ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№3. 2011

Менеджер здравоохранения

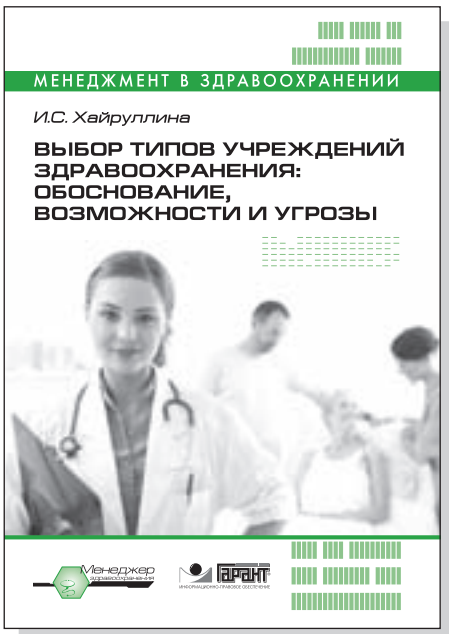
Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Издательский дом «Менеджер здравоохранения» выпустил книгу под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова

Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы



О книге

Рассмотрены новые возможности и новые угрозы 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. Определена персональная ответственность руководителей учреждений здравоохранения в новых условиях. Обоснован выбор типов государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения: критерии, и целый ряд практических аспектов этой проблемы. Показана специфика и возможности государственно-частного партнерства в здравоохранении, определены возможности внедрения аутсорсинга в деятельность медицинских учреждений, привлечения частных клиник для оказания бесплатной медицинской помощи.

Для кого эта книга

Для главного врача

Об авторе

И.С. Хайруллина — один из ведущих специалистов в сфере экономико-правового регулирования деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

О партнерах:

Система «Гарант» предоставила в качестве приложения к книге уникальный мультимедийный диск, содержащий все нормативные документы, комментирующие правоприменительную практику 83-ФЗ.

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

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Дифференцированные нормативы объемов медицинской помощи в разрезе субъектов РФ
- ☑ Деятельность медицинских учреждений в новых организационных правовых формах в связи с принятием ФЗ-83
- ☑ Получение медицинских услуг через веб-сайты: так ли далека перспектива?
- ☑ Российская академия медицинских наук в системе структурной перестройки отечественной науки
- ☑ Оценка эффективности маркетинговой деятельности коммерческого медицинского учреждения

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 3
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:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Здравоохранение России: итоги 2010 г. Что надо делать дальше?
Г.Э. Улумбекова 6–20

Саморегулирование в здравоохранении: скорее живо, чем «не пойдет» 21–23

Вокруг саморегулирования в здравоохранении
Д.В. Пивень, И.С. Кицул 24–30

ДЕМОГРАФИЯ

Пути достижения показателей концепции демографического развития России 31

Демографические вызовы России системе национального здравоохранения
Г.И. Галанова 32–42

Медико-демографические характеристики населения Владимирской области в 1991–2009 гг. и оценка эффективности первичной медицинской помощи
М.И. Дегтерева 43–52

МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Особенности конкуренции на рынке медицинских услуг 53

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

Об оценке потребительских свойств медицинских организаций
А.В. Жеребцов, А.Ю. Пуженков, Д.Н. Неделин, Ю.С. Харитонов 54–58

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Что избавит наших граждан от унизительного стояния в очередях? 59

Обзор решений «Электронная регистратура»
А.В. Гусев 60–71

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ
В правительство РФ представлена Программа модернизации здравоохранения Москвы 72–73

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 74–77

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ
Первые истории технологического успеха: отечественный компьютерный томограф работает в российской клинике 78–80

ОРГАНАЙЗЕР 81

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ 82–96

«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

№ 3
2011

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Contents:

FOCUS OF THE PROBLEM

Health care in Russia: Results of 2010 year. How to cope with coming challenges?
G.E. Ulumbekova 6–20

Self-regulation in health care: likely vivid, than «It will not work» 21–23

Around self-regulation in health care
D.V. Piven, I.S. Kixul 24–30

DEMOGRAPHY

Ways of reaching demography development concept indicators in Russia 31

Demographic challenges to Russian national health care
G.I. Galanova 32–42

Medical-demographic characteristics of Vladimir region's population in 1991–2009 years and effectiveness evaluation of primary medical care
M.I. Dyagtereva 43–52

MARKETING IN HEALTH CARE

Features of competition on medical services market 53

Все публикации журнала будут индексироваться в международной библиометрической системе Scopus

Ваши статьи достойны цитирования в международном профессиональном сообществе...

About estimation consumer's properties of medical organizations 54–58
A.V. Gerebxov, A.U. Lujenkov, D.N. Nedelin, U.S. Haritonov

INFORMATIZATION OF HEALTH CARE

What will prevent our citizens from humiliating standing in the queue? 59

Review of solutions «Electronics registry» 60–71
A.V. Gusev

REGIONAL EXPERIENCE
Government of Russian Federation presented a program of Moscow health care system modernization 72–73

QUESTIONS AND ANSWERS 74–77
Questions answered by Doctor of Economics F.N. Kadyrov

INNOVATIONS IN MEDICINE 78–80
First stories of technological success: domestic computer tomography is operating in Russian clinic

ORGANIZER 81

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS 82–96

Г.Э. Улумбекова,
председатель Правления региональной общественной организации «Ассоциация медицинских обществ по качеству» (АСМОК), г. Москва, ge@asmok.ru

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ: ИТОГИ 2010 г. *ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ ДАЛЬШЕ?*

УДК 614.2

Аннотация: *В статье проводится оценка динамики состояния здоровья населения РФ за последние годы и ключевых программ, реализованных в здравоохранении за этот период. Сделан вывод, что существенных позитивных результатов система здравоохранения в 2009–2010 гг. не достигла. Проведен анализ того, как скажется влияние новых федеральных законов, принятых в последние два года, на деятельности системы здравоохранения в ближайшем будущем. Сделан вывод, что, несмотря на позитивную направленность этих законов, они не смогут решить ключевые проблемы здравоохранения. Среди этих проблем: недофинансирование из общественных источников как минимум в 1,6 раза; дефицит, неоптимальная структура и неудовлетворительная квалификация медицинских кадров; устаревшие нормативы программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, в том числе недостаточное обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях; свертывание мощностей производственной медицины, а также неэффективное управление. Предложены первоочередные пути решения вышеперечисленных проблем с целью выполнения директив Президента и Правительства РФ по улучшению здоровья населения и достижению социальной стабильности в стране.*

Ключевые слова: *состояние здоровья населения РФ; программы здравоохранения; проблемы здравоохранения; федеральные законы в здравоохранении; пути решения проблем здравоохранения.*

«Мы взялись за демографическую проблему всерьез и надолго,
но должны понимать, что в ближайшие 15 лет
будут сказываться последствия
демографического спада 90-х годов».

Д.А. Медведев (30 ноября 2010 г., Москва)

«Когда мы говорим о стране, о России,
сразу начинаем говорить об экономике, об эффективности,
о конкурентоспособности, и это на самом деле правильно, важно.
Но конечная цель — люди.
Россия — это граждане Российской Федерации.
Нужно, чтобы они были счастливы, чтобы их благосостояние росло,
чтобы улучшалось здравоохранение, повышалась безопасность...».

В.В. Путин (3 декабря 2009 г., Москва)

Интегральные показатели результатов деятельности системы здравоохранения в РФ: здоровье населения и его удовлетворенность доступностью и качеством медицинской помощи

ВОЗ и большинство стран ОЭСР[1] интегральными показателями результатов деятельности системы здравоохранения считают показа-

[1] ОЭСР — Организация стран экономического сотрудничества и развития; объединяет 30 стран, в том числе большинство стран ЕС, США, Канаду, Японию, Корею, Австралию и Мексику.

© Г.Э. Улумбекова, 2011 г.

тели здоровья населения, равенство населения в доступности и оплате медицинской помощи и удовлетворенность населения медицинскими услугами. Сегодня в РФ именно с оценки демографии и показателей здоровья начинается большинство выступлений Президента Д.А. Медведева и Председателя Правительства В.В. Путина. И в этом направлении, безусловно, в нашей стране есть определенные успехи, которые связаны с реализацией приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье», курируемого первыми лицами государства.

Важнейшим уроком ПНП «Здоровье» стало заключение о том, что политическая воля — фактор, стимулирующий системные преобразования в здравоохранении и, как следствие, в улучшении здоровья населения. Даже небольшие ежегодные вложения в этот проект (увеличение на 0,38% ВВП, или 10% от общих государственных расходов на здравоохранение) за 4 года (с 2006 по 2009 гг.) привели к позитивным изменениям в состоянии здоровья населения. За этот период смертность сократилась на 12% по сравнению с 2005 г., рождаемость возросла на 18%, продолжительность жизни возросла на 3,6 года. Все это позволило дополнительно сохранить 825 тыс. жизней граждан РФ.

Однако с 2008 по 2010 гг. темпы улучшения состояния здоровья населения РФ замедлились, а в 2010 г. эти показатели по сравнению с 2009 г. ухудшились. Если общий коэффициент смертности (ОКС) с 2006 по 2008 гг. падал с 16,1 до 14,6 со среднегодовым темпом в 3%, то с 2008 по 2010 г. показатель ОКС практически не менялся (14,6; 14,2 и 14,4). Соответственно замедлился и рост ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). В 2006–2009 гг. ОПЖ росла со среднегодовым темпом в 1,4%, а в 2010 г. значение ОПЖ было ниже, чем в 2009 г. (соответственно, 68,8 и 68,9 лет) [1].

Практически не изменился показатель удовлетворенности населения медицинской помощью. В 2007 г., по опросам ВЦИОМ, этот показатель составил 31%, в 2009 г. — 34,7%. В 2010 г., по данным опроса исследовательского портала «SuperJob.ru» за 2009–2010 гг., 35% россиян заметили ухудшение состояния в здравоохранении, а 33% — не заметили никаких перемен. Примерно такие же данные получили специалисты фонда «Общественное мнение» [2].

Все это говорит о том, что в 2010 г. позитивных изменений в результатах деятельности системы здравоохранения не произошло.

Причины снижения результатов в здравоохранении в 2009–2010 г.

Главная причина — отсутствие реального роста расходов на здравоохранение в постоянных ценах. На *рис. 1* представлен темп изменения (прироста/спада) ВВП и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах (за 100% принят 1991 г.). Государственные расходы РФ с 1991 по 2000 гг. получены из расчетов, сделанных Институтом экономики переходного периода в 2007 г. [3]. С 2000 по 2004 гг. табличные данные получены из данных Росстата путем сложения расходов бюджетной системы РФ (расходы федерального бюджета и консолидированных бюджетов субъектов РФ) и расходов ТФОМС и ФОМС (за вычетом субвенций в ТФОМС во избежание двойного счета). С 2005 г. в данных Росстата расходы бюджетной системы стали включать расходы внебюджетных фондов, поэтому были взяты прямые данные Росстата.

Для повышения точности расчетов уточнялся индекс-дефлятор следующим образом: считалось, что относительные изменения ВВП в процентах к предыдущему году в постоянных ценах являются наиболее точной характеристикой изменения ВВП за вычетом инфляции. Для получения точного значения индекса-дефлятора величина отношения ВВП в текущих ценах за два смежных года делилась на изменение ВВП в постоянных ценах.

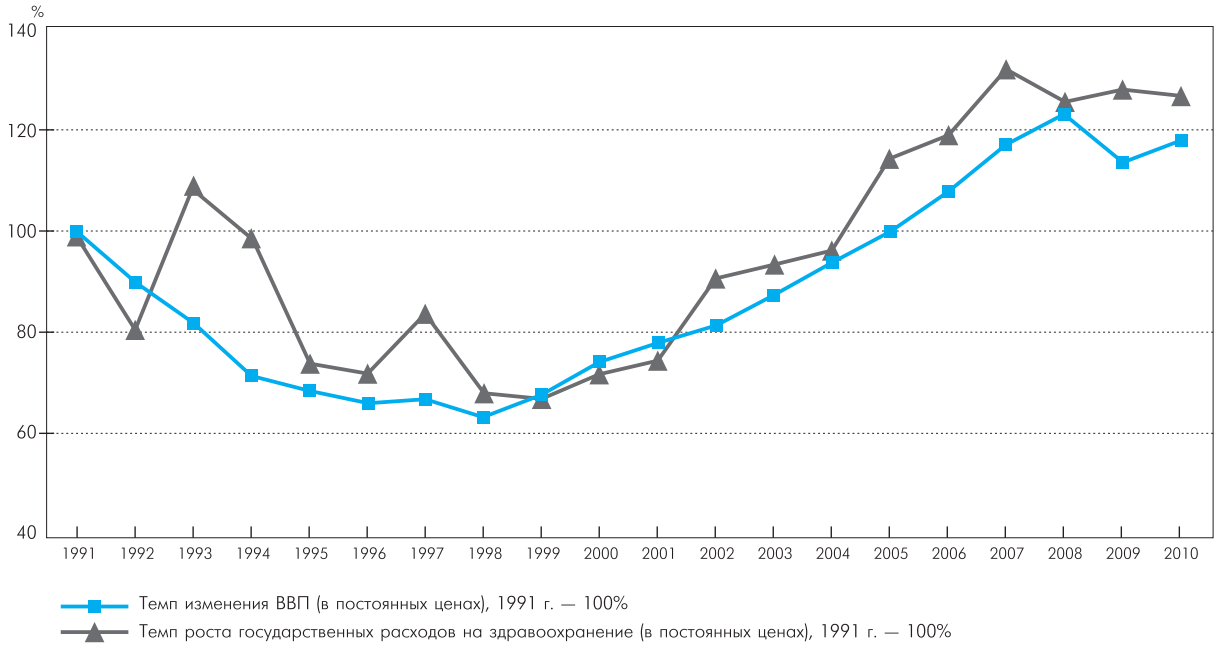


Рис. 1. **Изменение ВВП и государственных расходов на здравоохранение РФ в постоянных ценах (1991 г. — 100%, 2010 г. — прогноз)**

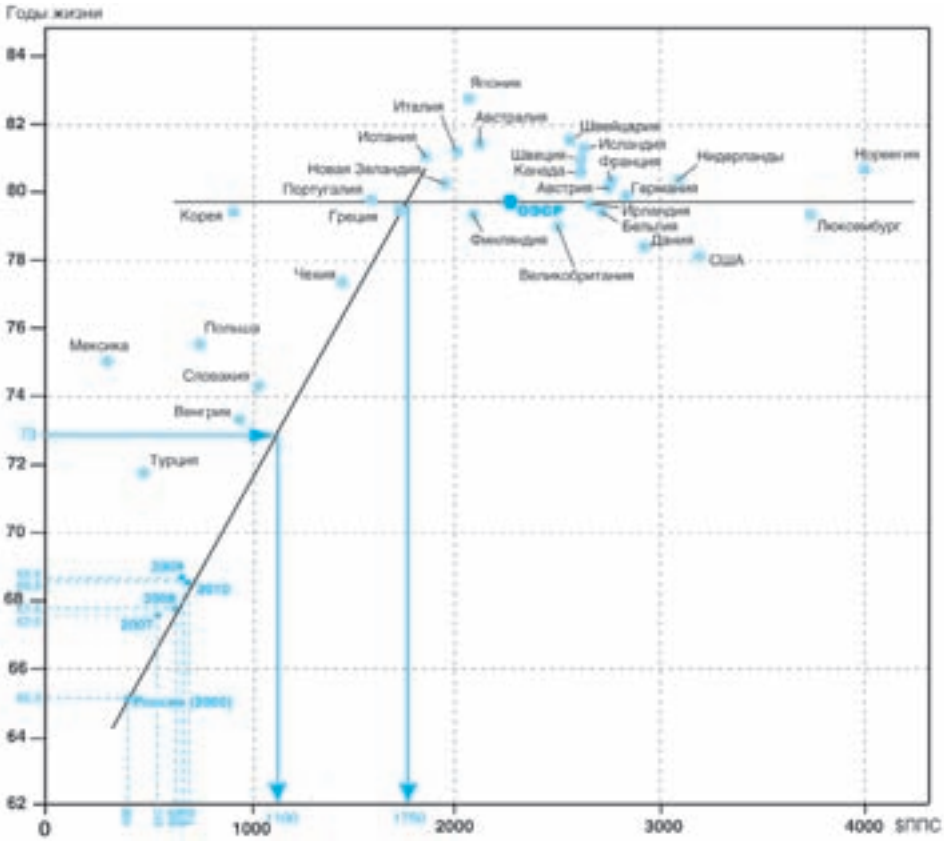


Рис. 2. **Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год (РФ 2010 г. — прогноз)**

Полученный индекс использовался для вычисления расходов здравоохранения в постоянных ценах.

Из *рис. 1* видно, что только к 2005 г. уровень финансирования здравоохранения РФ превысил в сопоставимых ценах уровень 1991 г. При сравнении темпов изменения ВВП и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах (1991 — 100%) видно, что в период 2005–2007 гг. темп роста затрат на здравоохранение был на 30% выше, чем темп роста ВВП. Однако уже в 2008 г. расходы на здравоохранение снизились по отношению к 2007 г. и в последующие годы (2009–2010 гг.) перестали расти.

Вместе с тем существует зависимость между подушевыми государственными расходами на здравоохранение и показателями здоровья населения. На *рис. 2* представлена зависимость показателя ОПЖ от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год в различных странах. Из этого рисунка видно, что при государственных расходах на душу населения в диапазоне от 0 до 1750 $ППС[2] существует прямо пропорциональная зависимость ОПЖ от этих расходов. Также видно, что даже небольшое увеличение финансирования здравоохранения в рамках ПНП «Здоровье» позволило достичь заметных позитивных сдвигов в ОПЖ в РФ в 2006–2008 г., которые перестали расти в 2008–2010 гг. из-за снижения финансирования в постоянных ценах. Следует отметить, что для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 73 года (а именно такие цели ставят Президент и Правительство к 2020 г.) необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение были не менее чем 1100 $ППС, т.е. были увеличены в 1,6 раза [4].

Вторая причина — аномальная летняя жара, смог и неготовность системы здравоохранения к оказанию профилактической и лечебной помощи населению в этот период. Увеличение смертности населения летом 2010 г. напрямую связано с низкой доступностью и неудовлетворительным качеством медицинской помощи. В эти месяцы, когда резко возросла потребность в медицинской помощи из-за неблагоприятных экологических и температурных условий, многие врачи находились в отпусках. Соответственно усугубился и без того имеющийся дефицит медицинских кадров (см. далее) и, как следствие, резко снизилась доступность медицинской помощи. В больницах и поликлиниках не было кондиционеров; соответственно медицинский персонал и пациенты находились в экстремальных условиях, что резко ухудшало результаты лечения. В подавляющем большинстве регионов с опозданием проводилась разъяснительная работа и разворачивались пункты первой помощи для граждан, пострадавших от жары. Вместе с тем было бы правильным развернуть эти пункты в поликлиниках или при крупных больницах, в школах, клубах, привлечь дополнительный медицинский персонал, выделив на это финансирование. Все это под руководством органов управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях должно было быть сделано задолго до того, когда на большей части территории страны установилась аномальная жара, которая усугубилась смогом.

Третья причина — это отсутствие системных преобразований в здравоохранении, направленных на решение главных проблем отрасли. Все программы, которые реализовывались в здравоохранении в 2008–2010 гг., безусловно, важны, но имеют точечное значение и приводят к улучшению положения по отдельным направлениям. Среди этих программ продолжались те, которые были начаты в рамках ПНП «Здоровье»: дополнительные денежные выплаты работникам первичного звена здравоохранения, иммунопрофилактические мероприятия, диспансеризация работающего населения, работа

[2] $ППС — доллар по паритету покупательной способности.

центров здоровья в поликлиниках, совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, программа «Родовой сертификат» и др. В 2009–2010 гг. были начаты и новые программы: развитие службы крови, совершенствование организации медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями и др.

Но следует отметить, что большинство этих проектов, как это характерно для большинства целевых программ в здравоохранении, направлены на улучшение инфраструктурной составляющей здравоохранения — закупку дорогостоящего оборудования и капитальное строительство. Например, в ПНП «Здоровье» вложения в решение ключевых проблем здравоохранения (увеличение оплаты труда медицинских работников и повышение их квалификации), от которых решающим образом зависит эффективность всей системы, были просто ничтожно малы и составили, соответственно, только 21 и 0,2% от общего объема средств ПНП «Здоровье». Программа финансирования мероприятий за счет средств федерального бюджета по совершенствованию организации онкологической помощи населению, утвержденная Постановлением Правительства РФ № 189 от 3 марта 2009 г., на 100% включает расходы на закупку дорогостоящего оборудования. Следует отметить, что подготовка медицинских кадров по этой программе предусмотрена за счет средств региональных бюджетов и является условием для выделения субсидий, но объемы этих средств не обозначены и контроль над качеством подготовки специалистов в этой программе также не предусмотрен.

Каковы же ключевые проблемы здравоохранения, которые по-прежнему требуют решения?

Ключевые проблемы здравоохранения РФ в 2011 г.

1. ***Первая и главная проблема, как уже упоминалось, — недофинансирование государственной системы здравоохранения как минимум в 1,6 раза.*** Нет денег — нет ни достойной оплаты труда медицинского персонала, ни достаточного обеспечения населения бесплатными лекарствами, ни возможности выполнять современные стандарты лечения, ни кондиционеров в палатах, ни современного оборудования и реактивов. Увеличение финансирования здравоохранения потребует дополнительных источников. Увеличение тарифов страховых взносов на 2% (всего 5,1% от ФОТ), предусмотренное с 2011 г., обеспечит только 15%-ный прирост средств на программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (ПГГ), более того, не все эти средства пойдут на ПГГ (см. далее). Дальнейшее увеличение этих тарифов крайне нежелательно из-за усиления налоговой нагрузки на ФОТ, а также на малый и средний бизнес. Увеличить финансирование здравоохранения за счет средств населения также не представляется возможным, так как уже сегодня доля расходов населения на здравоохранение превышает таковую в экономически развитых странах (соответственно, 38,5 и 27% от общих расходов). Более того, сегодня 60% населения РФ проживают на доходы менее 15 тыс. руб. в месяц и сталкиваются с существенным ростом других статей расходов семейного бюджета (тарифы на ЖКХ, цены на продукты питания, транспортные расходы и т.д.). В этих условиях единственно возможным источником увеличения доходов федерального бюджета (как источника финансирования здравоохранения) могут стать прогрессивная шкала подоходного налога и тарифов страховых взносов, а также 3–4-кратное увеличение акцизов на алкоголь и табак.

2. ***Вторая проблема — дефицит и диспропорции в структуре медицинских кадров.*** Нет врачей — нет доступной медицинской помощи. Обеспеченность врачами на 1000 населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов составила в РФ 4,4, что в 1,4 раза выше, чем в среднем

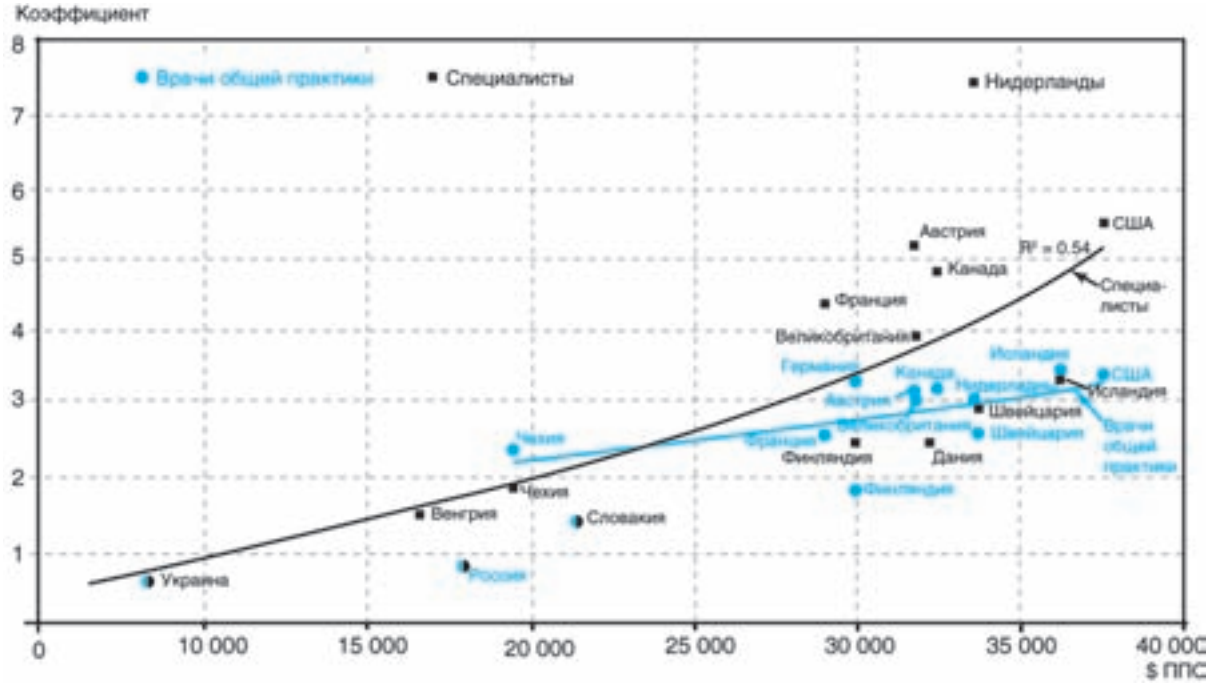


Рис. 3. **Зависимость отношения заработной платы врачей (ВОП и специалисты) к средней зарплате по стране от ВВП на душу населения в год**

в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1000 населения. Однако в РФ заболеваемость и смертность населения выше, чем в странах ОЭСР, минимум на 30–40%, поэтому утверждения некоторых экспертов об избытке врачей в РФ необоснованны. Более того, в ближайшее 5 лет в РФ прогнозируется дефицит медицинских кадров, связанный с низкой оплатой их труда (на 21% ниже, чем средняя зарплата по РФ), с высокой долей врачей пенсионного и предпенсионного возраста (около 50%) и демографическим провалом (число выпускников школ в 2010 г. по сравнению с 2003 г. снизилось в 2 раза, и, как следствие, через 5–6 лет снизится в 2 раза число выпускников вузов). Следует также обратить внимание на низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава вузов, что, естественно, не стимулирует повышение уровня обучения студентов. Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС [5], имеющих аналогичный с РФ ВВП на душу населения (около 18 тыс. $ППС в год), то в этих странах врач получает в 1,5–2,5 раза больше, чем составляет средняя оплата труда в соответствующей стране *(рис. 3)*.

Более того, в РФ наблюдается неоптимальная структура медицинских кадров по сравнению с развитыми странами: обеспеченность врачами первичного звена в 1,7 раза ниже; соотношение врачей и среднего медицинского персонала в РФ составляет 1:2,4, тогда как в развитых странах оно в среднем равняется 1:3. Необходимо также отметить неоптимальное распределение медицинских кадров: в сельской местности обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом значительно ниже, чем в среднем по РФ, соответственно, в 4 и 2 раза.

3. ***Третья проблема — недостаточная квалификация медицинских кадров*** и, как следствие, неудовлетворительное качество медицинской помощи. Нет врача — плохо, но нет квалифицированного врача — еще хуже. Недостаточная квалификация медицинских

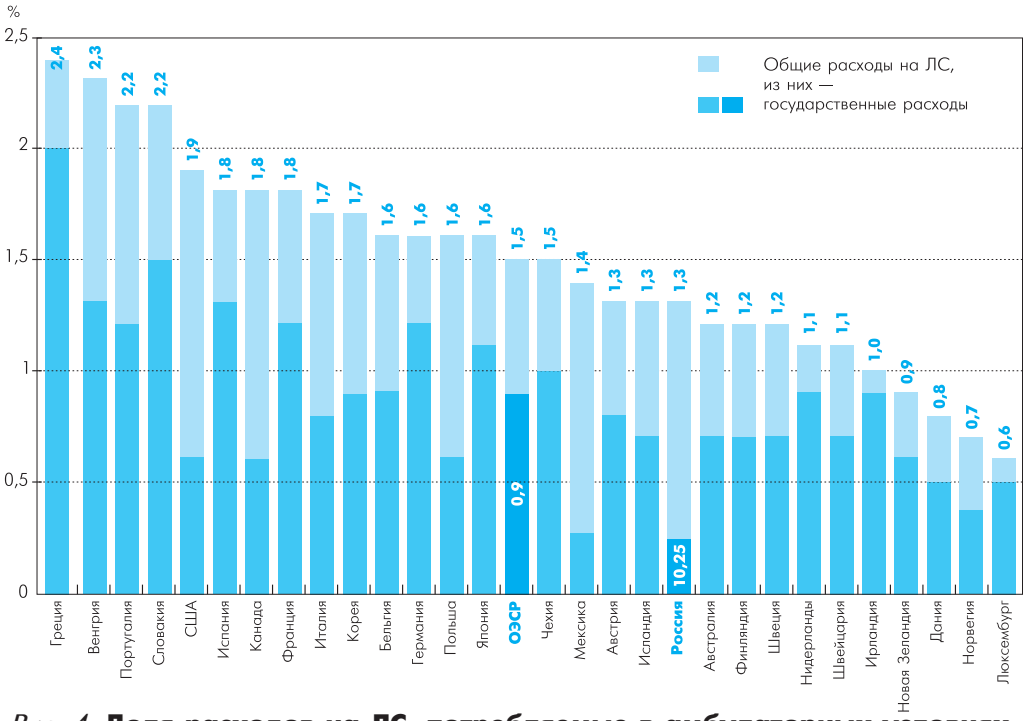


Рис. 4. **Доля расходов на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в ВВП**

кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, смертность больных с бронхиальной астмой и другие показатели в 2–3 раза выше, чем в странах ОЭСР (в *табл. 1* приведены только некоторые из этих показателей).

4. ***Четвертая проблема: несоответствие объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения РФ.*** Например, с 1999 по 2008 гг. нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились, вместе с тем заболеваемость населения в период с 1990 по 2008 гг. увеличилась на 46%, а доля пожилого населения возросла на 4%. Одновременно изменились и технологии оказания медицинской помощи: появились лекарственные средства, позволяющие провести лечение многих заболеваний амбулаторно (антигипертензивные, противоязвенные и др.). В ПГГ имеет место также крайне недостаточное (в 3–4 раза) обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях. Так, подушевые расходы на лекарственные средства из государственных источников в амбулаторных условиях (без учета расходов на лекарственные средства в стационарах) в РФ в 2009 г. составили 45 $ППС, в странах ОЭСР — 230 $ППС, что в 5,5 раза больше. В относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на ЛС в РФ составляют 0,25%, в развитых странах в 3,9 раза больше — 0,9% *(рис. 4)*. Как следствие — рост числа запущенных случаев заболеваний и нерациональное использование более дорогостоящих видов лечения (стационарной и скорой помощи).

Сегодня преимущественно инвалиды (около 13 млн.) и ряд других немногочисленных категорий граждан имеют право на бесплатные лекарства в РФ, причем воспользовались этим правом в 2010 г. только 4,2 млн.

