранения:

- разработать стандарты ведения электронной медицинской карты пациента и регламенты обмена медицинскими данными;
- подготовить предложения о порядке организации работ по внедрению в 2011 году электронной медицинской карты в региональных и муниципальных медицинских учреждениях в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации с высоким уровнем готовности;
- подготовить предложения по составу регионального фрагмента единой информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональным и техническим требованиям к компонентам данной системы, обязательным для внедрения в 2011–2012 годах, в том числе к информационным системам обеспечения деятельности медицинских учреждений и поддержки принятия врачебных решений, включая порядок проверки соответствия этим требованиям отдельных программно-технических решений;
- подготовить предложения по минимальным значениям целевых показателей использования информационно-коммуникационных

технологий в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, обязательные для достижения во всех субъектах Российской Федерации в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011–2012 годах;

• подготовить предложения по методике оценки деятельности субъектов Российской Федерации по внедрению информационных технологий в сфере здравоохранения, предусмотрев публикацию данной информации в сети Интернет;

• определить главного конструктора единой информационной системы в сфере здравоохранения и образовать совет главного конструктора.

Представить до 1 апреля 2011 года соответствующий доклад в Президиум Совета.

4. Экспертно-консультативной группе Совета представить до 1 марта 2011 года в Минздравсоцразвития России предложения по вопросам, указанным в пункте 3 настоящего Решения.

5. Рекомендовать высшим органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

• провести обследование и до 1 мая 2011 года завершить техническое проектирование инфраструктуры создаваемого в субъекте Российской Федерации регионального фрагмента единой информационной системы в сфере здравоохранения с учетом предложений Минздравсоцразвития России, подготовленных во исполнение пункта 3 настоящего Решения;

• предусмотреть создание регионального фрагмента единой информационной системы в сфере здравоохранения на базе медицинского информационно-аналитического центра субъекта Российской Федерации, определив его оператором действующих и создаваемых региональных информационных ресурсов в этой сфере, а также информационно-технологической инфраструктуры электронного взаимодействия государственных и муниципальных медицинских учреждений между собой и с органами управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями.

Здравоохранение-2011

Премьер-министр Владимир Путин призвал руководство «Единой России» наладить эффективный общественный контроль за реализацией региональных программ здравоохранения. Премьер отметил, что действовать нужно в тесном контакте с профсоюзами, объединениями медработников и трудовыми коллективами. В. Путин не исключил и привлечения к этим целям других политических партий. Спикер Госдумы Борис Грызлов в ответ предложил направить не менее 20% средств, выделенных на модернизацию здравоохранения, сельским больницам. Он добавил, что сейчас большинство предложений, поступающих из регионов, касаются лишь городских больниц.

Источник: РИА Новости

ПРИГЛАШАЕМ К ДИСКУССИИ

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

Повод — обнародование Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования представил для обсуждения проект «Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», который должен быть утвержден к моменту вступления в юридическую силу нового Закона РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Знакомство с проектом указанного нормативного акта ФОМС обнаруживает ряд существенных упущений и нареканий.

В разделе «Понятия и термины» приводится определение дефекта медицинской помощи, которое отражает деградацию в управлении качеством медицинской помощи.

Предыдущие определения дефекта медицинской помощи, оформленные в нормативных актах ФОМС, четко отражали революционные изменения системы управления качеством медицинской помощи.

Первой «революцией» системы управления качеством медицинской помощи было определение, введенное Приказом Федерального фонда ОМС № 73 в 2000 году, где указывалось: «Медицинская помощь ненадлежащего качества — медицинская помощь, оказываемая медицинским работником со следующими негативными последствиями:

— затруднена стабилизация заболевания или повышен риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания;

— повышен риск возникновения нового патологического процесса;

— неоптимальное использование ресурсов медицинского учреждения;

— неудовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинским учреждением».

Революционность данного определения заключалась в том, что к ненадлежащему качеству медицинской помощи стали относить не только факты стабилизации заболевания или возникновения нового патологического процесса, а уже появление и повышение риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и риска возникновения нового патологического процесса. При этом процессу экспертизы медицинской помощи придавался мощный профилактический посыл. Экспертом выявлено всего лишь повышение риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, который не реализовался в таковое прогрессирование у данного конкретного пациента, но мог бы реализоваться у другого застрахованного лица. На основании такого решения эксперта, основанного на данном определении ненадлежащего качества медицинской помощи, выявляются причины повышения риска и принимаются управленческие решения по недопущению аналогичного повышения риска прогрессирования имеюще-

© А.А. Старченко, 2011 г.

гося заболевания или риска возникновения нового патологического процесса у другого пациента. Благодаря такому профилактическому подходу к системе управления качеством медицинской помощи своевременно и без ущерба жизни и здоровью пациентов, могут приниматься управленческие решения.

Второй «революцией» в системе управления качеством медицинской помощи было определение дефекта оказания медицинской помощи, введенное Приказом Федерального фонда ОМС от 26.05.08 № 111:

«— несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по обязательному медицинскому страхованию или условиям договора;

— нарушение требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти;

— нарушение обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения;

— нарушение требований безопасности медицинской услуги;

— несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью застрахованных (пациентов);

— нарушение прав застрахованных;

— неоптимальный выбор технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию имеющегося у пациента заболевания; создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения);

— нарушение правил оформления медицинской документации».

В соответствии с этим нормативным актом к дефектам оказания медицинской помощи, наряду с очевидными дефектами, такими как несвоевременное оказание помощи, невыполнение требований нормативных актов, оказание помощи, не отвечающее требованиям безопасности медицинской услуги, относят и нарушение правил оформления медицинской документации.

В этом и заключается революционность данного завоевания системы управления качеством. До введения данного определения все дефекты умозрительно делились на две группы:

— собственно дефекты качества помощи, что рассматривается в качестве серьезного недостатка;

— дефекты оформления медицинской документации, что рассматривается несущественным недостатком.

Вступлением в силу приказа ФОМС № 111 в качестве медицинской помощи неразрывно соединялись в единое целое и форма, и содержание. Отныне нарушения в содержании и форме (оформлении) должны оцениваться как равнозначные дефекты качества. И в этом заложен глубокий смысл системы управления качеством, которое оценивается исключительно по данным медицинской документации, которая должна в полном объеме и абсолютно точно и достоверно отражать все медицинские мероприятия, действия, замыслы, описание и оценку событий, рисков, особенностей и условий оказания медицинской помощи, умозаключения и выводы. Без этого «формального» этапа невозможно оценить качество, поэтому форма (документация) и содержание (события и факты) неразрывны. Управление качеством невозможно без информационных потоков, то есть без обратной связи. Отсутствие или ненадлежащее ведение этой обратной связи (медицинской документации) прерывает оказание медицинской помощи надлежащего качества, так как искажает или уничтожает качество медицинской помощи.

Необходимо отметить, что определение дефекта оказания медицинской помощи в редакции приказа ФОМС № 111 строго соответствует определению недостатка услуги, введенному преамбулой Закона РФ «О защите прав потребителей».

Достоинством данного определения является полная прозрачность и всесторонность раскрытия понятия дефекта. Такая открытость, исчерпаемость и всесторонность демонстрируют участникам системы управления качеством (проверяемым и защищаемым в первую очередь) уважение по отношению к ним, а также возможность проверки выводов и заключений, а, следовательно, возможность составления претензии и обжалования, то есть соблюдение и уважение прав всех заинтересованных сторон.

Только такой подход приводит экспертную деятельность к соблюдению требований, заложенных в законодательстве о государственной судебной экспертной деятельности, основанных на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники, возможности проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Это определение заложило в систему управления качеством медицинской помощи принципы демократии, цивилизованного рынка и либеральных отношений в противовес административно-командной системе управления.

И вот на таком революционном подъеме системы управления качеством обнародован для обсуждения проект «Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», где приводится следующее определение дефекта: *«Дефектом медицинской помощи является: несоответствие предоставленной медицинской помощи потребностям застрахованного лица, современному уровню медицинской науки; невыполнение и/или неправильное выполнение медицинских технологий, порядков и/или стандартов медицинской помощи; отсутствие ожидаемого эффекта от лечения и/или прогрессирование имеющегося заболевания; возникновение нового заболевания; нерациональное использование ресурсов здравоохранения».*

Данное определение полностью ликвидирует ясность, всесторонность, полноту и соответствие уже принятым и действующим в РФ законам. Оно вносит запутанность и неоднозначность, предполагает волюнтаризм и плюрализм трактовок.

Данное определение ставит массу вопросов, на которые отсутствуют ответы или ответы носят неоднозначный, дискуссионный характер, что при проведении экспертизы исключает исполнение принципов объективности, повторяемости и проверки.

К примеру:

— что такое *«несоответствие предоставленной медицинской помощи потребностям застрахованного лица»?*

— как оценить эти потребности?

— как оценить это несоответствие помощи потребностям?

— в каких нормативных актах и каким уполномоченным органом сформулированы данные потребности?

— что такое современный уровень медицинской науки?

— в каких нормативных актах и каким уполномоченным органом сформулирован данный уровень науки?

— при каких обстоятельствах и в каком порядке уровень признается современным или несовременным?

— что такое ожидаемый эффект от лечения, кто его оценивает, от лица кого (эксперта, пациента, работодателя) проводится такая оценка ожидания (субъект ожидания) и др.?

