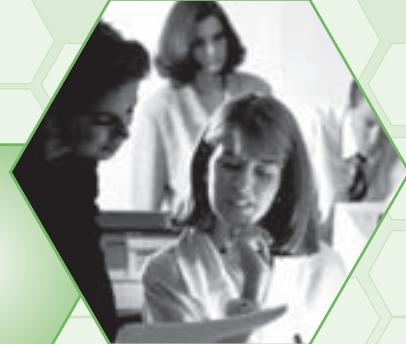


ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№5. 2011



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



Модернизация здравоохранения: 100 ответов на актуальные вопросы

Пятое издание, актуализированное с учетом последних изменений в законодательстве

НОВИНКА!



период его активного преобразования:

- Об оплате медицинских услуг;
- О доходах и расходах лечебных учреждений;
- Об оплате труда;
- О платных медицинских услугах;
- О налогообложении деятельности медицинских учреждений;
- Об оплате труда работников при оказании платных медицинских услуг;
- Дополнительная диспансеризация;
- Родовые сертификаты;
- Об организационно-правовых формах медицинских организаций;
- О социально-трудовых отношениях в ЛПУ;
- О приобретении и использовании медицинского оборудования и лекарственных средств ЛПУ;
- О лицензировании и требованиях к медицинской деятельности.

Книга выдержала четыре переиздания и, по отзывам читателей, стала настольной книгой руководителей ЛПУ.

Для кого эта книга

Для главных врачей, экономистов, организаторов и менеджеров здравоохранения, экономистов, специалистов системы обязательного медицинского страхования

Об авторах

Издание подготовлено группой ведущих экспертов в области экономики и организации здравоохранением.

Содержание книги смотри на сайте www.idmz.ru



**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:**

- Фондодержание в системе ОМС: плюсы и минусы
- Межсекторальное партнерство в решении проблем развития первой помощи в России
- Выбор способа оплаты медицинской помощи в межрайонных центрах
- Организация внедрения федеральных медицинских стандартов в работу научно-исследовательского клинического института в ходе модернизации здравоохранения
- Предотвратимая смертность в аспекте экономических затрат на охрану здоровья населения
- Зависимость оплаты труда врачей от овладения ими новыми медицинскими технологиями



Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

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

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., главный специалист ФГУ ЦНИИОЗ Минздравсоцразвития России

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИОЗ 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:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2011

Об итогах работы Минздравсоцразвития России в 2010 году и задачах на 2011 год 6-10

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

**В продолжение дискуссии о путях модернизации здравоохранения и иных
моментах его функционирования на современном этапе**

О.А. Каплунов

11-14

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Первый опыт реализации системы «поликлиника-фондодержатель» 15-26

И.М. Шейман

**Медико-экономическая экспертиза случаев оказания медицинской помощи
пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях**

А.Ю. Пучков

27-31

С МЕСТА СОБЫТИЙ

**Без заявляемого финансирования система здравоохранения вынуждена
находиться в условиях имитации...**

Материалы круглого стола

«Модернизация здравоохранения: ограничения и альтернативы»

32-38

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Единая концепция построения персональных электронных медицинских карт,
территориальных систем и специализированных регистров**

Б.А. Кобринский

39-45

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Электронные истории болезни не улучшат здравоохранение США

46

С МЕСТА СОБЫТИЙ

**«По техническим причинам больница закрыта»: не приведут ли ошибки
в информатизации здравоохранения к появлению таких объявлений?**

Материалы круглого стола Комиссии

Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению

47-49

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

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»

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Каких инноваций ждет российское здравоохранение?

50-51

Исцелят ли систему здравоохранения прорывные инновации?

52-59

Клей Кристенсен, Ричард Бемер,
Джон Кенаджи

Лучшие изобретения 2010 года в медицине по версии журнала «Time»

60

КНИЖНАЯ ПОЛКА

61

ПОЛЕЗНЫЕ ОН-ЛАЙН-РЕСУРСЫ

Новые интеллектуальные решения и ресурсы для формирования исследовательских стратегий в медицине и здравоохранении

Л.А. Цветкова, Н.Г. Куракова

62-69

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования

Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров

70-76

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Обязательное медицинское страхование

На вопросы отвечают:

д.э.н. Ф.Н. Кадыров и д.л.н. О.В. Обухова

77-80

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

81-96



№ 5
2011

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

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

Contents:

HEALTH CARE 2011

- About results of the work of Health Ministry of Russia in 2010 year and goals for 2011 year 6-10

SPECIAL OPINION

- In continuation of discussion about ways of modernization and other moments of its functioning at the contemporary stage 11-14

O.A. Kaplunov

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

- First experience of realizing the system «clinic-fund-holder» 15-26

I.M. Sheiman

- Medical-economical expertise of cases when providing medical health care to injured people in car accidents 27-31

A.U. Puchkov

FROM THE SCENE OF EVENTS

- Without claimed funding the health care system is forced to be in circumstances of imitation... 32-38

Materials of round table on «Modernization of health care: restrictions and alternatives»

INFORMATIONAL TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE

- Unique concept of constructing personal electronic medical cards, territorial systems and specialized registers 39-45

B.A. Kobrinskiy

INTERNATIONAL EXPERIENCE

- Electronic disease stories will not improve health care system in USA

**Все публикации журнала
будут индексироваться
в международной
библиометрической
системе Scopus**

**Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...**

FROM THE SCENE OF EVENTS

«Due to technical problems the hospital is closed»: might mistakes in health care informatization flow to appearance of such announcements?

Materials from the round table of Committee
of the Council of Federation on social politics and health care

47-49

INNOVATIONS IN HEALTH CARE

Which innovations are expected by Russian health care?

50-51

Will disruptive innovations heal health care system?

52-59

Klien Kristensen, Richard Bemer, John Canagi

Best inventions of 2010 year in the sphere of medicine according to «Time» magazine

60

NEW BOOKS

61

USEFUL ONLINE RESOURCES

New intellectual solutions and resources for forming research strategies in medicine and health care

L.A. Xvetkova, N.G. Kurakova

62-69

CONSULTS «MANAGER OF HEALTH CARE»

Order of processing payments for medical care, provided to insured people locating outside of Russian Federation subject, on the territory of which the mandatory health insurance was released

Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov

70-76

QUESTIONS AND ANSWERS

Mandatory medical insurance

Questions answered

by PhD. of Economic F.N. Kadyrov & PhD. of Pedagogical Science O.B. Obuhova

77-80

OVERVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

81-96



ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ В 2010 ГОДУ И ЗАДАЧАХ НА 2011 ГОД

→ Министр Татьяна Голикова 25 марта 2011 г. на расширенном заседании коллегии подвела итоги и обозначила задачи Минздравсоцразвития на текущий год

Министр отметила, что, несмотря на финансово-экономический кризис, в стране реализуется ряд масштабных программ. Главные из них: переход на новые принципы обязательного медицинского страхования и введение государственного регулирования обеспечения населения лекарственными препаратами, программа формирования здорового образа жизни, концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Цели и задачи первого этапа реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, который осуществлялся в 2007–2010 гг., выполнены полностью. Коэффициент рождаемости составил 12,6 на 1000 населения против 10,4 в 2006 г. (рост на 21,2%), общий коэффициент смертности снизился с 15,2 в 2006 г. до 14,3 в 2010 г. (снижение на 5,9%). Естественная убыль населения снизилась за 4 года в 2,85 раза: с 4,8 на 1000 населения в 2006 г., до 1,7 в 2010 г.

В 2010 г. были приняты дополнительные меры по улучшению работы учреждений родовспоможения и детства. «Введен в эксплуатацию федеральный перинатальный центр ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» (г. Санкт-Петербург). Завершено строительство 12 региональных перинатальных центров, из которых 7 (в Твери, Ростове-на-Дону, Волгограде, Кемерове, Екатеринбурге, Кирове, Курске) уже оказывают медицинскую помощь женщинам и новорожденным. В 5 перинатальных центрах (в Краснодаре, Томске, Саратове, Мурманске, Саранске) завершаются пуско-наладочные работы и монтаж медицинского оборудования», — сообщила глава Минздравсоцразвития.

Только за 2010 г. коэффициент младенческой смертности сократился на 7,4%. А за 4 года реализации программы «Родовый сертификат» и дополнительных мер по развитию системы родовспоможения удалось обеспечить снижение коэффициента младенческой смертности — на 26,4% (с 10,2 на 1000 родившихся живыми в 2006 г. до 7,5 в 2010 г.).