Таблица 1

Некоторые показатели деятельности системы здравоохранения РФ в сравнении со странами ОЭСР (2008–2009) [6]

Показатель	*Значение в РФ*	*Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)*
Показатели здоровья населения		
Ожидаемая продолжительность жизни (оба пола)	68,8 года	79,1 года
Младенческая смертность	7,5	3,9
Ориентированность системы здравоохранения на пациентов		
Доля населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи	34% (ВЦИОМ, 2009)	70%
Доля пациентов, медицинская помощь которым координируется врачом общей практики (или которые имеют постоянного врача в первичном звене)	Не измеряется	70–90% (лучшие)
Равенство различных групп населения (в показателях здоровья, в бремени расходов на медицинскую помощь, в доступности медицинской помощи)		
Разница между показателями здоровья в различных регионах страны — отношение общего коэффициента смертности в регионах с худшими показателями к его среднему значению по РФ	1,4	1,1–1,15
Доступность медицинской помощи для населения		
Время ожидания плановой высокотехнологичной операции (за исключением трансплантации)	Не измеряется	От нескольких недель (Франция, Германия, Нидерланды) до 3 мес (Великобритания)
Доля домохозяйств, несущих «катастрофические» расходы, то есть более 30% своих годовых доходов (за вычетом расходов на питание)	9% (по данным обследования НОБУС, РМЭЗ)	3%
Качество и безопасность медицинской помощи		
Эффективность лечения: соответствие лечения клиническим рекомендациям профессиональных обществ	Не измеряется	80–90%
Эффективность лечения: летальность пациентов с инфарктом миокарда в стационаре (нестандартизованный показатель)	20%	7,7%
Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость с колоректальным раком	48%	59%
Стандартизованный (по полу, возрасту, диагнозу и длительности пребывания в стационаре) коэффициент летальности в стационаре (отношение фактической летальности к ожидаемой)	Не измеряется	85%

Таблица 1, окончание

Показатель	*Значение в РФ*	*Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)*
Экономическая эффективность		
Макроэффективность: соотношение государственных вложений в здравоохранение и показателей здоровья населения	Самая низкая из всех стран ОЭСР, имеющих близкие подушевые расходы на здравоохранение (Польша, Турция)	При вложениях от 1500 до 2000 $ППС имеют ожидаемую продолжительность жизни 78–79 лет (Финляндия, Испания, Португалия, Новая Зеландия)
Эффективность использования ресурсов: средняя длительность пребывания больного на койках интенсивного лечения	13,2	6,5
Способность системы к улучшению и внедрению инноваций		
Наличие позитивной динамики в эффективности деятельности системы здравоохранения	Не измеряется	Мониторируется практически во всех странах
Расходы на НИОКР по медицинской науке в доле ВВП	0,03%	0,3% (лучшие)

чел. Так, например, средняя стоимость набора ЛС для лечения артериальной гипертонии составляет сегодня в РФ около 700 руб. Но для большинства населения, проживающего на доходы ниже 15 тыс. руб. в мес. (а их сегодня в РФ — 85 млн. чел.), в случае возникновения заболевания эта сумма неподъемная.

Справедливости ради следует отметить, что вступивший в силу с сентября 2010 г. закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и Постановление Правительства № 865 от 29 октября 2010 г. «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших препаратов (ЖНВЛП)» совершенно правильно вводят систему регулирования цен на лекарства из списка ЖНВЛП. А одобренная в этом же году ФЦП «Развитие фармацевтический и медицинской промышленности РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу» будет способствовать увеличению доступности отечественных ЛС на фармацевтическим рынке. Но это меры долговременного действия, а необходимо уже сегодня сделать ЛС реально доступными для большинства населения. Для этого они должны быть полностью бесплатными для малоимущих категорий населения, а для всех остальных категорий населения должно компенсироваться не менее 50% их стоимости.

5. ***Пятая проблема — низкая доступность производственной медицины.*** По данным Роспотребнадзора, в 2008 г. условия труда на 77% предприятий России были отнесены к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих. Наиболее высокие показатели численности работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, наблюдались в Кемеровской (51,1%), Архангельской (42%), Магаданской (41,4%), Мурманской (40,15%) областях и Еврейской автономной области (41,1%). При этом анализ, проведенный Институтом медицины труда в 2002 г. [7], показал, что это обусловлено несовершенством технологических процессов, износом основных фондов и крайним невниманием к охране труда со сто-

роны работодателей. На производствах практически свернуты программы по охране и улучшению условий труда, формированию здорового образа жизни; закрылись медико-санитарные подразделения и отделы охраны труда на промышленных предприятиях с вредными условиями труда; снизилась обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты. Все это вкупе с недостаточной эффективностью лечения профессиональных заболеваний приводит к росту профессиональной заболеваемости и травматизма, в том числе и к росту числа запущенных случаев профессиональной патологии. Так, анализ причин заболеваемости в РФ показывает, что до 40% заболеваний трудоспособного населения прямо или косвенно связаны с неудовлетворительными условиями труда [8].

Следует отметить, что Минздравсоцразвития России с 2010 г. введен в действие новый порядок аккредитации организаций, занимающихся оказанием услуг в сфере охраны труда, а также разрабатывается новый порядок аттестации рабочих мест, но действие этих норм направлено только на улучшение условий труда. А нам необходимо комплексное решение проблемы: ***надо срочно обеспечить доступность профилактической и первичной медико-санитарной помощи*** для большинства работников предприятий непосредственно вблизи от рабочего места.

6. ***Шестая проблема — неэффективное управление системой здравоохранения.*** Она проявляется в отсутствии стратегического планирования и ответственности руководителей всех уровней за достижение результатов. Во-первых, в РФ отсутствует система оценки деятельности руководителей здравоохранения всех уровней (в том числе ежегодные отчеты) по показателям, принятым в развитых странах, например, по показателям качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности и др. *(см. табл. 1)*. Имеющиеся отчеты Минрегионразвития РФ об эффективности деятельности органов исполнительной власти (в части здравоохранения) не отражают реальной картины в регионах, так как сравнение идет по устаревшим (времен Советского Союза) и не дифференцированным нормативам, например, без разделения коек по уровню интенсивности и врачей на врачей первичного контакта и специалистов. Во-вторых, неэффективное управление проявляется в нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокие риски коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупку дорогостоящего оборудования) вместо развития профилактики и кадрового потенциала (см. выше). В-третьих, в ряде случаев имеет место низкая научная обоснованность принимаемых решений в здравоохранении и недостаточно используется мнение профессиональной медицинской общественности. Например, утверждением порядков и стандартов медицинской помощи занимается комиссия, в состав которой вошли практически только одни чиновники, кроме одного — руководителя академического клинического учреждения. В-четвертых, недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, составление рейтингов ЛПУ, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов. Все это приводит к неэффективному расходованию дефицитных государственных ресурсов.

Далее в статье проанализировано, поможет ли нам в решении вышеперечисленных проблем новое законодательство в сфере здравоохранения.

Поможет ли новая законодательная база решить ключевые проблемы здравоохранения

В 2009–2010 гг. было принято несколько федеральных законов и программ, которые отразятся на деятельности системы здравоохранения.

• *В 2010 г.* Председателем Правительства РФ было принято окончательное решение о повышении тарифов страховых взносов в систему ОМС на 2% (в соответствии с ***Федеральным законом № 212-ФЗ***). С одной стороны, это решение носит позитивный характер: за счет этих дополнительных средств объем финансирования системы ОМС предположительно увеличится в 2011 г. на 220 млрд. руб., а в 2012 г. — на 240 млрд. руб. С другой стороны, возрастает налоговая нагрузка на ФОТ малого и среднего бизнеса; соответственно прогнозируется замедление экономического роста, обеспечиваемого этим сектором экономики. Более того, большинство этих дополнительных средств не пойдет на повышение тарифов по ПГГ (что позволило бы несколько улучшить ситуацию по оказанию бесплатной медицинской помощи). В соответствии с программами модернизации регионов (см. ниже) 70% средств работодателей пойдет на обновление инфраструктуры здравоохранения (за рубежом капитальное строительство медицинских учреждений обычно финансируется за счет бюджетных средств или средств собственника).

• ***8 мая 2010 г. был подписан Федеральный закон № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».*** Этот закон предусматривает изменение типа некоммерческих организаций, находящихся в государственной и муниципальной собственности, на так называемые «новые» бюджетные учреждения (БУ) и казенные. Положительные нормы этого законопроекта — расширение самостоятельности (автономии) руководителей государственных и муниципальных медицинских учреждений (МО) в управлении финансовыми ресурсами. Но следует отметить, что в условиях дефицита финансовых средств на оказание медицинской помощи по ПГГ, неопределенности перечня платных и бесплатных медицинских услуг и дефицита медицинских кадров эта норма в лучшую сторону практически ничего не изменит. Более того, в ряде случаев руководители МО для обеспечения выживаемости учреждения могут занижать объем бесплатных и наращивать платные услуги. В связи с этим потребуется серьезная регламентация деятельности новых БУ, обучение их руководителей работе в новых условиях и жесткий контроль выполнения объема бесплатных услуг и их качества со стороны государства.

• ***29 ноября 2010 г. был подписан Закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».*** Этот закон предусматривает серьезные положительные нормы: централизацию финансирования системы ОМС на уровне Федерального фонда ОМС; нормирование тарифов страховых взносов на неработающее население; изменение структуры тарифа на ОМС (с 2013 г. включение расходов на содержание учреждения), а также включение в систему ОМС скорой медицинской помощи (с 2013 г.) и высокотехнологичной помощи (с 2015 г.), то есть организация одноканального финансирования. Закон предусматривает также повышение ответственности регионов за оказание ПМСП; обязательное исполнение порядков и стандартов медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС и формирование критериев эффективности этих программ. В защиту централизации следует сказать, что, во-первых, большинство стран сегодня рецентрализуют свои системы финансирования здравоохранения для достижения равенства различных регионов в финансовом обеспечении медицинской помощи и, во-вторых, «бедные» системы здравоохранения (как в РФ) должны быть централизованы: так ими легче управлять и контролировать.

Вместе с тем имеются определенные риски этого закона, требующие решения в других

федеральных законах или подзаконных актах. Например, централизация финансирования с последующим перераспределением средств в регионы в условиях общего дефицита этих средств может поставить под угрозу объемы финансирования здравоохранения в относительно богатых субъектах РФ; соответственно могут пострадать заработные платы врачей. Далее в этом законе акцентируются меры по расширению прав пациента в выборе врача и медицинской организации (МО) без учета территориального принципа прикрепления населения, этапов и уровней оказания медицинской помощи пациентам, что приведет к дополнительным затратам в системе. Задача состоит не в предоставлении свободы выбора пациенту, а в обеспечении доступности и качества медицинской помощи в большинстве МО, а эти организации, как правило, находятся по месту жительства пациента. Также не совсем понятно, по каким критериям граждане будут выбирать страховую медицинскую организацию.

И еще остается один важный вопрос, требующий разрешения: каким образом будет гарантировано качество медицинской помощи в МО всех форм собственности, которым сегодня разрешено участвовать в реализации Программы государственных гарантий по этому закону. Эта позиция очень важна в условиях либерализации государственного контроля, в частности, госконтроля в здравоохранении, и перехода на уведомительный характер лицензирования МО. Категорически нельзя переходить на уведомительный характер лицензирования, потому что здравоохранение — это сложная высокотехнологическая отрасль, в которой любые непродуманные вмешательства грозят рисками ***безопасности и жизни пациента***. Поэтому систему лицензирования надо актуализировать, например, переформировать ее в обязательную аккредитацию МО, как это принято сегодня во всех развитых странах. И, наконец, непонятно, где взять деньги на обязательные порядки и стандарты (которые, конечно, нужны в здравоохранении). Для того, чтобы обеспечить медицинскую помощь по современным порядкам и стандартам, денег в здравоохранении нужно как минимум в два раза больше, в то время как сегодня даже существующий минимальный подушевой финансовый норматив ПГГ, установленный на федеральном уровне (7,6 тыс. руб. на человека в год в 2009–2010 гг.), не был выполнен в 2009 г. на 384,6 млрд. руб. в 90% регионов РФ.

Таким образом, можно заключить, что законопроект создает важные предпосылки для справедливого распределения средств между регионами и повышения эффективности управления финансовыми средствами ПГГ, но не решает проблемы недофинансирования здравоохранения.

• ***Региональные программы модернизации здравоохранения на 2011–2012 гг.*** Эти программы за счет дополнительных средств от увеличения тарифов страховых взносов на 2% в ФОМС предусматривают расходы по 3 направлениям: вложения в инфраструктуру МО (65%), информатизацию (6%), в тарифы по оказанию медицинской помощи (29%). На самом деле акцент в структуре расходов должен быть поставлен несколько по-другому: 55% — на тарифы (в которых больше половины составляет заработная плата медицинских работников), 10% — на повышение квалификации (а таких средств вообще в программе не предусмотрено) и только 25% — на материально-техническое обеспечение и 10% — на информатизацию. В противном случае мы можем столкнуться с ситуацией, когда здание отремонтировано, оборудование стоит, компьютеры сверкают голубыми экранами, а работать на всем этом некому, особенно в отдаленных и сельских районах.

Таким образом, можно констатировать, что принятые федеральные законы в целом носят позитивную направленность, содержат отдельные механизмы, которые будут способствовать некоторому улучшению ситуации в здравоохранении, но не позволят решить

ключевых проблем в отрасли. В связи с этим очень важно, чтобы запланированное обсуждение и принятие закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» предусматривали решение этих проблем. Кроме того, при формировании политики здравоохранения на ближайшие годы необходимо учесть внешние вызовы для нее.

Какие вызовы ждут систему здравоохранения до 2020 г.

Прогноз изменения демографических, эпидемиологических, экономических, социальных и экологических факторов, влияние которых скажется на системе здравоохранения до 2020 г., показал, что главными вызовами системе здравоохранения до 2020 г. станут: высокая смертность от неинфекционных заболеваний (связанная с высокой распространенностью факторов риска: табакокурением и употреблением алкоголя); сокращение численности граждан трудоспособного возраста на 11 млн.; увеличение доли пожилого населения до 26%; сокращение числа женщин детородного возраста на 15%.

На здравоохранении также скажутся влияние экономического кризиса, дефицит рабочей силы и необходимость продления пенсионного возраста до 65 лет (минимального пенсионного возраста, принятого во всех развитых странах для мужчин и женщин). Предложения экспертов по компенсации дефицита трудоспособного населения путем продления пенсионного возраста логичны, но не могут быть реализованы, поскольку сегодня до 65 лет доживают менее 50% мужчин. Если к 2020 г. продлить ожидаемую продолжительность жизни мужчин на 5 лет, то до 65 лет будут доживать уже почти 60% мужчин, как сегодня до 60 лет. Только в этом случае можно поднимать вопрос о продлении трудоспособного возраста в РФ.

При формировании политики здравоохранения необходимо учесть все эти вызовы, а также ожидания заинтересованных сторон, главными из которых являются: для пациентов — уверенность в качестве предоставляемой медицинской помощи, снижение очередности и платности медицинских услуг, вежливость и внимание медицинского персонала; для медицинских работников — увеличение заработной платы и расширение возможностей для непрерывного повышения квалификации.

Выводы

1. Позитивная динамика показателей здоровья, наблюдавшаяся с 2006 по 2008 гг., остановилась в 2009–2010 гг. вследствие отсутствия роста реальных расходов на здравоохранение, неготовности системы здравоохранения отвечать на внешние вызовы (аномальные погодные и экологические условия летом 2010 г.) и нерешенности ключевых проблем здравоохранения.

2. Важнейшим уроком ПНП «Здоровье» стало то, что политическая воля руководства страны, а также увеличение финансирования здравоохранения — важнейшие факторы, стимулирующие системные преобразования в отрасли и в улучшении здоровья населения.

3. Главная проблема российского здравоохранения — недофинансирование из государственных источников ***в 1,6 раза***. Кроме того, в настоящее время не решены следующие ключевые проблемы: дефицит, диспропорции в структуре и неудовлетворительная квалификация медицинских кадров; несоответствие предоставляемых объемов медицинской помощи возросшим потребностям населения и современным технологиям оказания медицинской помощи, в том числе низкое (в 3–4 раза меньше необходимого) обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях; неэффективное управление, в том числе отсутствие стратегического планирования и ответственности руководителей всех уровней за достижение результатов.

4. Главными внешними вызовами системе здравоохранения РФ до 2020 г. станут: ***демографические*** — высокая смертность от неинфекционных заболеваний, сокращение численности граждан трудоспособного воз-

раста на 11 млн., увеличение доли пожилого населения до 26% и сокращение числа женщин детородного возраста на 15%; ***экономические*** — дефицит рабочей силы и необходимость продления пенсионного возраста как минимум на 5 лет; ***социальные*** — усиление дифференциации регионов и доходов населения, нарастание бедности (в результате воздействия экономического кризиса, резкого роста затрат населения на ЖКХ, продукты питания, а также из-за недостаточного финансирования социально-экономических расходов из бюджетов всех уровней).

Что надо делать, чтобы выполнить директивы Президента и Правительства, установленные в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.» [9]

1. Увеличить государственное финансирование здравоохранения в 1,6 раза по отношению к 2009 г., для чего необходимо установить дополнительные источники финансирования государственной системы здравоохранения: прогрессивная шкала налогообложения и страховых взносов, увеличение в 3–4 раза акцизов на алкоголь и табак, нормирование отчислений на здравоохранение регионов в доле ВВП (последнее уже справедливо предусмотрено законом «Об обязательном медицинском страховании»).

2. Обеспечить доступность медицинской помощи путем повышения заработной платы медицинских работников в 2 раза и создания системы экономических стимулов для привлечения врачей на наиболее дефицитные специальности.

3. Повысить уровень квалификации медицинских работников путем развития базового, обязательного послевузовского и непрерывного медицинского образования в соответствии с международными стандартами (в том числе с применением дистанционных форм обучения), а также путем обеспечения медицинских работников современными информационно-образовательными материалами на рабочих местах. Для решения этой задачи потребуется повысить заработную плату профессорско-преподавательского состава в 2,5–3 раза.

4. Обеспечить качество и безопасность медицинской помощи путем создания системы обязательной аккредитации МО (на базе системы лицензирования МО) и внедрения системы оценки качества медицинской помощи по международным показателям.

5. Адаптировать существующую (советскую) систему организации медицинской помощи к современным условиям путем обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи; развития территориального принципа прикрепления населения; развития производственной медицины (совместно с работодателями).

6. Увеличить в 3–4 раза лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях за счет общественных средств за счет включения данных расходов в ПГГ.

7. Повысить эффективность управления путем разработки долгосрочной Стратегии развития здравоохранения и усиления ответственности и публичной отчетности руководителей здравоохранения за реализацию целей и задач этой Стратегии (ежегодное опубликование доклада об эффективности и результативности деятельности системы здравоохранения на всех уровнях по международным показателям), путем внедрения рыночных инструментов управления (конкуренция между поставщиками медицинских услуг по критерию качества, дифференцированная система оплаты труда по единым критериям, утвержденным на федеральном уровне); расширения автономии государственных и муниципальных ЛПУ (при условии сохранения субсидиарной ответственности собственника и удвоения финансирования, а также при условии организации специальной подготовки и переподготовки руководителей МО).

8. Инициировать и координировать массовые межведомственные программы по

повышению приверженности населения, здоровому образу жизни.

В заключение еще один аргумент в пользу необходимости решения вышеперечисленных задач. Сегодня в ситуации серьезного расслоения населения по уровню доходов и роста бедности населения (см. выше), в условиях последствий экономического кризиса (замедление темпов роста ВВП и как следствие сокращения бюджетных средств) возможно нарастание социальной напряженности в обществе. И как раз повышение доступности бесплатной медицинской помощи для большинства населения могло бы сыграть стабилизирующую роль в этом вопросе.

Считаю, что если эти проблемы не будут решены в ближайшие годы, то директивы Президента и Премьера по улучшению здоровья и достижению социальной стабильности и равенства в обществе ***НЕ БУДУТ ВЫПОЛНЕНЫ.***

Литература

1. Здравоохранение в России. 2009: статистический сборник/Госкомстат России. — М., 2009. — 365 с.

2. *Башкатова А.* Деградация здравоохранения беспокоит граждан//Независимая газета. — 26.08.2010.

3. Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации в целях улучшения состояния здоровья населения: основные задачи на 2008 год и последующий период. — Аналитическая записка. — П.В. Маркес, Р. Атуна и др. — Всемирный банк по вопросам здравоохранения в регионе Европы и Центральной Азии. — 2008. — 26 с.

4. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», утверждена Распоряжением Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008.

5. Health at a Glance 2009: OECD Indicators. — France. — OECD Publishing, 2010. — 184 p.

6. Российский статистический ежегодник. 2010: статистический сборник. — М.: Росстат, 2010. — 813 с. и база данных ВОЗ http://data.euro.who.int/hfadb/.

7. *Измеров Н.Ф.* Охрана здоровья рабочих и профилактика профессиональных заболеваний на современном этапе//Медицина труда и промышленная экология. — 2002. — № 1.

8. Доклад Минздравсоцразвития РФ «О реализации государственной политики в области охраны труда в Российской Федерации в 2008 году». — 2009.

9. *Улумбекова Г.Э.* Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года»//Монография. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 592 с.

UDC 614.2

Ulumbekova G.E. ***Healthcare in Russia: results of 2010. How to cope with coming challenges?***

Abstract: Both dynamic of RF population health status and key healthcare programs over the last years are evaluated in the article. The conclusion is made that the healthcare system in 2009–2010 has not achieved considerable positive results. An expected effect of Federal laws passed in the last two years on healthcare system is analyzed. It is concluded that despite positive purpose of these laws, they will not be able to solve the key healthcare problems. Among these problems are: lack of funding 2-fold minimum from public sources; deficit, nooptimal structure and poor qualification of medical staff; outdated norms of State guarantee program of free medical care, particularly lack of prescribed drugs subsidized by the government; decreasing capacity of occupational medicine and also ineffective management. The article suggests priority ways of solving the above mentioned problems in order to accomplish presidential and governmental instructions to improve public health and achieve social peace in the country.

Keywords: *health status of RF population; key healthcare programs; Federal laws in healthcare; the ways to solve the healthcare problems.*

САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СКОРЕЕ ЖИВО, ЧЕМ «НЕ ПОЙДЕТ»...

От редакции:

Журнал «МЗ» в 2010 году опубликовал (и номинировал) серию материалов, рассказывающих об опыте работы саморегулируемой организации (СРО) частных стоматологов в Иркутской области.

В Издательском доме в том же 2010 году была издана первая в России монография, посвященная этому вопросу...

18 февраля 2011 года Комиссия Общественной палаты Российской Федерации по охране здоровья, экологии, развитию физической культуры и спорта провела круглый стол по теме «Роль самоуправления врачей в развитии системы здравоохранения в РФ». В преддверии мероприятия появились две публикации (ниже приведены развернутые рефераты этих публикаций), которые мы предложили прокомментировать экспертам «МЗ» Дмитрию Пивеню и Игорю Кицулу, создателям первой в России СРО в системе здравоохранения.

С чего начинается создание СРО в здравоохранении?

С.А. Ануфриев,
к.м.н., основатель и директор «Петербургского медицинского форума» (www.medforumspb.ru)

Согласно законодательству, ключевым моментом в создании СРО является наличие стандартов и правил предпринимательской или профессиональной деятельности, обязательных для выполнения всеми членами саморегулируемой организации. К сожалению, все мы имеем печальную историю внедрения стандартизации, идущую сверху, которую многие эксперты оценивают как «сизифов труд»[1]. А многочисленные нормотворческие инициативы Минздравсоцразвития РФ в области установления порядков оказания медицинской помощи по различным профилям не выдерживают никакой критики (см., например мнения экспертов по проекту приказа МЗ и СР РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «косметология»)[2].

Современные стандарты оказания медицинской помощи подразумевают мощную синергию морально-этических, нормативно-правовых, финансовых, организационных, технологических, фармакологических составляющих (смотрите, например, стандарты в здравоохранении США[3]). Давайте вместе с вами оценим, что из вышеперечисленного соответствует мировому уровню развития. Ответы — риторические. Но мне представляется важным остановиться подробнее на морально-этических «стандартах» сегодняшнего дня в здравоохранении. Для врачей, руководителей государственных и част-

[1] *Серёгина И.Ф., Пивень Д.В., Кицул И.С.* Саморегулирование в здравоохранении: возможности развития и новые задачи государственного контроля//Вестник Росздравнадзора. — 2010. — № 1.

[2] http://www.privatmed.ru/?module=custompage&id=856; http://www.privatmed.ru/?module=custompage&id=826; http://www.privatmed.ru/?module=custompage&id=791.

[3] http://www.jointcommission.or.

ных клиник эти слова должны были быть близки с момента посвящения в профессию и до окончания жизни. И не случайно, любое объединение врачей или клиник в зарубежных странах начинается с формулирования не «типового» этического кодекса, а продуманного и согласованного документа, обязательность выполнения которого должна строго соблюдаться. В России же рождаются совсем гротесковые ситуации, как например, когда одна из санкт-петербургских ассоциаций приняла «Этический кодекс», в то время как ее члены активно практикуют между собой выплаты агентских вознаграждений за направление пациентов друг к другу.

Прежде всего, врач оказался один на один со страдающим и несчастным пациентом, поскольку разрушилась нормативно-правовое, финансовое, материально-техническое, лекарственное обеспечение некогда одной из крайне зарегулированных, но и эффективных систем здравоохранения мира. Да еще и с мизерной зарплатой и полным падением уважения к людям этой нелегкой профессии. Долго не могли понять врачи, как они (да и большинство населения России) оказались не нужны государству для решения его же конституционных задач по поддержанию здоровья нации. С этого момента врач стал последовательно становиться де-факто индивидуальным предпринимателем.

Все это привело к тому, что большинство врачей не только «де факто» перестали быть элементом социальной системы здравоохранения, разделять и выполнять ее цели по охране здоровья населения (а это прямой путь к вымиранию населения страны), но и стали профессионально деградировать. Во-первых потому, что все равно подавляющее большинство пациентов не сможет получить современное, европейского уровня лечение, основанное на принципах доказательной медицины, а во-вторых потому, что успешен не самый компетентный врач, а тот, который сумеет «выжать» деньги из пациента.

Усугубляет «одиночество» и «внесистемность» врачей и отсутствие в России дееспособных врачебных ассоциаций, которые могли бы взять на себя широкий спектр задач: от морально-этической и юридической защиты врача (да и всей профессии) до лоббирования интересов всей отрасли перед правительством и государством. А пока существующая система управления отраслью делает врачей заложниками управленческих решений чиновников (как на уровне конкретного учреждения, так и на уровне всей страны), чьи интересы подчас далеки от интересов отрасли и пациентов.

Системные преобразования отрасли были заменены точечными инъекциями в виде национальных проектов. В такой ситуации каждый врач, коллектив, клиника, медицинская ассоциация решают — на какие идеологические принципы опереться в стратегии своего выживания и развития в новом посткризисном мире. От выбора этих принципов и зависит их дальнейшая судьба. Можно с уверенностью сказать, что митинги врачей в Архангельске[4] в мае и июне 2009 года были не столько социальной акцией протеста, сколько открытым заявлением врачей о невозможности выполнять добросовестно и в соответствии с нормами медицинской этики свой профессиональный долг.

История медицины, современное медицинское сообщество выработали этические кодексы, которые стали ценностными ориентирами для врачей во всем мире. Сохранить уважение к себе как к профессионалу, обеспечить достойную жизнь своей семье, не поступаясь принципами этики, сделать правильный выбор личностного и организационного развития — такие задачи предстоит решать в сегодняшней непростой ситуации. Формулирование и соблюдение прежде всего этических стандартов, отвечающих достижениям мировой медицины, должно быть первым шагом медицинского сообщества в создании саморегулирования в здравоохранении.

Источник: www.medforumspb.ru

[4] http://www.regnum.ru/news/1169711.html.

«Уверен, что процесс саморегулирования в здравоохранении не пойдет»

Из интервью генерального секретаря Российского общества врачей Леонида Михайлова

— Необходимо ли, на ваш взгляд, вводить саморегулирование в систему здравоохранения?

— На сегодняшний день врачи не являются субъектом права в системе здравоохранения. Но, даже если они станут таковыми, то не смогут существовать автономно от системы здравоохранения, поскольку это приведет к ее разрушению. Поэтому говорить о саморегулировании нельзя. Нужно говорить о том, что должна быть введена врачебная автономия, должно быть введено врачебное самоуправление, должно быть регулирование профессиональной врачебной деятельности через самоуправление. Это более корректно, но в любом случае врачебное сообщество никак не должно быть противопоставлено системе здравоохранения, другим субъектам права системы здравоохранения и, в первую очередь, Правительству и Парламенту.

Цель создания врачебного сообщества только одна — сформировать легитимное мнение врачей, чтобы это мнение было представлено в Правительстве и в Парламенте, потому что они уполномочены решать целый ряд вопросов.

— Каким вы видите будущее саморегулирования в здравоохранении?

— Я уверен, что этот процесс не пойдет. Я уверен, что должен идти процесс регулирования профессиональной деятельности врачей через профессиональные организации, но не через саморегулируемые организации. Саморегулирование предполагает полную автономию. Вот, например, возьмем адвокатскую деятельность. Адвокатское сообщество не имплантировано ни в какую государственную систему, в отличие от врачей. Как они могут существовать в этой системе автономно от государства? Мы можем говорить об автономности профессиональной деятельности врача, но не об автономности системы врачебного самоуправления.

— Представляют ли медицинские ассоциации, союзы и объединения мнение профессионального сообщества на уровне федеральной власти?

— Для того, чтобы они взяли на себя такую функцию, каждый член ассоциации должен стать субъектом права. Чтобы он стал субъектом права, он должен получать лицензию на медицинскую деятельность. Но чтобы осуществлять выдачу лицензий на медицинскую деятельность кто-то должен, во-первых, нести ответственность за лицензируемого, а это может быть только Национальная медицинская ассоциация. И второе, должен существовать орган (он у нас сейчас есть — Росздравнадзор), который должен осуществлять надзор за деятельностью национальной медицинской организации. Сейчас Росздравнадзор больше выполняет контрольные функции. Ведь, собственно, результат от создания национальной медицинской организации — когда каждый врач отвечает за свою профессиональную деятельность перед национальной медицинской организацией, а Национальная медицинская организация — перед обществом, государством, населением.

Источник: Всероссийский форум Руководителей учреждений системы здравоохранения

Д.В. Пивень,
д.м.н., проректор по научной и лечебной работе, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей, piven_dv@mail.ru
И.С. Кицул,
д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей, zdravirk@mail.ru

ВОКРУГ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УДК 614.2
Аннотация: *Статья посвящена обсуждению различных проблем, связанных с развитием саморегулирования в здравоохранении. Проведен анализ возможного развития саморегулирования в разных сегментах отрасли. Показано, что наиболее предпочтительно появление саморегулируемых организаций в частной системе здравоохранения. Сформулированы предложения по оптимизирующие развите саморегулирования.*
Ключевые слова: *саморегулирование, саморегулируемые организации, профессиональные ассоциации, этические нормы, частная система здравоохранения, медицинские организации, стандарты и правила, защита профессиональных интересов, качество медицинской помощи, права пациента*

Интерес нарастает, но и вопросов все больше

Если проанализировать ситуацию с внедрением и развитием саморегулирования в системе здравоохранения за последний год, то необходимо отметить следующее.

Во-первых, интерес к этой теме в медицинском сообществе (и не только в медицинском) однозначно усиливается. Доказательством этому является и все большее число публикаций, и различные конференции, круглые столы, семинары с участием государственных и негосударственных органов и организаций, где рассматриваются вопросы саморегулирования. То есть тема активно обсуждается. В этой связи достаточно важной является любая точка зрения, в том числе и высказанные в представленных выше материалах.

Во-вторых, в медицинском сообществе пока не сформировано единое мнение или мнение большинства в отношении того, в каком сегменте здравоохранения, когда и как целесообразно внедрять и развивать саморегулирование. Нет четкого понимания и того, чем же все-таки СРО отличаются от традиционных медицинских ассоциаций.

В-третьих, органы управления здравоохранением всех уровней практически повсеместно никак не реагируют на тему развития саморегулирования. Это происходит по разным причинам, часть из которых мы предметно рассмотрим ниже.

В-четвертых, исполнительные и законодательные органы государственной власти в регионах также пока слабо представляют (а чаще всего вообще не представляют), что делать с таким явлением, как саморегулирование применительно к системе оказания медицинской помощи.

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, 2011 г.

Исходя из изложенного, продолжение обсуждения вопросов, связанных с внедрением и развитием саморегулирования в здравоохранении, представляется сегодня весьма актуальным.

В начале данной статьи в порядке дискуссии остановимся на мнениях о саморегулировании, высказанных в приведенных выше публикациях.

Саморегулирование и этические стандарты

Как отмечает С.А. Ануфриев: «Формулирование и соблюдение прежде всего этических стандартов, отвечающих достижениям мировой медицины, должны быть первым шагом медицинского сообщества в создании саморегулирования в здравоохранении». Исходя из содержания публикации С.А. Ануфриева, полагаем, что под этическими стандартами автор подразумевает свод соответствующих норм, правил и принципов, которыми в своей повседневной деятельности должен руководствоваться каждый врач.

Полностью согласны с мнением автора, что достаточно частое несоблюдение деонтологических и этических норм является одной из главных проблем отечественной медицинской отрасли. Безусловно, в работе по ее решению должны участвовать и организации, активно использующие и развивающие принципы саморегулирования (СРО). В то же время мы не стали бы вычленять вопросы создания этических стандартов как эксклюзивную задачу только для СРО по следующим причинам.