Таким образом, предлагаемое к принятию определение не соответствует чаяниям и нуждам системы управления качеством медицинской помощи.

Понятие дефекта медицинской помощи должно быть понятным, наиболее полным, ясным и прозрачным, только исполнение этих условий будет отвечать требованиям достоверности, объективности экспертизы, а также

уважению и соблюдению прав и законных интересов участников ОМС и в первую очередь медицинских работников, чья деятельность подвергается экспертной оценке, а также пациентов, ради которых экспертная оценка осуществляется. С этой целью предлагаем вернуться к предыдущим нормативным актам ФОМС и изменить определение дефекта медицинской помощи в части приведения его в соответствие с Законом РФ «О защите прав потребителей», в части определения недостатка (дефекта) услуги.

Дефект медицинской помощи — недостаток медицинской услуги (медицинской помощи), представляющий собой:

— несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством об охране здоровья и об обязательном медицинском страховании, или условиям договора;

— нарушение требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти;

— нарушение обычаев делового оборота и обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения;

— нарушение требований безопасности медицинской услуги (необоснованный риск медицинского вмешательства, выполнение услуги без показаний или без учета противопоказаний, несоблюдение правил техники безопасности);

— неоптимальный выбор технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию имеющегося у пациента заболевания; создание условий повышения риска прогрессирования имеющегося заболевания и создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения);

— несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) обычно оказывается;

— нарушение прав застрахованных;

— нарушение правил оформления медицинской документации.

Любопытно, что данное определение дефекта медицинской помощи не соответствует определению дефекта оказания медицинской помощи, размещенному на сайте Минздравсоцразвития РФ в рамках законопроекта «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами». В статье 1 проекта закона приводится определение: *«Дефект оказания медицинской помощи — допущенное медицинской организацией нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток независимо от вины такой медицинской организации и ее работников».*

Из такого определения дефекта возникают еще больше вопросов, чем ответов:

— что такое «нарушение качества»?

— что такое «нарушение безопасности»?

— что такое «иной недостаток»?

Таким образом, приводимое в законопроекте ключевое определение дефекта медицинской помощи не отвечает цели закона и превращает законопроект в беспредметный. Ни пациент, ни медицинский работник, ни эксперт не смогут сформулировать обоснованное суждение или заключение, не понимая выше приведенных составляющих термина «дефект». Разработчик закона, руководствуясь принципом «масло масляное», сообщил обществу и заинтересованным лицам, что дефект — это нарушение. Но медицинское учреждение (врача) интересует, в чем выражается таковое нарушение, чтобы его или предупредить, или застраховать. Пациента интересует, в чем выражается таковое нарушение, чтобы потребовать компенсацию. Эксперта волнует, в чем должно заключаться нарушение, чтобы вынести обоснованное заключение. Суд должен понимать составляющие нарушения, чтобы соотнести каждое из них с требованиями многочисленных законов и вынести справедливое, законное, правосудное решение. Определение дефекта оказания медицинской помощи должно быть сформулировано простым и ясным русским языком, юри-

дически соответствующим уже действующим и примененным на практике нормам, прозрачным и понятным всем гражданам. Полагаю, требует существенной коррекции раздел XII «Экспертная деятельность в системе обязательного медицинского страхования».

Коль скоро страховой компании навязывается эксперт качества медицинской помощи, который по условиям вносимых в законодательство об ОМС изменений должен быть обязательно одновременно работником системы здравоохранения (иначе он не сможет получить сертификат специалиста), то страховая компания не должна нести ответственность за заключения такового (в отсутствие независимости) эксперта, работающего и на систему здравоохранения. Поэтому необходимы следующие нормы:

— «эксперт качества медицинской помощи несет ответственность в соответствии с законодательством РФ за ненадлежащее качество выполнения экспертизы качества медицинской помощи перед СМО, ТФОМС и застрахованным в системе обязательного медицинского страхования гражданином»;

— «страховая медицинская организация не несет ответственности за ненадлежащее качество экспертизы, выполненной экспертом качества медицинской помощи».

Совершенно неприемлемой является норма об анонимности эксперта: «При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт имеет право на сохранение анонимности/конфиденциальности». В соответствии с нормой ч. 2 ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей» установлена обязанность: *«2. Информация о товарах (работах, услугах) в обязательном порядке должна содержать: указание на конкретное лицо, которое будет выполнять работу (оказывать услугу), и информацию о нем, если это имеет значение, исходя из характера работы (услуги)».*

Наличие территориального реестра экспертов качества медицинской помощи, процедура внесения эксперта в территориальный реестр, критерии внесения и критерии исключения эксперта из территориального реестра, цели и задачи экспертизы, выполняемой экспертом, — это обстоятельства, имеющие существенное значение для выполнения экспертизы, исходя из характера экспертной услуги, ее оплаты по договору и удовлетворения законного интереса застрахованного лица в получении объективных, полных и достоверных ее результатов. В связи с этим анонимная экспертиза нарушает права и законные интересы всех участников системы ОМС, а самое главное — пациента, который вправе знать квалификацию и иные характеристики эксперта.

В разделе VI «Порядок осуществления контроля территориальным фондом за деятельностью страховых медицинских организаций в сфере осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» вводится понятие «метаэкспертиза качества медицинской помощи — повторная экспертиза качества медицинской помощи, осуществляемая параллельно или последовательно с первой тем же методом другим экспертом до момента формирования окончательного заключения, выводов и рекомендаций, в целях принятия согласованного между экспертами заключения для повышения объективности оценки качества медицинской помощи».

Однако оно не отвечает требованиям, предъявляемым к самой этой метаэкспертизе в этом же разделе:

— метаэкспертиза качества медицинской помощи не является повторной экспертизой качества медицинской помощи, так как не получены результаты и не утверждено окончательное заключение (решение) по первичной экспертизе;

— целью любой экспертизы является полное, достоверное и объективное заключение, которое не может быть достигнуто согласованными действиями экспертов первичной экспертизы и повторной экспертизы, так как указанное согласование, являясь, по существу, компромиссом, будет рассматриваться заинтересованным лицом (медицин-

ская организация, пациент) как нарушение их прав и законных интересов в форме сговора, так как компромисс никогда не является повышением объективности оценки качества медицинской помощи.

Порядком в качестве основания для исключения эксперта из реестра экспертов являются обоснованные неоднократные претензии к качеству работы эксперта, поступающие от организаторов и/или субъектов контроля. Считаем, что необходимо исключить данное основание, так как мера исключения из реестра эксперта вследствие «обоснованных неоднократных претензий к качеству работы эксперта, поступающих от организаторов и/или субъектов контроля», по существу, является:

— попыткой осуществления давления (пожизненной дисквалификацией) на эксперта, что приведет к нарушению принципа объективности при выполнении экспертизы;

— излишней мерой, так как СМО как участник системы ОМС должна иметь право выбора эксперта по своему усмотрению, которое и будет основано прежде всего на опыте работе и репутации эксперта (СМО не будет заключать договор с «неподходящими» по уровню знаний или этики экспертами).

Примером несбалансированности прав является норма о том, что медицинская организация имеет право обратиться в независимые самостоятельные экспертные организации для проведения повторной экспертизы качества медицинской помощи, при этом оплата труда эксперта осуществляется за счет средств медицинской организации. При выявлении фактов полного или частичного несоответствия результатов экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией, медицинская организация вправе требовать возмещения затрат на проведение экспертизы от страховой медицинской организации в установленном законодательством порядке и признания мер, применяемых к медицинской организации, необоснованными.

Необходимо исключить эту норму, как не соответствующую требованиям, предъявляемым к экспертам качества медицинской помощи, обязательным условием которых является включение в территориальный реестр. «Независимые самостоятельные экспертные организации» не имеют какого-либо нормирования в данном Порядке и не предусмотрены иным законодательством. Данная норма дает преференцию медицинской организации и ставит ее в неравное положение со страховыми медицинскими организациями и застрахованными лицами, не обладающими аналогичными правами. Одновременно данная норма дает преференцию «независимым самостоятельным экспертным организациям» и ставит эти организации в неравное положение с экспертами, деятельность которых нормирована и ограничена, в том числе возможностью «пожизненного» исключения из реестра экспертов.

Требует конкретизации норма об уплате медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты предоставления медицинской помощи). Предлагаемая проектом конструкция, по существу, представляет собой блокирование применения штрафных санкций к медицинской организации, так как фактически создает заинтересованность медицинской организации исключительно в судебном (арбитражном) решении об уплате штрафа, что существенно увеличивает продолжительность рассмотрения вопроса и затраты страховщика при существующей массовости предъявления штрафных санкций.

С целью упрощения процедуры необходимо ввести в договор между медицинской организацией и страховой медицинской организацией пункт, предусматривающий обязательную передачу полномочия медицинской организации по уплате штрафа страховой медицинской организации по удержанию данной суммы из текущего финансирования по прошествии 30 дней с момента принятия окончательного решения по результатам экспертизы.

СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В СВЕТЕ НОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

КОНСУЛЬТИРУЕТ
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

В соответствии со статьей 3 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 326-ФЗ) страховые взносы на обязательное медицинское страхование — это обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Обязанность по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

Действие указанного Федерального закона № 212-ФЗ не распространяется на правоотношения, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Таблица 1

Тарифы страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения

	2010	*С 2011 (планировалось)*	*2011 (установлено)*	*2012*
Федеральный фонд	1,1	2,1	3,1	5,1
(в том числе на реализацию программ модернизации)	–	–	(2,0)	(2,0)
Территориальный фонд	2,0	3,0	2,0	0,0
ИТОГО	3,1	5,1	5,1	5,1

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 1 января 2012 г. в Федеральный закон от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» вносится целый ряд изменений в порядок уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование. В первую очередь они связаны с тем, что страховые взносы на обязательное медицинское страхование будут вноситься только в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и больше не будут вноситься в территориальные фонды ОМС.