Татьяна Голикова выразила сожаление о динамике общей смертности в 2010 г. В целом за 2010 год количество умерших выросло на 20 тыс. человек, или на 1,0% по сравнению с 2009 г. Коэффициент смертности составил 14,3 на 1000 населения против 14,2 в 2009 г.





«Показатель заболеваемости в целом по стране продолжает расти. И это объяснимо, так как рост является следствием проведения дополнительной диспансеризации, профилактических и периодических осмотров. Однако в ряде территорий происходят труднообъяснимые процессы, которые косвенно свидетельствуют о недостаточной эффективности этой работы. На фоне снижения заболеваемости здесь происходит увеличение смертности. Обращаюсь к руководителям органов здравоохранения Владимирской, Псковской, Новгородской, Смоленской, Воронежской областей разобраться с этими фактами и выяснить причины таких диспропорций».

Министр поставила на первое место в формировании этого показателя болезни системы кровообращения, на второе — онкологические заболевания, на третье — внешние причины смерти, где наибольший процент занимает смертность от самоубийств и транспортных травм, на четвертое — болезни органов пищеварения, на пятое — болезни органов дыхания.

Реализуя программные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи, начиная с 2006 г., удалось сохранить 274 тыс. жизней. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась за 5 лет на 3,7 года, в том числе мужчин — на 4,1 года, женщин — на 2,5 года.

Впервые за много лет этот показатель приблизился к 70-летнему порогу. Но все же ожидаемая продолжительность мужчин еще остается низкой и составляет 63 года, что почти на 12 лет меньше, чем у женщин.

Смертность от внешних причин снизилась на 8,1%, в том числе от дорожно-транспортных происшествий — на 3,6%, от случайных отравлений алкоголем — на 32,6%. Смертность от самоубийств уменьшилась на 11,3%.

Впервые за последние годы зафиксировано снижение смертности от новообразований и от туберкулеза, однако Министр выразила озабоченность нерешенными проблемами в оказании онкологической помощи населению. «Всего лишь 47% онкологических больных выявлены на 1–2-й стадиях заболевания. Остальные больные, к сожалению, выявлены на 3–4-й стадиях. Именно поэтому мы имеем такой низкий процент пятилетней выживаемости больных — 50%».

Сейчас в стране открыто более 200 Центров здоровья.

«Мы начинаем масштабную модернизацию скорой медицинской помощи. На базе приемных отделений круглосуточных стационаров необходимо развивать отделения экстренной медицинской помощи, постепенно передавая им и бригады скорой медицинской помощи. Это должен быть единый механизм, когда врач напрямую будет заинтересован в своих результатах, а не оставлять больных на пороге приемных отделений, снимая с себя ответственность за их жизнь и здоровье».





«К сожалению, пока еще не в полную силу работают Центры здоровья, созданные в субъектах Российской Федерации. В прошлом году в центры обратились 2,3 млн. человек. На один Центр здоровья приходилось 4710 посещений. А ведь центры могут принимать до 6 тысяч посещений в год. Факторы риска были выявлены у 66% обследованных, но к врачам амбулаторно-поликлинического звена было направлено всего 18% обратившихся».

В 2010 г. в целом по России отмечено увеличение смертности от болезней системы кровообращения, органов пищеварения и случайных утоплений.

Количество медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках государственного задания, увеличилось с 207 в 2009 г., до 236 в 2010 г. Высокотехнологичную помощь получили почти 290 тыс. больных, что на 35 тыс. пациентов (на 12%) больше, чем в 2009 г. Положительные результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи при выписке пациентов отмечены в 94% случаев.

«Прошу региональные органы здравоохранения не допускать обоснованных отказов в оказании высокотехнологичной медицинской помощи из-за недостаточного обследования или наличия противопоказаний к операциям».

В докладе Татьяна Голикова уделила внимание и проводимой лекарственной политике в 2010 г. и вступлению в силу ФЗ «Об обращении лекарственных средств». В качестве базового элемента государственного регулирования цен на лекарственные средства был утвержден Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, в который были включены 500 наименований лекарственных препаратов. Из них, помимо 222 лекарственных препаратов, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения, 278 включены дополнительно.

На 13,4% увеличились объемы финансовых затрат на обеспечение лекарствами отдельных, наиболее уязвимых категорий граждан.