1. В прямом смысле слова подготовить или научить человека принципам деонтологии и этики, категориям не только профессиональным, но и нравственным — мало выполнимая задача. Можно только дать основы, которые получат свое развитие у тех, кто по своим человеческим качествам готов их воспринять, развить и использовать. Выявлять же «необучаемых» нормам этики и деонтологии в медицинской среде и по возможности отчуждать таких от специальности необходимо постоянно и не только на уровне СРО.

2. На всех этапах становления врача и совершенствования его профессиональной деятельности должна постоянно культивироваться атмосфера неукоснительного соблюдения этических и деонтологических принципов: и во время учебы в ВУЗе, и непосредственно по месту работы, и в профессиональных объединениях, и в системе последипломной подготовки. Конкретных форм и методов для этого предостаточно, важно уметь ими пользоваться независимо от того, говорим ли мы об образовательном медицинском учреждении, о медицинской организации или о СРО. СРО в данном случае предоставляют дополнительные возможности: это и еще одна площадка для обсуждения и рассмотрения этических проблем и вопросов, это и проведение конференций и семинаров, это и возможность влияния на ситуацию через механизм третейских судов и штрафные санкции.

3. Как справедливо отмечает автор, в результате кризиса 90-х, начала 2000-х годов «врач оказался один на один со страдающим и несчастным пациентом, поскольку разрушилось нормативно-правовое, финансовое, материально-техническое, лекарственное обеспечение некогда одной из крайне зарегулированных, но и эффективных систем здравоохранения мира». В свою очередь данная ситуация не способствовала сохранению и развитию необходимых морально-этических качеств у медицинского персонала. Это тоже необходимо рассматривать как еще одно последствие глубокого системного кризиса, которое необходимо будет еще долго преодолевать. Да и сейчас крайне низкий уровень материального вознаграждения отнюдь не способствует развитию этических и деонтологических принципов.

Таким образом, можно сказать, что появление СРО в здравоохранении необходимо рассматривать как новый дополнительный, но при этом вряд ли как единственный

или прорывной механизм в обеспечении деонтологических и этических норм.

Кроме того, далеко не вся система российского здравоохранения сегодня одинаково тропна к развитию новых механизмов саморегулирования, но на этом мы подробно остановимся ниже.

А саморегулирование в здравоохранении уже идет

Теперь о точке зрения Л. Михайлова о том, что процесс саморегулирования в здравоохранении не пойдет.

С одной стороны, такая категоричная позиция вызывает недоумение, потому что «процесс пошел» и пошел даже не вчера. В то же время, с другой стороны, такая точка зрения свидетельствует о том, что, как уже было отмечено выше, тема саморегулирования применительно к здравоохранению нуждается в большем раскрытии.

Л. Михайлов утверждает, что процесс саморегулирования в здравоохранении не пойдет, а должен идти процесс регулирования профессиональной деятельности врачей через профессиональные организации, так как саморегулирование предполагает полную автономию.

Не можем согласиться с этим утверждением по следующим причинам.

Во-первых, должно быть многообразие форм регулирования профессиональной деятельности, и оно имеет место быть. Сегодня этим занимаются и органы управления здравоохранением, и все руководители медицинских организаций, включая частные, и профессиональные медицинские ассоциации. Очевидно, что никакой монополии в этом крайне сложном вопросе не должно быть, так как это просто вредно и опасно. Поэтому ничего не мешает на этом разнообразном поле найти свое место и саморегулируемым организациям.

Во-вторых, новые формы саморегулирования (подчеркнем, именно новые формы, предусмотренные Федеральным законом «О саморегулируемых организациях») и не предполагают полной автономии.

- СРО разрабатывают свои стандарты и правила, но при этом они должны соответствовать федеральным стандартам и правилам.
- СРО формируют внутреннюю систему защиты профессиональных интересов, но при этом она должна полностью удовлетворять требованиям надзорных органов.
- СРО совершенствуют защиту интересов пациента, но при этом у пациента остаются все права по защите своих интересов в других предусмотренных законодательством инстанциях, и СРО не могут этого не учитывать.

В-третьих, главной целью развития саморегулирования является повышение качества оказываемых услуг. Очевидно, что она вполне соответствует целям любого профессионального сообщества и не может быть достигнута в полной изоляции и при отсутствии каких-либо контактов с государственными и негосударственными органами и организациями.

И, наконец, в-четвертых, саморегулирование уже существует в здравоохранении, и речь идет только о том, где сегодня оптимально и поэтому целесообразно развивать его новые формы.

В этой связи с учетом нашего собственного опыта и высказанных мнений попробуем предложить примерную схему по продвижению механизмов саморегулирования в отечественной системе здравоохранения.

Где и как в отечественной системе здравоохранения целесообразно развивать саморегулирование

Считаем, что не следует ставить всеобъемлющей задачи по развитию саморегулирования в новом формате, то есть в соответствии с Федеральным законом «О саморегулируемых организациях», повсеместно в здравоохранении РФ. Необходимо определить оптимальное место и время для появления таких организаций. Рассмотрим данный вопрос конкретно при-

менительно к различным системам здравоохранения России, медицинским организациям, профессиональным объединениям (ассоциациям).

Насколько целесообразно развитие саморегулирования в контексте Закона «О саморегулируемых организациях» в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения?

Следует отметить, что государственная и муниципальная система здравоохранения в целом и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, в частности, уже представляют собой очень развитые саморегулируемые системы, для которых характерно следующее:

— разработка внутренних порядков и правил оказания медицинской помощи, соответствующих федеральным;

— функционирование внутренней системы обеспечения и контроля качества медицинской помощи на основе разработанных внутренних документов, регламентирующих процессы обеспечения и контроля качества оказываемой помощи и при этом также соответствующих установленным федеральным требованиям;

— выполнение государственных стандартов медицинской помощи, утвержденных или на федеральном, или на региональном уровне;

— взаимодействие с пациентами не только по вопросам оказания медицинской помощи, но и по защите их интересов (все-таки большинство пациентов для решения вопросов качества и доступности медицинской помощи в первую очередь обращается к зав. отделением, заместителю гл. врача, главному врачу);

— проведение внутри учреждения конференций, разборов, семинаров, т.е. работы по повышению квалификации кадров по тем или иным актуальным клиническим направлениям.

Иными словами, государственные и муниципальные медицинские учреждения уже представляют собой жесткие саморегулируемые системы, во многом соответствующие принципам, заложенным в федеральном законе о саморегулировании.

Исходя из изложенного, можно так ответить на поставленный выше вопрос: «В настоящее время объединение государственных и муниципальных медицинских учреждений в саморегулируемые организации скорее привнесет ненужную путаницу в действующую систему организации медицинской помощи, но уж точно никак ее не оптимизирует. Качество защиты профессиональных интересов врача и пациента в этом случае также не вырастет».

Теперь тот же самый вопрос рассмотрим применительно к профессиональным объединениям.

Насколько целесообразно развитие саморегулирования в контексте Закона «О саморегулируемых организациях» в профессиональных медицинских ассоциациях?

Отметим, что профессиональные медицинские ассоциации также являются саморегулируемыми системами, и речь может идти только о возможном развитии новых механизмов саморегулирования.

Основные функции, которые сегодня выполняют ассоциации в основном сводятся к двум, но при этом весьма важным направлениям деятельности, также укладывающимся в формат саморегулирования:

— аттестация медицинских кадров;

— проведение тематических конференций.

Как известно, ряд функций, которые закреплены за профессиональными медицинскими ассоциациями в Основах законодательства об охране здоровья граждан, абсолютному большинству ассоциаций за последние 20 лет реализовать не удалось. Имеется в виду следующее:

1. Организация проверочных испытаний и выдача сертификата специалиста (предусмотрена ч. 2 ст. 54 Основ).

2. Участие в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ (ст. 62 Основ).

Несмотря на то, что эти положения по сей день присутствуют в федеральном законе, сама жизнь внесла необходимые коррективы.

Сертификаты специалиста на основе результатов проверочных испытаний сегодня выдают образовательные учреждения, а функция разработки стандартов применительно к государственной и муниципальной системе здравоохранения является исключительно государственной функцией. Таким образом, указанные выше и обозначенные в Основах полномочия ассоциаций сегодня носят декларативный характер.

Особенностью российских профессиональных ассоциаций является то, что они объединяют физических лиц (конкретных специалистов), а также то, что чаще всего большинство указанных специалистов являются работниками государственных и муниципальных медицинских учреждений. Полагаем, что эти факторы объективно препятствуют развитию саморегулирования в контексте Закона «О саморегулируемых организациях» по следующим причинам.

Во-первых, предположим, что профессиональная ассоциация, решившая развивать саморегулирование в своих рядах и при этом объединяющая специалистов-физических лиц, разработала порядок (правила) оказания медицинской помощи при каком-либо заболевании и единогласно на общем собрании приняла его как обязательный для исполнения членами ассоциации. Но как будет реализован данный порядок медицинской помощи на рабочем месте члена ассоциации, если для руководителя медицинской организации, где работает этот специалист, решения ассоциации в части регулирования процессов оказания медицинской помощи не имеют никакого значения. Или, может быть, медицинская организация не обладает достаточными ресурсами для выполнения указанного выше порядка, а специалист, голосовавший за его принятие в ассоциации, даже понятия об этом не имел.

Во-вторых, то обстоятельство, что членами большинства профессиональных объединений врачей-специалистов являются врачи, работающие в государственных и муниципальных учреждениях, которые, как уже было отмечено выше, в значительной степени сами являются саморегулируемыми системами, также будет вступать в прямое объективное противоречие (если только не противостояние) с любыми новыми элементами саморегулирования в ассоциациях. Надо учесть, что и сами государственная и муниципальная системы здравоохранения имеют гораздо больше законодательно закрепленных полномочий по регулированию собственной деятельности, чем любая ассоциация.

Исходя из изложенного, можно так ответить на поставленный выше вопрос: «Развитие саморегулирования в профессиональных ассоциациях, объединяющих физических лиц — специалистов преимущественно из государственных и муниципальных медицинских учреждений, имеет сегодня в Российской Федерации и будет иметь в дальнейшем объективно ограниченный характер».

Так, какой же сегмент здравоохранения России сегодня является наиболее предпочтительным для развития саморегулирования в контексте Закона «О саморегулируемых организациях»? Где это наиболее целесообразно? Где мы имеем минимум ограничивающих факторов?

На наш взгляд, наиболее предпочтительным для развития саморегулирования является частная система здравоохранения страны. Выполняя, как и все медицинские организации, государственные задачи по охране здоровья граждан, данная система, тем не менее, имеет крайне мало системообразующих элементов.

К наиболее значимым из них можно отнести только государственные процедуры лицензирования и лицензионного контроля, которых для обеспечения качества медицинской помощи в частном секторе абсолютно недостаточно. Сегодня очевидно, что после прохождения процедуры лицензирования, то есть получения разрешения для выхода на рынок, мы практически ничего не знаем о частных медицинских организациях.

• Какими стандартами, правилами они руководствуются и имеют ли их вообще?

• Имеется ли система внутреннего контроля качества? Если «да», то чему она соответствует?

• Кто может дать информацию о качестве, объеме, структуре медицинских услуг, оказываемых частными организациями?

• Как регулярно, где, в какой форме повышают свою квалификацию специалисты, работающие в частном секторе? Ранее мы уже озвучивали наш тезис о том, что обучение врача один раз в пять лет и его профессиональная деградация — это одно и то же. Сегодня повышения квалификации один раз в пятилетку достаточно для лицензирования и для лицензионного контроля, но недостаточно для качественной работы.

• Куда еще, кроме суда и Росздравнадзора, может обратиться пациент с вопросами или жалобами по качеству оказанной в частной организации помощи?

Важно, что и сами частные медицинские организации и индивидуальные предприниматели, как показывает наш опыт работы со стоматологами, очень заинтересованы в развитии новых механизмов саморегулирования.

1. Разработка и внедрение стандартов, правил, соответствующих федеральным, однозначно повышают их правовую защищенность, и все это быстро понимают.

2. Создание внутренней системы контроля качества, с одной стороны, позволяет частным организациям говорить с надзорными органами на одном языке. В то же время, с другой стороны, это и важный антикоррупционный фактор для всей государственной машины.

3. Решать спорные или конфликтные вопросы с пациентами внутри саморегулируемой организации также предпочтительнее, чем в зале суда.

4. Появляются дополнительные возможности для гибкого обучения кадров по конкретным вопросам и под конкретные задачи.

Не меньше заинтересованы во всем этом и государство, и пациенты.

Таким образом можно заключить, что самым предпочтительным сегментом отечественной системы здравоохранения для развития саморегулирования являются частные медицинские организации. Ну, а раз, как было показано выше, в этом заинтересованы или должны быть заинтересованы все (и сами частные организации, и надзорные органы, и пациенты) возникают другие важные вопросы: «Как оптимизировать внедрение и развитие новых механизмов саморегулирования, предусмотренных Законом о «О саморегулируемых организациях», в частной системе здравоохранения? Каковы должны быть примерная этапность и последовательность действий? Или, может быть, вообще ничего не надо, а саморегулирование само пробьет себе дорогу, так сказать в инициативном порядке?».

Как специалисты, создавшие организацию, функционирующую на принципах саморегулирования, и постоянно организующие ее работу, предлагаем следующую схему действий.

1. Правительству Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «О саморегулируемых организациях» необходимо определить уполномоченный орган по ведению реестра саморегулируемых организаций в здравоохранении. Со своей стороны считаем, что таким органом должна быть Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Появление СРО в частном секторе открывает для нее принципиально новые возможности для постоянного и конструктивного взаимодействия с частной системой здравоохранения.

2. Комитету по здравоохранению Государственной Думы, Общественной палате обсудить вопросы о возможностях развития саморегулирования, прежде всего в частной системе здравоохранения, и рекомендовать провести аналогичные обсуждения с заинтересованными структурами (профессиональными ассоциациями, частными организациями, лицензионными и надзорными органами) соответствующим органам законодательной власти и профильным комиссиям общественных палат в регионах.

3. Органам исполнительной власти в регионах целесообразно сформировать рабочие группы по развитию саморегулирования в частном секторе. Речь совсем не идет об избыточном административном влиянии на данный процесс. В эти рабочие группы должны войти не только представители частного здравоохранения, но и представители надзорных органов, обязательно прокуратуры, а возглавлять их должны заместители председателей (губернаторов) правительств регионов по социальным вопросам. Прежде всего исполнительная власть сама должна осознать, что саморегулирование в медицинском бизнесе выгодно всем. Первый плюс от этого будет заключаться в том, что этот процесс органы исполнительной власти не будут воспринимать как покушение на свои очень скромные в этой сфере полномочия и не будут ему мешать, а это уже немало. Второй плюс заключается в том, что в регионах появятся постоянные площадки, где медицинский бизнес, органы власти и надзорные органы смогут на регулярной основе обсуждать все вопросы, связанные с развитием саморегулирования. Это очень важно именно сейчас на старте, ведь, к сожалению, никакого опыта взаимодействия государства с частными медицинскими организациями, кроме как через контроль и проведение проверок, сегодня нет или почти нет. Закон же «О саморегулируемых организациях» предусматривает и другие формы взаимодействия, способствующие повышению качества оказываемых услуг в бизнесе и одновременно снижающие уровень коррупции в государственных органах.

Уверены, если четкая заинтересованная, позитивная позиция органов исполнительной и государственной власти всех уровней к теме саморегулирования в частном здравоохранении станет очевидной для всех, то это, несомненно, будет способствовать появлению и развитию СРО в этом сегменте оказания медицинской помощи.

UDC 614.2
Piven D.V., Kixul I.S. ***Around self-regulation in health care*** *(Irkutsk State Postgraduate Medical Institute)*
Annotation: ***article is dedicated to discussion of various problems, related to self-regulation development in health care system. There is processed analysis of possible self-regulation development in different sphere's segments. It is shown that it is mostly preferable for self-regulated organizations to show up in private system of health care. There are formulated proposals for optimizing development of self-regulation.***
Keywords: *self-regulation, self-regulated organizations, professional associations, ethical standards, private system of health care, medical organizations, standards and rules, defense of professional interests, quality of medical care, patient's rights.*

Зарубежный опыт

За последние 5 лет ожидаемая продолжительность жизни в Казахстане увеличилась на 2,7 года и составила 68,6 года (в России — 66,2 года). Общая смертность снизилась на 13,5%, материнская — на 9%. Смертность от кардиологической патологии упала на 22%. Заболеваемость туберкулезом — на 31,7%, смертность от туберкулеза сократилась на 38%.

Модернизация службы скорой помощи позволила снизить смертность от травматизма на 27%.

По словам Министра здравоохранения страны, доктора медицинских наук, невропатолога Салидат Каирбековой, достигнутое стало результатом реализации четырех принципов: право свободного выбора стационара пациентом (или дневного стационара); полная оплата всех затрат на лечение; конкуренция между больницами; прозрачность финансовых затрат.

Источник: Медпортал.ру

ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОНЦЕПЦИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИИ

На заседании Совета при Президенте РФ по демографической политике 19 января 2011 года Татьяна Голикова отметила, что «несмотря на то, что в последние годы в стране была очень обнадеживающая положительная динамика рождаемости, по ряду причин неправильно было бы направлять все усилия только на повышение рождаемости для достижения основных показателей концепции демографического развития (стабилизация к 2015 году численности населения России на уровне 142–143 млн. человек, и рост к 2025 г. до 145 млн. человек).

Это связано с тем, что после 2010 г. в активный репродуктивный возраст (20–29 лет) начнут входить малочисленные контингенты родившихся в 1990-е годы. Доля 20–29-летних женщин в общей численности населения сократится с 8,6% в 2009 году до 7,2% к началу 2015 г., 5,2% — к началу 2020 г., 4,8% — к началу 2025 г.

В 2020 г. численность женщин репродуктивного возраста по сравнению с 2009 г. сократится на 4,1 млн. человек или на 10,7%. Причем все это сокращение придется на самый активный репродуктивный возраст, женщин в возрасте 20–29 лет будет меньше на 4,6 млн. человек, или на 38%. Наиболее значительное сокращение этого показателя будет происходить в период с 2012 г. по 2021 г.

Для сохранения числа родившихся на уровне 2008 г. (1713,9 тыс. человек) в 2015 г. значение суммарного коэффициента рождаемости должно составлять 1,66; в 2020 г. — 1,95; в 2025 г. — 2,21. Если же говорить о прекращении естественной убыли населения, то решение этой задачи (при сохранении нынешнего уровня смертности) потребует еще более высоких показателей рождаемости: 2015 г. — 2,14; 2020 г. — 2,55; 2025 г. — 2,91.

Рост рождаемости в 2007 году по сравнению с 2006 годом только на 8,5% обусловлен изменениями в половозрастном составе. Увеличение общего коэффициента рождаемости в 2008 году относительно 2007 года в еще большей степени определялось повышением интенсивности деторождения и на долю сдвигов в половозрастной структуре пришлось только 5,9%.

Общий показатель рождаемости (без стандартизации) в 2008 году возрос к уровню 2005 года на 18,6%. Стандартизованный показатель рождаемости с 2005 года к уровню 2008 года вырос на 15,7%. Если исходить из разности этих показателей, то на фактор улучшения возрастной структуры в повышении рождаемости приходится только около 15% прироста.

Таким образом, изменения в половозрастном составе населения были не главным фактором существенного прироста числа родившихся и повышения общего коэффициента рождаемости.

В связи с этим, продолжая поддерживать рост рождаемости, мы направляем усилия и на другие направления демографической политики, которые в целом системно помогают нам стабилизировать убыль населения и перейти к ее росту.

Первое направление — это снижение смертности от управляемых причин (прежде всего в активном трудоспособном возрасте). По этому направлению начата реализация программ по совершенствованию медицинской помощи при сердечнососудистых заболеваниях, онкологических заболеваниях и дорожной травме.

Второе системное направление — улучшение общего состояния здоровья женщин, детей и подростков и их репродуктивного здоровья, а также сокращение уровня материнской и младенческой смертности».

Источник: официальный сайт Минздравсоцразвития России

Г.И. Галанова,
д.м.н., профессор кафедры управления экономики здравоохранения и медицинского страхования ГОУ ВПО РГМУ, г. Москва, galanova@mednet.ru

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ РОССИИ СИСТЕМЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

***Аннотация:** С использованием актуализированных статистических данных проанализированы показатели процесса воспроизводства населения в России, динамика важнейших демографических показателей: состояние возрастной структуры населения; уровень рождаемости и смертности; уровень брачности и разводимости, уровень миграции населения.*

***Ключевые слова:** население, динамика воспроизводства, возрастная структура, рождаемость, смертность, миграция, демографические прогнозы*

В настоящее время специалистам и ученым демографическая ситуация в России внушает опасения. Российская Федерация по количеству населения занимает седьмое место в мире после Китая, Индии, США, Индонезии, Бразилии и Пакистана. Располагая самой большой территорией в мире (шестая часть суши, то есть более 17 миллионов квадратных километров) и имея природные колоссальные ресурсы (до 42% от всех мировых запасов), Россия неуклонно теряет свой главный ресурс — народ. Сложившаяся ситуация не сулит российскому обществу ничего хорошего, если учесть, что у южных границ России лежит регион с населением в 3 миллиарда человек и плотностью проживания в 10 раз выше. Если в России на 1 км^2 приходится 1,2 человека, то в Китае — 124,4 человека. Уже в этом году площадь земель, занятых под развитие сельского хозяйства китайскими рабочими на Дальнем Востоке, увеличилась на 66 тысяч га. На сегодняшний день площадь территорий, «выделенных для развития сельскохозяйственной отрасли в России иностранцами» на Дальнем Востоке, составляет уже 346 700 га, причем только за последний год она увеличилась на 66 670 га. Провинция Хэйлунцзян подписала с Россией соглашение, согласно которому первой из них предоставляется право использовать часть российских земель. «В желании китайцев помочь нам в освоении и развитии сельского хозяйства, на первый взгляд, видятся только благие намерения», — заметил Евгений Колесов, генеральный директор компании Optim Consult, являющейся членом 12 профессиональных китайских ассоциаций. «Наша страна обладает огромной территорией, немалая часть которой бездействует, поэтому программа по эффективному ее использованию — конечно, положительный момент. Тем более приходится признать, что собственное освоение этих земель обошлось бы нам гораздо дороже. С другой стороны, этот шаг Китая дает повод в очередной раз серьезно задуматься о возможности китайской экспансии», —

© Г.И. Галанова, 2011 г.

добавил эксперт по Китаю. По данным Главного таможенного управления КНР, в 2008 г. Россия заняла второе место в списке основных направлений китайского экспорта фруктов, шестое — овощей и шестнадцатое — мяса. В прошлом году поставки мяса из Китая в Россию составили 1645 т на 4,76 млн. $; овощей — 454,85 т на 166,98 млн. $; фруктов — 434,41 т на 12 288,42 млн. $. Однако другие авторы придерживаются иных взглядов. Так, по оценке этносоциолога В.И. Мукомеля, в России, на Дальнем Востоке насчитывается от 30 тыс. до 200 тыс. китайцев, что, по его мнению, недостаточно для «демографической экспансии». При этом сам Китай быстро теряет «потенциал экспансии» ввиду быстрого сокращения доли молодежи в китайском населении.

Демографическая ситуация воспроизводства населения, его состояние и динамика определяются прежде всего: состоянием возрастной структуры населения; уровнями рождаемости и смертности; уровнями брачности и разводимости; уровнями миграции населения.

Рассмотрим все перечисленные показатели в России.

Состояние возрастной структуры населения России

Если раньше с проблемой старения населения сталкивались в основном развитые страны, то к настоящему моменту процесс демографического старения населения охватил весь мир. В 1950 году 8% мирового населения было в возрасте старше 60 лет, в 2000 году — 10%, а согласно прогнозу ООН, этот показатель будет равен 21%.

По данным Федеральной службы государственной статистики, численность постоянно проживающего населения в Российской Федерации на январь 2010 года составляла 141,9 млн. *(табл. 1)*. Из общей численности населения мужчины составили 46,3%, а женщины — 53,7%.

В процентном соотношении по полу и по возрасту расклад был следующим:

	Муж.	*Жен.*	*Всего*
моложе трудоспособного возраста:	51,2%	48,8%	100%
в трудоспособном возрасте:	51,3%	48,7%	100%
старше трудоспособного возраста:	27,8%	72,1%	100%

Возрастной состав населения России характеризуется существенной диспропорцией. Численность детей и подростков до 16 лет на 25,6% меньше (на 7,9 млн. человек), чем лиц старше трудоспособного возраста. Такая же возрастная ситуация отмечается в 62 субъектах Российской Федерации.

На протяжении последних 18 лет наблюдалось сокращение населения в возрасте 0–15 лет. В 2008 г. вследствие роста числа родившихся эта возрастная группа увеличилась на 0,2%, то есть на 44 тысячи человек. По сравнению с предыдущим годом в 2009 году численность этой возрастной когорты составила на 1,4% больше, что соответствовало увеличению на 313 тысяч человек. Самая низкая доля детей в возрасте от 0 до15 лет наблюдается в г. Москве — 13,0% и г. Санкт-Петербурге — 12,9%. По России этот показатель был равен 16,3%. На начало 2010 года численность населения трудоспособного возраста по сравнению с 2009 годом снизилась на 0,9 млн. (то есть на 1,0%).

Ежегодно в России увеличивается индекс демографической старости населения. Как видно из *таблицы 1,* от общей численности населения доля лиц 60 лет и старше составляет 17,7%. Каждый пятый житель России (30,7 млн. — 21,6%) в пенсионном возрасте. Почти каждый восьмой россиянин находился в возрасте 65 лет и старше (18,3 млн., или 12,9% от общей численности населения).

Процесс демографического старения населения в гораздо большей степени характерен для женщин. Из всей возрастной когорты 65 лет и старее, принятой за 100%, женщины составляют 66,4%. Численное превышение женщин над мужчинами отмечается

Таблица 1

Распределение численности населения Российской Федерации по полу и возрастным группам на 1 января 2010 года (тыс. человек)

Возраст (лет)	Все население		
	мужчины и женщины	мужчины	женщины
Все население	141 914	65 639	76 275
в том числе в возрасте, лет:			
до 1 года	1750	899	851
0–4	7956	4085	3871
5–9	6881	3527	3354
10–14	6564	3356	3208
15–19	8496	4338	4158
20–24	12 256	6212	6044
25–29	12 257	6159	6098
30–34	10 799	5341	5458
35–39	10 069	4952	5117
40–44	9193	4444	4749
45–49	11 247	5309	5938
50–54	11 261	5121	6140
55–59	9748	4235	5513
60–64	6897	2834	4063
65–69	4479	1644	2835
70 и более	13 811	4082	9729
Из общей численности население в возрасте:			
моложе трудоспособного*)	22 854	11 711	11 143
трудоспособном**)	88 360	45 368	42 992
старше трудоспособного***)	30 700	8560	22 140

*) Мужчины и женщины в возрасте 0–15 лет.

**) Мужчины в возрасте 16–59 лет, женщины — 16–54 года.

***) Мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины в возрасте 55 лет и старше.

уже с 30 лет и с возрастом увеличивается. Такое неблагоприятное соотношение сложилось из-за сохраняющегося высокого уровня преждевременной смертности мужчин. Численность мужчин составила на 1 января 2010 года 65,6 млн. человек, женщин — 76,3 млн. человек (на 10,7 млн. человек, или на 16,2% женщин больше). Соотношение полов за прошедший год практически не изменилось и к началу 2010 г. на 1000 мужчин приходилось 1162 женщины. Показатель демографической нагрузки увеличился до 606 человек на 1000 населения трудоспособного возраста (в 2009 г. — соответственно 590), в том числе нагрузка детьми — 259 и людьми пенсионного возраста — 347 человек.

В 2009 году средний возраст жителей страны составил 38,9 лет: у мужчин 36,2 года, а у женщин — 41,2 год. Средний возраст населения свыше 40 лет отмечается в 28 субъектах Российской Федерации, самый высокий средний возраст отмечается в регионах Европейской части России.

По международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и более превышает 7% от всего

Таблица 2

Показатели естественного движения населения в России

	Январь—июль					
	тысяч			на 1000 человек населения		
	2010 г.	2009 г.	прирост (+), снижение (–)	2010 г.	2009 г.	2010 г. в % к 2009 г.
Родившихся	1027,0	1012,6	+14,4	12,5	12,3	101,6
Умерших	1193,0	1196,6	–3,6	14,5	14,5	100,0
в том числе детей в возрасте до 1 года	7,8	8,2	–0,4	7,5	8,1	92,6
Естественная убыль	–166,0	–184,0		–2,0	–2,2	90,9

населения. Это значит, что Россия, по меркам ООН, характеризуется высоким уровнем старости (от 16–18%).

В докладе ООН «Перспективы мировой урбанизации» отмечалась еще одна мировая демографическая проблема — урбанизация. Российское государство за последние десятилетия превратилось в высоко урбанизированную страну. В настоящее время в России доля городского населения составляет чуть больше 70%, а сельского — чуть меньше 30%. Такая ситуация привела к обезлюживанию целых территорий и интенсивному старению сельского населения. Как сообщил на пресс-конференции замглавы Минрегиона Сергей Юрпалов, за последние 20 лет в России исчезли около 23 тысяч населенных пунктов, из них около 20 тысяч — это сельские поселения. По прогнозам экспертов ООН, к 2025 году в городах России из всей численности населения будет проживать 96%. Урбанизация, превратившись в глобальную тенденцию, продолжит и дальше вносить свой деструктивный вклад в демографическое развитие Российской Федерации.

Уровень рождаемости и смертности в России

По данным Федеральной службы государственной статистики, в январе—июле 2010 г. в России отмечалось увеличение числа родившихся (в 42 субъектах Российской Федерации) и снижение числа умерших (в 46 субъектах). В целом по стране превышение числа умерших над числом родившихся осталось на том же уровне, что и в январе—июле 2009 г., — 1,2 раза *(табл. 2)*. В 24 субъектах Российской Федерации этот уровень составил от 1,5–2,1 раза.

Позитивную динамику за последний период демонстрируют показатели рождаемости. В 2009 году родилось 1,8 млн. детей, что на 47,8 тыс. человек (на 3%) больше, чем в 2008 году. Рождаемость в России растет с 2000 г., однако ее увеличение в 2007–2009 гг. было особенно значительным и охватило преимущественно средние и старшие возрастные группы матерей, которые вносят главный вклад в рождение вторых и последующих детей. В 2009 г. суммарный коэффициент рождаемости составил 1,5 ребенка на одну женщину репродуктивного возраста. В республиках Тыва, Алтайской и Чеченской суммарный коэффициент был выше и составил от 2,3 до 3,4 ребенка. Наиболее низкий уровень рождаемости был отмечен в Ленинградской области — менее 1,2. В общем числе родившихся несколько снизился удельный вес родившихся у матерей, не состоявших в зарегистрированном браке (с 28,0% в 2007 году до 26,1% в 2009 году).

«Интерфакс» передает, что, по заявлению Министра здравоохранения и социального развития РФ, госпожи Т. Голиковой, в России впервые за 15 лет отмечен рост населения. Она сказала: «Если мы возьмем август, то в

августе у нас родилось 151,7 тыс. детей, умерло 150,7 тыс. человек. В России впервые за последние 15 лет август 2009 года показал естественный прирост населения на 1000 человек». «Понятно, что радоваться рано, но, тем не менее, то, что мы зарегистрировали этот показатель, это очень приятно». Голикова далее отметила: «Количество умерших составило 1,347 млн., снизившись на 57 тыс. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года». Она выделила еще одну позитивную составляющую статистики нынешнего года: за 10 месяцев коэффициент младенческой смертности снизился на 8% по сравнению с таким же периодом прошлого года. В 2009 г. продолжилось снижение уровня младенческой смертности. Показатель младенческой смертности в 2009 году опустился до 8,1 умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми.