В самом наименовании указанного Федерального закона № 212-ФЗ с 2012 года слова «и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» будут исключены. Подобные изменения будут внесены и в соответствующие статьи указанного закона, в которых упоминались территориальные фонды. Слова «фонды обязательного медицинского страхования» будут заменены словами «Федеральный фонд обязательного медицинского страхования».

Будут применяться следующие тарифы страховых взносов, если иное не предусмотрено указанным Федеральным законом № 212-ФЗ (для ряда плательщиков установлены иные тарифы взносов):

1) Пенсионный фонд Российской Федерации — 26%;

2) Фонд социального страхования Российской Федерации — 2,9%;

3) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: с 1 января 2011 года — 3,1%, с 1 января 2012 года — 5,1%;

4) территориальные фонды обязательного медицинского страхования: с 1 января 2011 года — 2,0%, с 1 января 2012 года — 0,0%. С 1 января 2012 года этот пункт утрачивает силу.

Тарифы страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения указаны в *таблице 1.*

Отметим, что увеличение общего размера страховых взносов в государственные внебюджетные фонды с 24,0 до 34,0% повы-

шает расходы государственных (муниципальных) учреждений. Сохранение же в 2011 году тарифа страховых взносов в территориальные фонды на обязательное медицинское страхование работающего населения на уровне 2010 года (2,0%) приводит к тому, что территориальные фонды окажутся не в состоянии (без дополнительных источников финансирования) обеспечить покрытие этих возросших расходов.

Что касается страхования неработающего населения, то в соответствии со статьей 2 ранее действовавшего Закона Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» страхователями при обязательном медицинском страховании являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления. В соответствии со статьей 17 указанного Закона они же должны были осуществлять платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ (статья 11) страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

В настоящее время законодательно не установлены единые требования к размеру страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Отсутствие законодательного регулирования взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения ведет к невыполнению подушевого норматива финансового обеспечения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, установленного Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, и, как следствие, к дефицитности территориальных программ обязательного медицинского страхования. При этом происходит большая дифференциация страховых взносов на неработающее население по субъектам Российской Федерации в расчете 1 человека (в 2009 г. максимальное и минимальное значения по субъектам Российской Федерации различались почти в 100 раз). Поэтому сильно различается финансовая обеспеченность здравоохранения субъектов Российской Федерации как средствами обязательного медицинского страхования, так и финансовыми средствами в целом (с учетом бюджетных средств).

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ предполагается принятие специального федерального закона, посвященного страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Предполагаемое название Федерального закона — «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Часть 12 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливает, что с 2011 года размер бюджетных ассигнований на уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения должен включать в себя в полном объеме финансовое обеспечение видов медицинской помощи и включенных в тариф на оплату медицинской помощи статей расходов в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования на соответствующий год, ранее финансируемых из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации.

В соответствии с частью 7 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ в период 2012–2014 годов размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование

неработающего населения в субъекте Российской Федерации определяется в следующем порядке:

1) в 2012 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 25% разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 Федерального закона № 326-ФЗ, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году;

2) в 2013 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 50% разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 Федерального закона № 326-ФЗ, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году;

3) в 2014 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 75% разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 Федерального закона № 326-ФЗ, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году;

4) в 2012–2014 годах размер тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона устанавливается с учетом передаваемых расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, подлежащих включению в территориальную программу обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, расходов бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ и расходов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи.

Указанная в предыдущих абзацах часть 2 статьи 23 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливает, что годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного федеральным законом.

Вышесказанное означает, что «полноценный» тариф на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с требования закона, устанавливающего тариф страхового взноса, будет достигнут только к 2015 году. Обнадеживает то, что размер предполагаемого законодательного тарифа будет достаточно высоким и установлен четкий механизм достижения этой цели.

В 2011 году уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется страхователями путем перечисления суммы ежемесячного обязательного платежа в бюджеты территориальных фондов ОМС.

С 2012 года порядок меняется. В соответствии с частью 5 статьи 24 Федерального закона № 326 в течение расчетного периода уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется страхователями путем перечисления суммы ежемесячного обязательного платежа в бюджет Федерального фонда.

Итак, начиная с 2012 года, уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование как работающего, так и неработающего населения будет осуществляться не в территориальные, а в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Основным же источникам средств территориальных фондов ОМС, начиная с 2012 года, будут субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов.

Статья 27 Федерального закона № 326-ФЗ определяет порядок получения и использования субвенций для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

Субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются в объеме, установленном федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период. Порядок распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов устанавливается Правительством Российской Федерации.

Общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов, определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования и других показателей, установленных в соответствии с действующим законодательством.

Субвенции предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, размеру страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанному в соответствии со статьей 23 Федерального закона № 326-ФЗ, и при условии перечисления в бюджет Федерального фонда ежемесячно одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, в срок не позднее 25-го числа каждого месяца.

Субвенции носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

Средства бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат.

Добавим, что в соответствии со статьями 13 и 14 Бюджетного кодекса Российской Федерации бюджет Федерального фонда относится к федеральному уровню, а бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования принадлежат субъектам Российской Федерации.

Часть 8 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливает, что в 2012 году размер субвенций из бюджета Федерального фонда бюджету территориального фонда исчисляется как сумма страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения соответствующего субъекта Российской Федерации, страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, исчисляемых на территории соответствующего субъекта Российской Федерации по тарифу 2%, и объема дотаций, предусмотренного в бюджете Федерального фонда соответствующего субъекта Российской Федерации на 2011 год.

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

Если при переходе на новый статус бюджетное учреждение имеет долги по вине финансового органа (недофинансирование), то почему из-за отмены субсидиарной ответственности в соответствии с 83-ФЗ в дальнейшем оно само должно отвечать по этим долгам? Обязаны ли финансовые органы погасить кредиторскую задолженность, возникшую до перехода на новый статус?

Абсолютно правильная постановка вопроса: бюджетные учреждения не обязаны в одиночку решать вопрос погашения кредиторской задолженности, возникшей до перехода на новый статус. Это диктуется здравым смыслом. Но это не только житейская логика — это еще и требование законодательства — самого 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» (далее — Федеральный закон № 83-ФЗ). Часть 12 статьи 33 указанного Федерального закона устанавливает, что положения абзаца шестого пункта 2 статьи 120 Гражданского кодекса Российской Федерации в части исключения субсидиарной ответственности собственника имущества бюджетного учреждения по обязательствам такого учреждения не применяются к правоотношениям, возникшим до 1 января 2011 года.

Указанный абзац шестой пункта 2 статьи 120 Гражданского кодекса Российской Федерации гласит: «Бюджетное учреждение отвечает по своим обязательствам всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом, как закрепленным за бюджетным учреждением собственником имущества, так и приобретенным за счет доходов, полученных от приносящей доход деятельности, за исключением особо ценного движимого имущества, закрепленного за бюджетным учреждением собственником этого имущества или приобретенного бюджетным учреждением за счет выделенных собственником имущества бюджетного учреждения средств, а также недвижимого имущества. Собственник имущества бюджетного учреждения не несет ответственности по обязательствам бюджетного учреждения».

Таким образом, по долгам, возникшим до 2011 года, собственник имущества бюджетного учреждения будет по-прежнему нести субсидиарную ответственность.

Другое дело, если за счет текущего финансирования бюджетное учреждение будет погашать в 2011 году кредиторскую задолженность, возникшую в предыдущие годы, тем самым вольно или невольно формируя новую кредиторскую задолженность, то по этой новой кредиторской задолженности бюджетному учреждению придется рассчитываться уже самому: собственник учреждения по этой новой задолженности 2011 года уже не будет нести субсидиарную ответственность. Это обстоятельство нужно иметь в виду при формировании финансовой стратегии бюджетного учреждения.

Имеются ли какие-либо ограничения по участию отдельных типов государственных или муниципальных учреждений в системе ОМС?

В соответствии со статьей 15 Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Поэтому в общем случае ни для государственных (муниципальных) учреждений, ни для частных учреждений, ни для коммерческих организаций нет ограничений по участию в системе ОМС при условии соответствия указанным требованиям (наличие лицензии и включение в реестр).

Правда, есть одно дополнительное ограничение, появившееся недавно в Федеральном законе № 83-ФЗ. Часть 19 ст. 30 Федерального закона № 83-ФЗ, введенная Федеральным законом Российской Федерации 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», устанавливает, что государственные учреждения субъектов Российской Федерации и муниципальные учреждения, участвующие в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, не могут быть созданы в виде казенных учреждений.

Это означает, что казенные учреждения не смогут работать в системе ОМС.

Правда ли, что бюджетные учреждения в новом статусе не обязаны будут возвращать остатки неиспользованных субсидий обратно в бюджет?