Министерство приняло решение о государственной регистрации 259 лекарственных

«Напомню, что Федеральный норматив на одного льготника, который выбрал натуральное обеспечение лекарственными препаратами в 2011 г., составляет 570 руб. Это не исчерпывающая сумма. Помимо этого, представляются в дополнение к ней на одного гражданина межбюджетные трансферты. Средний норматив, который сложился или складывается в 2011 г. по льготному обеспечению граждан, составляет 850 руб. Что мы видим по факту: обеспечение в регионах от 100–200 руб. Скажите, где остальные средства? Количество жалоб граждан не уменьшается, оно стабилизировалось на одном уровне».



препаратов. В государственный реестр лекарственных средств для медицинского применения включено 80 фармацевтических субстанций. Подтверждена регистрация 105 лекарственных препаратов. Принято около 2 тыс. решений о направлении на экспертизу лекарственных средств.

Начиная с сентября 2010 г., выдано 119 разрешений на проведение клинических испытаний, 323 разрешения на вывоз биологических материалов, полученных в рамках клинических испытаний. Оформлено 256 разрешений на ввоз лекарственных средств для проведения клинических испытаний.

Впервые на сайте Министерства здравоохранения опубликованы результаты независимого органа — Этического совета, экспертиза которого предшествует передаче препаратов на клинические испытания.

«К сожалению, по итогам первых месяцев работы, нужно констатировать, что фармацевтическая отрасль оказалась не готова к современной системе регистрации лекарственных средств».

Главной задачей на 2011 г. в области здравоохранения являются принятие и реализация региональных Программ модернизации здравоохранения, которые разрабатывают субъекты Российской Федерации во исполнение Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Безусловным приоритетом программ модернизации здравоохранения является снижение показателей по причинам-«лидерам» в структуре заболеваемости и смертности. Решению этой задачи должно способствовать полное и безусловное внедрение во всех субъектах Российской Федерации 31 Поряд-

ка оказания медицинской помощи, утвержденного Министерством в 2009–2010 гг. «На сегодняшний день положение дел с внедрением этих Порядков во многих регионах неудовлетворительное», — заметила Министр.

«Я хочу привлечь внимание регионов к тому, что программы модернизации здравоохранения регионов должны минимизировать так называемые «точки неэффективности», когда нам надо будет содержать избыточные мощности медорганизаций, но не в ущерб доступности медицинской помощи. Работа должна вестись планово и не в ущерб нашим гражданам».

Татьяна Голикова проинформировала, что, начиная с 2011/2012 учебного года, будут введены новые федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования по специальностям здравоохранения. Запланировано существенное увеличение объема клинической подготовки.

В настоящее время дефицит врачебных кадров в отрасли составляет около 30%. Нехватку кадровых ресурсов испытывают учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь. Сохраняется высокая потребность в анестезиологах-реаниматологах, фтизиатрах, врачах скорой медицинской помощи, врачах клинической лабораторной диагностики, психиатрах и психиатрах-наркологах.

Особое внимание модернизации службы охраны материнства и детства должно уделяться в регионах, на нее должно быть





потрачено не менее 25% от совокупного объема средств, выделяемых на модернизацию здравоохранения.

На 2011 г. запланировано ввести в эксплуатацию 8 перинатальных центров, из них 7 с нарушением установленных сроков ввода в эксплуатацию. Еще 1 центр будет введен в эксплуатацию в 2014 г. В 2011 г. планируется осмотреть более 315 тыс. детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях.

Планируется поэтапное внедрение комплексной пренатальной диагностики в ранние сроки беременности в субъектах Российской Федерации, что позволит ежегодно снижать показатель младенческой смертности на 0,5%, уменьшить первичный выход детей на инвалидность на 3%. Будет начата реализация комплекса мероприятий по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, по качественному повышению уровня оказания реанимационной и реабилитационной помощи недоношенным новорожденным.

В рамках программ модернизации здравоохранения субъектов РФ предусмотрено развертывание дополнительных реанимационных коек и приобретение медицинского оборудования для выхаживания новорожденных, а также создание отделений реабилита-

ции для детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. Расчеты показывают, что действия в этом направлении позволят снизить смертность среди новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела, примерно на 30%.

Новым направлением приоритетного национального проекта «Здоровье» является создание симуляционных центров во всех федеральных округах. С 2011 по 2013 г. планируется создание 12 симуляционных центров, которые будут решать проблему повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала за счет овладения мануальными навыками.