Освещенная министром демографическая ситуация радует, но не обнадеживает, так как общая демографическая ситуация остается негативной. Смертность продолжает превышать рождаемость. Как объясняет один из авторов доклада ООН, директор Института демографии госуниверситета — Высшей школы экономики Анатолий Вишневский, некоторое увеличение можно объяснить тем, что семьи рассчитывали на получение пособий в связи с рождением ребенка. Однако, по словам А. Вишневского, в дальнейшем никакая госпрограмма повышения рождаемости не поможет, так как число женщин детородного возраста достигло исторического максимума в 40 млн. в 2002–2003 годах, а потом начало сокращаться. К 2015 году число таких женщин составит 35 млн.

Главными проблемами демографического развития России остаются высокая смертность от внешних причин и болезней системы кровообращения. Первое место среди причин смерти трудоспособного населения занимают причины, связанные с болезнями системы кровообращения, внешние причины — на втором. По уровню смертности от внешних причин выделяются самоубийства, транспортные травмы, убийства, отравления алкоголем. Они составляют более 50% от всех внешних причин смерти. От причин, непосредственно связанных с алкоголем, в 2009 г. умерло 50,5 тыс. мужчин и 18,1 тыс. женщин. В августе Президент РФ Дмитрий Медведев заявил, что в России алкоголизм стал национальным бедствием. Согласно статистике, потребление чистого алкоголя в России на человека, включая младенцев, в настоящее время составляет около 18 литров ежегодно. Это вдвое больше уровня, который ВОЗ определила как опасный для жизни и здоровья человека. Кроме этого, РФ сегодня лидирует среди стран Европы по количеству смертей в ДТП. Только за 6 месяцев этого года в авариях на российских дорогах погибли более 10 тысяч человек, а свыше 106 тысяч получили травмы.

Россию относят к странам с наивысшими уровнями смертности. Более того для нее характерен один из самых больших гендерных разрывов в показателе ожидаемой продолжительности жизни при рождении (11,9 года в 2009 г.), что является следствием высокой смертности мужчин в трудоспособном возрасте. Только в последние четыре года ситуация начала несколько улучшаться. Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2009 г. по сравнению с 2006 г. вырос у мужчин на 2,4 года, у женщин — на 1,4 лет. Рост продолжительности жизни у мужчин произошел в основном за счет снижения смертности в трудоспособном возрасте, у женщин — в трудоспособном и старше трудоспособного возраста. Наиболее высокие показатели ожидаемой продолжительности жизни сохраняются в республиках Северного Кавказа и в Москве. В этих регионах показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении у мужчин в 2009 году превысил 69 лет, у женщин — 77 лет. Наиболее низкая продолжительность жизни и мужчин, и женщин отмечается в Республике Тыва и Чукотском автономном окру-

Таблица 3

Статистика разводов и браков в России

Годы	Количество браков	Количество разводов	Браков на 1000 чел.	Разводов на 1000 чел.
2000	897 327	627 703	6,2	4,3
2001	1 001 589	763 493	6,9	5,3
2002	1 019 762	853 647	7,1	5,9
2003	1 091 778	798 824	7,6	5,5
2004	979 667	635 835	6,8	4,4
2005	1 066 366	604 942	7,5	4,2
2006	1 113 562	640 837	7,8	4,5
2007	1 262 500	685 910	8,9	4,8
2008	1 179 007	703 412	8,3	4,9
2009 (январь—июль)	612 100	401 100	7,4	4,9
2010 (январь—июль)	627 500	364 100	7,6	4,4

ге (у мужчин она не достигает 55 лет, у женщин — 66 лет).

Снижению темпов депопуляции, а затем и некоторому росту численности населения в 2009 г. способствовало сокращение естественной убыли населения. В 2009 г. естественная убыль составила 249 тыс. человек. Это наименьший показатель за последние 16 лет. В 2010 году (январь—июль) по сравнению с 2009 годом убыль населения за тот же период уменьшилась на 18,0 тыс. человек. Миграционный прирост компенсировал численные потери населения на 60,5%.

Уровень брачности и разводимости в России

Основные бракоразводные и демографические показатели в России в разные годы заметно колебались. Например, по сведениям Госкомстата, в 1970 году поженились 1319 тысяч человек и развелись 397 тысяч. В 2002 г. поженились 1020 тысяч, а развелись 854 тысячи. В 2005 году эти цифры составили, соответственно, 1066 и 605 тысяч *(табл. 3)*.

Проведенное Росстатом социологическое исследование выявило основные причины разводов в России *(табл. 4)*. В списке лидеров значатся алкоголизм или наркомания (51%), отсутствие жилища (41%), отсутствие средств к существованию (29%), вмешательство в дела семьи тещи и зятя (18%), невозможность иметь детей (10%), длительное раздельное проживание (8%). Существуют и более экзотические причины. Кое-кто не намерен хранить верность супругу, совершившему противозаконное деяние и попавшему за решетку (3%). Кто-то разводится с супругом, страдающим хронической болезнью (2%). Однако неверность в списке причин разводов в России не фигурирует. Это не повод для развода — так считают многие опрошенные.

Обращает внимание тот факт, более половины опрошенных респондентов главной причиной разводов называют алкоголизм и наркоманию. Эта цифра растет с каждым годом. Так, в 1990 году эту причину разводов назвали 33%, а в настоящее время она уже достигла 51%.

Наибольшее количество разводов приходится на возраст от 18 до 35 лет. Это говорит о том, что в зону максимального риска попадают молодые пары. Причем 1/3 из всех разводов приходится на молодые пары, прожившие менее 5 лет *(табл. 5)*. В результате тотального распада семей и деморализа-

Таблица 4

Наиболее частые причины разводов в России

Причины	*%%*
Алкоголизм, наркомания	51
Отсутствие квартиры	41
Сами супруги	31
Материальное неблагополучие	29
Родственники	18
Отсутствие детей	10
Долгая разлука	8
Физические недуги	2

Таблица 5

Статистика разводов в России по времени, прожитому вместе

Количество лет прожитых вместе	*%%*
До 1 года	3,6
1–2 года	16
3–4 года	18
5–9 лет	28
10–19 лет	22
Более 20 лет	12,4

ции института брака в России ежегодно остаются без одного из родителей (как правило, без отцов) около 500 000 детей.

В настоящее время имеют распространения «гражданские браки», то есть добрачные сожительства и неоформленные юридические браки. Директор по общественным связям ВЦИОМ Игорь Эйдман отмечает: «В странах с христианской культурой уже не первое десятилетие наблюдается кризис традиционной семьи как социального института. Растет количество людей, живущих в гражданском браке. Вполне возможно, что семья как институт вскоре отомрет».

Миграция населения

Заметное влияние на перераспределение численности населения субъектов Российской Федерации оказывают миграционные процессы. Особенно это касается внутренней миграции. Согласно опубликованному в 2002 г. докладу ООН, Россия по числу законных и нелегальных иммигрантов, проживающих на территории страны, находилась на втором месте после США. По оценке экспертов ООН, в России их насчитывается более 13 млн. чел. — 9% населения. В январе 2006 г. заместитель директора Федеральной миграционной службы (ФМС) В. Поставнин заявил, что в России находится от 5 до 14 млн. нелегальных иммигрантов. По информации главы ФМС Константина Ромодановского, ежегодно в Россию на заработки приезжают 20 млн. трудовых мигрантов, среди которых 10 млн. трудятся нелегально. Ущерб от трудовой деятельности нелегалов он оценил в 200 млрд. рублей. Прибыль от работы нелегалов в расчет не бралась. В 2007 году количество легально прибывших в Россию иммигрантов оказалось в шесть раз больше, чем выехавших. Скорее всего, это было связано с принятым в 2006 г. законом, значительно упрощающим трудовую миграцию из государств, граждане которых въезжают в Россию без виз.

За 2003–2009 гг. во внутри российских миграциях участвовало почти 15 млн. человек, или каждый десятый житель России. Однако в 2009 г. число мигрантов, сменивших место жительства в пределах страны, сократилось по сравнению с 2008 г. на 227 тысяч человек, или на 12% и составило 1,7 млн. человек. По данным ФМС, иммиграция покрыла 71% естественной убыли населения России. За последние восемь лет положительный миграционный прирост сложился в Северо-Западном федеральном округе.

Одним из факторов, ухудшающих демографическую ситуацию, является торговля людьми, которая затрагивает главным образом молодых женщин детородного возраста. По оценкам, за рубеж путем обмана вывезены сотни тысяч женщин.

Внешняя миграция в 2009 г. составляла всего 15% от общего миграционного оборота. В ходе рабочей встречи с Премьер-министром В.В. Путиным К. Ромодановский доложил ситуацию в России по внешней миграции. Он сказал, что на 31 декабря 2009 года «основной поставщик и рабочей силы, и гостей — Украина» — 2,8 млн. человек; на втором месте Узбекистан — 1,5 млн.; на третьем месте Казахстан — 1,4 млн. Глава ФМС сообщил, что в РФ «сегодня находится 4 млн. 891 тыс. 296 иностранных граждан». «Количество законно работающих, к сожалению, крайне незначительно», — констатировал он. Премьер в свою очередь отметил, что «миграционная политика является не только инструментом сглаживания демографических проблем, но и решения ряда вопросов экономического характера». «Прежде всего речь идет о привлечении трудовых ресурсов, но не просто привлечении, а привлечении именно в те отрасли и те территории, где они нужнее всего». Он также заметил, что на сегодняшний день на европейском континенте ни одному государству пока решить эту проблему эффективно не удалось.

Как отмечалось в средствах массовой информации, «перспективы приема мигрантов из Ближнего и Дальнего зарубежья и вытекающие от данного шага проблемы миграционной политики существенны. Государству придется менять миграционную политику в отношении как граждан из стран СНГ, так и в отношении граждан Китая и Юго-Восточной Азии. Начиная с 2008 года, необходимость смены миграционной политики можно видеть на потенциальном кризисе обеспечения военнослужащими добровольного призыва Российской Армии. На ближайшую перспективу демографами предсказываются сокращения числа молодых людей призывного возраста практически в 3 раза. Мировой опыт подсказывает, что решение данной проблемы может заключаться в призыве на военную службу мигрантов с предоставлением им гражданства России после ее окончания. Меры по привлечению граждан других стран к службе в вооруженных силах, в качестве дополнительных трудовых ресурсов и т.д. могут привести к развитию негативных тенденций по созданию на территории России так называемых «национальных автономий». Если тенденции будут носить постоянный непреодолимый характер, то вопрос преодоления демографического кризиса может привести к каскаду проблем, связанных с национальными конфликтами.

Демографический прогноз

В последние годы сделано много демографических прогнозов для России как отечественными, так и зарубежными учеными. Оптимистического прогноза в отношении российской демографии не существует вообще. Несмотря на усиленные меры Правительства, есть только более или менее пессимистичные. Россию ждет жесткий демографический кризис. Однако с 2006 г., после послания Президента и принятия «Концепции демографического развития страны до 2025 года», Российское Правительство старается вести себя оптимистично.

Так, по данным Института социально-политических исследований РАН, численность населения Российской Федерации при сохранении нынешних уровней рождаемости и смертности может к 2025 г. сократиться с сегодняшнего141,9 млн. человек до 122 млн.

Как видно из *таблиц 6–9,* Федеральная служба государственной статистики дает свои показатели. Расчет проводился по трем сценариям: низкому, среднему и высокому.

Пессимистичный (низкий) сценарий по воспроизводству населения предполагает ухудшение экономической ситуации в стране, но рождаемость по нему упадет не ниже, чем в странах с самыми плохими показателями. По этому сценарию к 2025 г. численность населения России составит 133,5 млн. человек, к 2030 г. — 128,5 млн. человек. До 2030 г. рождаемость будет продолжать снижаться и достигнет 7,6‰. На рождаемость повлияют

Таблица 6

Сценарии прогноза по воспроизводству населения в России (по данным Федеральной службы государственной статистики)

Годы	Сценарии прогноза								
	Низкий вариант			Средний вариант			Высокий вариант		
	Население на начало года (млн. чел.)	Мужчины	Женщины	Население на начало года (млн. чел.)	Мужчины	Женщины	Население на начало года (млн. чел.)	Мужчины	Женщины
2010	141,6	65,5	76,1	141,8	65,5	76,3	141,8	65,6	76,2
2025	133,5	61,2	72,3	140,7	64,9	75,8	145,1	67,5	77,6
2030	128,5	58,5	69,9	139,3	64,3	75,0	146,5	68,4	78,0

Таблица 7

Родившиеся, умершие и естественный прирост населения (на 1000 населения) в России

Годы	Всего, человек								
	Низкий вариант			Средний вариант			Высокий вариант		
	Родившихся	Умерших	Естественный прирост	Родившихся	Умерших	Естественный прирост	Родившихся	Умерших	Естественный прирост
2010	11,7	15,2	−3,5	12,2	14,6	−2,4	12,4	14,6	−2,2
2025	8,1	17,0	−8,9	9,4	13,9	−4,5	10,7	12,2	−1,5
2030	7,6	18,3	−10,7	9,1	14,3	−5,2	10,4	12,5	−2,1

Таблица 8

Суммарный коэффициент рождаемости в России

Годы	Низкий вариант	Средний вариант	Высокий вариант
2010	1,460	1,539	1,563
2025	1,390	1,680	1,944
2030	1,370	1,704	1,980

такие факторы, как увеличение возраста вступления в брак и рождения ребенка, рождаемость вне официально зарегистрированного брака и добровольная бездетность. К 2030 г. суммарный коэффициент рождаемости будет равен 1,37. Естественный прирост (убыль) населения составит −10,7‰. Прогноз предусматривает уменьшение численности мужчин почти на 7,5 млн., женщин — на 6,8 млн.

Как говорится в исследовании, «система мер семейной политики, введенная в 2007 году, не даст устойчивого демографического эффекта без изменений в темпах экономического развития и повышения уровня благосостояния российских граждан».

Средний вариант предусматривает численность жителей страны — 139 млн. человек. К 2030 году упадет рождаемость. По среднему варианту прогноза, в 2010 г. она составит 1,7 млн. младенцев, а в 2030 году в России родится 1,264 млн. детей. Рекордсменом по падению рождаемости прогнозируется При-

Таблица 9

Численность населения по отдельным возрастным группам (на начало года по среднему варианту прогноза)

Годы	Моложе трудоспособного возраста		Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	тыс. чел.	в % к общей численности населения	тыс. чел.	в % к общей численности населения	тыс. чел.	в % к общей численности населения
2010	22 838,5	16,1	88 293,4	62,3	30 688,6	21,6
2025	25 809,0	18,3	76 741,8	54,5	38 216,4	27,2
2030	23 694,4	17,0	76 380,5	54,8	39 291,5	28,2

волжский федеральный округ. По мнению Росстата, к 2030 году не удастся остановить убыль населения. Она удвоится и составит 732 тыс. человек в год. К 2030 году мужчин, как и женщин, в стране станет меньше почти на 1,5 млн.

По прогнозам Российской академии наук, к 2016 году пожилые люди старше 60 лет будут составлять уже 20% от общего числа россиян, а дети до 15 лет — всего 17%. Старение населения в ближайшее время может отрицательно сказаться на развитии экономики страны. Ситуация, при которой на одного работающего приходится один иждивенец, ожидается лишь после 2045–2050 годов. Количество молодежи, по высокому и среднему прогнозам, будет расти, по низкому — уменьшится с 22 до 19 млн. человек. По всем вариантам расчета, армия пенсионеров увеличится на 6–11 млн. Эти процессы порождают проблему финансирования пенсионной системы.

Оптимистичный сценарий предполагает рождаемость на уровне 1,8–2 ребенка в среднем на одну женщину. К 2031 году в стране будут жить около 147 млн. человек. «Оптимистический» прогноз, преодоление демографического кризиса и восстановление прежней численности населения страны могут сбыться в том случае, если для женщин в детородном возрасте будут созданы условия, при которых статистический показатель в России достигнет 2,6–2,8 рождений на одну женщину. Такая тенденция «роста рождаемости» должна наблюдаться как минимум семь—десять лет. Кроме того, разработка мероприятий демографической политики должны учитывать характер социальных, общественно-политических проблем.

В 2009 г. эксперты ООН представили доклад, посвященный проблемам социальной политики и демографии в РФ. В докладе «Россия перед лицом демографических вызовов» специалисты делают подробный прогноз для России на ближайшие 15 лет. Как считают в ООН, к 2025 году население России сократится на 26 млн. человек — до 116 млн., а трудоспособного населения станет меньше на 14 млн. По числу жителей Россия переместится с 9-го на 14-е место в мире. По мнению экспертов, РФ опередят Эфиопия, Египет, Конго (Заир), Филиппины и Мексика. По прогнозам, население США через 40 лет превысит российское вчетверо, увеличившись до 404 млн. человек. Сейчас в США проживают 305 млн. человек, в России — 141,9 млн.

Как говорится в докладе ООН, к 2025 году сократится и трудоспособное население: его станет меньше на 14 млн. Доля пожилых работников увеличится с 14 до 23%. Ожидается, что через шесть лет иждивенцев в России будет уже 700 человек, а в 2025-м — 822 человека нетрудоспособного возраста на каждую тысячу работающих. Причем большую долю социальных иждивенцев будут составлять пенсионеры: доля лиц в возрасте свыше 60 лет к 2025 году увеличится с 17% (2006 год) до более чем 23%, а престарелых (от 80 лет) до

3,5%. Из-за убыли трудоспособного населения не будет быстрыми темпами расти безработица, однако замедлится экономический рост.

Для решения проблем в области демографии авторы доклада предлагают улучшать систему здравоохранения, повышать производительность труда, перераспределять трудовые ресурсы. Вариантом решения проблемы может быть и привлечение мигрантов. Сейчас из-за кризиса число иностранных мигрантов в России уже в I квартале 2011 года сократилось на 27%. Правительство предполагает отчасти компенсировать сокращение внешней миграции внутренней и предлагает россиянам поддержки региональной занятости. Доклад ООН, представляющий не только анализ ситуации, но и возможные способы решения демографических проблем, будет разослан в Правительство РФ.

Литература

1. *Халтурина Д.А., Коротаев А.В.* Алкогольная катастрофа и потенциал государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России. — М.: УРСС, 2008.

2. *Халтурина Д.А., Коротаев А.В.* Русский крест: факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России. — М: УРСС, 2006.

3. *Тюрюканова Е.В.* Торговля людьми в Российской Федерации. Обзор и анализ текущей ситуации по проблеме. Рабочая группа ООН/МОМ по вопросу торговли людьми.

4. «Евразийский подход»: занятость важнее зарплаты.

5. *Дудченко Г.* Китай и Дальний Восток России: к вопросу о демографическом дисбалансе// Вестник Евразии. — 2002. — № 3.

6. *Мукомель В.* Будут ли в России «чайна-тауны»?//Демоскоп-Weekly. — № 179–180. — 22.11.–5.12.2004.

7. Впервые за 15 лет в России зафиксирован естественный прирост населения//Lenta.ru (29сентября 2009). Проверено 13 августа 2010.

8. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. 2008 год. Россия перед лицом демографических вызовов. — Москва, 2009. — 258 с.

9. Население России 2007. Пятнадцатый ежегодный демографический доклад. Институт демографии. Государственный университет-Высшая школа экономики. — 2009. — 296 с.

10. Мировые демографические тенденции. Доклад Генерального секретаря (пункт 9). E/CN.9/2009/6

11. *Медков В.М.* Демография: Учебник/Ред. В.М. Медков. — Ростов-на-Дону, 2002. — 241 с.

12. *Малева Т.М., Синявская О.В.* Социально-экономические факторы рождаемости в России: эмпирические измерения и вызовы социальной политике//http://demoscope.ru/weekly/2007/0309/.

13. *Lutz W., Skirbekk V., Testa M.R.* The low fertility trap hypothesis: forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe//European Demographic Research Papers. — 2005. — № 4.

14. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса/Под ред. В.П. Колесова. — М.: Права человека, 2008. — С.195–196.

15. Официальный сайт Федеральной государственной службы статистики www.gks.ru.

UDC 614.2

Galanova G.I. ***Demographic challenges of Russia in National Health care system*** *(Department of health economics and health insurance Management of State Educational Institution of Higher Professional Education, Russian State Medical University, Moscow)*

Annotation: With the usage of updated statistic data there are analyzed indicators of population's reproduction dynamics progress in Russia, dynamics of the most important demographic indicators: condition of age population structure; birth and death rate; marriage and divorce rate, population's migration rate.

Keywords: *population, reproduction dynamics, age structure, birthrate, death rate, migration, demographic forecast.*

М.И. Дегтерева,
директор ГУЗВО «МИАЦ», г. Владимир, Degtereva_MI@medstat.elcom.ru

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАСЕЛЕНИЯ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ В 1991–2009 ГГ. И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.2

***Аннотация:** Выполнен анализ медико-демографических показателей населения одного из регионов России. Выявлена общая тенденция к росту заболеваемости и инвалидности вследствие болезней органов дыхания, мочеполовой системы, болезней системы кровообращения, новообразований, эндокринной системы и органов чувств, а также последствий травм и отравлений.*

***Ключевые слова:** население, трудоспособный возраст, заболеваемость, смертность, инвалидность, Владимирская область*

Владимирскую область отличает сравнительно высокая доля населения старше трудоспособного возраста: она увеличилась с 22% в 1991 г. до 24,5% в 2009 г., в то время как в целом по Российской Федерации в 1991 г. ограничивалась долей в 19%, а начиная с 1994 г., составляет порядка 21,2 %. Этот факт во многом является определяющим в превышении общероссийского показателя общей смертности, наблюдаемого в области, причем нарастание разрыва этого показателя очевидно: если в 1991 г. он составлял менее 10% (12,5‰ Владимирская обл. и 11,4‰ РФ), то в 2009 г. достиг 29% (18,4‰ против 14,2‰) *(рис. 1)*.

Коэффициент же стандартизованной смертности от всех причин в 1991 г. во Владимирской области совпадал со средним по стране (11,9‰), а в 2003 г. разница между ними достигла 15,5% (17,9‰ против 15,5‰). При этом у мужчин она достигла 21% — 27,1‰ против 22,3‰, у женщин ограничилась 7% — 11,6‰ против 10,8‰. В 1994 г. у мужчин это превышение составляло 3,1% (2456,2 на 100 000 человек против 2382,0), а у женщин соответствующее значение уступало среднероссийскому на 1,7% (1090,1 против 1109,1) *(таблица 1)*.

На протяжении 1994–2009 гг. стандартизованные коэффициенты смертности по классу инфекционных и паразитарных заболеваний во Владимирской области заметно ниже, чем в целом по стране, хотя этот разрыв неуклонно сокращается: в 1994 г. он достигал 2,6 раза у женщин (3,1 на 100 000 человек против 8,2) и 1,8 раза у мужчин (21,2 против 38,6), а в 2003 г. ограничился 1,2 раза у женщин (7,7 против 9,3) и 1,1 раза у мужчин (40,2 против 43,9). В 2004 г. во Владимирской области риск смерти и от других предотвратимых причин был существенно ниже, чем в среднем по России: стандартизованные коэффициенты

© М.И. Дегтерева, 2011 г.

Рис. 1. **Смертность населения Российской Федерации и Владимирской области в 1991–2009 гг. (‰)**

смертности по болезням органов пищеварения составили 19,6 против 29,9 у женщин (в 1,5 раза меньше) и 51,4 против 66,8 у мужчин (в 1,3 раза меньше); по болезням органов дыхания — соответственно, 23,4 против 40,6 (в 1,7 раза меньше) и 149,0 против 161,4 (в 1,1 раза меньше); по травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних причин — 82,4 против 100,7 (в 1,2 раза меньше) и 412,8 против 457,3 (в 1,1 раза меньше). Но в дальнейшем это преимущество последовательно утрачивалось и в 2003 г. оно отмечается уже только в отношении болезней органов дыхания у женщин: 21,5 против 29,7 (разрыв в пользу Владимирской области — 1,4 раза). Стандартизованная смертность женщин от болезней органов пищеварения, злокачественных новообразований и воздействия внешних причин в 2008 г. практически сравнялась со среднероссийскими значениями (соответственно, 47,2 против 40,1; 136,1 против 131,0 и 60,0 против 63,5). А у мужчин по всем этим 3 классам причин смерти стандартизованные коэффициенты в 1,2 раза выше, чем в целом по стране: по болезням органов пищеварения — 103,8 против 81,3, по болезням системы кровообращения — 1280,7 против 970,9, по несчастным случаям — 299,7 против 269,4.

Для динамики стандартизованных коэффициентов смертности от болезней системы кровообращения характерно нарастание разрыва со среднероссийским уровнем: в 1994 г. женщины Владимирской области в этом отношении имели незначительное преимущество перед жительницами других регионов страны (659,1 против 671,9), а соответствующее превышение у мужчин ограничивалось 9% (1265,9 против 1156,1), но в 2003 г. это значение составило 767,2 против 672,4 (в 1,1 раза выше) у женщин и 1554,0 против 1167,0 (в 1,3 раза выше) у мужчин.

Только соотношение уровней смертности от злокачественных новообразований на протяжении анализируемого периода практически неизменно: у мужчин во Владимирской области данное значение остается на 4–14% больше среднероссийского уровня, а у женщин — на 1–6% ниже. Следует отметить, что злокачественные новообразования — единственный класс причин смерти, где наблюдается устойчивая тенденция к сокращению стандартизованных коэффициентов как по Российской Федерации (у мужчин с

Таблица 1

Динамика стандартизованных коэффициентов смертности по основным классам причин (на 100 000 населения)

Классы причин	Пол	1994			1998			2002			2008		
		РФ	ВО	КС[1]	РФ	ВО	КС[1]	РФ	ВО	КС[1]	РФ	ВО	КС[1]
ВСЕГО	М	2382,0	2456,2	1,03	1865,4	2020,1	1,08	2146,0	2590,7	1,21	1846,3	2245,6	1,21
	Ж	1190,1	1090,1	0,98	962,4	992,3	1,03	1051,2	1149,3	1,09	905,1	991,2	1,09
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	М	38,6	21,2	0,55	34,8	25,9	0,74	44,0	37,0	0,84	38,2	27,7	0,7
	Ж	8,2	3,1	0,38	6,9	3,8	0,55	9,2	6,6	0,72	9,8	4,9	0,5
Злокачественные новообразования	М	319,4	363,6	1,14	293,9	304,2	1,04	278,0	299,8	1,08	263,2	307,0	1,16
	Ж	144,6	143,2	0,99	139,0	131,0	0,94	133,9	121,0	0,90	131,0	136,1	1,03
Болезни системы кровообращения	М	1156,1	1265,9	1,09	933,9	1065,3	1,14	1098,1	1433,4	1,31	970,9	1280,7	1,31
	Ж	671,9	659,1	0,98	586,0	618,0	1,05	649,4	748,3	1,15	557,9	657,0	1,17
Болезни органов дыхания	М	161,4	149,0	0,92	106,8	115,8	1,08	123,9	127,6	1,03	94,7	89,7	0,94
	Ж	40,6	23,4	0,58	28,7	19,4	0,68	29,8	20,2	0,68	22,5	15,5	0,68
Болезни органов пищеварения	М	66,8	51,4	0,77	55,1	52,7	0,96	70,9	78,1	1,10	81,3	103,8	1,27
	Ж	29,9	19,6	0,66	24,8	16,3	0,66	34,4	35,9	1,04	40,1	47,2	1,17
Внешние причины	М	457,3	412,8	0,90	308,2	305,1	0,99	377,3	444,4	1,18	269,4	299,7	1,11
	Ж	100,7	82,4	0,82	74,9	68,6	0,92	90,4	93,4	1,03	63,5	60,0	0,94

[1] Коэффициент соотношения с общероссийским значением

319,4 в 1994 г. до 263,2 в 2008 г. — на 19,7%, у женщин — со 144,6 до 131,0 — на 7,0%), так и по Владимирской области (соответственно, с 363,6 до 307,0 — на 17,0% и со 143,2 до 136,1 — на 5,1%).

Несмотря на изменяющийся характер динамики, в целом по стране еще более значительное сокращение стандартизованной смертности с 1994 по 2008 г. наблюдается по болезням органов дыхания (у мужчин со 161,4 до 94,7 — в 1,7 раза, у женщин с 40,6 до 22,5 — в 1,8 раза) и по внешним причинам (соответственно, с 457,3 до 269,4 — в 1,6 раза, со 100,7 до 63,5 — в 1,5 раза). Во Владимирской области итоговые темпы убыли стандартизованных коэффициентов смертности от болезней органов дыхания значительно ниже: 1,6 раза у мужчин (со 149,0 до 89,7) и 1,5 раза у женщин (с 23,4 до 15,5). Риск смертельных исходов несчастных случаев у мужчин в 2008 г. значительно ниже — в 2 раза по сравнению с 1994–2004 гг. (416,6 против 299,7), а у женщин (90,7 против 60,0).

Наиболее неблагоприятна за анализируемый период динамика смертности по классам инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов пищеварения. По первому из них в среднем по Российской Федерации итоговый прирост составил 13,7% у мужчин (с 38,6 до 38,2) и 13,4% у женщин (с 8,2 до 9,8), а во Владимирской области он достиг почти 1,5 раза у женщин (с 3,1 до 4,9) и 1,3 раза у

мужчин (с 21,2 до 27,7). Данное увеличение по болезням органов пищеварения в целом по стране оказалось еще выше: на 21,7% у мужчин (с 66,8 до 81,3) и 34,1% у женщин (с 29,9 до 40,1), а во Владимирской области оно составило, соответственно, 94,5% (с 51,4 до 103,8, причем снижения здесь не отмечено) и 240,8 % (с 19,6 до 47,2).

Стандартизованные коэффициенты смертности от болезней органов кровообращения к концу анализируемого периода в среднем по России практически вернулись и даже снизились как у мужчин (970,9 в 2008 г. против 1156,1 в 1994 г.), так и у женщин (557,9 против 671,9), в то время как во Владимирской области наблюдается итоговая стабилизация данного показателя до 1280,7 у мужчин и 657,0 у женщин.

Динамика частоты смертельных исходов в трудоспособном возрасте по основным классам причин представлена в *таблице 2.* Смертность населения как в целом, так и в трудоспособном возрасте в 1994 г. достигла рекордной для конца XX в. отметки, составив в среднем по стране 13,2‰ у мужчин и 3,1‰ у женщин. Во Владимирской области соответствующее значение у мужчин было на 5% выше (13,9‰), а у женщин — на 8% ниже (2,9‰). 1998 г. в этом отношении оказался наиболее благополучным за анализируемый период: смертность мужчин в трудоспособном возрасте сократилась за 4 года в 1,4 раза (до 9,6‰) в Российской Федерации и в 1,3 раза (до 10,8‰) во Владимирской области, а женщин — соответственно, в 1,3 раза (до 2,4‰) и в 1,2 раза (до 2,3‰). Но в дальнейшем наблюдался неуклонный рост данного показателя. В 2003 г. только у мужчин в среднем по стране он остался несколько ниже пиковой отметки 1994 г. (12,6‰ против 13,2‰ — на 4,9%). Россиянки же к концу анализируемого периода стали умирать, не достигнув пенсионного возраста, на 8,9% чаще, чем в его начале (3,4‰ против 3,1‰). Смертность мужчин трудоспособного возраста во Владимирской области в 2003 г. в 1,3 раза выше, чем в целом по России, и в 1,2 раза выше, чем в 1994 г. (16,9‰ против 13,9‰), а женщин — в 1,2 раза выше среднероссийского уровня и в 1,4 раза выше, чем в 1994 г. (4,1‰ против 2,9‰). Превышение же локального минимума 1998 г. составило в целом по стране 1,3 раза у мужчин (1258,5 на 100 тыс. человек против 958,5) и 1,4 раза у женщин (340,7 против 240,7), а во Владимирской области — соответственно, 1,6 раза (1687,5 против 1079,5) и 1,8 раза (405,0 против 229,9).

Наиболее велики темпы прироста смертности населения в трудоспособном возрасте от некоторых инфекционных и паразитарных болезней: по Российской Федерации прирост с 1994 по 2008 г. составил 1,4 раза у мужчин (с 39,2 до 50,5) и в 2 раза у женщин (с 6,0 до 12,5), в то время как во Владимирской области он достиг, соответственно, 1,6 раза (с 23,6 до38,8) и 2,4 раза (с 2,5 до 6,2). Таким образом, если в начале анализируемого периода смертельные исходы заболеваний данного класса у лиц трудоспособного возраста регистрировались во Владимирской области значительно реже, чем в среднем по России (в 1,6 раза у мужчин и в 2,4 раза у женщин), то к его концу преимущество жительниц Владимирской области сократилось до 10%.