В соответствии с п. 17 статьи 30 Федерального № 83-ФЗ не использованные в текущем финансовом году остатки средств, предоставленных бюджетным учреждениям из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации в соответствии с абзацем первым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Россий-

ской Федерации (далее — Бюджетный кодекс), используются в очередном финансовом году на те же цели. Указанный пункт Бюджетного кодекса 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)».

Но, как известно, бюджетные учреждения могут получать и другие виды субсидий.

В соответствии с п.18 вышеуказанной статьи 30 Федерального закона № 83-ФЗ не использованные в текущем финансовом году остатки средств, предоставленных бюджетным учреждениям из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации в соответствии с абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса (он гласит: «Из бюджетов бюджетной системы Российской Федерации могут предоставляться субсидии бюджетным и автономным учреждениям на иные цели»), подлежат перечислению бюджетными учреждениями в соответствующий бюджет. Остатки средств, перечисленные бюджетными учреждениями в соответствующий бюджет, могут быть возвращены бюджетным учреждениям в очередном финансовом году при наличии потребности в направлении их на те же цели в соответствии с решением соответствующего главного распорядителя бюджетных средств.

Пункт 19. рассматриваемой статьи определяет, что порядок взыскания неиспользованных остатков средств при отсутствии потребности в направлении их на те же цели устанавливается соответствующим финансовым органом с учетом общих требований, установленных Министерством финансов Российской Федерации.

Останется ли бюджетное учреждение в новом статусе получателем бюджетных средств?

Нет, не останется. Статья 6 Бюджетного кодекса (в редакции Федерального закона № 83-ФЗ) определяет, что «получатель бюджетных средств (получатель средств соответствующего бюджета) — орган государственной власти (государственный орган), орган управления государственным внебюджетным фондом, орган местного самоуправления, орган местной администрации, находящееся в ведении главного распорядителя (распорядителя) бюджетных средств казенное учреждение, имеющие право на принятие и (или) исполнение бюджетных обязательств от имени публично-правового образования за счет средств соответствующего бюджета, если иное не установлено настоящим Кодексом».

Как видим, ни бюджетные, ни автономные учреждения в этот перечень не попали.

ВПРАВЕ ЛИ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ПРОИЗВЕСТИ НЕ РЕОРГАНИЗАЦИЮ, А ИЗМЕНЕНИЕ ТИПА НА БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ В СРОК ДО 10.05.2011?

Отвечает служба Правового консалтинга ГАРАНТ:

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Процедура по изменению типа автономного учреждения, созданного до 01.01.2011, сфера деятельности которого не указана в ч. 1 ст. 2 Закона № 174-ФЗ (в редакции Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ), на бюджетное учреждение может быть проведена по решению учредителя автономного учреждения в срок до 10.05.2011.

Обоснование вывода:

Особенности правового положения автономных учреждений (далее — АУ, учреждения) установлены Федеральным законом от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» (далее — Закон № 174-ФЗ).

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 — Закон № 83-ФЗ) в Закон № 174-ФЗ внесены существенные изменения, вступающие в силу с 01.01.2011 г., за исключением положений, для которых ст. 33 Закона № 83-ФЗ установлены иные сроки вступления их в силу (п. 1 ст. 33 Закона № 83-ФЗ).

В частности, п. 1 ст. 23 Закона № 83-ФЗ внесены изменения в ч. 1 ст. 2 Закона № 174-ФЗ, предусматривающие, что с 01.01.2011 автономные учреждения можно будет создавать для выполнения работ, оказания услуг в целях осуществления предусмотренных законодательством РФ полномочий органов государственной власти, полномочий органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах в случаях, установленных федеральными законами. На сегодняшний день возможность создания АУ в иной сфере, прямо не предусмотренной Законом № 174-ФЗ (в редакции Закона № 83-ФЗ), закреплена только в ч. 8 ст. 6.1, ч. 2 ст. 29, ч. 4 ст. 49 Градостроительного кодекса РФ.

Остальные АУ, сфера деятельности которых не указана в ч. 1 ст. 2 Закона № 174-ФЗ (в редакции Закона № 83-ФЗ), созданные до 01.01.2011, в силу требований ч. 14 ст. 31 Закона № 83-ФЗ, подлежат реорганизации или ликвидации в течение года со дня официального опубликования Закона № 83-ФЗ, то есть до 10.05.2011.

Отметим, что реорганизация АУ может быть осуществлена в форме: 1) слияния двух или нескольких автономных учреждений; 2) присоединения к АУ одного учреждения или нескольких учреждений соответствующей формы собственности; 3) разделения АУ на два учреждения или несколько учреждений соответствующей формы собственности; 4) выделения из АУ одного учреждения или нескольких учреждений соответствующей формы собственности (ч. 2 ст. 18 Закона № 174-ФЗ).

Исходя из положений ч. 2 и ч. 5 ст. 18 Закона № 174-ФЗ не является реорганизацией существующего АУ изменение типа данного учреждения в целях создания бюджетного учреждения*(1). Поэтому, если в результате изменения типа АУ создается бюджетное учреждение, положения, установленные в ч.ч. 1–4 ст. 18 Закона № 174-ФЗ, не применяются. Порядок создания бюджетных учреждений определяется правовыми актами органов, указанных в ч. 5 ст. 18 Закона № 174-ФЗ.

Таким образом, Законом № 83-ФЗ, с одной стороны, установлена обязанность для АУ, созданных до 01.01.2011, сфера деятельности которых не указана в ч. 1 ст. 2 Закона № 174-ФЗ (в редакции Закона № 83-ФЗ), произвести реорганизацию или ликвидацию в срок до 10.05.2011. С другой стороны, ни Закон № 83-ФЗ, ни иные законодательные акты не устанавливают запрета на проведение в этот же период изменения типа АУ. Законом № 83-ФЗ не установлены сроки проведения процедуры по изменению типа вышеуказанных АУ на бюджетные учреждения. Однако в том случае, если в срок до 10.05.2011 на основании решений учредителей таких АУ не будет проведена процедура по изменению типа учреждений (перевод АУ в бюджетные учреждения), нарушатся требования, установленные ч. 14 ст. 31 Закона № 83-ФЗ.

Соответственно, процедура по изменению типа АУ, созданного до 01.01.2011, сфера деятельности которого не указана в ч. 1 ст. 2 Закона № 174-ФЗ (в редакции Закона № 83-ФЗ), на бюджетное учреждение может быть проведена по решению учредителя АУ в срок до 10.05.2011.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ Баркова Лилия

Правовой консалтинг является уникальной услугой индивидуального консультирования по правовым вопросам, которая предоставляется пользователям непосредственно во время работы с системой ГАРАНТ. Основные преимущества услуги Правового консалтинга:

Удобство использования

— в любой момент при работе с системой ГАРАНТ можно обратиться за персональной консультацией и получить ответ на интересующий вопрос, ответы хранятся в системе ГАРАНТ и содержат гиперссылки на дополнительные тематические материалы, содержащиеся в системе.

Гарантия качества

— служба Правового консалтинга состоит из квалифицированных экспертов в области бухгалтерского учета и налогообложения, трудового и гражданского права в сфере регулирования предпринимательской деятельности. Все ответы проходят обязательную дополнительную централизованную экспертизу рецензентами службы Правового консалтинга.

Оперативность

— срок ответа на вопросы пользователя, принятые к рассмотрению, составляет два дня.

*(1) В соответствии с п. 8 ст. 23, ст. 33 Закона № 83-ФЗ с 01.11.2011 изменение типа АУ возможно также в целях создания казенного учреждения.

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.

Лампы TUV Xtra:
рекомендованы для
рециркуляторов

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

КРУГЛЫЙ СТОЛ

«ИТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2011: КУДА ДВИЖЕТСЯ ОТРАСЛЬ»

Дата проведения: 15 марта 2011 г.
Организатор: Агентство маркетинговых коммуникаций CNews Conferences и CNews Analytics
Рассматриваемые вопросы:
— В каком направлении происходит сейчас информатизация отрасли здравоохранения в России?
— Насколько коррелируют тенденции отечественного и мирового рынка?
— Как изменяется спрос на ИТ-инструментарий со стороны медиков?
— Можно ли говорить об отдаче и эффективности ИТ-проектов в этой сфере?
— Насколько динамично происходит развитие телемедицины в России?
— Какие телекоммуникационные проекты в первую очередь востребованы в отечественном здравоохранении?

Сайт мероприятия: *http://events.cnews.ru/events/15_03_11.shtml*
Контакты: +7 (495) 363-11-57, доб. 5078, 5077, 5035, events@cnews.ru
Айвазов Армен, Серова Елена, Четвернин Алексей

СЕРИЯ ОН-ЛАЙН СЕМИНАРОВ ПО РЕШЕНИЯМ MICROSOFT ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проходятся ежемесячно с декабря 2010 по июнь 2011 в рамках «Программы Информатизации Здравоохранения» 2011–2012 гг.

На семинарах Вы узнаете о решении таких задач, как:
1. Решение по организации базовой ИТ-инфраструктуры и обеспечению информационной безопасности;
2. Решение по обеспечению обмена медицинскими данными и интеграции электронной медицинской информации;
3. Решение по организации хранения медицинских данных, данных для статистики и анализа;
4. Электронная регистратура, в том числе интеграция с региональными информационными системами и управление взаимоотношениями с пациентами;
5. Управление электронными коммуникациями (видеоконференц-связь);
6. Система электронного документооборота;
7. Решение по организации мониторинга и управления серверами и эффективности функционирования ИТ-инфраструктуры в целом.