С целью повышения эффективности лечения бесплодия будет увеличено финансирование высокотехнологичной медицинской помощи (экстракорпоральное оплодотворение), что позволит увеличить объемы оказания помощи пациентам, страдающим бесплодием, до 9 тыс. в год и обеспечит рождение более 3 тыс. детей.

Еще одним новым направлением развития детского здравоохранения является создание системы паллиативной помощи детям, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями. С 2011 г. в субъектах РФ должно быть начato развитие паллиативной помощи детям.

Источник: Минздравсоцразвития РФ

Полезная ссылка

<http://gosman.ru/>, раздел Аналитика

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СУБЪЕКТАХ РФ В 2009-2010 гг.

На основе отчетов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации об исполнении консолидированных бюджетов субъектов РФ за 2009–2010 гг. и данных Федеральной службы государственной статистики РФ эксперты Центра прикладной экономики проанализировали финансирование в консолидированных бюджетах субъектов РФ раздела «Здравоохранение и спорт» в 2009–2010 годах.



О.А. Каплунов,

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

В ПРОДОЛЖЕНИЕ ДИСКУССИИ О ПУТЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИНЫХ МОМЕНТАХ ЕГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

УДК 614.253

Каплунов О.А. В продолжение дискуссии о путях модернизации здравоохранения и иных моментах его функционирования на современном этапе [МУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Волгоград]

Аннотация: В работе рассмотрены особенности настоящего этапа модернизации системы здравоохранения в регионах, охарактеризованы слабые звенья этого процесса, ведущие к снижению эффективности управления и функционирования системы оказания медпомощи населению. Упоминаются также некоторые внешние факторы и условия, в частности несогласованность действий ряда надзорных ведомств, осложняющие работу медиков.

Ключевые слова: модернизация, система здравоохранения, подходы к финансированию, сценарии решения организационных проблем.

С нашей предыдущей публикации на эту тему прошло чуть более трех месяцев, и сожалением можно констатировать, что пока оправдываются лишь пессимистические ожидания в отношении конкретных организационных шагов преобразования стационарного звена практического здравоохранения. Как и предполагалось, редукция его финансирования по-прежнему ведется по пропорционально-уравнительному принципу, вне зависимости от профиля служб и подразделений. Подход к этому вопросу с учетом места той или иной специальности в рейтинге причин смертности и инвалидности, а также бремени болезней пока не рассматривается базовым. К чему это приводит на практике?

План-заказ по оплате койко-дней сокращен по различным стационарам приблизительно на 17–25% без конкретных рекомендаций по трансформации коечного фонда. Руководители стационаров в большинстве своем по понятным причинам не берут на себя ответственности по произвольному переформированию (тем более перепрофилированию) своих учреждений. В итоге ТФОМС, сократив выплаты согласно секвестру бюджета, к концу первого квартала текущего года, вероятнее всего, не примет к оплате предположительно около четверти поданных счетов за пролеченных больных в связи с истечением срока давности представления (2 месяца). Стационары понесут соответствующие по размеру убытки. Попытки руководителей некоторых из них апеллировать к надзорным органам потерпели фиаско. Прокуратура, например, ссылаясь на то, что бюджет области является законом местного уровня, заняла сторону регионального отделения ТФОМС.

© О.А. Каплунов, 2011 г.



При сохранении подобной практики к четвертому кварталу текущего года ресурсы больниц могут быть полностью исчерпаны и вполне вероятно, что затем все виды оказываемой помощи будут осуществляться за счет внебюджетных источников (читай — средств пациентов за проведение платных услуг), либо экстренных бюджетных дотаций. Возникнет ли возможность у местных бюджетов срочно восполнить «прорехи» финансирования стационаров, можно лишь надеяться, но опыт подсказывает, что, вероятнее всего, решение вопроса будет как и прежде, переложено на федеральный уровень.

Подобная ситуация представляется весьма предсказуемой по той причине, что изначально соответствующими департаментами МЗСР не была в достаточной мере сформулирована и озвучена единая и понятная тактика реорганизационного процесса, не расставлены точки над i в столь непростом вопросе, затрагивающем интересы абсолютного большинства медиков и пациентов. Такая недоработка даже на фоне серьезных и последовательных усилий по развитию и повышению доступности ВМП может отрицательно сказаться на объеме и качестве медицинской помощи на местах.