После снижения до 1998 г. стремительное нарастание смертности населения в трудоспособном возрасте отличает болезни органов пищеварения: в среднем по России в 2003 г. она была равна у мужчин 64,9 на 100 тыс. человек (в 1,3 раза больше, чем в 1994 г., — 51,5 и в 1,7 раза больше, чем в 1998 г., — 38,4), а у женщин 26,6 (в 1,7 раза больше, чем в 1994 г., — 15,9 и в 2,4 раза больше, чем в 1998 г., — 11,3). Во Владимирской области итоговый прирост по этому классу причин смерти достиг 1,9 раза у мужчин (81,5 против 41,9) и 2,7 раза у женщин (33,6 против 12,5), а превышение минимума 1998 г. составило у мужчин (41,6) почти 2 раза, а у женщин (8,4) 4 раза. В 1994 г.

Таблица 2

Динамика коэффициентов смертности в трудоспособном возрасте по основным классам причин (на 100 000 населения)

Классы причин	Пол	1994			1998			2002			2008		
		РФ	ВО	КС[1]	РФ	ВО	КС[1]	РФ	ВО	КС[1]	РФ	ВО	КС[1]
ВСЕГО	М	1323,7	1394,8	1,05	958,5	1079,5	1,13	1214,6	1614,6	1,33	1064,2	1398,9	1,3
	Ж	312,9	286,8	0,92	240,7	229,9	0,96	330,8	388,6	1,17	281,1	346,6	1,23
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	М	39,2	23,6	0,60	39,4	32,8	0,83	54,2	50,1	0,92	50,5	38,8	0,7
	Ж	6,0	2,5	0,42	5,9	3,1	0,53	9,9	9,2	0,93	12,5	6,2	0,49
Злокачественные новообразования	М	145,2	184,9	1,27	121,4	141,7	1,17	106,0	131,8	1,24	112,8	145,7	1,29
	Ж	60,2	61,7	1,02	59,0	53,3	0,90	61,6	56,2	0,91	57,1	73,2	1,28
Болезни системы кровообращения	М	394,6	482,5	1,22	274,4	363,9	1,33	365,5	585,6	1,60	351,3	548,1	1,5
	Ж	82,0	83,3	1,02	56,8	63,2	1,11	91,8	131,2	1,43	74,7	107,9	1,4
Болезни органов дыхания	М	68,7	69,8	1,02	39,3	43,9	1,12	65,2	74,5	1,14	55,8	62,1	1,1
	Ж	10,8	7,0	0,65	7,0	5,1	0,73	13,4	13,0	0,97	11,7	11,2	0,95
Болезни органов пищеварения	М	51,5	41,9	0,81	38,4	41,6	1,08	57,7	77,3	1,34	72,6	106,9	1,47
	Ж	15,9	12,5	0,79	11,3	8,4	0,74	22,7	28,4	1,25	29,2	48,1	1,64
Внешние причины	М	534,4	528,2	0,99	387,4	400,3	1,03	470,4	574,6	1,22	336,9	385,4	1,14
	Ж	103,9	90,3	0,87	76,6	75,4	0,98	97,7	112,2	1,15	68,4	69,8	1,02

[1] Коэффициент соотношения с общероссийским значением

такие смертельные исходы регистрировались во Владимирской области заметно реже, чем по стране в целом, как у мужчин (41,9 против 51,5 — в 1,2 раза), так и у женщин (12,5 против 15,9 — в 1,3 раза). В 1998 г. это преимущество у мужчин было утрачено, сменившись 8%-ным превышением (41,6 против 38,4), хотя у женщин оно незначительно увеличилось (8,4 против 11,3), а с 2008 г. независимо от пола в области установилось преобладание в 1,5 раза риска смерти от болезней органов пищеварения по сравнению с общероссийским уровнем.

Смертность женщин трудоспособного возраста от болезней органов дыхания остается во Владимирской области неизменно ниже средней по России, несмотря на то, что итоговый прирост здесь вдвое выше: 62,9% (с 7,0 до 11,4) против 31,5% (с 10,8 до 14,2). Этот разрыв в 1994 г. был максимален — более 1,5 раза, а в 2002 г. свелся к минимуму, ограничившись 3% (13,0 против 13,4). Мужчины трудоспособного возраста во Владимирской области, напротив, умирают от болезней органов дыхания чаще, чем россияне в целом, причем исходная разница составляла всего 2% (69,8 против 68,7), а итоговая достигла 26% (88,0 против 69,6), поскольку среднероссийский уровень 2003 г. превосходит отметку 1994 г. всего на 1,3%, а во Владимирской области соответствующая разница приближается к 1,3 раза. Данный класс

причин смерти выделяется рекордным снижением частоты их регистрации с 1994 по 1998 г.: в Российской Федерации оно превысило 1,7 раза (с 68,7 до 39,3) у мужчин и 1,5 раза (с 10,8 до 7,0) у женщин, а во Владимирской области 1,5 раза у мужчин (69,8 до 43,9) и 1,3 раза у женщин (с 7,0 до 5,1).

Болезни системы кровообращения отличает неуклонное нарастание и значительное превышение среднероссийского уровня преждевременной смертности как мужчин, так и женщин. В 1994 г. оно ограничивалось 2% у женщин (83,3 против 82,0) и 22% у мужчин (482,5 против 394,6), а в 2003 г. достигло почти 1,5 раза у женщин (139,9 против 96,3) и 1,7 раза у мужчин (662,2 против 394,3). Снижение данного значения с 1994 по 1998 гг. в среднем по России (как у мужчин с 394,6 до 274,4, так и у женщин с 82,0 до 56,8 оно составило 1,4 раза) шло более интенсивно, чем во Владимирской области (1,3 раза — с 482,5 до 548,1 у мужчин и с 83,3 до 107,9 у женщин). В целом по стране смертность в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения к концу анализируемого периода у мужчин практически вернулась на исходный уровень, а у женщин увеличение ограничилось 17,4%, в то время как во Владимирской области итоговый прирост приблизился к 1,4 раза у мужчин и 1,7 раза у женщин.

Злокачественные новообразования в качестве причины смерти мужчин трудоспособного возраста в 2008 г. фигурировали в 1,2 раза реже, чем в 1994 г., как в среднем по России (107,6 против 145,2), так и во Владимирской области (138,7 против 184,9). А в 2002 г. соответствующие значения были еще ниже: 106,0 в целом по стране и 131,8 по области. При этом превышение общегосударственного уровня областным на протяжении всего анализируемого периода оставалось в пределах 1,2–1,3 раза. Минимум смертности женщин трудоспособного возраста от таких заболеваний в Российской Федерации, отмеченный в 1998 г. (59,0), уступает максимуму 2002 г. (61,6) менее 5%, а итоговый прирост в этом отношении ограничился 1,8% (с 60,2 в 1994 г. до 57,1 в 2008 г.). Во Владимирской области минимум данного значения также приходится на 1998 г. (53,3), но максимум — на 2008 г. (73,2, что на 10,8% больше стартового значения — 61,7). В начале и конце анализируемого периода женщины 16–54 лет умирали здесь от злокачественных новообразований несколько чаще, чем в среднем по России: в 1994 г. разница составила 2% (61,7 против 60,2), а в 2003 г. — 9% (67,1 против 61,3). В 1998 и 2008 гг. это случалось, напротив, в 1,1 раза реже: соответственно, 53,3 против 59,0 и 57,1 против 73,2.

Динамика смертности в трудоспособном возрасте от внешних причин носит колебательный характер как у мужчин, так и у женщин: за спадом до 1998 г. следует подъем к 2002 г., сменившийся новым сокращением к 2008 году. Но если в целом по стране ее итогом является 13,4%-ное снижение у мужчин (с 534,4 до 336,9) и 7,0% у женщин (со 103,9 до 68,4), то во Владимирской области наблюдается, напротив, прирост к 2004 году с 528,2 до 540,7 у мужчин (на 2,4%) и с 90,3 до 107,7 у женщин (на 19,3%). В 1994 г. риск смерти от несчастного случая в трудоспособном возрасте во Владимирской области у мужчин практически не отличался от среднего по России, а у женщин был в 1,2 раза ниже. В 1998 г. близость к среднероссийскому значению характерна для обеих гендерных групп (400,3 против 387,4 у мужчин и 75,4 против 76,6 у женщин), а в дальнейшем соответствующая частота оказалась по области заметно выше, чем по стране: в 1,2 раза у мужчин и в 1,1 раза у женщин. С 2002 года отмечается устойчивая тенденция к снижению показателя смертности населения трудоспособного возраста в группе заболеваний от внешних причин и выравнивание этого показателя среди женщин и сокращение разрыва у мужчин до 1,14 раза.

Население Владимирской области сократилось со 152,9 тыс. в 1991 г. до 143,9 в

2004 г. — на 6,0%. При этом численность взрослых осталась практически неизменной (разница ограничилась 1,0% — 1306,7 против 1202,3), в то время как уменьшение численности детей и подростков (в возрасте до 17 лет включительно) составило почти 1/3 (32,7).

До 2002 г. обращаемость за амбулаторной медицинской помощью во Владимирской области как взрослых, так и детей в возрасте до 17 лет включительно неуклонно возрастала практически по всем классам заболеваний *(табл. 3)*. Исключением у детей являются в 1994 г. болезни органов дыхания (снижение составило 6,3%: с 91 174,0 на 100 тыс. человек в 1991 г. до 85 464,6), а в 1998 г. некоторые инфекционные и паразитарные болезни (снижение по сравнению с 1994 г. составило 17,7%: с 11411,3 до 9389,7), психические нарушения и расстройства поведения (5,7%: с 4197,2 до 3957,5), болезни кожи и подкожной клетчатки (15,2%: с 8904,3 до 7553,9), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (0,1%: с 7755,5 до 7744,7). У взрослых это наблюдается в 1994 г. по психическим нарушениям и расстройствам поведения (11,8%: с 5543,8 до 4888,4), болезням органов дыхания (19,6%: с 28787,0 до 23145,9), болезням органов пищеварения (5,9%: с 10213,6 до 9612,3); в 1998 г. — только по психическим нарушениям и расстройствам поведения (0,9%: с 4888,4 до 4845,5); в 2009 г. — по новообразованиям (2,5%: с 4652,8 в 1998 г. до 5916,4) и врожденным аномалиям (6,5%: со 172,5 до 168,2).

В 2009 г. рост этого показателя у взрослых продолжился по всем классам болезней, кроме болезней органов дыхания и психических расстройств, болезней кожи и подкожной клетчатки (с 6419,9 до 6891,7 — на 0,4%) и несчастных случаев (с 9190,9 до 9780,1 — на 0,2%). Но у детей снижение к уровню 2002 года произошло по 5 классам: инфекционные и паразитарные болезни (с 21 231,1 до 10 676,8 — в 2,2 раза), психические нарушения и расстройства поведения (с 5226,5 до 5221,1 — на 10,0%), болезни нервной системы и органов чувств (с 35 990,9 до 33 111,1 — на 6,7%), болезни системы кровообращения (с 3223,2 до 2610,6 — на 12,9%), пищеварения (с 18789,3 до 17591,3 — на 3,2%), так что общая заболеваемость детей в 2009 г. выросла и составила 302 036,6‰ против 2603,6‰ в 2002 г.

Рекордные темпы прироста заболеваемости у взрослых отмечаются по всем классам болезней, особенно по классам болезней крови и кроветворной системы (в 4,3 раза: с 214,1 до 928,2), мочеполовой системы (в 3,1 раза: с 5323,3 до 169 383,8), системы кровообращения в 2,5 раза (с 14 656,2 до 37 755,5). В классе болезней системы кровообращения в структуре первое место занимают цереброваскулярные заболевания (превышение со среднероссийским в 1,7 раза. Врожденных аномалий (с 85,2 до 168,2) — в 1,9 раза, а у детей — по болезням эндокринной системы (в 4,5 раза: с 1464,6 до 6684,6), костно-мышечной системы и соединительной ткани (в 2,9 раза: с 2097,1 до 8677,3), мочеполовой системы (в 3,5 раза: с 2298,9 до 8093,6) и органов пищеварения (в 1,8 раза: с 5927,1 до 17591,3). Безусловно, благоприятным фактом является сравнительно невысокий итоговый прирост распространенности травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин у взрослых (с 8664,0 до 9780,1 — на 11,2%) и некоторых инфекционных и паразитарных болезней у детей (с 7885,6 до 10676,8 — на 35,3%). Общая же заболеваемость взрослых возросла с 1073,8‰ в 1991 г. до 192 990,7‰ в 2009 г. — более чем в 1,8 раза (на 79%), а детей — с 1475,0‰ до 302 036,6‰ — почти в 1,3 раза (35,0%).

Сопоставление уровней заболеваемости и смертности в динамике позволяет судить об изменении вклада амбулаторной медицинской помощи в обратимость нарушений здоровья как в целом, так и по основным классам причин смерти.

О недостаточной активности первичного звена свидетельствует и устойчивая тенден-

Динамика общей заболеваемости населения

Классы болезней	Дети (0–17 лет включительно)					
	Годы					Темп (%)
	1991	1994	1998	2002	2009	
ВСЕГО	147 499,9	167 927,9	181 284,2	260 360,8	302 036,6	204
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7885,6	11 411,3	9389,7	21 231,1	10 676,8	135
Новообразования	267,3	435,3	466,8	678,3	945,9	
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1116,5	1601,7	1805,1	3207,0	2543,6	353
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1464,6	2488,8	3997,8	6393,0	6684,6	465
Психические расстройства и расстройства поведения	3377,9	4197,2	3957,5	5226,5	5221,1	154
Болезни нервной системы и органов чувств	15949,0	22205,7	23700,5	35990,9	35111,1	228
Болезни системы кровообращения	1081,3	1788,2	2265,4	3223,2	2610,6	241
Болезни органов дыхания	91174,0	85464,6	89423,8	126488,3	169122,1	185
Болезни органов пищеварения	5927,1	9570,9	16139,2	18789,3	17591,3	185
Болезни кожи и подкожной клетчатки	5671,0	8904,3	7553,9	11651,5	14164,2	249
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2097,1	3608,1	5595,7	9244,1	8677,3	299
Болезни мочеполовой системы	2298,9	3647,3	4435,1	7694,1	8093,6	352
Врожденные аномалии	1039,5	1587,7	1854,5	2501,6	3716,9	357
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6132,5	7755,5	7744,7	11922,6	11978,5	185

ция к снижению удельного веса впервые выявленных случаев в общие объемы оказания медицинской помощи населению.

Пристального внимания требует организация диагностики заболеваний у взрослых в первичном звене лечебно-профилактических учреждений.

В первую очередь это касается гематологической и вертеброгенной патологии: в 1991 г. доля впервые выявленных здесь заболеваний крови и кроветворных органов превышала 1/3 (37,9%), а болезней костно-мышечной и соединительной ткани приближалась к половине (47,1%), но в 2002–2008 г. она сократилась, соответственно, до 8,8–9,5% и 18,2–19,1%. Среди обращений жителей Владимирской области за амбулаторной помощью по поводу нарушений кроветворной системы за пределами областного центра впервые выявленным в 1991–1998 гг. был каждый четвертый случай (25,7–28,6%), а в конце анализируемого периода — каждый шестой

Таблица 3

Владимирской области (на 100 тыс. человек)

Взрослые (18 лет и старше)					
Годы					*Темп (%)*
1991	*1994*	*1998*	*2002*	*2009*	
107 378,4	113 466,4	137 878,5	156 928,6	192 990,7	179
3009,0	3883,9	5023,1	5188,6	4645,1	154
3349,8	3824,9	4652,8	4537,6	5916,4	176
214,1	343,4	719,5	863,6	928,2	433
3108,4	3436,0	4405,3	5201,0	8099,4	260
5543,8	4888,4	4845,5	5030,9	5561,7	
12208,7	16485,5	19954,9	21175,9	25230,4	206
14656,2	17092,6	22533,2	26283,6	37755,5	257
28787,0	23145,9	24912,7	29221,7	30873,1	107
10213,6	9612,3	12717,5	13408,5	16522,1	161
3301,7	3855,0	4609,4	6419,9	6891,7	208
7876,6	8824,8	12471,1	14554,1	21039,3	267
5323,3	6681,1	10431,3	14076,3	16938,8	318
85,2	126,1	172,5	161,3	168,2	197
8664,0	8762,9	9135,7	9190,9	9780,1	112

(16,1–17,0%). Вклад же первичной выявляемости патологии костно-мышечной системы на периферии практически не отличался от зарегистрированного в г. Владимире (47,9%), но его снижение после 1998 г. сменилось колебаниями в диапазоне 37–41%. В АПУ областного центра неизменно реже, чем на периферии, регистрируется первичное выявление у взрослых болезней системы кровообращения (6–8% против 9–10%) и нервной системы и органов чувств (31–40% против 39–47%). По болезням эндокринной системы здесь наблюдаются ежегодные разнонаправленные колебания, маскирующие негативный тренд, в то время как среднеобластное значение возросло с 11% в 1991–1994 гг. до 14,0–14,6%, начиная с 1998 г., так что в итоге доля впервые выявленных случаев этого класса в г. Владимире (8,7%) оказалась в 1,7 раза ниже, чем за его пределами (14,5%).

С целью повышения эффективности расходов на оказание медицинской помощи

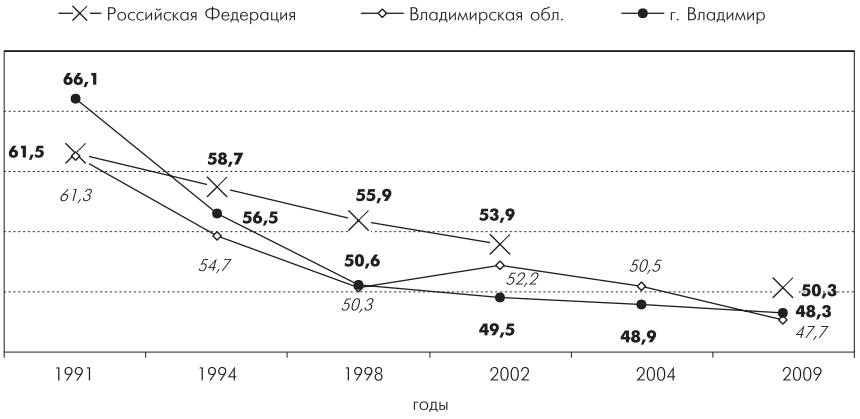


Рис. 2. **Динамика удельного веса случаев заболеваний, выявленных впервые в жизни**

необходимо перераспределение ее объемов из высокозатратного стационарного звена в амбулаторно-поликлиническое.

Выявленные негативные изменения в удовлетворении потребности населения Владимирской области в услугах здравоохранения к концу анализируемого периода подтверждаются повышением обращаемости за скорой медицинской помощью до 342,0‰ в 2009 году.

В структуре общей инвалидности взрослые составляют 94,1% (в 2008 году 93,9%), дети — 5,9% (2008 г. — 6,1%). Среди инвалидов в возрасте 18 лет и старше доля лиц пенсионного возраста составляет 43,4%. В то же время в структуре впервые признанных инвалидами сохраняется преобладание лиц пенсионного возраста (59,8%). В контингенте повторно признанных инвалидами выше доля граждан трудоспособного возраста (64,4%). Среди пенсионеров-инвалидов доля жителей сельских поселений составляет 16,1%.

Уровень общей инвалидности (впервые и повторно признанные инвалидами на 10 тыс. населения) взрослого населения по сравнению с 2008 годом снизился с 341,7 до 324,8; детского — с 111,4 до 102,5. Улучшился на 3% показатель первичной инвалидности, который в 2009 году составил 109,4 (2008 год — 112,8) на 10 тыс. взрослого населения.

К ведущим причинам первичной инвалидности среди взрослого населения области относятся болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, составляющие около 79,3% от общего числа всех классов болезней, при которых устанавливается инвалидность. В структуре первичной инвалидности женщины составляют 54,9%, из них 71,0% — это лица пенсионного возраста. Среди мужчин 54,0% — это граждане трудоспособного возраста. Инвалиды первой группы составляют 11,9%, вторая группа — 45,1%, третья — 43,0%, уровень инвалидности у мужчин выше — 113,3, чем у женщин — 106,4 (на 10 тыс. соответствующего пола).

Таким образом, прослеживается общая тенденция к росту заболеваемости и инвалидности вследствие болезней органов дыхания, мочеполовой системы, болезней системы кровообращения, новообразований, эндокринной системы и органов чувств, а также последствий травм и отравлений.

UDC 614.2
Dyagtereva M.I. ***Medical-demographic characteristics of Vladimir region's population in 1991–2009 years and effectiveness estimation of primary medical help*** *(State Institution of Vladimir Region Health Care «Medical Informational-Analytical Center», Vladimir)*
Annotation: There is completed an analysis of medical-demographic indicators of one of Russian's region population. There is revealed a common trend for the growth of morbidity and disability rate due to respiratory diseases, urogenital system diseases, cardiovascular diseases, neoplasm, endocrine system and senses organs diseases, as well as injury and poisoning consequences.
Keywords: *population, working age, morbidity rate, death rate, disability rate, Vladimir region.*

От редакции:

ОСОБЕННОСТИ КОНКУРЕНЦИИ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Одним из ожидаемых позитивных последствий реализации 83-ФЗ будет рост конкуренции в сфере оказания медицинских услуг. Конкуренция на рынке медицинских услуг представляет собой определенный набор взаимоотношений субъектов, направленный на достижение положительного результата, характеризующего качество медицинской услуги по выбранному набору установленных и принятых параметров.

В статье В.В. Назаровой «Рынок медицинских услуг: особенности конкурентной ситуации» (Вестник СПбГУ. — Сер. 5. — 2008. — Вып. 4. — С. 170–174) приведены следующие отличия конкуренции на рынке медицинских услуг. Прежде всего медицинскую услугу следует рассматривать как товар, специфика которого заключается в увеличивающемся и часто непрогнозируемом спросе. Далее для этого рынка характерны асимметрия информации и государственный контроль над большей частью медицинских учреждений, а также недостаточное развитие сектора коммерческих услуг в некоторых отраслях медицинского обеспечения (например, амбулаторная и стационарная помощь, профилактика). Наличие этих факторов приводит к отсутствию объективных показателей оценки качества медицинской помощи, то есть невозможности установления прямой взаимосвязи между ценой и качеством предоставленной медицинской услуги.

В качестве одного из возможных алгоритмов решения этой проблемы автор предлагает разработку системы параметров для составления рейтинга медицинских учреждений.

Известны несколько международных рейтингов госпиталей, например, испанский проект The Ranking Web of World Hospitals (http://www.webometrics.info/) , который стимулирует приверженность организаций здравоохранения к электронной публикации и распространению научной информации, связанных с медициной, адресованной не только коллегам (врачам, исследователям, ученым), но и пациентам, лидеров пациентских организаций.

Особенно поощряется представление информации о больнице, ее материально-техническом обеспечении, услугах и персонале. В предлагаемых в этой рубрике материалах изложены подходы к формированию конкурентоспособности медицинских организаций и составлению их национальных рейтингов. Полные тексты авторефератов диссертаций доступны на сайте издательства.

А.В. Жеребцов,
к.э.н., ООО «ИСТМЕД», г. Москва, alzher@istmed.ru
А.Ю. Луженков,
ООО «ИСТМЕД», г. Москва
Д.Н. Неделин,
ООО «ИСТМЕД», г. Москва
Ю.С. Харитонов,
д.т.н., профессор ООО «ИСТМЕД», г. Москва, us@istmed.ru

ОБ ОЦЕНКЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

УДК 614.2

Аннотация: *Разработан метод оценки потенциальных возможностей медицинских учреждений по оказанию тех или иных видов медицинской помощи и сопутствующих услуг. Метод основывается на универсальной совокупности показателей, содержащих исчерпывающую информацию о неотъемлемых свойствах и возможностях медицинской организации на период оценивания. Метод может быть использован для формирования объективных рейтингов медицинских учреждений, при отборе ЛПУ для решения конкретных целевых задач, анализе состояния медицинского комплекса и планировании его развития.*

Ключевые слова: *рейтинг, медицинская организация, объективная оценка, потенциальные возможности*

Оценка деятельности медицинских организаций и формирование на этой основе их рейтингов на протяжении многих лет являются одной из самых актуальных задач.

Результаты таких оценок интересуют и организаторов здравоохранения, и органы исполнительной власти, и, безусловно, потребителей медицинских услуг.

Для организаторов здравоохранения и органов исполнительной власти эти оценки являются серьезным поводом для принятия управленческих решений.

Для пациентов и других потребителей медицинских услуг, получивших право свободного выбора медицинской организации, рейтинги являются серьезным аргументом в пользу того или иного ЛПУ.

За последние годы в России и за рубежом появилось значительное число работ, в том числе Интернет-ресурсов, связанных определением рейтингов медицинских организаций.

Однако, несмотря на обилие различных методик оценки деятельности ЛПУ и составление их рейтингов, актуальность этой темы постоянно растет.

Причина неослабевающего спроса заключается в значительной степени субъективности оценок либо в использовании неполной совокупности данных, влияющих на результат оценивания. Такими недостатками в той или иной степени страдают практически все существующие рейтинги.

Допущенные при составлении рейтингов ошибки и неточности могут привести к серьезным финансовым и управленческим потерям, а отсутствие инструмента, позволяющего формировать объективные оценки, облегчает возможность недобросовестного манипулирования финансовыми средствами и потоками пациентов.

Поэтому объективность и достоверность полученных оценок, их достаточность для сравнения и выбора ЛПУ пациентом или другим заинтересованным потребителем являются ключевой задачей.

Что же может явиться заведомо объективной характеристикой медицинской организации?

© А.В. Жеребцов, А.Ю. Луженков, Д.Н. Неделин, Ю.С. Харитонов, 2011 г.

Ответ очевиден: такой характеристикой является совокупность показателей, основывающихся на исчерпывающих данных о неотъемлемых свойствах и возможностях медицинской организации на период оценивания, включая состав оказываемых простых и комплексных медицинских услуг, обслуживаемые заболевания, оборудование, методы лечения, персонал, структуру, способы и условия работы, сервисы и т.д.

Совокупность таких показателей определяет «потенциал» медицинской организации, ее максимально возможные потребительские свойства по оказанию тех или иных видов медицинской помощи и сопутствующих услуг, а создание методов получения оценок потенциальных возможностей дает возможность сравнивать ЛПУ между собой по этим показателям.

Принципиально важно понимать, что целью в данной задаче является сопоставление различных медицинских организаций по их способности оказывать те или иные услуги, а не оценки типа «одно ЛПУ способно лечить заболевания органов дыхания в 2 раза лучше другого».

Наличие такой важнейшей особенности в постановке задачи обусловлено тем, что большинство показателей, характеризующих возможности ЛПУ, имеет нечисловую природу (например, способность оказывать ту или иную простую медицинскую услугу), а показатели, измеряемые количественно, зачастую имеют различную физическую природу. В том и другом случае к таким показателям не могут применяться арифметические операции.

Понятно, что после создания методики и инструментария оценки «потенциала» медицинского учреждения по отдельным видам медицинской помощи и сопутствующих услуг (критериям) нетрудно получить комплексные характеристики потенциальных возможностей ЛПУ по оказанию совокупности услуг и интегральную оценку «потенциала» ЛПУ в целом.

Авторами разработан метод, позволяющий проводить оценивание объективных потребительских свойств ЛПУ и, следовательно, сравнение и упорядочивание (присвоение рейтингов) медицинских организаций в отношении той системы критериев, которая задается условиями текущей целевой задачи.

Принципиальные требования к методу сформулированы следующим образом:

- объективность — исключение влияния на процесс принятия решений и результат субъективных факторов, в том числе интересов отдельных организаций либо экспертов;
- полнота — способность объективно объединить и учесть максимально полную совокупность факторов и параметров, влияющих на качество объекта;
- независимость — возможность получения оценок и составления на их основе рейтингов по единой методике любой уполномоченной организацией вне зависимости от формы собственности и ведомственной принадлежности;
- преемственность — использование единой методологии как для оценок объективных характеристик медицинских организаций, так и для последующего их отбора в целях размещения заказов на лечение;
- системность — организационная структурированность и способность к развитию и масштабированию;
- универсальность, то есть возможность без изменения методологии выбрать актуальное для конкретной целевой задачи подмножество показателей, достаточное для принятия решения.

Решены основные задачи, определяющие возможность выполнения вышеуказанных требований.

1. Формирование универсальной совокупности показателей, содержащей полную, объективную и достоверную информацию о медицинской организации и характеризующей неотъемлемые свойства и возможности медицинской организации.

В качестве унифицированного носителя информации используются разработанные авторами и одобренные Минздравсоцразви-

тия РФ запатентованные документы [2, 3], содержащие исчерпывающую информацию о ЛПУ (в том числе о санаторно-курортных организациях), что позволяет применять метод при решении широкого круга целевых задач.

2. Выбор математического аппарата для оценивания потребительских свойств медицинской организации является весьма специфической задачей.

При выборе математического аппарата учитывалось, что медицинская организация является сложным объектом, подавляющее большинство показателей которого имеет нечисловую природу и, следовательно, с ними нельзя выполнять арифметические операции.

Как уже упоминалось, показатели, характеризующие ЛПУ и имеющие количественное значение, могут быть различной природы и измеряться в самых различных единицах измерения, а арифметические операции можно выполнять только над числовыми данными, измеряемыми в одних единицах.

В связи с этим возникла потребность применения математических методов и инструментариев, которые обеспечивают совместную сопоставимую обработку числовых данных и данных нечисловой природы.

При этом использованы современные методы теории измерений, статистики объектов нечисловой природы, а также экспертного оценивания.

3. Определение критериев оценивания или их совокупности неразрывно связано с конкретной задачей, в интересах которой необходимо получить оценки или сформировать рейтинги.

Мощность используемого методом множества показателей ЛПУ (тысячи) дает возможность оценивать его способность к решения большого количества задач.

При этом критериями могут быть самые разные целевые задачи, например, готовность к оказанию медицинской помощи по отдельным заболеваниям (группам заболеваний), диагностические возможности, оснащенность оборудованием и т.п., либо комплексная оценка возможностей медицинской организации по совокупности отдельных критериев.

Весьма важной отличительной особенностью метода является возможность получения оценок по критериям, определяющим характеристики ЛПУ по отдельным видам сервисов, например, условиям размещения, питанию и т.п.

4. Серьезными задачами стали установление шкал для измерения показателей, имеющих нечисловую природу, и определение степени важности показателей при оценивании по тому или иному критерию.

Установление типа шкалы измерения, а также задание группы допустимых преобразований шкалы — дело специалистов соответствующей прикладной области, которыми являются врачи-эксперты.

Для «борьбы» с субъективизмом эксперта при оценке того или иного показателя учтено, что выводы, сделанные по совокупности экспертных оценок, адекватны реальности только тогда, когда они не зависят от выбора единицы измерения или допускают разрешенные преобразования шкалы измерения.

Для оценивания потребительских свойств медицинской организации необходимо понимать степень важности показателей при оценивании по тому или иному критерию.

Для этих целей разработана специальная шкала, в которой экспертам предлагается указать вербальное значение важности наличия или отсутствия данного показателя для каждого из критериев оценивания:

— «Недопустимо» — наличие/отсутствие данного показателя недопустимо для того, чтобы ЛПУ удовлетворяло данному критерию оценивания;

— «Очень плохо» — наличие/отсутствие данного показателя очень плохо для того, чтобы ЛПУ удовлетворяло данному критерию оценивания;

— «Плохо» — наличие/отсутствие данного показателя плохо для того, чтобы ЛПУ удовлетворяло данному критерию оценивания;

— «Безразлично» — наличие/отсутствие данного показателя безразлично для того,

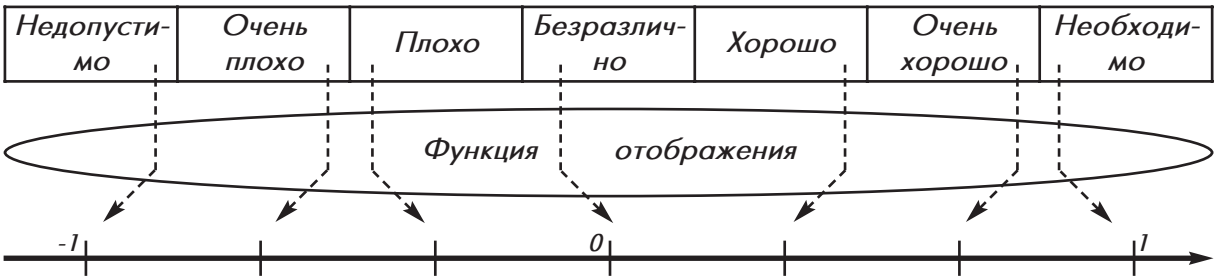


Рис. 1. **Отображение шкалы важности на числовую ось**

чтобы ЛПУ удовлетворяло данному критерию оценивания;

— «Хорошо» — наличие/отсутствие данного показателя хорошо для того, чтобы ЛПУ удовлетворяло данному критерию оценивания;

— «Очень хорошо» — наличие/отсутствие данного показателя очень хорошо для того, чтобы ЛПУ удовлетворяло данному критерию оценивания;

— «Необходимо» — наличие/отсутствие данного показателя необходимо для того, чтобы ЛПУ удовлетворяло данному критерию оценивания.