Программа семинаров разработана специально для ИТ-специалистов и главных врачей ЛПУ.

ПРОГРАММА ОН-ЛАЙН СЕМИНАРОВ
«ПЛАТФОРМА MICROSOFT В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»
для главных врачей и ИТ-специалистов ФГУ МЗСР, государственных и муниципальных ЛПУ

Дата	*Тема семинара*	*Продолжительность, мин.*	*Докладчик*	*Краткое содержание*
15.02.2011	**3. Автоматизированное рабочее место медработника — проще и быстрее. Часть 1.**			
	1. Платформа Microsoft в здравоохранении. Предложения для информатизации здравоохранения регионов	10	М. Коныk, А. Дубина	
	2. Основные возможности для повышения эффективности деятельности медработников. Word, Excel, Outlook. (основной доклад)	45		MicrosoftOffice 2010 — основные возможности для повышения эффективности деятельности медработников
	3. Ответы на вопросы	5		
22.03.2011	**4. Автоматизированное рабочее место медработника — проще и быстрее. Часть 2.**			
	1. Платформа Microsoft в здравоохранении. Предложения для информатизации здравоохранения регионов	10	М. Коныk, А. Дубина	
	2. Основные возможности для повышения эффективности деятельности медработников. Windows 7. (основной доклад)	45	Юрий Ларин	MicrosoftWindows 7 на рабочем месте медработника
	3. Ответы на вопросы	5		
19.04.2011	**5. Организация базовой ИТ-инфраструктуры и обеспечение информационной безопасности, авторизации и контроля доступа пользователей к информационным системам ЛПУ и RIS/PACS-системе**			
	1. Платформа Microsoft в здравоохранении. Предложения для информатизации здравоохранения регионов	10	М. Коныk, А. Дубина	

Дата	Тема семинара	Продолжительность, мин.	Докладчик	Краткое содержание
	2. Организация базовой ИТ-инфраструктуры и обеспечение информационной безопасности, авторизации и контроля доступа пользователей к информационным системам ЛПУ и RIS/PACS-системе	45		*Microsoft Windows Server* Служба каталогов позволяет при минимальных затратах и организационных изменениях четко зафиксировать для пользователей (и групп пользователей) их роли в различных информационных системах, права доступа к модулям информационных систем и различным информационным ресурсам, а так же обеспечивает возможность однократной (в течение сеанса работы) авторизации (логин и пароль, при необходимости с использованием дополнительного физического ключа) для работы с ИР и компонентами ИС, к которым у конкретного пользователя есть права доступа. Данный подход обеспечивает повышение информационной безопасности, дополнительные возможности контроля действий пользователей, администрирование политик и прав доступа в нескольких «локальных» точках (вместо назначения отдельно для каждой из множества информационных систем). MicrosoftWindowsServer 2008 R2 — основа ИТ-инфраструктуры современного медицинского учреждения
	3. Ответы на вопросы	5		
17.05.2011	**6. Управление электронными коммуникациями и электронный документооборот**			
	1. Платформа Microsoft в здравоохранении. Предложения для информатизации здравоохранения регионов	5	М. Конык, А. Дубина	
	2. Управление электронными коммуникациями (электронная почта, служба мгновенных сообщений, голосовая и видеоконференц-связь) (основной доклад 1)	30	Т. Баязитов	*Microsoft Exchange Server, Microsoft Share Point server, Microsoft Office Communacation Server* Управление электронными коммуникациями (электронная почта, служба мгновенных сообщений, голосовая и видеоконференцсвязь). Использование комплексных коммуникационных сервисов (электронная почта, обмен мгновенными сообщениями, индикаторы доступности, совместное планирование (календари

Дата	Тема семинара	Продолжительность, мин.	Докладчик	Краткое содержание
				(расписания), назначения мероприятий и совещаний), аудио- и видеоконференции (с большим количеством участников) позволяют сократить время принятия решений (например, при назначении диагнозов), уменьшить количество командировок, сократить затраты времени на проведение собраний).
	3. Электронный документооборот (порталы, совместная работа над документами, нормативно-справочная информация). (основной доклад 2)	20	i-pachuc@microsoft.com	*MicrosoftSharePointserver* Внедрение портального решения повышает эффективность коллективной работы над документами (публикация, редактирование, изучение), упрощает доступ к отчетам, нормативно-правовым и регламентным документам, нормативно-справочной информации. Интеграция портальных решений с медицинскими и лабораторными информационными системами позволит значительно повысить эффективность использования МИС и ЛИС.
	4. Ответы на вопросы	5		
21.06.2011	**7. Электронная регистратура и управление взаимоотношениями с пациентами**			
	1. Платформа Microsoft в здравоохранении. Предложения для информатизации здравоохранения регионов	5	М. Коныk, А. Дубина	
	2. Электронная регистратура и интеграция с региональными информационными системами. (основной доклад 1)	25	Партнер Норбит, Юлия Ильина	*MicrosoftDynamicsCRM+Норбит* Система предоставляет пациентам возможность самостоятельно (через Интернет или с помощью инфокиосков, размещенных в самих ЛПУ) записываться на прием к врачам и для прохождения обследований. В целом применение систем снижает нагрузку на медработников, уменьшает очереди, позволяет оптимизировать врачебный процесс.
	3. Управление взаимоотношениями с пациентами. (основной доклад 2)	25	Партнер Норбит, Юлия Ильина	*MicrosoftDynamicsCRM* Обеспечивает учет обращений пациентов, выдачу справок, автоматизированное оповещение пациентов (о готовности анализов, о необходимости проведения консультаций с врачом и т.д.). В целом применение систем снижает нагрузку на медработников, уменьшает очереди, позволяет оптимизировать врачебный процесс.
	4. Ответы на вопросы	5		

ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ ИНДУСТРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА-2011»

Дата и место проведения: 28–29 марта 2011 года в ГК «Президент-Отель» (Москва)

В рамках Форума будут обозначены отправные точки и векторы модернизации здравоохранения, проведен обзор ключевых изменений в законодательстве, заслушан опыт работы учреждений системы здравоохранения из различных регионов России.

Пленарное заседание и секции Форума будут посвящены следующим темам:

- Российская система здравоохранения: ход реформ, первые итоги и дальнейшие перспективы модернизации.
- Роль профессионального сообщества в отечественном здравоохранении. Саморегулирование как механизм реорганизации системы здравоохранения.
- Российская фарминдустрия: игра по новым правилам.
- Информатизация и техническое переоснащение отечественной системы здравоохранения.

Источник: http://www.od-group.ru/pharm/

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ЗА СЧЕТ СУБСИДИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФФОМС ПРОВОДИТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТАЮЩИХ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1228 «О порядке предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Установлено, как территориальным фондам обязательного медицинского страхования (ТФОМС) выделяются субсидии из бюджета ФФОМС на дополнительную диспансеризацию работающих.

Ее проводят организации, которые участвуют в реализации программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медпомощи и имеют лицензию на соответствующую деятельность.

Средства предоставляются ежемесячно исходя из численности работающих и норматива затрат на дополнительную диспансеризацию 1 человека.

ТФОМС заключает с указанными организациями договоры о финансировании расходов, связанных с диспансеризацией. Он ежемесячно отчитывается об использовании субсидии. В ФФОМС нужно представить план-график диспансеризации на текущий финансовый год.

Субсидия перечисляется медицинским организациям. Они должны вести и направлять в ТФОМС реестры счетов. В отношении последних проводится медико-экономическая экспертиза. ТФОМС оплачивает их ежемесячно.

Средства направляются на оплату труда медперсонала, приобретение расходных материалов.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

БОРЬБА С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПОРЯДОК СУБСИДИРОВАНИЯ РЕГИОНОВ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1239 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями»

Регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на совершенствование медпомощи лицам с сосудистыми заболеваниями.

Установлен порядок предоставления и распределения средств.

Для получения субсидии регион должен выполнить ряд требований.

Так, необходимо утвердить комплекс мер по совершенствованию оказания медпомощи. Они должны предусматривать, в том числе, создание сосудистого центра (не менее 1 на 500 тыс. человек взрослого населения) и первичных сосудистых отделений (не менее 1 на 200 тыс.). Учитывается наличие схем доставки пациентов до медучреждений, а также проведение профилактики смертности от сосудистых заболеваний. Указанные меры должны быть включены в региональную программу модернизации здравоохранения.

Средства предоставляются на основании соглашения с Минздравсоцразвития России. В нем, в частности, прописываются порядок и сроки перечисления субсидий, их размер и целевое назначение.

За счет субсидий финансируется от 5% до 95% расходных обязательств региона.

Последний ежеквартально до 10-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, отчитывается перед Министерством об использовании полученных средств.

Определены размеры субсидий на 2011 г. Всего на указанные цели выделяется 3 439 200,8 тыс. руб.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

КАК РЕГИОНЫ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ СРЕДСТВА НА ПРОФИЛАКТИКУ, ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА?

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1235 «О финансовом обеспечении за счет средств федерального бюджета мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий»

Утверждены Правила предоставления регионам субсидий на софинансирование мероприятий по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза (далее — мероприятия) и методика распределения данных средств. Установлены суммы, выделяемые отдельным субъектам Российской Федерации в 2011 г.

Субсидии предоставляются при наличии учреждений здравоохранения, оказывающих медпомощь больным туберкулезом, комплекса мер по реализации мероприятий и соответствующих ассигнований из регионального бюджета. В учреждениях должны быть выделены спецпомещения для обозначенных целей (при необходимости ремонтируются). Кроме того, необходимо, чтобы региональная программа модернизации здравоохранения предусматривала совершенствование мероприятий.