Логичными и понятными видятся следующие варианты выхода из сложившейся ситуации. Первый сценарий, экстенсивный, зиждущийся на упомянутой «уравниловке» финансирования, — снижение стоимости тарифов ОМС пропорционально сокращению его бюджета. Это позволит стационарам, снизив расходы на амортизацию, фонд заработной платы (в первую очередь за счет доплат и надбавок), закупку продуктов и лекарств, обеспечить тем не менее некий разумно-минимальный уровень помощи всем обращающимся по полису ОМС. Безусловно, при этом в ряде ситуаций потребуется софинансирование дорогостоящих лечебных мероприятий из средств пациентов, однако в противном случае к концу года существует перспектива отказа в оказании медуслуг в

системе обязательного медицинского страхования, по крайней мере, больным планового порядка госпитализации.

Второй сценарий, прогрессивный, упоминался в предшествующей публикации. Это хорошо зарекомендовавший себя в практике передовых систем здравоохранения акцент на развитие (и финансирование) хирургических служб и подразделений с учетом их важности в борьбе со смертностью и инвалидностью пациентов. Одновременно предусматривается перевод контингента терапевтических больных на преимущественно амбулаторный принцип помощи с сохранением в стационарах лишь отделений/палат интенсивной терапии неотложных состояний. Этот вариант требует осмысливания и большой подготовительной работы, возможно, с реализацией pilotных проектов на территории каждого региона (федерального округа). Вполне вероятно, что существуют и иные версии выхода из сложившейся ситуации. Вместе с тем именно в прогрессивной реорганизации видится наиболее рациональный вариант решения поставленной задачи реорганизации стационарной помощи.

Говоря о путях модернизации системы здравоохранения, нельзя с удовлетворением не отметить позитивные изменения, пусть и несколько запоздалые, принципа формирования бюджета отрасли. Речь естественно идет о законодательно проведенном увеличении почти на 40% ставки отчислений на здравоохранение в структуре единого соцналога на ФЗП. Такая мера наверняка снизит остроту части существующих в нем проблем. Однако размер отчислений, к сожалению, еще весьма далек от принятого, например, в рамках ЕС 25 (не менее 8% ВВП), и дефицит финансирования в сравнении с существующими потребностями эта мера вряд ли сможет полностью устранить. В этой связи преодолевать существующие сложности и противоречия придется, по-видимому, за счет организационных мероприятий. В подобных условиях промедление с их реализацией, невнятность, отсутствие единой стратегии лишь усложняют положение дел.



Наряду с неурядицами переходного этапа внутри отрасли, в последние годы возник ряд внешних обстоятельств, усложняющих и без того непростые условия ее функционирование. В частности, медучреждения столкнулись с претензиями к ним сотрудников противопожарных подразделений МЧС.

Известные драматические последствия случившихся за последнее время пожаров в ряде общественных заведений, в том числе медицинских, обусловили необходимость усиления мер технической профилактики и борьбы с пожароопасностью. Медленно обновляющийся фонд строений стационаров и поликлиник с учетом новых регламентов потребовал, естественно, существенных преобразований в этом плане, а следовательно, новых финансовых затрат. Обращение руководства медучреждений в местные и региональные органы управления за дополнительным финансированием для выполнения предписаний контролеров МЧС получает зачастую молчаливый отказ. Попытки найти выход из подобной ситуации через судебные решения также оказываются безрезультатными. Более того, в некоторых случаях суд выносит определение о приостановлении работы медслужбы до устранения в ней недостатков, указанных пожарными.

В результате больницы, оставшись один на один с проблемой, вынуждены нести дополнительные расходы на выполнение противопожарных предписаний МЧС и уплату штрафных санкций за их неисполнение в срок. Где взять едва сводящим концы с концами медикам средства на эти цели, если в бюджете здравоохранения регионов они не предусмотрены? А ведь, помимо МЧС, к работе медучреждений есть немало претензий у Роспотреб-, Росздрав-, Ростехнадзора и иных ведомств, включая даже Россельхознадзор. Представляется, что эти вопросы неразрешимы без комплексного участия ряда заинтересованных федеральных ведомств и, вероятно, законодателей местного и федерального уровня.