5. Получение оценки потребительских свойств медицинской организации по отдельным критериям и комплексной оценки по совокупности критериев требует, чтобы шкала для указания важности показателя при оценивании СКУ по отдельному критерию была спроецирована на интервал [–1;1] числовой оси с использованием произвольной возрастающей нечетной функции, например, как показано на *рис. 1*.

Некоторое выравнивание показателей между собой по степени важности, которое происходит из-за использования небольшого числа градаций, в данном методе компенсируется тем, что результирующий вклад показателя в оценку ЛПУ рассчитывается как функция от оценок показателя по различным критериям оценивания.

Итоговая оценка медицинской организации по выбранному критерию получается в результате свертки вкладов актуальных показателей, что не позволяет манипулировать весами показателей и исключает возможность для того, кто осуществляет оценивание, повлиять на конечный результат.

6. Мощность предоставляемого методом множества из нескольких тысяч показателей дает возможность без изменения самого метода выбрать актуальное для конкретной целевой задачи подмножество показателей, достаточное для принятия решения.

Очевидно, что разработанная методика позволяет строить объективные комплексные оценки потребительских свойств медицинских организаций по совокупности различных критериев и при этом учитывать степень вклада того или иного критерия в результирующую оценку.

При этом обеспечивается независимость результата от субъективизма лиц, проводящих оценивание и формирование рейтингов.

7. Для удобства анализа комплексной оценки медицинской организации как сложного объекта используется иерархическая древовидная структура его показателей. Простые показатели объединяются в более сложные, которые в свою очередь объединяются в еще более сложные показатели. Принцип структуризации определяется конкретной задачей.

Применяемый подход позволяет формировать на множестве простых показателей произвольную древовидную структуру, состоящую из задаваемых пользователем составных показателей и содержащую любое количество уровней иерархии.

8. Необходимость ввода, хранения и обработки значительных массивов информа-

ции для получения оценок привела к созданию математической структуры баз данных [4] и автоматизации процессов обработки информации.

Применение разработанного метода позволяет создать систему объективной оценки потребительских свойств и формирования рейтингов медицинских организаций.

Внедрение такой системы требует серьезной подготовительной работы, связанной, с одной стороны, со сбором полной, объективной и достоверной информации о медицинских организациях всех форм собственности и ведомственной принадлежности в необходимом объеме [2, 3], и, с другой стороны, с получением совокупности экспертных оценок по различным критериям.

Описанный метод количественного оценивания объективных потребительских свойств медицинских организаций дает возможность ответить на множество вопросов, стоящих как перед организаторами здравоохранения, так и перед потребителями услуг.

Возможности метода значительно расширяют круг аналитических возможностей, а интегрирование полученных оценок с оценками результативности их деятельности и отзывами пациентов определит рейтинг медицинской организации с учетом результатов его деятельности и мнений потребительского сообщества.

Литература

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-Х). — ВОЗ, Женева, 1995.

2. *Харитонов Ю.С.* Паспорт лечебно-профилактического учреждения (организации)//Авторское свидетельство № 317 от 16 мая 2007 г.

3. *Харитонов Ю.С.* Паспорт санаторно-курортной организации, реабилитационного учреждения, оздоровительного комплекса//Авторское свидетельство А24 от 18.06.2001.

4. *Жеребцов А.В., Луженков А.Ю, Харитонов Ю.С., Неделин Д.Н. и др.* База данных медицинских организаций ISTMED//Свидетельство №201165005 от 11.01.2011.

5. *Жеребцов А.В. Колпаков М.В., Харитонов Ю.С.* Метод комплексного оценивания качества услуг санаторно-курортного учреждения на заданной системе критериев. Разработка показателей и сравнительный анализ качества санаторно-курортных услуг (на примере санаториев «Волгоград» и «Тараскуль»)//ФСС РФ. Итоговый отчет по НИР «Оптимизация системы управления качеством санаторно-курортных услуг». — 2001.

6. *Харитонов Ю.С., Шайдуллина Т.У. и др.* Система сертификации санаторно-курортных услуг//Патент на полезную модель №58755, выдан Роспатентом РФ 27.11.2006.

7. *Орлов А.И.* Эконометрика. — М.: Изд-во «Экзамен», 2002. — 576 с.

8. *Кемени Дж., Снелл Дж.* Кибернетическое моделирование: Некоторые приложения. — М.: Советское радио, 1972 — 192 с.

UDC 614.2

Jerebxov A.V., Luzhenkov A.U., Nedelin D.N., Haritonov U.S.

Estimation of consumer properties of medical organizations *(JSC «ISTMED», Moscow)*

Abstract: *There is developed a method of estimating potential possibilities of medical organizations on rendering of those or other kinds of medical aid and accompanying services. The method is based on universal set of indicators containing the exhaustive information on the integral properties and estimation possibilities of the medical organization. Method can be used for forming objective ratings of medical organizations, in selection of medical organizations for deciding on concrete target problems, the analysis of a condition of a medical complex and planning of its development.*

Keywords: *ratings, medical organizations, objective estimation, potential possibilities*

ЧТО ИЗБАВИТ НАШИХ ГРАЖДАН ОТ УНИЗИТЕЛЬНОГО СТОЯНИЯ В ОЧЕРЕДЯХ?

«Нужно избавить наших граждан от унизительного стояния в очередях. Система записи к специалисту и сам прием должны быть организованы комфортно и удобно для пациентов». Такое требование сформулировал Премьер Владимир Путин на совещании по вопросам реализации региональных программ модернизации здравоохранения, состоявшемся 15 февраля 2011 года.

«Здесь нужно задействовать возможность информационных технологий. При этом все пациенты должны быть обеспечены электронными медицинскими картами. Надо сказать, что во многих лечебных заведениях на территориях, субъектах Федерации достаточно эффективно эта система работает», — отметил премьер.

Во врачебном сообществе нет единого мнения относительно возможности электронной регистратуры снять проблему очередей. Очевидно, что решение зависит и от укомплектованности лечебного учреждения специалистами, и от оперативного решения организационных вопросов. Очередь в поликлиниках формируется за счет того, что на прием врачу отводится очень мало времени и при этом он вынужден вести огромную «бумажную» работу.

Электронная регистратура никак не решает проблему экстренных пациентов, а ведь именно они чаще всего и создают «живую очередь», которая задерживает прием плановых пациентов.

Тем не менее, электронная регистратура — неизбежное будущее и настоящее ЛПУ. Мы предлагаем познакомиться с обзором региональных решений, который специально для ИД «Менеджер здравоохранения» выполнил ответственный редактор журнала «Врач и информационные технологии» Александр Гусев.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

А.В. Гусев,
к.т.н., заместитель директора по развитию компании «Комплексные медицинские информационные системы», Республика Карелия, agusev@kmis.ru

ОБЗОР РЕШЕНИЙ «ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАТУРА»

УДК: 61:658.011.56
***Аннотация:** В работе представлен обзор основных решений для реализации задачи самостоятельной записи пациентов на прием к врачу через Internet, а также имеющийся в России опыт внедрения таких решений в различных регионах.*

***Ключевые слова:** электронная регистратура, электронная очередь, медицинская информационная система, государственные услуги.*

Введение

Системы удаленной записи к врачу через Internet, называемые для краткости обычно как «Электронная регистратура» (ЭР), стали существенно набирать популярность в последнее время. Например, на прошедших в Москве в конце этого года выставке и конференции «Информационные технологии в медицине» данные решения впервые были выделены в отдельное направление. Их представляли несколько разработчиков, им была посвящена секция в программе докладов и для них был выделен отдельный лот в конкурсе «Лучшая медицинская информационная система 2010».

Рост популярности ЭР связан, вероятно, с 3 основными факторами:

- ***Повышенное внимание со стороны федеральных властей*** и в первую очередь Президента и Премьер-министра, которое в итоге вылилось в то, что «Электронная регистратура» была признана одной из приоритетных государственных услуг и получила название «Прием заявок (запись) на прием к врачу» (№ 19 согласно перечню, утвержденному Постановлением Правительства № 1993 от 17.12.2009).
- ***Включение «Электронной регистратуры»*** в типовые программы модернизации, в концепцию «Информатизации здравоохранения до 2020 г.» и другие руководящие документы, формируемые Минздравсоцразвития и определяющие первоочередные задачи в региональных проектах внедрения медицинских информационных технологий.

UDC: 61:658.011.56
Gusev A.V. Review of solutions «Electronic registry» («Complex Medical Information Systems», Respublika Kareliya)
***Abstract:** The article provides an overview of key decisions for the implementation of tasks on their own records of patients to medical appointments through the Internet, and is also available in the Russian experience in implementing such solutions in different regions.*

***Keywords:** Electronic registry, electronic queue, medical information systems, government services.*

© А.В. Гусев, 2011 г.

• ***Существенный и быстрый социальный эффект***, достигаемый при внедрении «Электронной регистратуры». Доклады и публикации последнего времени по этой теме наглядно демонстрируют, что число жителей, пользующихся этой услугой, доходит в ряде случаев до 40–50%, а количество очередей в поликлиники и другие ЛПУ достоверно снижается.

Видимо, в силу этих причин регионы стали присматриваться к имеющемуся опыту и проявлять интерес к такого рода решениям. Рынок и отдельные разработчики, почувствовав этот интерес, достаточно оперативно предложили свои решения, которых сейчас насчитывается уже свыше 10. В данном обзоре мы постарались проанализировать эти разработки, а также уже имеющийся опыт внедрения «Электронных регистратур» на территории РФ.

Принцип работы

Суть работы систем «Электронная регистратура» состоит в следующем: в сети Internet создается специальный сайт, на котором отображается расписание работы врачей конкретного ЛПУ или группы ЛПУ (например, уже не редкость городские и даже региональные проекты, содержащие расписание работы сразу всех лечебных учреждений). Любой пациент с помощью обычного браузера (а развитые решения поддерживают и мобильные клиенты — смартфоны) может зайти на такой сайт и выбрать необходимое ему лечебное учреждение, а затем — и необходимого врача.

Осуществив выбор, пациент получает на экран расписание работы этого врача с информацией о часах приема, занятых и свободных номерках и т.д. Принципы выбора врача разные и некоторые решения поддерживают сразу несколько таких возможностей: просто выбор ЛПУ и врача из списка, выбор специалиста и потом доступного ЛПУ, в котором данный специалист ведет прием, указание своего адреса и автоматическое попадание в ЛПУ, к которому данный участок привязан, и т.д.

Выбрав удобное для себя свободное время приема (чаще всего его называют электронным номерком), пациент осуществляет запись на него, указывая свои Ф.И.О., телефон или электронную почту, иногда — место жительства или полис ОМС. В ряде систем действует проверка на актуальность (корректность) введенных данных и на наличие данного пациента в реестре застрахованных. В таких случаях, если введенная информация не совпала, пациенту предлагается обратиться в регистратуру больницы или поликлиники лично. Как правило, расписание в «Электронной регистратуре» открывают на некоторое ограниченное время — до 2–4 недель.

После записи пациента на конкретный номерок у ряда решений начинает работать система оповещений — через Call-центр (когда операторы звонят пациенту и напоминают ему о приеме врача), через электронную почту или SMS-уведомления.

Обзор решений

Для того, чтобы собрать максимально объективную информацию, мы в течение примерно 3 месяцев мониторировали рынок программного обеспечения для здравоохранения, а также сообщения в СМИ по теме «Электронная регистратура». В результате был составлен перечень решений *(табл. 1)*, куда вошли наиболее упоминаемые разработки. Мы целенаправленно не стали включать сюда системы, которые создавались под конкретного заказчика или проект, а постарались оставить только тиражируемые решения, созданные специализированными профессиональными разработчиками.

Каждому разработчику была отправлена анкета с вопросами о созданном программном продукте, включая описание решения, сведения об инсталляциях, примененной программной платформе и стоимости внедрения и сопровождения. Существенная часть разработчиков откликнулась на обращение и приняла участие в качестве респондентов данного исследования.

Таблица 1

Решения «Электронная регистратура», применяемые на территории России

№ п/п	Разработчик, регион	Название решения	Сайт разработчиков	Где можно посмотреть решение?
1	MasterLab, Москва	Интернет-портал Medihost.ru	http://www.medwork.ru/	http://medihost.ru/
2	Интерин-технологии, Переславль-Залесский	Интернет-регистратура	http://www.interin.ru/	http://medinline.ru/
3	Комплексные медицинские информационные системы, Карелия	Электронная регистратура КМИС	http://www.kmis.ru	http://e-reg.kmis.ru
4	Корпоративные информационные рутины, Казань	Электронная регистратура КИР	http://www.kirkazan.ru	http://www.kirkazan.ru/news-and-events/ news/117/
5	Медотрейд, Москва	Самозапись.ру	http://www.medotrade.ru/	http://samozapis.ru
6	Парус Медиа, Самара	Электронная регистратура	http://www.mediaidea.ru/	http://regtalon.ru
7	ПостМодерн-Текнолоджи, Москва	Сервис MOBIMED.RU	http://www.medialog.ru	http://mobimed.ru/
8	Решение, Санкт-Петербург	Система самозаписи в учреждения здравоохранения	http://www.solution-soft.ru/	http://medreg.arhcity.ru/
9	САГА Технологии, Москва	Электронная регистратура	http://www.saga-tech.ru/	http://www.saga-tech.ru/soft/el-reception/
10	Самсон-Виста, Санкт-Петербург	Портал http://www.myl-pu.ru	http://www.samson-rus.com/	http://www.mylpu.ru/
11	Сван, Пермь	Система дистанционной записи к врачу и управления потоками пациентов «Электронная регистратура»	http://swan.perm.ru/	http://demo.swan.perm.ru:83
12	СофТраст, Белгород	«ТМ:Регистратура»	www.softrust.ru	www.1oms.ru
13	Торинс, Красноярск	Веб-регистратура	http://www.torins.ru/	http://www.med-registratura.ru/

«Интернет-регистратура» компании «Интерин-технологии» (Москва). Является портальным решением, реализующим Интернет-площадку для различных лечебных учреждений, в том числе имеющих сложную филиальную структуру. Позволяет публиковать данные о своей организации и ресурсах, вести электронное расписание приема консультантов и диагностических служб, осуществлять поиск информации о ресурсах и времени их приема, выполнять запись на прием через портал. Система интегрирована с МИС Интерин PROMIS и предоставляет широкие возможности по конфигурации прав поверки прикрепления, сроков и наличия медицинских программ обслуживания пациентов. Для зарегистрированных пользователей система предоставляет персональную область — личный кабинет, где осуществляется работа с выполненными записями на прием и прочие сервисные функции. Система имеет интерфейс работы с инфоматами с возможностью печати произвольных документов: памятка, талон амбулаторного пациента, талон на прием к врачу, отдельно настраиваемых для каждого ЛПУ. Для каждого ЛПУ возможна индивидуальная логика идентификации, контроля права записи и индивидуальных лимитов. Все данные настраиваются в профиле ЛПУ системы. После записи присутствует возможность оплаты приема через платежный терминал в качестве подтверждения записи.

«АИС «Электронная регистратура» компании «Парус Медиа» (Самара). Поставляется как программно-аппаратный комплекс или как отдельное программное решение. Поддерживается запись как на платный, так и на бесплатный прием. Вся информация о выданных через Интернет или в информационном терминале талонах в режиме реального времени появляется в информационной системе медучреждения. Преимущества: универсальность решения (возможность работать в составе МИС или как автономное решение), масштабируемость (систему возможно использовать как в качестве централизованного решения на город или область, так и для отдельно взятого ЛПУ), хорошая настраиваемая функциональность: различные проверки (флюорография, диспансерники, участки, финансирование и т.д., платный прием, выбор сопутствующих услуг, ввод направления и т.д.), поддержка режима записи авторизованным врачом стороннего ЛПУ.

«Электронная регистратура» компании «КМИС» (Карелия). Разработана как дополнительная опция для Карельской медицинской информационной системы, но может поставляться и как отдельный автономный продукт. Поддерживаются все основные функции, обеспечена большая гибкость как в настройках, так и в оформлении. Сильной стороной решения является кроссплатформенность (поддерживается работа сервера под управлением Microsoft Windows, Linux, Unix, Solaris, Mac OS X и т.д.), поддержка мобильных клиентов, простой и понятный интерфейс и одна из самых низких стоимостей владения.

Проект «Самозапись.ру» компании «Медотрейд» (Москва). Сервис представляет собой сайт samozapis.ru, к которому могут быть подключены различные заказчики и через который пациенты могут записываться на прием или вызывать врача на дом. ЛПУ могут составлять расписание работы врачей, при изменении которого записанные пациенты получают уведомления. Поддерживается работа Call-центра, операторы которого за день до приема обзванивает пациентов, чтобы его подтвердить. Сильные стороны решения: поставка как услуга (SaaS) и низкая стоимость владения, готовый Call-центр, включенный в услугу, проверка намерения пациента посетить врача за день до приема, множество способов записи на прием, включая мобильный клиент.

«Электронная регистратура» компании «Сван» (Пермь). Представляет собой программно-технический комплекс, включающий в себя единый центр обработки данных, call-центр и Интернет-портал записи. Сильной стороной решения является то, что в нем реализована централизованная архитектура, позволяющая в кратчайшие сроки развернуть систему в масштабах города или региона. Кроме этого, данное решение — одно из первых на рынке и имеет существенный опыт эксплуатации.

Решение «ТМ:Регистратура» компании «СофТраст» (Белгород). Предназначено для автоматизации рутинных процессов работы регистратуры и управления очередью на прием к врачу, в том числе с использованием сети Интернет, информационно-справочных сенсорных терминалов и call-центров. Сильными сторонами решения являются очень привлекательный интерфейс, гибкая интеграция, простота внедрения, широкий функционал настройки и адаптации, наличие системы управления очередью перед кабинетом врача.

Электронная регистратура компании «Торинс» (Красноярск). Программа предназначена для автоматизации работы регистраторов и управляющего персонала медучреждений. Решает задачи регулирования потоков амбулаторных больных, планирования деятельности врачей. Обеспечивает выполнение следующих функций: управление режимом и расписанием врачебных приемов, регистрация и контроль регистрации случаев предварительной записи на прием к врачам, удаленная запись на прием к врачу, электронная очередь, информационный терминал. Сильными сторонами решения являются: интуитивно понятный и привлекательный интерфейс, гибкая работа с расписанием, работа с базой МУ в on-line-режиме, штрих-кодирование документации, интеграция с платежными системами для терминалов.

В ходе исследования разработок мы выяснили, что одним из первых решений является разработка компании «СофтТраст», которая датирует начало работы 2006 г. Большая часть решений была разработана в 2009–2010 гг., видимо, под влиянием появившегося на рынке спроса. При создании продуктов применялись самые разнообразные платформы, которые впрочем традиционно применяются и при создании других медицинских информационных систем. Лидером в этом вопросе является СУБД Microsoft SQL Server, применяются также Oracle, IBM Lotus Notes/Domino и в меньшей степени — ряд других продуктов. Все без исключения решения поддерживают принцип «тонкого клиента» для работы и допускают применение всех основных браузеров, включая Microsoft IE, Firefox, Safari и т.д.

С точки зрения технической реализации, все «Электронные регистратуры» можно разделить на 2 большие группы:

- ***Создание дистрибутива и документации,*** поставляемых заказчику для инсталляции и использования в их инфраструктуре по классической схеме продажи лицензий и услуг на внедрение. Заказчики получают такое ПО в виде «коробки», устанавливают и настраивают (или им оказываются услуги по этой работе), а затем начинают работать с ЭР со своих рабочих мест, нередко с применением шлюза Intranet (внутренняя сеть ЛПУ для пользователей) — Internet (внешняя часть ЭР, представленная сайтом для пользователей).
- ***Создание в сети Internet готовых сайтов*** для аренды услуг по их использованию для заказчика. В этом случае заказчик получает право подключиться к уже созданному сайту, создать в нем описание ЛПУ и расписание своей работы, а затем использовать информацию о записавшихся пациентах в работе врачей. При этом подразумевается, что имеется прямой доступ в Internet к сайту ЭР с рабочих мест врачей для того, чтобы увидеть записавшихся пациентов и график своей работы.

Анализ функциональных возможностей представленных решений позволяет сформировать типовой функционал, который должна поддерживать современная «Электронная регистратура»:

- Возможность создания «сетки» расписания работы врачей ЛПУ.
- Поддержка нескольких ЛПУ и подразделений внутри ЛПУ.
- Возможность просмотреть свободные номерки на любую дату и к любому специалисту и выбрать наиболее подходящий номерок для записи.
- Поиск врача по Ф.И.О. и по специальности.
- Возможность поиска участкового врача (участка) по указанному адресу.
- Возможность регистрации пациентов на сайте ЭР и авторизованного доступа пациента.
- Возможность для пациента просмотреть те записи, на которые он уже записался ранее («личный кабинет» пациента).
- Расширенная поддержка идентификации пациента (по Ф.И.О., по полису ОМС).
- Расширенная возможность указывать персональные данные пациента (кроме Ф.И.О., это чаще всего адрес, номер телефона, электронная почта).
- Возможность распечатки номерка.
- Возможность отмены записей.
- Оповещение (напоминание) пациенту о необходимости прийти на прием по e-mail, sms и через Call-центр (оператором).
- Функция автоматического создания «шахматки» (графика приема) всех специалистов выбранного ЛПУ.
- Поддержка работы с ЭР через смартфоны (мобильный клиент).
- Поддержка работы с ЭР через «инфомат» (информационный киоск).
- Поддержка вывода информации на информационные табло (мониторы).
- Интеграция с госпитальной информационной системой.

«Лидеры» «Начинающие» «Отстающие»

Рис 1. **Карта регионов по реализации проектов «Электронная регистратура»**

Обзор проектов

Проекты внедрения «Электронной регистратуры» стали активно набирать популярность в регионах, начиная с конца 2009 г., и особенно в последнее время. Список наиболее крупных проектов, реализуемых в России, представлен в *таблице 2.* Мы проанализировали максимальное количество источников информации, включая крупнейшие новостные порталы, сайты региональных министерств и комитетов по здравоохранению, пресс-релизы разработчиков и т.д., и составили карту, разбив условно все регионы на 3 группы:

1. ***«Лидеры»*** — в эту группу попали регионы, где уже запущены и активно развиваются региональные проекты внедрений, насчитывающие несколько ЛПУ, и где данному направлению по информации СМИ уделяется достаточное внимание. В эту группу вошли 15 регионов (**17%** субъектов РФ), в их числе: Новосибирская, Астраханская, Белгородская, Кировская, Свердловская области, Пермский край, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра и ряд других.

2. ***«Начинающие»*** — эту группу составили регионы, где есть хотя бы несколько единичных проектов внедрения и где, по данным Internet, имеется интерес региональных или муниципальных властей или отдельных ЛПУ к данной теме. В эту группу вошли 24 региона (**27%** субъектов РФ), в том числе: Брянская, Вологодская, Иркутская, Ульяновская области, Республика Удмуртия и ряд других регионов.

3. ***«Отстающие»*** — в эту группу вошли все оставшиеся регионы, в которых мы вообще не обнаружили запущенных проектов внедрения «Электронных регистратур» и о которых нет упоминания в сети Internet. Число таких субъектов РФ составило 50, или **56%**, то есть больше половины регионов вообще не приступало к реализации таких проектов.

Карта регионов представлена на *рис. 1,* а распределение регионов по группам — на *рис. 2.*

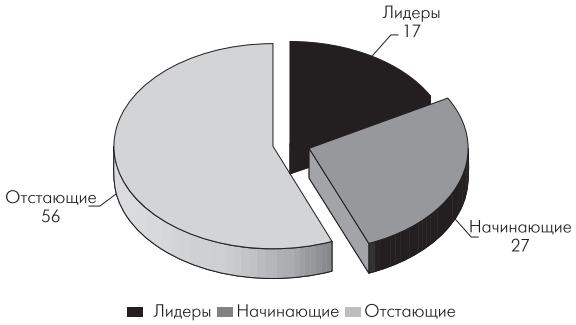


Рис. 2. **Распределение регионов по участию в проектах «Электронная регистратура»**

Наиболее интересные и крупные примеры регионального внедрения «Электронных регистратур» мы собрали в *табл. 2*. Необходимо отметить, что большая часть из приведенных примеров запущена относительно недавно, поэтому эти показатели могут устареть уже на этапе подготовки данного номера «Врач и информационные технологи» к печати и весьма вероятно, что они будут развиваться в своих регионах и увеличивать популярность среди населения и востребованность среди ЛПУ.

Таблица 2

Наиболее крупные внедрения «Электронных регистратур» в России (рейтинг по объему внедрений)

№ п/п	Регион	Разработчик или организатор	Объем внедрения	Сайт
1	Свердловская область	Компания «Медотрейд»	В пилотном режиме работают 19 ЛПУ (2 города), далее — 600 ЛПУ	https://samozapis.ru/
2	Пермский край	Компания «Сван»	184 ЛПУ	https://k-vrachu.ru
3	Красноярский край	Компания «Торинс», Администрация города Красноярска, ККФОМС	6 ЛПУ (3 города), далее весь город, а затем край (158 ЛПУ)	http://www.med-registratura.ru/
4	Ханты-Мансийский автономный округ — Югра	Компания «Медотрейд»	Сейчас — 2 ЛПУ в тестовом режиме, с 2011 г. — 140 ЛПУ	https://samozapis.ru/
5	Самарская область	Компания «Парус Медиа» Минздравсоцразвития Самарской области	64 ЛПУ, до конца 2010 года — вся Самарская область	http://regtalon.ru
6	Республика Башкортостан	Компания «Сван»	54 ЛПУ	https://er.brsc.ru/
7	Кировская область	Кировский ОГУЗ «МИАЦ» совместно с компаниями «ВиИТ» и «КМИС»	46 ЛПУ	http://www.medkirov.ru/e-registr/
8	Астраханская область	Комитет по здравоохранению	41 ЛПУ	http://www.komzdrav.org/
9	Чувашская Республика	Минздравсоцразвития Чувашской Республики	29 ЛПУ	http://www.med.cap.ru/MedRegistry/
10	Москва	Компания «СофТраст»	27 ЛПУ	Сайты отдельных ЛПУ
11	Омская область	Компания «СофТраст»	20 ЛПУ	http://www.omskzdrav.ru/
12	Белгородская область	Компания «СофТраст»	15 ЛПУ	http://talon.belgorzdrav.ru/
13	Омская область	Компания «СофТраст»	14 ЛПУ	Сайты отдельных ЛПУ
14	Новосибирская область	Администрация области	7 ЛПУ в пилотном режиме, далее — весь город	Сайт тестируется

Стоимости

В целом решения «Электронная регистратура» продвигаются на рынке практически всеми известными сейчас способами: от классической продажи лицензий и связанных услуг до практически точной реализации принципа «Программное обеспечение как услуга» (SaaS[1], аренда права на использование ПО). Есть примеры, когда одно и то же решение может быть поставлено по обоим вариантам. Обсуждение преимуществ и недостатков каждого из этих подходов само по себе заслуживает отдельной печатной работы, поэтому в данной статье эта тема не затрагивается.

Различаются и формулы расчета стоимости. Применяют такие методы расчета: исходя из числа жителей, количества ЛПУ, количества создаваемых сайтов или числа серверов.

Например, решение «Электронная регистратура» Пермской компании «Сван» предлагается из расчета «от 1,45 руб. на одного жителя города/региона» + аналогичная по сумме стоимость услуг за внедрение. При этом, если численность населения региона (или города) составляет менее 200 тысяч жителей, то расчет стоимости поставки и внедрения осуществляется из расчета на 200 тысяч жителей. Стоимость услуг технической поддержки составляет 40% от контракта в год.

Те решения, которые поставляются заказчику по классической схеме продажи лицензий, но оплачиваются за каждое подключаемое ЛПУ (а таких оказалось большинство), в среднем обходятся в 33 000 руб. за 1 ЛПУ и примерно 44 000 руб. за услуги внедрения (без оплаты командировочных расходов). В среднем техническое сопровождение таких решений будет обходиться от 10 до 30% в год от стоимости лицензий.

Важно понимать, что у решений, ориентированных на продажу лицензий, кроме затрат на прикладное ПО, будут также затраты на общесистемное ПО (операционные системы, СУБД, антивирусная защита и т.д.). Кроме этого, для внедрения таких систем потребуются затраты на оборудование ЦОД и оплата услуг Internet-провайдера.

Очень привлекательная на первый взгляд стоимость внедрения выявлена у решений, продвигаемых по модели SaaS. Она составляет у различных разработчиков в среднем 8000 руб. за 1 ЛПУ в месяц и при этом у заказчика отсутствуют затраты на оборудование, общесистемное ПО и обслуживание (оплата каналов связи до провайдера услуги в разных случаях оплачивается по-разному).

Очень важным моментом является то, что хотя, с точки зрения стоимости, нами выявлены существенные различия, но при этом мы обратили внимание, что кажущаяся на первый взгляд безоговорочная выгода от внедрения «Электронной регистратуры» по методу SaaS при расчете конкретных проектов на самом деле таковой может и не являться. Для того, чтобы оценить фактические (а не декларируемые разработчиком) различия в стоимости между различными вариантами расчетов для заказчика, мы рассчитали по представленным в анкетах ценам сумму затрат на проект внедрения «Электронной регистратуры» в гипотетической региональной столице с численностью населения 400 тыс. человек и 30 ЛПУ. Кроме этого, мы оценили итоговую стоимость владения проектами за первые 5 лет эксплуатации.

В своих расчетах мы допустили, что обновление оборудования и общесистемного ПО проекта не потребуется, а установившаяся на данный момент цена изменяться не будет. Более того, в данных расчетах мы предполагаем, что в городе создается один общий сервер «Электронной регистратуры», на

[1] Software as a service (SaaS) («Программное обеспечение как услуга») — модель продажи программного обеспечения, при которой поставщик разрабатывает веб-приложение и самостоятельно управляет им, предоставляя заказчикам доступ к нему через Интернет, http://www.tadviser.ru/index.php/ SaaS.

Таблица 3

Примеры расчета стоимости внедрения и владения «Электронной регистратуры» по различным моделям

№ п/п	Статья затрат	Средняя стоимость по модели продажи лицензий		Средняя стоимость по модели SaaS
		В расчете за 1 ЛПУ	В расчете за 1 жителя	
Начальные затраты				
1	Серверное оборудование	200 000 руб.		0
2	Общесистемное ПО	200 000 руб.		0
3	Стоимость «Электронной регистратуры»	990 000 руб.	580 000 руб.	0
Услуги по внедрению				
4	Стоимость внедрения	1 320 000 руб.	580 000 руб.	0
Стоимость владения (технического сопровождения) в год				
5	Стоимость технической поддержки или оплата за аренду ПО	198 000 руб.	232 000 руб.	2 880 000 руб.
Итого: общая стоимость проекта за 5 лет		*3 700 000 руб.*	*2 720 000 руб.*	*14 400 000 руб.*

котором разворачивается соответствующий сайт и к которому подключаются рабочие места регистраторов и врачей от ЛПУ. Так как при любой схеме внедрения потребуется аренда каналов связи и оборудование рабочих мест в ЛПУ, мы не стали рассматривать эти затраты в своих расчетах.

В результате мы получили итоговую стоимость в разрезе разовых затрат, ежегодного платежа и суммарной стоимости за 5 лет по двум основным вариантам и представили эти показатели в *таблице 3*.