Для получения средств высший региональный орган исполнительной власти должен заключить соглашение с Минздравсоцразвития России. Приведены его основные положения.

Регионы должны ежеквартально представлять в Министерство отчет о расходовании полученных средств. Срок — не позднее 10-го числа месяца, следующего за соответствующим периодом.

Минздравсоцразвития России поручено установить перечень мероприятий, на которые выделяются средства, а также список лекарств, которые оно должно закупить и предоставить регионам. Утверждены перечень последних и правила передачи. При необходимости регионы могут направлять лекарства в муниципалитеты.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

В 2011 Г. ГОСУДАРСТВО ОБЕСПЕЧИТ РЕГИОНЫ И НЕКОТОРЫЕ ФГУ ОБОРУДОВАНИЕМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ КРОВИ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1229 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови»

Утверждены перечни регионов и оказывающих медпомощь ФГУ, для которых в 2011 г. государство закупит оборудование в целях обеспечения мероприятий по развитию службы крови.

В первый перечень вошли Санкт-Петербург, Тыва, Чечня, Хакасия, Карачаево-Черкесия, Еврейская автономная область, Краснодарский, Красноярский и Пермский края, Чукотский,

Ненецкий, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа, а также ряд областей. Это Белгородская, Волгоградская, Курганская, Липецкая, Московская, Новгородская, Самарская, Саратовская, Свердловская, Тульская, Ульяновская и Ярославская.

Во второй перечень вошли 5 учреждений ФМБА России (Центр крови в Москве, Кировский НИИ гематологии и переливания крови, Российский НИИ гематологии и трансфузиологии, Станция переливания крови Ростова-на-Дону, ЦМСЧ № 1 Байконура) и 2 учреждения Минздравсоцразвития России (ПМГМУ им. И.М. Сеченова и ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова).

Минздравсоцразвития России поручено утвердить 2 перечня товаров для закупок. В первый войдет оборудование для заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности крови и ее компонентов. Во второй включат компьютерное и сетевое оборудование для создания единой информбазы по реализации мероприятий по обеспечению указанной безопасности, развитию, организации и пропаганде донорства и программно-технические средства ее защиты. Также Министерство должно определить основные направления пропаганды массового донорства.

За закупки, а также размещение заказов на выполнение работ и оказание услуг по пропаганде отвечает ФМБА России.

Также утверждены Правила финансового обеспечения мероприятий по развитию службы крови. Определен порядок передачи оборудования для их реализации. Непосредственно его получают ФГУ и регионы. Последние при необходимости передают оборудование муниципалитетам.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

В 2011 Г. НА ФОРМИРОВАНИЕ У РОССИЯН ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ВЫДЕЛЯЮТ 485 МЛН. РУБ.

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1237 «О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

Утверждены правила предоставления субсидий из федерального бюджета регионам на софинансирование расходов, связанных с формированием здорового образа жизни у населения России (в том числе на сокращение потребления алкоголя и табака).

Определены условия, на которых предоставляются субсидии.

В частности, в региональном бюджете должны быть предусмотрены ассигнования на мероприятия по организации деятельности центров здоровья и по совершенствованию медпомощи наркобольным. Кроме того, необходимы программа по формированию здорового образа жизни, наличие наркодиспансеров.

Субсидия предоставляется на основании соглашения между Минздравсоцразвития России и региональным органом власти.

Уровень софинансирования не может быть выше 95% и ниже 5% размера расходного обязательства.

Регионы ежеквартально отчитываются о расходах, источником финансирования которых является субсидия.

Утверждена методика распределения субсидий.

Приведено распределение указанных средств, предоставляемых в 2011 г. Всего на данные цели выделяются 485 млн. руб.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

КАК РАСПРЕДЕЛЯЮТСЯ СУБВЕНЦИИ НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ?

Постановление Правительства РФ от 30 декабря 2010 г. № 1198 «О предоставлении субвенций из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на финансовое обеспечение оказания отдельным категориям граждан социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов»

Некоторые категории граждан вправе получать дополнительную бесплатную медицинскую помощь. Региональным органам переданы федеральные полномочия в части обеспечения этих лиц необходимыми лекарствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Закреплено, как регионам и г. Байконуру из федерального бюджета выделяются субвенции на указанные цели.

Средства предоставляются в пределах ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, предусмотренных Минздравсоцразвития России по соответствующему направлению.

В Министерство ежеквартально представляются отчеты о расходовании субвенций.

Их остаток, не использованный на 1 января текущего финансового года, возвращается.

Определено, как распределяются ассигнования. Их размер зависит от числа граждан, которые имеют право на такое обеспечение, и норматива финансовых затрат на соответствующие цели.

Распределены субвенции на 2011 г. Всего — 27 718 341 тыс. руб.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ БОРЬБЫ С ВИЧ И ГЕПАТИТАМИ В И С: ПОРЯДОК ЗАКУПКИ И ПЕРЕДАЧИ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1236 «О порядке закупки и передачи в учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С»

Утвержден перечень диагностических средств и антивирусных препаратов для борьбы с ВИЧ, гепатитами В и С, которые закупаются за счет ассигнований из федерального бюджета.

Средства и препараты предназначены для оказывающих медпомощь учреждений Минздравсоцразвития России и подведомственных ему федеральных органов исполнительной власти, ФСИН России, РАМН, а также аналогичных учреждений регионов и муниципалитетов. В первом случае Министерство закупает и передает учреждениям и средства, и препараты, во втором — только препараты (средства приобретают субъекты Российской Федерации за счет субсидий и при необходимости предоставляют их муниципалитетам).

Установлены правила финансирования закупки средств и препаратов Министерством и порядок их передачи. Также определено, как предоставляются указанные субсидии.

Субсидия выделяется при наличии региональной целевой программы противодействия распространению названных болезней, а также обеспечении подготовки медкадров по вопросам их профилактики и лечения. Уровень софинансирования расходного обязательства региона не может быть выше 95 и ниже 5%.

Для получения субсидии высший региональный орган исполнительной власти должен заключить соглашение с Министерством. Приведены его основные условия.

Регионы должны ежеквартально представлять в Министерство отчеты о расходовании субсидий. Срок — не позднее 10-го числа месяца, следующего за соответствующим периодом.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

НА КАКИХ УСЛОВИЯХ РЕГИОНАМ ВЫДЕЛЯТ СУБСИДИИ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП?

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1223 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях»

Определен порядок предоставления регионам субсидий на софинансирование расходных обязательств, связанных с совершенствованием медпомощи пострадавшим в ДТП.

Средства выделяются при наличии учреждений здравоохранения, где оказывается такая помощь. Необходимы бюджетные ассигнования.

Уполномоченный орган исполнительной власти региона должен утвердить комплекс мер по реализации мероприятий. Речь идет, в частности, о подготовке и переподготовке медицинских кадров. Среди специальностей — «хирургия», «травматология», «нейрохирургия», «анестезиология и реаниматология», «рентгенология», «ультразвуковая диагностика».

В учреждениях здравоохранения необходимо выделить помещения для оказания помощи и провести в них текущий и капитальный ремонт.

Субсидии предоставляются на основании заключенного с Минздравсоцразвития России соглашения. Размер средств рассчитывается по специальной методике.

Уровень софинансирования не может быть выше 95% и ниже 5% расходного обязательства региона.

Ежеквартально до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, в Министерство должны поступать отчеты о произведенных расходах.

Утверждено распределение субсидий на 2011 г. Перечислены 15 регионов, в том числе Забайкальский, Хабаровский края, Амурская, Волгоградская, Тамбовская области. Всего распределены 3 232,9 млн. руб.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

ГДЕ И НА КАКИХ УСЛОВИЯХ МОГУТ РАЗМЕЩАТЬСЯ ВРЕМЕННО СВОБОДНЫЕ СРЕДСТВА ФОНДОВ ОМС?

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1225 «О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования»

Установлены порядок и условия размещения временно свободных средств Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее — фонды ОМС).

Указанные средства могут размещаться на банковские рублевые депозиты. Срок — до 6 месяцев. Процентная ставка фиксируется на весь период.

Закреплены требования к кредитным организациям, где разрешено открывать такие депозиты. Так, размер собственных средств (капитала) должен быть не менее 5 млрд. руб. Учитывается рейтинг долгосрочной кредитоспособности.

Информация об отборе заявок кредитных организаций на заключение договоров банковского депозита приводится на сайтах фондов ОМС.

В одной кредитной организации может размещаться не более 25% совокупного объема временно свободных средств. Решение о размещении средств принимает председатель ФФОМС или директор ТФОМС.

Фонды ОМС ежедневно проверяют соответствие кредитных организаций установленным требованиям. В случае их нарушения сумма депозита изымается в течение 3 дней.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

БЮДЖЕТНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ: С КАКОГО МОМЕНТА ДЕЙСТВУЮТ ПОСЛЕДНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ?

Приказ Минфина РФ от 28 декабря 2010 г. № 189н «О порядке введения в действие приказов Министерства финансов Российской Федерации от 15 ноября 2010 г. № 149н, от 10 декабря 2010 г. № 163н»

С 15 ноября и 10 декабря 2010 г. вводятся в действие приказы Минфина России, уточняющие порядок применения бюджетной классификации.