В условиях упомянутого сочетания внутренних и внешних проблем в функционировании

нашей отрасли нельзя забывать и о человеческом факторе. Неведение медицинского персонала о перспективах, ожидание негативных перемен, пребывание в стрессовом состоянии в связи с перманентными проверками различных инстанций, отвлекающих сотрудников от последовательного исполнения своих непосредственных обязанностей, отрицательно скаживаются на психологическом климате в коллективах служб и подразделений, снижают качество медицинских услуг, порождают конфликтные ситуации с пациентами. Эти процессы, наряду с невысоким уровнем оплаты труда, провоцируют «текущку» и дефицит кадров. А если при этом учесть, что в сельских стационарах уже сегодня вакантны не менее 35% врачебных и сестринских должностей и в городских службах ситуация выглядит лишь не намного позитивнее, что в ближайшие несколько лет, ожидается демографический «провал» поколения конца 80-х — начала 90-х годов XX века, которое должно обеспечить абитуриентов для колледжей и ВУЗов, и что, наконец, формирование и становление врача-клинициста требует не менее 10 лет, то становится тревожно за судьбу нашей отрасли в целом. Не придется ли через несколько лет и здесь обратиться за помощью к гастарбайтерам?

В этой связи следует отметить, что в некоторых европейских странах (Франция, Германия) после введения тарифного принципа оплаты труда врачей, уровнявшего доходы хирургов и терапевтов, во врачебном корпусе наблюдается приток иностранных специалистов. Следствием названных нововведений стало высвобождение вакансий в хирургических специальностях, большей частью в их наиболее напряженной по характеру и условиям работы группе — кардио-сосудистой, нейро- и ургентной хирургии (травматологии). Местные молодые специалисты устремились в более спокойные врачебные профессии, обеспечивающие при меньшей интенсивности и ответственности труда вполне достойный уровень доходов. Профиммигранты из Восточной Европы, России, Индокитая, иных регионов стали





претендовать на работу в хирургических клиниках, куда лучших из них принимают после тщательного отбора на основе квалификационных и языковых требований. Экстраполяция кадровых процессов, происходящих в названных странах, на Россию при сохранении существующей ситуации в здравоохранении, в частности, в ее стационарном звене, не представляется возможной, поскольку условия труда отечественных докторов малопривлекательны для квалифицированных иностранных

кадров. Из каких государств в таком случае могут откликнуться медики-«варяги»?

Хочется верить, что в руководстве МЗСР имеется понимание существующих проблем и ведется разработка механизмов их преодоления. Интенсификация и пропаганда этой работы, адекватность, прозрачность и рационализм предпринимаемых усилий и шагов с учетом собственного и зарубежного опыта послужат скорейшему прогрессу развития и модернизации отечественного здравоохранения.

UDC 614.253

Kaplunov O. To the continuation of the discussion about the ways of public health service modernization and some other points of its functioning at contemporary stage

Abstract: The article deals with the peculiarities of the modernization process of regional public health service system.

It points out the process deficiency that decreases its management effectiveness in particular and functioning of the public health system in general.

Some outer factors and conditions are mentioned. For example, non-coordination of the actions of some supervising departments that results in complicating of the medical staff work.

Keywords: modernization, public health service system, approaches to funding, management cases.

Зарубежный опыт

РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА 2011–2015 гг.

В Астане 30 марта 2011 г. состоялось подписание Соглашения между министром здравоохранения РК Салидат Каирбековой и семью министрами государственных органов: внутренних дел, образования и науки, по чрезвычайным ситуациям, связи и информации, труда и социальной защиты населения, туризма и спорта, юстиции.

Как сообщает пресс-служба Министерства здравоохранения, Соглашение позволит наиболее эффективно реализовать основные направления Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы, утвержденной 29 ноября 2010 года Президентом Республики Казахстан.

«В данной программе особое внимание уделяется межсекторальному, межведомственному взаимодействию по охране здоровья, что позволит значительно улучшить личное и общественное здоровье казахстанцев. Для этого необходимо четкая согласованность усилий на всех уровнях взаимодействия государственных, общественных бизнес-структур», — отмечает Минздрав.

В подписанным Соглашении определены конкретные меры по выполнению мероприятий в достижении основных целей госпрограммы, рассчитанные на весь период ее реализации, а также обсуждены вопросы дальнейшего взаимодействия государственных органов, международных и неправительственных организаций по вопросам охраны здоровья.

В рамках «Саламатты Казакстан» предусмотрено активное вовлечение бизнес-структур и гражданского сектора по вопросам здоровья населения. Впервые в бюджете здравоохранения предусмотрены средства в размере 141 млн. тенге на профилактику и предупреждение заболеваний, а также на информационно-пропагандистскую работу и продвижение госпрограммы.