Как видно из расчетов, отсутствие начальных затрат на внедрение «Электронной регистратуры» по модели SaaS оборачивается в итоге практически в 4-кратное увеличение стоимости владения за первые 5 лет эксплуатации решения. Поэтому, осуществляя выбор конкретной «Электронной регистратуры», разумеется необходимо тщательно взвешивать не только ее функциональные характеристики и начальные затраты, но и последующие финансы, которые потребуются на содержание проекта.

Необходимо отметить, что в некоторых случаях мы встретили совсем уж экзотические модели получения прибыли. Например, нам известен случай попытки внедрения «Электронной регистратуры» в одном из южных городов, где заказчику (ЛПУ и городскому комитету по здравоохранению) предлагалось на совершенно безвозмездной основе взять и аппаратное обеспечение (сервер, компьютеры в регистратуру), и каналы связи и все необходимое ПО. Когда заказчик стал детальнее вникать в предложение и задался вопросом: «А в чем же подвох?», то выяснилось, что разработчики планировали зарабатывать на том, что со счета каждого пациента, записавшегося на прием к врачу через Интернет и включившего на сайте галочку «напомнить по SMS», списывалось 15 рублей за это напоминание.

Эффективность

Эффективность «Электронной регистратуры» существенна, и об этом практически сразу после внедрения сообщают многие пользователи. Главным образом внедрение ЭР содействует равномерному распределению потока пациентов между медицинскими учреждениями, сокращению времени ожида-

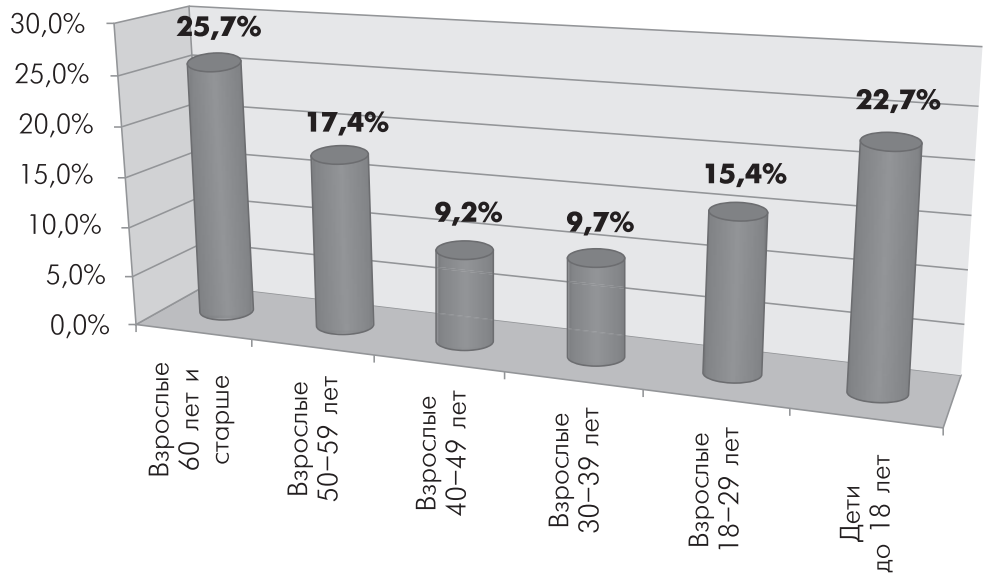


Рис. 3. **Количество записей в «Электронной регистратуре» по возрастным группам, по данным Кировской области**

ния записи на первичный прием, времени ожидания приема врачей-специалистов, ожидания диагностических процедур и госпитализации.

Практически все разработчики и пользователи констатируют, что имеет место существенное сокращение очередей в регистратурах поликлиник, и чем активнее население пользуется сайтом «Электронной регистратуры», тем выше этот результат. Однако вызывает существенное сомнение, что только за счет этой методики можно обеспечить полное исключение очередей пациентов, хотя об этом некоторые разработки и заявляют.

Востребованность ЭР населением в ряде проектов впечатляет. Например, по данным Кировской области (которая реализует такой проект сравнительно недавно, с апреля 2010 г.), посещаемость регионального сайта «Электронная регистратура» в настоящее время превысила 2700 посетителей в день. Всего записей, сделанных в «Электронной регистратуре» с апреля 2010 г., свыше 135 тыс., а количество записей за последнюю неделю сентября — 12 050 (из них 3540 через Интернет), что составило 14% от общего числа посещений (через Интернет 4%). При этом наблюдения, сделанные в этой области, опровергают опасения, что сайты «Электронных регистратур» — удел только молодых и прогрессивных пациентов. Согласно статистике, собранной в области и представленной на *рисунке 3,* пользователями ЭР являются широкие слои населения и возраст не является преградой для использования этой услуги.

Выводы

«Электронная регистратура» — еще относительно молодое направление в применении информационных технологий отечественным здравоохранением. Здесь пока не сильна конкуренция, а сам рынок еще далек от своего насыщения. Вместе с этим внимание федеральных властей и Минздравсоцразвития к информатизации, а также грядущие проекты модернизации медицинских учреждений неизбежно будут подогревать интерес к любым видам медицинских информационных систем. «Электронная регистратура» здесь не исключение, и мы ожидаем, что в ближайшее время мы станем свидетелями новых решений, усиления конкуренции и появления новых идей, снижения стоимости внедрения и появления новых проектов.

В ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ ПРЕДСТАВЛЕНА ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ

Приоритетами программы до 2012 года заявлены улучшение работы детского здравоохранения, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии.

Столичный мэр Сергей Собянин назвал программу «самой крупномасштабной за весь постсоветский период». Программа будет финансироваться за счет московского и федерального бюджетов. В 2011 году на ее реализацию будет направлено почти 57 млрд. рублей, столько же будет выделено и в 2012 году.

Программа предусматривает введение новых стандартов диагностики и лечения пациентов; приобретение новейшего оборудования для больниц и поликлиник; капитальный ремонт всех зданий больниц и поликлиник. В 2011 году на эти цели будет выделено 12 млрд. рублей, в 2012 году — 14 млрд. рублей.

В документе сформулированы три блока задач: укрепление материально-технической базы медучреждений (свыше 78 млрд. руб.), внедрение современных информационных технологий (5,6 млрд.) и новых медицинских стандартов (30 млрд.). Отмечается, что в 2009 году в больницах лечились 1,5 млн. человек, каждый в среднем по 14–15 дней. Для сокращения времени пребывания в больнице планируется «ужесточить критерии отбора на койку», постепенно переводя пациентов в дневные стационары и на амбулаторное лечение. В частности, в городских округах должны появиться централизованные лаборатории и «центры амбулаторной хирургии». Речь идет о крупных, хорошо оснащенных поликлиниках, преобразованных в такие центры, где гражданам будут делаться операции, не требующие госпитализации, например лазерная коррекция зрения или удаление вросшего ногтя.

Для тяжелых больных предусмотрен «этапный подход к лечению», когда граждан переводят из одной больницы в другую. Так, пациентов с острыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы планируется сначала помещать в стационары I уровня (например, НИИ Склифосовского), а «после оказания высокотехнологической помощи» переводить в «кардиологические отделения стационаров». Затем граждан направят на реабилитацию в санатории, а в финале — под наблюдение в поликлиники.

Как пояснил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Леонид Печатников, цель реформы — создание «вертикали ответственности за больного», когда больницы «завязаны на крупные поликлиники, на которые завязываются поликлиники поменьше». Необходимость построения такой вертикали обусловлена невозможностью «купить компьютерный томограф в каждую поликлинику». Непосредственно на закупку новых томографов, ангиографов, аппаратов УЗИ и другого оборудования, а также замену устаревшей техники планируется потратить свыше 8,9 млрд. руб. Кроме того, в городе предполагается ввести электронные медкарты, которыми к 2012 году должны пользоваться все пациенты (против нынешних 6%), а во все медучреждения города можно будет записаться на прием через Интернет. Сведения о пациентах соберут в «Единую электронную регистратуру», доступ к которой граждане получат через «сенсорные терминалы (инфоматы)».

Руководитель Департамента здравоохранения считает «реальным» двухлетний срок программы, пояснив, что сам «за полтора года строил клинику с нуля». «Мы должны жить, как весь мир. Больничная койка — дорогое удовольствие. Если сумеем создать в основных поликлиниках серьезную диагностическую базу и вывести за пределы стационаров технологии, которые можно делать в амбулаториях, это позволит выписывать

больных существенно быстрее». Предполагается, что к каждому стационару будут прикреплены поликлиники, а главврач больницы будет отвечать за каждый случай лечения.

Разрабатывать новые стандарты в лечении будут главные специалисты столицы по направлениям, а контролировать — врачи-эксперты страховых компаний и Фонд ОМС. Как ожидается, стандарты будут более продвинутыми и более дорогостоящими, чем те, что действуют на других территориях России. Постепенно количество коек в стационарах тоже будет сокращаться, а сэкономленные ресурсы также будут направлены на развитие высокотехнологичной медицины.

Комментируя достижимость намеченного, Леонид Печатников отмечает, что «в терапевтических отделениях московских клиник сегодня 40–50% пациентов лежат только потому, что им подбирают лечение для снижения артериального давления. Это нужно делать амбулаторно. Пациенты просто не будут лежать на койке лишние дни. В Европейском медцентре, например, средний срок нахождения больного в стационаре составлял 2,6 дня. Правда, потом больной находился под пристальным профессиональным патронажем амбулаторной службы. Не нужно превращать московские больницы и клиники в дома престарелых и гостиницы. А там, где человеку нужно отлежаться до 30 дней, будут больницы общего профиля. Там не будет высокотехнологичной помощи, компьютерных томографов, но все необходимое будет. У нас просто нет таких ресурсов, чтобы в клинике с дорогостоящим оборудованием по месяцу держать пациента».

Экономия средств будет проходить за счет новых технологий. «Предположим, что операция по удалению аппендикса стоит 1 тысячу рублей. При этом обычно пациент будет находиться в отделении 7–10 дней. Соответствующей будет и итоговая счет-фактура. Если проводить эту операцию с помощью лапароскопа, то выписывать пациента можно уже на следующий день. И даже при том, что сама такая операция будет стоить втрое дороже, итоговая стоимость лечения больного для системы ОМС будет не выше, она будет ниже. Экономисты все просчитают, и программа «Столичное здравоохранение» со всеми экономическими моделями через месяц будет готова. Ее конечной целью как раз и будет экономия средств».

В каждом округе Москвы будет создано госпитальное объединение. В него войдут и поликлиника, и стационары. Появится окружное управление здравоохранения и в нем — главный врач округа. Он и будет отвечать за результативность всех структур, которые в такое объединение входят. Пилотные проекты, как ожидается, начнут реализовываться уже весной 2011 года.

По материалам «Коммерсантъ» (№ 22 (4563) от 09.02.2011) и GZT.RU

По данным Росстата, в 2010 году в Москве проживало 10,562 млн. человек, из них 23,4% пенсионного возраста (в 2006-м — 18,4%). Более половины граждан в Москве умирают от болезней органов кровообращения, в основном ишемической болезни сердца. В городе работают 806 медицинских учреждений (в них трудятся около 185 тыс. человек), в том числе 115 больниц, 93 диспансера, 453 поликлиники, 28 медцентров, 36 санаториев. В 2009 году в поликлиники обратились 112,5 тыс. человек (этот показатель растет на 4–5% в год с 2005 года). Станция скорой помощи в 2009 году приняла 5,26 млн. обращений (на 7% больше показателей 2008 года). Стоимость одного вызова скорой помощи оценивается в 3,9 тыс. руб. Сейчас в городе работают 1065 карет скорой помощи, во всех лечебных учреждениях насчитывается 82,7 тыс. больничных коек.

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

Нужно ли при изменении типа с бюджетного учреждения на автономное получать заново специальное разрешение на оказание платных услуг?

Часть 12 статьи 5 Федерального закона «Об автономных учреждениях» гласит: «Созданное путем изменения типа существующего государственного или муниципального учреждения автономное учреждение вправе осуществлять предусмотренные его уставом виды деятельности на основании лицензии, а также свидетельства о государственной аккредитации, иных разрешительных документов, выданных соответствующему государственному или муниципальному учреждению, до окончания срока действия таких документов. При этом не требуется переоформления документов, подтверждающих наличие лицензий, в соответствии со статьей 11 Федерального закона от 8 августа 2001 года № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и переоформления иных разрешительных документов» (далее — Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

Таким образом, никто не вправе требовать переоформления и такого разрешительного документа, как специальное разрешение на оказание платных услуг.

Вообще-то, вопрос нужно ставить шире: а требуется ли вообще автономному учреждению специальное разрешение на оказание платных медицинских услуг?

Отметим сразу, законодательного требования наличия такого документа нет. Оно установлено подзаконным актом. В соответствии с п. 4 постановления Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. Для автономных учреждений исключения нет (правда, тогда их и не было еще).

Но, с другой стороны, часть 6 статьи 4 Федерального закона от 3 ноября 2006 года № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» устанавливает, что кроме государственного (муниципального) задания и обязательств по социальному страхованию автономное учреждение по своему усмотрению вправе выполнять

работы, оказывать услуги, относящиеся к его основной деятельности, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании однородных услуг условиях в порядке, установленном федеральными законами.

То есть законодательством установлено, что автономное учреждение само решает — оказывать платные услуги или нет.

Это Федеральный закон, он имеет большую юридическую силу по сравнению с постановлением Правительства Российской Федерации. Тем боле, что и принят закон позже. Значит, специальное разрешение автономному учреждению не требуется.

Таким образом, получается, что для автономного учреждения и требовать переоформления специального разрешения в связи с изменением типа учреждения нельзя, и выдавать новое разрешение — тоже нельзя. Автономному учреждению не требуется для оказания платных медицинских услуг специальное разрешение органа управления здравоохранением.

Насколько мы понимаем, получать новую лицензию при изменении типа учреждения не требуется. А требуется ли при изменении типа бюджетного учреждения на автономное или казенное (в связи с тем, что наименование учреждения поменяется) переоформлять лицензию? Это уже другая процедура.

Выше уже была приведена ссылка на статью 11 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» при рассмотрении вопроса создания автономного учреждения путем изменения типа существующего государственного или муниципального учреждения. Подобная фраза имеется в отношении аналогичной ситуации создания казенного учреждения. В части 12 статьи 31 Федерального закона № 83-ФЗ от 8 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — Федеральный закон № 83-ФЗ) записано, что при этом не требуется переоформления документов, подтверждающих наличие лицензий, в соответствии со статьей 11 Федерального закона от 8 августа 2001 года № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и переоформления иных разрешительных документов.

Рассматриваемая статья 11 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» устанавливает, что в случае реорганизации юридического лица в форме преобразования, изменения его наименования или места его нахождения либо изменения имени или места жительства индивидуального предпринимателя, а также в случае изменения адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности и в иных предусмотренных федеральным законом случаях лицензиат, его правопреемник либо иное предусмотренное федеральным законом лицо обязаны подать заявление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии.

Все это означает, что при создании автономного или казенного учреждения путем изменения типа существующего государственного или муниципаль-

ного учреждения не нужно не только получать новые лицензии, но и переоформлять лицензии на учреждение с новым типом и, соответственно, с новым наименованием. Это же касается ситуации изменения правового положения самого бюджетного учреждения.

Срочный трудовой договор с руководителем в соответствии с Трудовым кодексом заключается по соглашению сторон. А закон № 83-ФЗ требует обязательности его заключения в качестве срочного. Нет ли тут противоречия с Трудовым кодексом?

Статья 59 Трудового кодекса Российской Федерации (далее — Трудовой кодекс) устанавливает, что по соглашению сторон срочный трудовой договор может заключаться с руководителями, заместителями руководителей и главными бухгалтерами организаций, независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности.

В соответствии с пунктом 4 части 27 статьи 30 Федерального закона № 83-ФЗ орган государственной власти (государственный орган), орган местного самоуправления, осуществляющий функции и полномочия учредителя бюджетного учреждения, при заключении трудового договора с руководителем бюджетного учреждения предусматривает в нем срок действия трудового договора, если такой срок установлен учредительными документами бюджетного учреждения.

Это соответствует требованию статьи 275 Трудового кодекса, устанавливающей, что в случае, когда в соответствии с частью второй статьи 59 Трудового кодекса с руководителем организации заключается срочный трудовой договор, срок действия этого трудового договора определяется учредительными документами организации или соглашением сторон.

Федеральный закон № 83-ФЗ оговаривает, что срочным договор будет только если такой срок установлен учредительными документами бюджетного учреждения. Кроме того, не отменяется и соглашение сторон. Другое дело, что если кандидат в руководители не согласится с этим предложением, с ним могут просто не подписать трудовой договор. Ведь нужно и согласие работодателя — органа, осуществляющего функции и полномочия учредителя бюджетного учреждения.

А вот с руководителем, с которым трудовой договор уже подписан, ситуация сложнее. Если исходить из вышеуказанных статей Трудового кодекса, то обязать руководителя подписать дополнение к трудовому договору, оговаривающее срок действия трудового договора, никто не может. К тому же, Федеральный закон № 83-ФЗ, вроде бы, этого и не требует — он напрямую касается только ситуации заключения трудового договора с руководителем бюджетного учреждения, то есть принятия на работу нового руководителя бюджетного учреждения. В рассматриваемой статье говорится: «при заключении трудового договора с руководителем бюджетного учреждения».

Однако «Рекомендации по внесению изменений в трудовые договоры с руководителями бюджетных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных бюджетных учреждений», утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 сентября 2010 г. № 1505-р (далее — Рекомендации), предполагают иное. Рекомендации устанавливают, что для внесения новых условий в трудовой договор заключается дополнительное соглашение к нему, о чем орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя, обязан предупредить руководи-

теля бюджетного учреждения в письменной форме не позднее, чем за 2 месяца в соответствии со статьей 74 Трудового кодекса Российской Федерации.

В соответствии с указанной статьей 74 Трудового кодекса, в случае, когда по причинам, связанным с изменением организационных или технологических условий труда (изменения в технике и технологии производства, структурная реорганизация производства, другие причины), определенные сторонами условия трудового договора не могут быть сохранены, допускается их изменение по инициативе работодателя. Как мы видим, Рекомендации предполагают, что те изменения правового положения бюджетного учреждения, которые произошли в связи с принятием Федерального закона № 83-ФЗ, соответствуют изменениям организационных условий труда, предусмотренным статьей 74 Трудового кодекса. В таком случае согласия работника (в качестве которого в данном случае выступает руководитель бюджетного учреждения) не требуется. Если руководитель не согласен работать в новых условиях, то ему обязаны в письменной форме предложить другую имеющуюся работу (как вакантную должность или работу, соответствующую квалификации, так и вакантную нижестоящую должность или нижеоплачиваемую работу). При отсутствии указанной работы или отказе от предложенной работы трудовой договор прекращается в соответствии с пунктом 7 части первой статьи 77 Трудового кодекса.

Окончательный ответ по поводу применимости в данном случае статьи 74 Трудового кодекса может дать лишь суд.

ПЕРВЫЕ ИСТОРИИ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО УСПЕХА: ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ КОМПЬЮТЕРНЫЙ ТОМОГРАФ РАБОТАЕТ В РОССИЙСКОЙ КЛИНИКЕ

Разработка и внедрение высоких медицинских технологий в практическое здравоохранение являются необходимым условием для развития отечественной медицины и вывода ее на мировой уровень. Ключевым направлением деятельности должно стать создание современного отечественного конкурентоспособного, высокотехнологичного производства, которое будет обеспечивать российский рынок доступными национальными инновационными продуктами с учетом реальных потребностей и особенностей работы отечественных клиник.

«*Инновационное партнерство полного цикла* НИПК «Электрон» и компании Philips являет собой уникальную модель инновационно-технологического предпринимательства. Она предполагает взаимный обмен технологиями и совместную разработку внутри страны высокотехнологичного медицинского оборудования, которое до настоящего времени исключительно импортировалось. Такой подход позволяет говорить не только о развитии бизнеса двух компаний, но о новых возможностях для российского инновационного сектора.

Совместными усилиями зарубежной и отечественной компаний введен в эксплуатацию первый комплекс для компьютерной томографии, для совместной разработки которого понадобилось более 2 лет.

Первый российский комплекс для компьютерной томографии — это многоуровневое решение, в состав которого, помимо 16-срезового КТ-сканера, входит программно-аппаратный комплекс для хранения, передачи и обработки медицинских данных, большой

набор программного обеспечения и периферийного оборудования. В результате создан уникальный, не имеющий аналогов в России, высокотехнологичный комплекс, учитывающий глобальные тенденции в области медицины. На сегодняшний день это один из наиболее современных аппаратов в мире, который изначально разрабатывался с учетом потребностей российских клиник широкого профиля. В частности, уникальным отличием данного решения является полностью русский интерфейс, что существенно облегчает не только работу, но и обучение медперсонала.

С целью проведения испытаний в клинических условиях первый отечественный КТ-комплекс был установлен в Санкт-Петербургском госпитале для ветеранов войн, в котором получают специализированную медицинская помощь более 27 000 пациентам в год. Компьютерный томограф станет одним из ключевых инструментов для ранней диагностики и лечения широкого спектра заболеваний, включая онкопатологии, острые нарушения мозгового кровообращения, различные травмы (в том числе при ДТП), заболевания сердечно-сосудистой системы и др.

«Компьютерная томография — один из основных и наиболее информативных современных методов лучевой диагностики. До настоящего времени мы располагали 4-срезовым аппаратом импортного производства. Установленный КТ-комплекс существенно повысит качество исследований и пропускную способность отделения лучевой диагностики. Мы полностью удовлетворены результатами испытаний нового томографа, — говорит начальник госпиталя, заслуженный врач РФ, Евгений Маркович Агеенко. — Мы рады, что именно наш госпиталь первым начал использование томографа, созданного в России».

Уже сегодня доля отечественной составляющей в совместном продукте находится на уровне 15%, в трехлетней перспективе до 51% компонентной базы будут производиться в России. Разработка комплексных высокотехнологичных решений на базе крупного отечественного производителя в формате *инновационного партнерства полного цикла* также внесет вклад в формирование в Северо-Западном регионе кластера инновационных российских компаний, работающих в сфере здравоохранения.

В рамках инновационного партнерства полного цикла в России будет налажено производство целого ряда продуктов, в том числе 64-срезового томографа, современного аппарата для ультразвуковых исследований и комплекса для магнитно-резонансной томографии. В контексте модернизации российского здравоохранения решения *инновационного партнерства полного цикла* Philips и НИПК «Электрон» позволят повысить эффективность использования бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, улучшить диагностику социально значимых заболеваний и качество медицинского обслуживания населения.

В настоящее время компьютерная томография переживает интенсивное развитие. На смену устаревающим технологиям пошагового односрезового сканирования и реконструкции изображений приходят новые технологии, позволяющие значительно удешевить стоимость производства КТ-приборов, а значит, включить в их конструкцию самые современные компоненты, которые позволяют сканировать пациента одновременно в 256 и более срезах за время менее 0,27 секунды на один оборот. В большинстве экономически развитых стран количество КТ-сканеров составляет десятки аппаратов на миллион населения, что в полной мере удовлетворяет потребности системы здравоохранения в современных эффективных методах лучевой диагностики. Так, в Австралии на миллион населения приходится 18 КТ-сканеров, в Европе в среднем — 20 сканеров, в Японии — 78. Тем временем в России до сих пор, по разным оценкам, на миллион населения приходится 6–9 компьютерных томографов. На сегодня потребность в компьютерных томографах в России составляет от 3500 до 5000 КТ-сканеров.

ОСНОВНЫЕ ТЕХНИКО-КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСА

- *16 срезов за 1 оборот вращения для исследования больших объемов и получения тонких срезов.*
- *Большое анатомическое покрытие детектора 24 мм обеспечивает сканирование протяженных отделов в считанные секунды.*
- *Широкая апертура гентри 70 см позволяет сканировать даже самых больших пациентов и в самых сложных укладках.*
- *Мощный генератор 50 кВт обеспечивает высокое качество изображения при высоких скоростях сканирования.*
- *Большая грузоподъемность стола пациента 200 кг позволяет проводить исследования тучных пациентов или размещать на столе дополнительное оборудование.*
- *Высокая скорость сканирования (оборот за 0,5 секунды) обеспечивает получение исключительных результатов при сканировании с минимальной задержкой дыхания или с применением минимального количества контрастного вещества.*
- *Широкий диапазон получаемых срезов (от 0,75 до 12 мм) позволяет проводить самые разные виды исследований.*
- *Высокое разрешение 15 пар линий на сантиметр определяет неизменно высокое качество изображения.*
- *Низкоконтрастное разрешение 4 мм при 0,3% обеспечивает отличную визуализацию близких по плотности тканей.*
- *Быстрая реконструкция изображения с высоким качеством.*
- *Функция DoseWise позволяет применять оптимальную лучевую нагрузку без потерь в качестве изображений.*
- *Функция уменьшения артефактов от металлических имплантов позволяет получать высококачественные изображения.*
- *Концепция интерфейса пользователя Logical Guided Flow дает подсказки пользователю в ходе всего процесса сканирования и визуализации.*
- *Полностью русскоязычный интерфейс консоли управления томографом*
- *Широкий выбор клинических программ.*
- *Консоль (рабочая станция лаборанта), рабочая станция врача.*
- *Программно-аппаратный комплекс для получения, хранения и передачи данных.*
- *Дополнительные аксессуары (принтеры, приспособления для позиционирования пациента, инжектор, защита пациента и медицинского персонала).*

ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ ИНДУСТРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА-2011»

Дата и место проведения:
23–24 мая 2011 года в гостинице «Рэдиссон Славянская» (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.

Перечень основных вопросов, планируемых для рассмотрения на Всероссийском форуме индустрии здравоохранения «Медицина и фармацевтика 2011»:

- 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.

Организационный комитет: +7 (499) 500-80-05 или (495) 287-88-78, доб. 147, контактное лицо Ирина Лоншакова, а также на сайте мероприятия *http://www.forumzdrav.ru.*

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

КТО ОТВЕЧАЕТ ЗА РАЗРАБОТКУ ГОСПРОГРАММ, ИСПОЛНИТЕЛЕМ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2010 г. № 1249 «О разработке государственных программ Российской Федерации»

Минздравсоцразвития России является ответственным исполнителем и соисполнителем ряда госпрограмм. Определены субъекты, ответственные за разработку каждой из них. Это департаменты Министерства, Росздравнадзор, Роструд, Роспотребнадзор, ФМБА России и внебюджетные госфонды.

ЛИСТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: СУММУ ПОСОБИЯ НЕОБХОДИМО УКАЗЫВАТЬ ЗА ВЫЧЕТОМ НДФЛ?

Письмо Фонда социального страхования РФ от 29 декабря 2010 г. № 02-03-10/05-14665 «Об отражении суммы пособия по временной нетрудоспособности при заполнении оборотной стороны листка нетрудоспособности»

Пособия по временной нетрудоспособности облагаются НДФЛ.

В строке оборотной стороны листка нетрудоспособности «ИТОГО (сумма к выдаче)» указывают размер пособия, уменьшенный на НДФЛ.

В строках «За счет средств ФСС России» и «За счет средств работодателя» размер пособия отражается в полном объеме без вычета НДФЛ.

БЮДЖЕТНЫЕ СМЕТЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ И ФЕДЕРАЛЬНЫХ КАЗЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 декабря 2010 г. № 1128 «Об утверждении Порядка составления, утверждения и ведения бюджетных смет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и федеральных казенных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Определен порядок составления бюджетных смет Минздравсоцразвития России и находящихся в его ведении федеральных казенных учреждений.

Цель формирования сметы — установить объем затрат федерального бюджета на текущий (очередной) финансовый год и направления расходования.

Показатели утверждаются в пределах лимитов бюджетных обязательств. Учитывается госзадание (если оно установлено).

Смета направляется на утверждение в Финансовый департамент Министерства не позднее 15 дней с момента получения лимитов.

Предусмотрена процедура ведения сметы. Речь идет о внесении в нее изменений.

Порядок составления смет Министерства и подведомственных организаций не действует.

Приказ вступает в силу с 1 января 2011 г. До 1 июля 2012 г. он применяется учреждениями, в отношении которых не принято решение предоставить субсидии.

КАК ФИНАНСИРУЮТСЯ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2010 г. «О программах модернизации здравоохранения субъектов РФ и программах модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь»

С 2011 г. действует новый Закон об обязательном медицинском страховании (ОМС) в России. Он регулирует вопросы принятия и исполнения программ модернизации здравоохранения регионов и федеральных государственных учреждений, оказывающих медпомощь (ФГУЗ).

Региональные программы модернизации здравоохранения финансируются за счет бюджетов субъектов Федерации, а в части медпомощи, входящей в базовую программу ОМС, также за счет доходов, поступающих в бюджет ОМС.

Данные программы софинансируются за счет ФФОМС только по мероприятиям, проводимым в части медпомощи, входящей в базовую программу ОМС.

Программы включают в себя паспорт системы здравоохранения, перечень и стоимость мероприятий, целевые значения показателей и индикаторы ее реализации.

Программы будут финансироваться в соответствии с постановлением Правительства РФ. Его проект в настоящее время проходит согласование.

На финансирование ФГУЗ направляются 20 млрд. руб. Средства распределяются Минздравсоцразвития России. При этом учреждения должны быть включены в региональные программы. На стимулирование регионов направляются 21,7 млрд. руб. в 2012 г. Средства распределяются по итогам 2011 г. и первого полугодия 2012 г. между субъектами Федерации, достигшими наилучшей динамики показателей. На формирование резерва в связи с уточнением оценки объема доходов направляются 33 млрд. руб.

НЕОБХОДИМО ИЗГОТОВИТЬ НОВЫЕ БЛАНКИ ЗАКЛЮЧЕНИЙ, ВЫДАВАЕМЫХ ОРГАНАМИ НАРКОКОНТРОЛЯ В ЦЕЛЯХ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 ноября 2010 г. № 25-1/10/2-10979 «О дополнении бланка заключения о соответствии установленным требованиям объектов и помещений, где осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ»

Чтобы получить лицензию на деятельность, связанную с оборотом наркотиков и их прекурсоров, нужно представить определенные документы. В их числе — заключение органов наркоконтроля о том, что используемые объекты и помещения соответствуют установленным требованиям.

Сообщается, что название такого заключения изменилось. Дело в том, что вступили в силу поправки, которые касаются культивирования наркосодержащих растений. Соответствующим образом были скорректированы правительственные акты, регламентирующие лицензирование в данной сфере.

Сотрудники территориальных органов ФСКН России дополняют заключения указанием на культивирование наркосодержащих растений. Слова добавляются от руки печатными буквами или с помощью пишущих машинок, компьютеров. Дополнения заверяются. Это временная мера. Она связана с необходимостью изготовить новые бланки заключений.

Минздравсоцразвития России считает целесообразным, чтобы лицензирующие органы принимали копии заключений «старого» образца при наличии соответствующих дополнений.

КАК УЧРЕЖДЕНИЯ РОСОБРНАДЗОРА ПЛАНИРУЮТ СВОЮ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 12 ноября 2010 г. № 2736 «Об утверждении Порядка составления и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности федеральных государственных бюджетных учреждений, находящихся в ведении Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 декабря 2010 г. Регистрационный № 19 478.

Определено, как составляется и утверждается план финансово-хозяйственной деятельности ФГУ Рособрнадзора. Он формируется на тот же период, что и федеральный бюджет.

В плане, в частности, приводятся цели и основные виды деятельности учреждения, перечень оказываемых (выполняемых) им платных услуг (работ), общая балансовая стоимость имущества. Отражаются показатели финансового состояния (данные об активах, обязательствах и др.). Он утверждается заместителем руководителя Рособрнадзора. Приведена форма плана.

Приказ вступает в силу с 1 января 2012 г.

НОВЫЙ ПОРЯДОК РАБОТЫ КОЛЛЕГИИ РОСЗДРАВНАДЗОРА

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 23 декабря 2010 г. № 11390-Пр/10 «Об утверждении положения и состава коллегии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»

Определен новый порядок работы коллегии Росздравнадзора. Это постоянно действующий совещательный орган при руководителе Службы.

Как и ранее, в коллегию могут входить представители федеральных органов исполнительной власти, Госдумы, Совета Федерации, Федерального Собрания, органов госвласти регионов, РАМН, общественных организаций в сфере здравоохранения и социального развития.