Включен ряд дополнительных целевых статей. Уточнена классификация доходов бюджетов.

Акты подлежат опубликованию в «Финансовой газете».

УВЕЛИЧЕНИЕ ДОТАЦИЙ БЮДЖЕТАМ ТФОМС НА ВЫПОЛНЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОМС: НОВЫЕ ПРАВИЛА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СРЕДСТВ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1219 «О порядке распределения в 2011 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»

Средства нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС могут направляться в 2011 г. на увеличение дотаций бюджетам ТФОМС для выполнения территориальных программ ОМС в рамках базовой программы. Это допускается, если доходы Фонда позволяют сформировать дотации в размере, предусмотренном его бюджетом на 2011 г.

Регламентирован порядок распределения средств страхового запаса между субъектами Федерации в 2011 г. По сравнению с 2010 г. он в целом не изменился. Деньги направляются тем регионам, уровень фактической бюджетной обеспеченности которых не превышает 2-кратный среднероссийский показатель. Он рассчитывается Минфином России по состоянию на 1 число предшествующего распределению месяца по методике, установленной Правительством РФ.

При определении стоимости территориальной программы ОМС используется подушевой норматив финансового обеспечения за счет средств ОМС на 2011 г. в размере 4 102,9 руб. (в 2010 г. он составлял 4 059,6 руб.).

Как и ранее, 5% средств страхового запаса (по состоянию на 1 ноября 2011 г.) распределяется между регионами в целях стимулирования эффективности реализации территориальных программ ОМС. Размер коэффициента стимулирования (1,3 или 0,9) определяется Минздравсоцразвития России по результатам оценки эффективности реализации территориальной программы госгарантий за 2010 г.

ЕСЛИ РЕШЕНИЕ О ПРЕДЕЛЬНЫХ НАДБАВКАХ К ЦЕНАМ НА ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫЕ И ВАЖНЕЙШИЕ ЛЕКАРСТВА НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ЗАКОНУ, ФСТ РОССИИ ВЫНЕСЕТ ПРЕДПИСАНИЕ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1221 «О порядке выдачи органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации предписаний о приведении в соответствие с законодательством Российской Федерации решений об установлении предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов»

С 1 сентября 2010 г. вступил в силу новый закон, регулирующий обращение лекарств. Согласно ему региональные органы устанавливают предельные оптовые и розничные надбавки к фактическим отпускным ценам производителей на препараты, входящие в число жизненно необходимых и важнейших. Уполномоченный федеральный орган может выдавать предписания привести решения об установлении предельных надбавок в соответствие с законодательством. Данная функция возлагается на ФСТ России.

Основание для выдачи предписания — нарушение законодательства при установлении предельных размеров надбавок. В частности, это может быть выявлено при проверках в ходе рассмотрения обращений (информации) государственных и муниципальных органов, юридических и физических лиц.

Проверки проводятся в соответствии с Законом о защите прав организаций и предпринимателей при осуществлении контроля (надзора).

Предписание направляется региональному органу в течение 3 дней после выдачи.

КАК ФИНАНСИРУЮТСЯ РАСХОДЫ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ?

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1233 «О порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни»

Утверждены правила финансирования расходов на оплату медорганизациям услуг по медпомощи, оказанной женщинам в период беременности, родов и после них (а также новорожденным). Кроме того, речь идет о диспансерном наблюдении ребенка в течение первого года жизни.

ФФОМС России перечисляет средства межбюджетных трансфертов в бюджет ФСС России ежемесячно. Срок — до 5 числа. Основание — заявки последнего. ФСС России ежемесячно распределяет поступившие средства между своими территориальными органами. Срок — до 10 числа. При этом учитываются представляемые последними заявки. Территориальные органы ФСС России перечисляют средства на оплату услуг медорганизаций на основании заключенного договора. Указано, в каких размерах медорганизациям направляются названные средства.

Услуги оплачиваются на основании талона родового сертификата, выдаваемого медорганизацией. Для получения средств медорганизации ежемесячно до 10 числа представляют в территориальные органы ФСС России счета на оплату услуг с приложением талонов родовых сертификатов.

Медорганизации ведут обособленный учет названных средств.

Постановление действует с 1 января 2011 г.

МЕДПОМОЩЬ ОНКОБОЛЬНЫМ: СКОЛЬКО БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ РЕШЕНО ПОТРАТИТЬ В 2011 Г.?

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1222 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями»

Определен порядок предоставления регионам субсидий на софинансирование расходных обязательств, связанных с совершенствованием медпомощи лицам с онкологическими заболеваниями.

Они выделяются при наличии специализированных учреждений, региональных целевых программ, бюджетных ассигнований на выполнение мероприятий.

Субсидии предоставляются на основании соглашений с Минздравсоцразвития России.

Объем средств для каждого региона определяется в соответствии со специальной методикой.

Уровень софинансирования не может быть выше 95% и ниже 5% размера расходного обязательства.

Начиная со II квартала уполномоченный орган исполнительной власти региона представляет в Министерство не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, сведения о произведенных расходах.

Определен порядок контроля за использованием субсидий.

Утверждено распределение средств на 2011 г. Всего — 5 956,25 млн. руб.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

ПЕРЕСМОТРЕН ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ, НА ОКАЗАНИЕ КОТОРЫХ РЕГИОНАМ В 2011 Г. ВЫДЕЛЯЮТСЯ СУБСИДИИ

Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2010 г. № 1187 «О финансовом обеспечении в 2011 году за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации»

Регламентирован порядок финансирования в 2011 г. из федерального бюджета госзадания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи гражданам.

До федеральных бюджетных медучреждений, которым не предоставляются субсидии, доводятся лимиты бюджетных обязательств на оказание названной помощи.

Регионам, на территориях которых нет федеральных медучреждений по оказанию высокотехнологичной медпомощи соответствующего профиля, выделяются субсидии. Установлен порядок предоставления средств. Обязательное условие — софинансирование из регионального бюджета (30%). По сравнению с 2010 г. изменился перечень видов высокотехнологичной медпомощи, на оказание которых выделяются деньги. Это акушерство и гинекология (экстракорпоральное оплодотворение); нейрохирургия; онкология; неонатология и детская хирургия в период новорожденности; сердечно-сосудистая хирургия; травматология и ортопедия; трансплантация.

Контролируют расходование субсидий Минздравсоцразвития России, Росздравнадзор и Росфиннадзор.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

ТРАНСФЕРТЫ РЕГИОНАМ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГРАЖДАН БЕСПЛАТНЫМИ ЛЕКАРСТВАМИ ВЫДЕЛЯЮТСЯ В 2011 Г. ПО НОВЫМ ПРАВИЛАМ

Постановление Правительства РФ от 30 декабря 2010 г. № 1199 «О предоставлении из федерального бюджета межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения»

Из федерального бюджета выделяются трансферты субъектам Федерации и г. Байконуру на бесплатное обеспечение граждан лекарствами, медизделиями и лечебным питанием для детей-инвалидов. Регламентирован порядок предоставления средств в 2011 г.

Межбюджетные трансферты направляются в соответствии с данными Федерального регистра лиц, имеющих право на государственную социальную помощь. При их расчете учитывается численность граждан в регионе, включенных в регистр по состоянию на 1 августа предшествующего года и не отказавшихся от получения социальной помощи.

При обеспечении бесплатными лекарствами лиц, временно находящихся на территории одного субъекта Федерации и постоянно проживающих в другом, размер межбюджетных трансфертов не пересматривается.

Приведено распределение средств между регионами. Их общий объем в 2011 г. составляет 13,6 млрд. руб.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

В 2011–2012 ГГ. НА ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНОВ ПОТРАТЯТ БОЛЕЕ 385 МЛРД. РУБ.

Распоряжение Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 2396-р «О распределении субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ в 2011–2012 гг.»

В 2011–2012 гг. выделяются субсидии на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения. Средства направляют из бюджета ФФОМС.

Приведено распределение названных субсидий.

На указанные цели в 2011 г. будет потрачено 190,423 млрд. руб., в 2012–194,92 млрд. руб.

ПО КАКОЙ ФОРМЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ РАСЧЕТ ПО СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2010 г. № 1169н «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 декабря 2010 г. Регистрационный № 19 457.

Утверждена форма расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Ее представляют ежеквартально плательщики страховых взносов в ТФОМС по месту своей регистрации. Срок — 25 число месяца, следующего за отчетным периодом.

В расчете отражают численность неработающих застрахованных лиц, годовую сумму страховых взносов, сведения о состоянии задолженности.

Приказ вступает в силу с 1 января 2011 г.

КАКУЮ ФОРМУ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО ПРИМЕНЯТЬ?

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 декабря 2010 г. № 4563-12 О вопросе признания не действующим на территории РФ приказа Минздрава СССР от 31 декабря 1987 г. № 1338 «О введении новой формы медицинской карты амбулаторного больного»

Рассмотрен вопрос о применении формы медицинской карты амбулаторного больного № 025/у-8. Она утверждена приказом Минздрава СССР от 31 декабря 1987 г. № 1338.

Аналогичным актом Минздравсоцразвития России (от 22 ноября 2004 г. № 255) утверждена учетная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного». В настоящее время применяется именно она.

В связи с этим в настоящее время рассматривается вопрос о признании не действующим на территории России приказа Минздрава СССР.

РАСШИРЕНЫ ПОЛНОМОЧИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ И РОСЗДРАВНАДЗОРА В СФЕРЕ ОМС

Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 1156 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

На Минздравсоцразвития России возложены дополнительные полномочия в сфере обязательного медицинского страхования. В частности, оно устанавливает порядок регистрации и снятия с учета территориальными фондами ОМС страхователей для неработающих граждан; правила использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС; порядок ведения персонифицированного учета в сфере ОМС.

Министерство утверждает типовое положение о территориальном фонде ОМС, определяет форму расчета по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения. По согласованию с Минфином России устанавливаются формы типовых договоров о финансовом обеспечении ОМС и на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Минздравсоцразвития России определяет порядок реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Федерации и федеральных медучреждений. Контроль за их исполнением возложен на Росздравнадзор.

Министр здравоохранения и социального развития РФ является председателем правления Федерального фонда ОМС.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

ПРИМЕНЕНИЕ БЮДЖЕТНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ: НОВЫЙ ПОРЯДОК

Приказ Минфина РФ от 28 декабря 2010 г. № 190н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации»

Утверждены новые Указания о порядке применения бюджетной классификации. Они разработаны в соответствии с БК РФ, а также Законом о совершенствовании правового положения государственных (муниципальных) учреждений.

Бюджетная классификация — это группировка доходов, расходов и источников финансирования дефицитов бюджетов. Первая включает в себя классификации указанных 3-х категорий, а также операций публично-правовых образований. Группировка помогает разрабатывать и исполнять бюджеты, обеспечивать сопоставимость их показателей, формировать соответствующую отчетность.

Указания устанавливают правила применения классификации участниками бюджетного процесса на всех уровнях бюджетов, а также порядок использования классификации операций публично-правовых образований государственными (муниципальными) бюджетными учреждениями.

Согласно новым указаниям в группу 1 00 00000 00 «Налоговые и неналоговые доходы» более не входят 2 подгруппы. Это возврат остатков целевых межбюджетных трансфертов прошлых лет и доходы от него (коды 1 19 00000 00 и 1 18 00000 00). Они включены в группу 2 00 00000 00 «Безвозмездные поступления».

Расходы на обслуживание государственного и муниципального долга отражаются в разделе 1300 (подразделы обслуживание государственного внутреннего и муниципального долга; внешнего госдолга). Ранее они были подразделом раздела 0100 «Общегосударственные вопросы».

В наименовании раздела 0800 «Культура, кинематография, средства массовой информации» более не упоминается о СМИ. Количество подразделов по нему сокращено до 4 за счет исключения позиций для расходов на телевидение и радиовещание, периодическую печать и издательства (коды 0803 и 0804). Они вместе с затратами на прикладные научные исследования и другие вопросы в области СМИ теперь входят в раздел 1200 «Средства массовой информации».

Из наименования раздела 0900 «Здравоохранение, физическая культура и спорт» исключено упоминание о физкультуре и спорте. Расходы на них отражаются в специальном разделе (код 1100; подразделы физкультура, массовый спорт, спорт высших достижений, прикладные научные исследования и другие вопросы в области физкультуры и спорта).

Раздел 1100 «Межбюджетные трансферты» более не существует. При этом предусмотрен раздел 1400 «Межбюджетные трансферты общего характера бюджетам субъектов Российской Федерации и муниципальных образований» (подразделы дотации на выравнивание бюджетной обеспеченности, иные дотации, прочие межбюджетные трансферты общего характера).

Приказ вступает в силу с 1 января 2011 г. Положения, касающиеся казенных учреждений, распространяются на бюджетные учреждения-получателей бюджетных средств.

ПРОЕКТЫ АКТОВ, СОДЕРЖАЩИХ НОРМАТИВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ОХРАНЫ ТРУДА, РАЗРАБАТЫВАЮТСЯ С УЧАСТИЕМ ПРОФСОЮЗОВ И РАБОТОДАТЕЛЕЙ

Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 1160 «Об утверждении Положения о разработке, утверждении и изменении нормативных правовых актов, содержащих государственные нормативные требования охраны труда»

Установлен новый порядок разработки, утверждения и изменения нормативно-правовых актов, содержащих государственные требования охраны труда.

К таким актам относятся стандарты безопасности труда, правила и типовые инструкции по охране труда, государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (устанавливающие требования к факторам рабочей среды и трудового процесса).

Проекты актов разрабатываются соответствующими федеральными органами исполнительной власти с участием представителей отраслевых объединений профсоюзов и работодателей. Также они могут быть подготовлены государственными внебюджетными фондами и иными организациями и переданы в указанные органы.

Проект рассматривается на заседании Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений. После этого акт издается Минздравсоцразвития России.

В аналогичном порядке вносят изменения в акты, содержащие требования охраны труда. Основаниями для корректировки могут быть результаты исследований состояния и причин производственного травматизма и профзаболеваний; внедрение новой техники и технологий; итоги аттестации рабочих мест по условиям труда; изменение законодательства об охране труда. Федеральные и региональные органы исполнительной власти вправе вносить предложения о гармонизации актов с нормами международного права в области охраны труда.

ЗА СРЕДСТВА, ВЫДЕЛЕННЫЕ НА РЕАЛИЗАЦИЮ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРИДЕТСЯ ОТЧИТАТЬСЯ

Приказ Федерального фонда ОМС от 16 декабря 2010 г. № 240 «Об утверждении Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011–2012 годов» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 декабря 2010 г. Регистрационный № 19 503.

В 2011–2012 гг. реализуются региональные программы модернизации здравоохранения. В этих целях Федеральный фонд ОМС выделяет субсидии территориальным ФОМС, а они в свою очередь — субъекту Федерации и страховым медицинским организациям. Регионы направляют выделенные им средства государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения, а страховые компании — медицинским организациям.

Установлены правила составления и предоставления отчетности об использовании указанных средств. Она формируется по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным, и предоставляется ежемесячно. Учреждения здравоохранения и медорганизации направляют отчет до 5-го числа следующего месяца в страховую компанию и уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Федерации. Региональные власти и страховые компании отчитываются перед территориальным ФОМС до 10-го числа, а тот — перед Федеральным ФОМС до 15-го числа.

Утвержден порядок заполнения отчетности. Приведены формы ее представления.

КАК ЗАПОЛНЯЕТСЯ ОБОРОТНАЯ СТОРОНА БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА?

Письмо Фонда социального страхования РФ от 24 декабря 2010 г. № 02-03-10/05-14557 «Об оформлении оборотной стороны бланка листка нетрудоспособности с 1 января 2011 года»

С 1 января 2011 г. действует новый порядок исчисления пособий по временной нетрудо-способности, беременности и родам. Так, с указанной даты названные пособия рассчитываются исходя из среднего заработка за 2 календарных года, предшествующих времени наступления страхового случая. Ранее расчетный период составлял год. Однако бланк листка нетрудоспособности не предусматривает строки для внесения сведений о зарплате за 2 календарных года.

Приведены рекомендации по заполнению таблицы «Сведения о зарплате» раздела III оборотной стороны указанного бланка. Так, в столбцах «Расчетный период для исчисления пособия» отражают период учета заработка, указывая соответствующие календарные годы, «Число календарных дней, учитываемых в расчетном периоде» — во всех случаях «730».

В столбце «Сумма фактического заработка за расчетный период» указывается сумма заработка, иных выплат и вознаграждений в пользу лица за каждый календарный год. При этом ее величина не должна превышать предельную базу для начисления страховых взносов.

Оборотная сторона бланка листка нетрудоспособности действующего образца заполняется указанным способом до утверждения новой формы.

КАК РЕГИОНЫ ФОРМИРУЮТ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ БЕСПЛАТНОЙ МЕДПОМОЩИ НА 2011 Г.?

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 декабря 2010 г. № 20-2/10/2-12028 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год»

Разъяснены некоторые вопросы формирования и экономического обоснования территориальной программы госгарантий оказания российским гражданам бесплатной медпомощи на 2011 г.

Указано, по какой форме регионы должны утверждать стоимость территориальной программы госгарантий.

Установленные объемы медпомощи должны включать, в том числе обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами.

При формировании территориальных программ и определении объема финансового обеспечения следует учитывать численность работников организаций с особо опасными условиями труда и населения ЗАТО и наукоградов.

В регионах может создаваться служба неотложной медпомощи. Определено, как составляется экономическое обоснование расходов на нее.

Объемы медпомощи рекомендовано корректировать с учетом особенностей возрастно-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения региона, климатогеографических условий и транспортной доступности медорганизаций.

При оказании медпомощи лицам, проживающим в других регионах, по видам и условиям, не включенным в территориальную программу ОМС, субъекты Федерации вправе проводить взаимные расчеты в виде межбюджетных отношений на основании заключенных соглашений.

В ПЕРВОНАЧАЛЬНУЮ СТОИМОСТЬ НОВОГО ОБОРУДОВАНИЯ МОЖНО ВКЛЮЧИТЬ РАСХОДЫ НА ДЕМОНТАЖ СТАРОГО

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 24 декабря 2010 г. № 03-03-06/1/806 «Об учете в первоначальной стоимости основного средства расходов, связанных с подготовительными работами для установки оборудования»

Рассмотрен вопрос о том, включаются ли в первоначальную стоимость устанавливаемого нового оборудования затраты, связанные с демонтажем старого.

Демонтаж можно считать подготовительными работами для установки нового основного средства. Их цену допускается включать в первоначальную стоимость последнего.

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