Планы заседаний составляются на полгода. Также формируются перспективные программы деятельности. Заседания проводятся не реже 1 раза в квартал. Обновлен порядок подготовки материалов. Прежний порядок работы коллегии (с учетом изменений) признан утратившим силу.

ПЛАНИРУЕТСЯ СОЗДАТЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ИНТЕРНЕТ-ПОРТАЛ ПО УПРАВЛЕНИЮ ГОССОБСТВЕННОСТЬЮ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1214 «О совершенствовании порядка управления открытыми акционерными обществами, акции которых находятся в федеральной собственности, и федеральными государственными унитарными предприятиями»

Скорректирован порядок управления ОАО, акции которых находятся в федеральной собственности, и ФГУПами.

Установлены критерии отбора кандидатов в совет директоров АО в качестве независимых директоров. В частности, ими не могут быть работники общества, его аффилированные лица, гражданские служащие, сотрудники ЦБР. Ограничения касаются и членов семьи кандидата.

Расширен перечень вопросов, по которым представителям государства в совете директоров обязательно даются директивы. В него включено принятие решений об участии общества в других организациях (прекращении такового). Директивы направляются и по иным вопросам для исполнения поручений Президента РФ, Председателя Правительства РФ или его Первого заместителя.

Определена примерная структура годового отчета АО, акции которого находятся в федеральной собственности. Предусмотрено создание межведомственного Интернет-портала по управлению госсобственностью. С 1 марта 2011 г. федеральные органы исполнительной власти будут взаимодействовать через него по вопросам участия в управлении АО. На портале размещаются ежеквартальные и годовой отчеты представителей интересов государства в совете директоров (наблюдательном совете) АО, а также ежегодный доклад о финансово-хозяйственной деятельности общества.

Федеральные органы власти (кроме Минобороны России и Управления делами Президента РФ) в отношении подведомственных ФГУПов утверждают устав и бухотчетность, согласовывают создание филиалов (представительств), сделки и участие в других организациях с учетом позиции Росимущества. Если стоимость сделки превышает 150 млн. руб., решение принимается Правительством РФ (его главой или по его поручению его заместителем).

УТВЕРЖДЕНЫ ТРЕБОВАНИЯ К ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ЕДИНОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ

Приказ Министерства связи и массовых коммуникаций РФ от 27 декабря 2010 г. № 190 «Об утверждении Технических требований к взаимодействию информационных систем в единой системе межведомственного электронного взаимодействия» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 29 декабря 2010 г. Регистрационный № 19 425.

Утверждены технические требования к взаимодействию информационных систем в единой системе межведомственного электронного взаимодействия. Определены правила интеграции информсистем органов власти, государственных внебюджетных фондов, иных органов и организаций, используемых при предоставлении услуг и исполнении госфункций в электронной форме с единой системой межведомственного электронного взаимодействия.

Приведены требования к техническому обеспечению информационного обмена, осуществляемого с применением системы взаимодействия.

КАК ФЕДЕРАЛЬНЫЕ БЮДЖЕТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРЕДАЮТСЯ В СОБСТВЕННОСТЬ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ?

Письмо Минфина РФ и Федерального казначейства от 6 декабря 2010 г. № 02-03-07/5031, 42-7.4-05/5.1-792 «О порядке передачи бюджетных учреждений из федеральной собственности в собственность субъектов РФ»

Разъяснен порядок передачи бюджетных учреждений из федеральной собственности в региональную. Федеральные бюджетные учреждения реорганизуются в соответствии с решением Правительства РФ. На его основании главный распорядитель вносит изменения в сводную бюджетную роспись федерального бюджета и лимиты бюджетных обязательств. Он также обеспечивает исключение учреждения из сводного реестра участников бюджетного процесса.

Лицевые счета, открытые учреждению в органе Федерального казначейства как участнику бюджетного процесса федерального уровня, закрываются.

Указано, как передаются показатели по кассовым выплатам, отраженным на открытом учреждению лицевом счете, источником финансирования которых являются средства федерального бюджета.

На дату реорганизации учреждению необходимо составить разделительные балансы по показателям, подлежащим и не подлежащим передаче.

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ МОЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ НЕ ТОЛЬКО В ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯХ!

Определение Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 9 декабря 2010 г. № КАС10-611 «О признании недействующим пункта 6 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [утв. постановлением Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522]

Признана недействующей норма, не допускающая определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, вне медучреждений государственной системы здравоохранения.

Согласно ее содержанию указанная степень тяжести вреда определяется в названных медучреждениях врачом-судмедэкспертом. Как пояснила Кассационная коллегия ВС РФ, такое положение на практике толкуется, в частности, как запрещающее предпринимателям и негосударственным юрлицам проводить судебно-медицинские экспертизы.

Основы законодательства об охране здоровья граждан предусматривают, что такие экспертизы осуществляются в медучреждениях государственной системы здравоохранения экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы, а при его отсутствии — врачом, привлеченным на основании постановления лица, производящего дознание, следователя или определения суда. Однако указанная норма Основ, не позволяющая производить эту экспертизу вне медучреждений государственной или муниципальной систем здравоохранения и лицами, не являющимися государственными судэкспертами, не применяется. Она противоречит нормам законодательства, принятым позднее. УПК РФ и ГПК РФ предусматривают производство судебных экспертиз государственными и иными экспертами из числа лиц, обладающих спецзнаниями.

К названным иным экспертам относятся сотрудники негосударственных судебно-экспертных учреждений, а также лица, не работающие в подобных организациях.

Закон о государственной судебно-экспертной деятельности определяет ее правовые основы в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве. Действие его норм распространяется также и на лиц, не являющихся государственными судебными экспертами. Они, обладая специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, в соответствии с нормами процессуального законодательства могут проводить судебную экспертизу вне государственных судебно-экспертных учреждений.

ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 ноября 2010 г. № 1007н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при хирургических заболеваниях» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 16 декабря 2010 г. Регистрационный № 19 199.

Определено, как детям оказывают медпомощь при хирургических заболеваниях.

Виды помощи: скорая (в том числе специализированная санитарно-авиационная), первичная, специализированная (в том числе высокотехнологичная). Врачебную помощь оказывают детские хирурги соответствующего кабинета. Урегулирован порядок его работы. Установлены нормативы оснащения. Предусмотрено функционирование детских хирургических отделений.

Если возникает угроза жизни ребенка и невозможно госпитализировать его в указанное отделение, то его направляют в ближайшую медорганизацию, где есть отделения хирургии, анестезиологии и реаниматологии, блок (палата) реанимации и интенсивной терапии.

По медицинским показаниям могут привлекаться врачи-специалисты.

Предусмотрено восстановительное лечение.

КАК ФГУ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ СРЕДСТВА НА ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА?

Постановление Правительства РФ от 30 декабря 2010 г. № 1200 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета реализации комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела в федеральных государственных учреждениях»

Определен порядок госфинансирования реализации комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела в ФГУ Минздравсоцразвития России. Распределены соответствующие ассигнования на 2011 г.

Средства выделяются ФГУ, которые оказывают медпомощь женщинам при родах и в послеродовой период, а также новорожденным.

Министерство ежегодно до 1 марта утверждает перечень соответствующего оборудования. ФГУ до 15 марта представляют заявки с указанием его номенклатуры и количества. Названное ведомство в течение месяца рассматривает их. На основе согласованных заявок ФГУ размещают соответствующие заказы.

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

В 2011 г. средства получат Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, Ростовский НИИ акушерства и педиатрии, Уральский НИИ охраны материнства и младенчества. Каждому из них выделены 22,5 млн. руб.

КАК ДОНОРЫ КОСТНОГО МОЗГА МОГУТ ПОДТВЕРДИТЬ ПРАВО НА ВЫЧЕТ ПО НДФЛ?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 15 декабря 2010 г. № 03-04-06/7-302 «О предоставлении стандартного налогового вычета по НДФЛ лицам, отдавшим костный мозг для спасения жизни людей»

Вычет по НДФЛ в размере 500 руб. за каждый месяц налогового периода предоставляется, в частности, отдавшим костный мозг для спасения жизни людей лицам.

Чтобы получить его, подаются заявление и подтверждающие документы. К ним относится справка из медицинского учреждения о донорстве костного мозга.

Документы достаточно представить 1 раз.

СУБСИДИИ НА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ-СИРОТ: ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1234 «О порядке предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»

Определен порядок предоставления ФФОМС субсидий на диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей. Речь идет о сиротах и о тех, кто находится в трудной жизненной ситуации. Получатели средств — ТФОМС.

Диспансеризацию проводят организации, участвующие в реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медпомощи.

Субсидия предоставляется ежемесячно на основании заявки ТФОМС. При этом должны соблюдаться определенные условия.

В частности, ТФОМС ежегодно должен заключать договоры с медорганизациями, имеющими лицензию на соответствующую деятельность, в том числе по специальностям «педиатрия», «неврология», «офтальмология», «детская хирургия», «психиатрия», «оториноларингология», «акушерство и гинекология», «стоматология детская», «травматология и ортопедия», «детская урология-андрология», «детская эндокринология», «лабораторная диагностика», «функциональная диагностика», «ультразвуковая диагностика».

Необходим план-график диспансеризации. Ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, представляются сведения об использовании средств.

Медорганизация обязана вести реестры счетов на оплату расходов по диспансеризации.

НЕКОТОРЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ВЫДЕЛЯЮТСЯ СРЕДСТВА НА ЗАКУПКУ ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХ СИМУЛЯЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1220 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета создания обучающих симуляционных центров в федеральных государственных учреждениях»

Определено, как за счет федерального бюджета финансируется создание обучающих симуляционных центров в ФГУ, подведомственных Минздравсоцразвития России. Речь идет об учреждениях, в которых есть клинические подразделения, оказывающие медпомощь женщинам в период беременности и родов, а также новорожденным.

Министерство ежегодно утверждает перечень оборудования для центров, закупаемого за счет этих средств. ФГУ до 15 марта формируют и представляют заявки. В них указываются номенклатура и количество необходимого оборудования. В соответствии с согласованными Минздравсоцразвития России заявками учреждения размещают госзаказы. Закреплены условия, которые должны предусматриваться в контрактах. ФГУ ежеквартально отчитываются об использовании ассигнований.

В 2011 г. средства выделяются следующим учреждениям. Федеральному центру сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. Ивановскому научно-исследовательскому институту материнства и детства им. В.Н. Городкова. Сибирскому государственному медицинскому университету (г. Омск). Челябинской государственной медицинской академии Росздравнадзора. Каждому — по 37,5 млн. руб.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

КАК УЧРЕЖДЕНИЯ ФМБА РОССИИ ИСПОЛЬЗУЮТ БЮДЖЕТНЫЕ АССИГНОВАНИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДОПДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ?

Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2010 г. № 1183 «Об утверждении Правил использования бюджетных ассигнований федерального бюджета на финансовое обеспечение проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан федеральными бюджетными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства»

Установлен порядок использования ассигнований федерального бюджета на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан бюджетными учреждениями здравоохранения, подведомственными ФМБА России.

Порядок проведения дополнительной диспансеризации и норматив затрат определяются Минздравсоцразвития России.

ФМБА доводит до учреждений здравоохранения лимиты бюджетных обязательств для дополнительной диспансеризации.

Бюджетные ассигнования направляются на оплату труда медработников, проводящих диспансеризацию, на приобретение расходных материалов.

Учреждения здравоохранения ежемесячно представляют в ФМБА России отчеты о выполнении задания с учетом установленного норматива затрат. Срок — до 5 числа.

Учреждения здравоохранения должны отдельно учитывать средства, израсходованные на дополнительную диспансеризацию.

ФМБА России представляет соответствующую отчетность в Минздравсоцразвития России.

Постановление действует с 1 января 2011 г.

КАССОВЫЕ ВЫПЛАТЫ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: КТО И КАК ИХ ПРОВОДИТ?

Приказ Федерального казначейства от 29 октября 2010 г. № 16н «О Порядке проведения территориальными органами Федерального казначейства кассовых выплат за счет средств бюджетных учреждений»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 декабря 2010 г. Регистрационный № 19 406.

Установлено, как территориальные органы Федерального казначейства проводят кассовые выплаты за счет средств бюджетных учреждений.

Информационный обмен между учреждением и органом казначейства осуществляется в электронном виде. Заключается специальный договор (соглашение). При отсутствии технической возможности применяется бумажный документооборот.

Орган казначейства открывает в учреждении ЦБР счета по учету средств клиентов.

Для проведения кассовых выплат учреждение представляет в орган казначейства по месту обслуживания ряд платежных документов. Это заявки на кассовый расход, получение наличных денег и на возврат (формы 0531801, 0531851, 0531802 и 0531803). Приведены особенности их заполнения.

Так, суммы в платежном документе не должны превышать остаток на лицевом счете. Кроме того, необходимо указывать действующие коды КОСГУ. При этом они должны соответствовать текстовому назначению платежа. В документе на бумажном носителе не допускаются исправления.

При соблюдении вышеуказанных требований орган казначейства формирует платежные поручения. На их основании средства списываются со счетов учреждения.

Приказ вступает в силу с 1 января 2011 г.

КАКИМИ МЕТОДАМИ НУЖНО ИССЛЕДОВАТЬ ДОНОРСКУЮ КРОВЬ?

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1230 «Об утверждении правил и методов исследований и правил отбора образцов донорской крови, необходимых для применения и исполнения технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии»

Установлены правила и методы исследований образцов донорской крови. Речь также идет об отборе проб. Цель — применять и исполнять требования техрегламента о безопасности

крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и используемых в трансфузионно-инфузионной терапии средств. В частности, определены 2 иммунологических метода исследований. Первый — агглютинация. Она основана на слипании и выпадении в осадок частиц (агглютинатов), корпускулярного антигена под воздействием антител (агглютининов). Данным методом определяются группы крови по системам АВ0, Резус-принадлежность и фенотип антигенов эритроцитов по системам Резус и Келл.

Второй — гемагглютинация. Она основана на способности эритроцитов с адсорбированными антигенами или антителами агглютинироваться в присутствии гомологичных сывороток или соответствующих антигенов с образованием гемагглютинатов. Данный метод используется для определения Резус-принадлежности, фенотипа антигенов эритроцитов по системам Резус и Келл, скрининга антиэритроцитарных аллоантител.

Образцы донорской крови для определения групп отбираются во время донации непосредственно из системы для взятия анализа (емкость однократного применения) или из специального контейнера-спутника. Они помещаются в вакуумсодержащие (вакуумобразующие) одноразовые пробирки. Пробирки с образцами крови после оседания эритроцитов (не ранее чем через 30 минут после взятия) центрифугируются.

Определены правила исследования крови в целях выявления маркеров вирусов иммунодефицита человека, гепатитов В и С и возбудителя сифилиса.

НАПРАВЛЕНИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗА ГРАНИЦУ: УТОЧНЕН ПОРЯДОК ВЫДЕЛЕНИЯ СРЕДСТВ

Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 1142 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2008 г. № 72»

Если невозможно установить диагноз или лечить в России, пациента могут направить за счет средств федерального бюджета за границу. В 2011 и последующих годах применяется тот же порядок оплаты связанных с этим расходов, что и в 2010 г. Уточнено, что финансирование осуществляется в пределах ассигнований, предусмотренных на эти цели в федеральном бюджете на соответствующий год. Помимо лечения оплачиваются проезд, суточные и наем жилого помещения. Договор о выделении средств заключается с направляемым на лечение гражданином или с сопровождающим его лицом (если сопровождение обусловлено медицинскими показаниями). Деньги перечисляются тому, с кем подписан договор. По возвращении в Россию он представляет в Минздравсоцразвития России отчет о произведенных расходах.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

В ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГАХ РАБОТАЮТ ГЛАВНЫЕ ВНЕШТАТНЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ, А НЕ МИНЗДРАВА РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 декабря 2010 г. № 1069 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 мая 2002 г. № 151 «О главных внештатных специалистах Минздрава России в федеральных округах Российской Федерации»

Скорректированы некоторые положения приказа, которым утвержден перечень главных внештатных специалистов Минздрава России в федеральных округах.

Изменения обусловлены упразднением Министерства. Функционирует Минздравсоцразвития России. Перечень заменен на номенклатуру главных внештатных специалистов в федеральных округах.

РЕГИОНЫ ПОЛУЧАТ СУБСИДИИ НА ЗАКУПКУ ОБОРУДОВАНИЯ И МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО И АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ

Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 1140 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения»

Из федерального бюджета регионам выделяются субсидии на закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Регламентирован порядок их предоставления.

Между Минздравсоцразвития России и высшим органом исполнительной власти субъекта Федерации заключается соглашение о закупке оборудования и материалов. Обязательным условием выделения средств является софинансирование расходов из регионального бюджета в размере не менее 5%.

Кроме того, в субъекте Федерации должен быть нормативно установлен порядок проведения неонатального и аудиологического скрининга в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Регионы обязаны ежеквартально отчитываться о расходовании выделенных средств. Об эффективности использования субсидий судят по количеству обследованных новорожденных.

Приведено распределение субсидий между субъектами Федерации на 2011 г. На указанные цели из федерального бюджета планируется выделить 689,8 млн. руб.

Постановление вступает в силу с 1 января 2011 г.

НА ЧТО МОЖНО ПОТРАТИТЬ НОРМИРОВАННЫЙ СТРАХОВОЙ ЗАПАС БЮДЖЕТА ТФОМС?

Приказ Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. № 227 «О Порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 27 января 2011 г. Регистрационный № 19 588.

В бюджете территориального фонда ОМС для обеспечения финансовой устойчивости формируется нормированный страховой запас. Установлены правила использования его средств.

Он предназначен для дополнительного финансирования страховых медорганизаций в рамках выполнения территориальных программ ОМС и расчетов за медпомощь, оказанную застрахованным лицам за пределами региона, в котором им выдан полис ОМС. Необходимость в дополнительном финансировании может быть вызвана повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медпомощи, ростом количества застрахованных лиц, а также изменением их структуры по полу и возрасту.

В составе страхового запаса могут предусматриваться средства на стимулирующие выплаты медорганизациям за достижение целевых показателей доступности и качества медпомощи, установленных ТФОМС (не более 10% от общего объема запаса). Также допускается направлять средства (но не более 5% общего размера) на вознаграждения страховым медорганизациям за выполнение условий договора о финансовом обеспечении ОМС.

Конкретные размер и цели использования запаса определяются законом о бюджете ТФОМС. Первый показатель не должен превышать среднемесячную величину планируемых поступлений на очередной год на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС.

УРЕГУЛИРОВАНА ПРОЦЕДУРА КАССОВЫХ ВЫПЛАТ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Приказ Федерального казначейства от 29 октября 2010 г. № 15н «О Порядке проведения территориальными органами Федерального казначейства кассовых выплат за счет средств автономных учреждений»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 декабря 2010 г. Регистрационный № 19 407.

Территориальные органы Федерального казначейства уполномочены проводить кассовые выплаты за счет средств автономных учреждений. Информационный обмен между учреждением и органом казначейства осуществляется в электронном виде. Заключается специальный договор (соглашение). При отсутствии технической возможности применяется бумажный документооборот. Орган казначейства открывает в учреждении ЦБР счета по учету средств клиентов.

Для проведения кассовых выплат учреждение представляет в орган казначейства по месту обслуживания платежное поручение. Приведены особенности его оформления.

Так, суммы в платежном документе не должны превышать остаток на лицевом счете. В поручении на бумажном носителе не допускаются исправления.

При соблюдении вышеуказанных требований орган казначейства направляет поручение в банк для перечисления средств со счета.

Приказ вступает в силу с 1 января 2011 г.

КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ В РАМКАХ ОМС: ПРАВИЛА

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 января 2011 г. Регистрационный № 19 614.

Страховые медорганизации и фонды ОМС должны контролировать соответствие объемов, сроков, качества и условий предоставления помощи по названному виду страхования договорам на ее оказание, оплату и соответствующим территориальным программам. Утвержден Порядок организации и проведения такого контроля.

Он осуществляется посредством медико-экономических контроля и экспертизы, а также экспертизы качества медпомощи.

Медико-экономический контроль проводят специалисты страховых медорганизаций и ТФОМС. В его рамках оцениваются все случаи оказания помощи по названному виду страхования. Реестры счетов проверяются на соответствие порядку информобмена в сфере ОМС. Идентифицируются лица, застрахованные конкретной страховой медорганизацией. Проверяется соответствие оказанной помощи вышеназванным договору, программе и лицензии на меддеятельность, обоснованность применения тарифов на услуги, расчета их стоимости.

В ходе медико-экономической экспертизы устанавливается соответствие фактических сроков оказания помощи, объема предъявленных к оплате услуг записям в учетно-отчетной, а также первичной медицинской документации. Этим занимается специалист-эксперт.

Медико-экономическая экспертиза может быть плановой и целевой. Последняя проводится при повторных обращениях по поводу одного и того же заболевания, по жалобам застрахованных (их представителей), а также в случаях, когда срок лечения более чем на 50% короче/длиннее предусмотренного. Для сравнения берутся данные соответствующего стандарта медпомощи. Если его нет — среднее время лечения лиц с аналогичным заболеванием в отчетном периоде.

Экспертиза качества медпомощи призвана выявить нарушения в оказании последней. Для этого, в частности, оцениваются правильность выбора медтехнологии, степень достижения запланированного результата и устанавливаются причинно-следственные связи выявленных недочетов. Экспертизу проводит лицо, включенное в территориальный реестр экспертов качества медпомощи. Необходимо поручение ТФОМС или страховой медорганизации.

Экспертиза качества медпомощи также может быть плановой и целевой. Последняя по общему правилу проводится в течение месяца после предоставления медуслуг к оплате.

УСТАНОВЛЕНО, КАК ОРГАНИЗОВАТЬ РАБОТУ ДЕТСКИХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ И ОТДЕЛЕНИЙ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 декабря 2010 г. № 1074н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с ревматическими болезнями»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 января 2011 г. Регистрационный № 19 551.

Определено, как детям с ревматическими болезнями должны предоставлять медицинскую помощь. Первичную медико-санитарную помощь оказывают следующие врачи. Участковый педиатр, общей практики (семейный), специалист. Скорую медицинскую — фельдшерские, врачебные, специализированные (в том числе реанимационного профиля) выездные бригады. Специализированная медицинская помощь предоставляется врачом (ревматологом или педиатром), получившим дополнительное профессиональное образование (повышение квалификации) по определенным вопросам.

Ребенка, у которого выявили или подозревают такие болезни, направляют на консультацию в детский ревматологический кабинет.

Противоревматическая терапия, в том числе генно-инженерными биопрепаратами, проводится в данном кабинете (амбулаторно) и детском ревматологическом отделении (стационарно).

Дети, нуждающиеся в эндопротезировании, направляются к врачу-травматологу-ортопеду, чтобы определить последующую тактику.

По медицинским показаниям детей направляют на восстановительное лечение.

Установлено, как организовать работу указанных кабинетов, отделения. Закреплены их функции, стандарт оснащения и рекомендуемые штатные нормативы.

КАК СОСТАВЛЯЮТ СМЕТЫ ПО ПРИНОСЯЩЕЙ ДОХОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КАЗЕННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2010 г. № 1228 «Об утверждении порядка составления и утверждения сметы доходов и расходов по приносящей доход деятельности федеральными казенным учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Закреплен порядок составления и утверждения смет доходов и расходов по приносящей доход деятельности федеральных казенных учреждений Минздравсоцразвития России.

Смета составляется учреждениями в рублях. Она направляется в Финансовый департамент Министерства в 3 экземплярах. К смете прилагается распределение доходов от приносящей доход деятельности. Необходима также пояснительная записка.

В доходную часть включают остаток средств на начало текущего финансового года, соответствующий выписке из лицевого счета, и ожидаемые поступления.

Смета утверждается директором Финансового департамента Министерства.

Утвержденная смета представляется учреждением в орган Федерального казначейства по месту открытия лицевого счета.

Приказ действует с 1 января 2011 г. До 1 июля 2012 г. он применяется к бюджетным учреждениям, которым предоставлены субсидии из федерального бюджета на возмещение затрат на оказание госуслуг в соответствии с госзаданием.

Прежний порядок утрачивает силу.

ПЛАНИРУЕТСЯ РАЗРЕШИТЬ ЖЕНЩИНАМ ВЫБИРАТЬ ПОРЯДОК РАСЧЕТА ПОСОБИЙ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ В 2011 Г.

Досье на проект федерального закона № 482772-5 «О внесении изменения в статью 3 Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (внесен депутатом ГД А.К. Исаевым)

С 1 января 2011 г. введен новый порядок расчета пособий по беременности и родам и по уходу за детьми до 1,5 лет. Согласно ему до 2 календарных лет, предшествующих году наступления страхового случая, увеличивается расчетный период для определения среднего дневного заработка. Последний устанавливается так. Заработок за 2 года делится на 730 дней. Расчетный период в соответствии с прежним порядком составлял 12 календарных месяцев. Заработок за 1 год делился на количество фактически отработанных дней.

Государственной Думой РФ 14 января 2011 г. в первом чтении принят законопроект, цель которого — обеспечить постепенный переход к новому порядку расчета указанных пособий.

Планируется разрешить застрахованным лицам выбирать наиболее выгодный вариант их расчета. Если отпуск по беременности и родам или по уходу за ребенком наступит в 2011 г., по заявлению застрахованного лица соответствующее пособие может быть назначено, исчислено и выплачено в соответствии с прежним порядком.

НОРМАТИВНЫЕ ЗАТРАТЫ НА ОКАЗАНИЕ БЮДЖЕТНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ГОСУСЛУГ: ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ В РОСПОТРЕБНАДЗОРЕ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 13 декабря 2010 г. № 458 «Об утверждении Порядка определения нормативных затрат на оказание федеральными бюджетными учреждениями здравоохранения, науки и автономными учреждениями Роспотребнадзора государственных услуг (выполнения работ) и нормативных затрат на содержание имущества федеральных бюджетных учреждений»

Закреплено, как определяются нормативные затраты на оказание бюджетными учреждениями Роспотребнадзора госуслуг (выполнение работ) и на содержание имущества.

Для определения нормативных затрат используются следующие методы: нормативный (для расходов на оплату труда) и структурный (на коммунальные услуги, покупку материалов и др.).

Установлено, как определяется стоимость предоставления единицы госуслуги.

Нормативные затраты на содержание имущества рассчитываются с учетом расходов на потребление электро- и теплоэнергии, на уплату налогов.

Приказ действует с 1 января 2011 г. Он применяется к учреждениям, которым решено выделить субсидии на возмещение затрат по оказанию госуслуг.

Прежний порядок утрачивает силу.

СВОДНЫЕ ДАННЫЕ ОБ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ В СФЕРЕ ЭКОНОМИКИ ЗА 2010 Г. ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ ПО НОВОЙ ФОРМЕ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 27 декабря 2010 г. № 581 «О внесении изменений в приказ Роспотребнадзора от 09.12.2010 № 453»

Уточнен порядок представления региональными управлениями Роспотребнадзора сводных данных об административных правонарушениях в сфере экономики за 2010 г.

Сведения подаются по обновленной форме № 1-АЭ (утверждена приказом Росстата от 06.09.2010 № 306). В ней отражается информация о выявленных в отчетном периоде правонарушениях по соответствующим статьям КоАП РФ. Приведен порядок заполнения новой формы.

Сводные данные представляются в Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора на бумажном и электронном носителях.

НДС: УЧИТЫВАТЬ ЛИ СРЕДСТВА, ПОЛУЧЕННЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЪЕЗДА НЕЙРОХИРУРГОВ РОССИИ?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 12 января 2011 г. № 03-07-11/08 О применении НДС в отношении денежных средств, полученных для проведения съезда нейрохирургов России

Денежные средства, полученные для проведения съезда нейрохирургов России, не включаются в базу по НДС. Дело в том, что они не связаны с оплатой реализованных товаров (работ, услуг).

СУБСИДИИ БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ РОСЗДРАВНАДЗОРА: НОВЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ НЕДВИЖИМОГО ИМУЩЕСТВА

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 29 декабря 2010 г. № 11600-Пр/10 «Об утверждении Перечня недвижимого имущества бюджетных учреждений, закрепленного за ними Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития или приобретенного за счет средств, выделенных им на приобретение такого имущества, в целях расчета субсидий подведомственным бюджетным учреждениям»

В рамках реформы бюджетным учреждениям вместо сметного финансирования выделяются субсидии на выполнение госзадания. При их исчислении учитываются расходы на содержание недвижимого имущества (имеется в виду закрепленное учредителем или приобретенное на выделенные им средства). Установлен новый перечень недвижимого имущества бюджетных учреждений Росздравнадзора для расчета названных субсидий.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА СТАТЬ ДОСТУПНЕЕ

Постановление Правительства РФ от 7 февраля 2011 г. № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» (не вступило в силу)

В 2011–2012 гг. реализуются региональные программы модернизации здравоохранения. Они должны предусматривать следующие мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи (в том числе оказываемой врачами-специалистами).

Медорганизации необходимо укомплектовать соответствующими специалистами со средним и высшим медицинским образованием. Помощь должна оказываться по установленным стандартам. Следует обеспечить учреждения лекарственными препаратами и расходными материалами для диагностических и лечебных мероприятий. Предусмотрено введение ориентированной на результат системы оплаты труда врачей-специалистов и среднего медперсонала.

В региональную программу модернизации здравоохранения включаются перечень мероприятий с указанием участвующих в них медорганизаций и индикаторы их реализации. Должности задействованных специалистов и методика оценки их деятельности устанавливаются регионами в соответствии с показателями, разработанными Минздравсоцразвития России. Оно же определяет порядок и формы отчетности субъектов Федерации о мерах по повышению доступности амбулаторной медпомощи.

Контролируют реализацию названных мероприятий Росздравнадзор и ФОМС.

ПО КАКОЙ ФОРМЕ НЕОБХОДИМО ОТЧИТЫВАТЬСЯ О РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2010 г. № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 1 февраля 2011 г. Регистрационный № 19 655.

Утверждены формы отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения и программ модернизации ФГУ, оказывающих медпомощь.

Определен порядок предоставления данной отчетности.

Отчеты подаются уполномоченным органом власти субъекта Федерации и ФГУ, оказывающими медпомощь, в Минздравсоцразвития России и ФФОМС. Их направляют в электронном виде. Отчет о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Федерации представляют ежемесячно, ежеквартально и ежегодно. Срок — 15 число месяца, следующего за отчетным периодом. Указано, в каком объеме он направляется в каждом случае.

Второй отчет направляют ежемесячно и ежегодно. Срок — до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

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

ГАРАНТ®
ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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 – № 2)

- **Перспективы облачных вычислений и информатизация учреждений здравоохранения**
  Приведен обзор облачных технологий, описаны теоретические преимущества и практические потенциальные проблемы реализации проектов автоматизации учреждений здравоохранения. Даны рекомендации по реализации проектов автоматизации учреждений здравоохранения на базе облачных технологий, сделаны выводы.
- **Лазерная термокератопластика (ЛТК): программное обеспечение принятия решений при выборе плана хирургии**
  Статья посвящена созданию программного обеспечения принятия решения как средства достижения высокой точности определения параметров хирургического вмешательства при планировании лазерной термокератопластики для коррекции гиперметропии, гиперметропического и смешанного астигматизма и получения оптимальных характеристик монокулярного и бинокулярного зрения.
- **Информационно-аналитическая система оценки качества первичной медико-санитарной помощи при туберкулезе в пенитенциарных учреждениях**
  Эффективность использования.
- **Парадигма архетипа в управлении, хранении и обмене электронными историями болезни**
  В статье анализируется подход, использующий «язык определения архетипов», стандартизированный Европейской комиссией по стандартизации и Международной организацией по стандартизации, выраженный в синтаксисе ADL или его XML эквиваленте для создания архетипов; многократно используемых формальных моделей, построенных на концепции доменов. Архетипы используются в openEHR, чтобы смоделировать такие медицинские данные, как «кровяное давление» или «медицинский рецепт».
- **О проблемах эволюции специальностей научных работников по медицинской кибернетике и информатике в России**
  С 2010 г., согласно актуальной Номенклатуре научных работников специальность, по которой могут защищаться диссертации по медицинской кибернетике и информатике, называется 03.01.09 — «Математическая биология, биоинформатика». Специальность 05.13.09 — «Управление в биологических и медицинских системах» — конкретна, понятна. Название практически соответствует медицинской и биологической кибернетике.

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. Тел.: (495) 618-07-92

Менеджер
здравоохранения