И.М. Шейман,
профессор ГУ-ВШЭ, г. Москва

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ «ПОЛИКЛИНИКА-ФОНДОДЕРЖАТЕЛЬ»

УДК 614.2

Шейман И.М. Первый опыт реализации системы «поликлиника-фондодержатель» (ГУ-ВШЭ, г. Москва)

Аннотация: В статье анализируются цели фондодержания, возможные операторы системы фондодержания. Предложены механизмы нейтрализации потенциальных недостатков новой системы. Рассмотрены алгоритмы контроля поликлиник за внешними потоками пациентов. Оценена реальность системы «участковый врач-фондодержатель». Дан ответ на вопрос, является ли автономизация поликлиник условием реализации фондодержания.

Ключевые слова: фондодержание, охват, операторы, поликлиники, автономизация.

В последние годы заметно возрос интерес к методу оплаты амбулаторно-поликлинической помощи на основе системы «поликлиника-фондодержатель» (далее — фондодержание). В данной статье анализируются следующие наиболее важные вопросы реализации системы фондодержания:

- Каковы цели фондодержания?
- Полное или частичное фондодержание?
- Реальное или условное фондодержание?
- Универсальный или частичный охват фондодержанием?
- Кого лучше сделать оператором системы фондодержания?
- Каковы механизмы нейтрализации потенциальных недостатков новой системы?

- Как обеспечить реальный контроль поликлиники за внешними потоками пациентов?
- Насколько реальна система «участковый врач-фондодержатель»?
- Является ли автономизация поликлиник условием реализации фондодержания?

Поставленные вопросы рассматриваются на основе данных по четырем регионам: Калужской, Калининградской, Кемеровской областей, Пермскому краю. Часть материалов по фондодержанию (по Калинградской и Калужской областям) получена в ходе ознакомления с его реализацией непосредственно в регионах. Дополнительная информация была представлена на семинаре по этому вопросу, проведенному в ГУ-ВШЭ 1 декабря 2010 г. с участием представителей нескольких регионов¹.

¹ Использовались материалы по Калужской области: «Подушевое финансирование в Калужской области». Аналитическая записка Калужского областного фонда ОМС, март 2010 г.; «Первые результаты внедрения частичного фондодержания в Мосальской ЦРБ», слайды презентации Степанова С.В., директора КОФОМС на семинаре по фондодержанию, проведенному в ГУ-ВШЭ 1 декабря 2010 г. Материалы по Кемеровской области: слайды презентации Бабарыкиной С.В., генерального директора страховой медицинской организации «Сибирь» на семинаре по фондодержанию в ГУ-ВШЭ. Материалы по Пермскому краю: слайды презентации Бабина В.В., директора Пермского фонда ОМС на семинаре в ГУ-ВШЭ.

Материалы по Калининградской области: аналитическая записка Шеймана И.М. и Шишкова С.В. «Об инновациях в системе финансирования здравоохранения Калининградской области» по итогам посещения этой области в июле 2009 г., а также презентация Клюковой Е.А. «Переход здравоохранения Калининградской области на подушевое финансирование» на совещании в ФОМС 1 ноября 2009 г.

© И.М. Шейман, 2011 г.





Каковы цели фондодержания?

Нередко в качестве главной цели введения фондодержания называется достижение экономии за счет сдерживания необоснованных госпитализаций. Это очень узкое понимание целей фондодержания. Ограничение объемов стационарной помощи — не единственная и далеко не главная цель этой системы. Нам представляется, что более важны следующие цели:

- расширение объема деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, освоение врачами первичного звена части функций узких специалистов;
- расширение объема профилактических мероприятий. Система фондодержания призвана обеспечить зависимость размера вознаграждения от результатов профилактической деятельности врача — снижения уровня заболеваемости прикрепившегося населения и потребности в стационарной и скорой помощи. Оплата фактических объемов амбулаторных услуг (чем больше больных, тем лучше для врача) уступает место поощрению деятельности, снижающей потребность в медицинской помощи (чем больше здоровых, тем лучше для врача);
- стимулирование деятельности, направленной на сокращение числа хронически больных и снижение частоты обострений соответствующих заболеваний, связанных с необходимостью вызовов скорой помощи, госпитализаций и прочее;
- стимулирование координирующей деятельности врачей первичного звена. Эти врачи призваны организовывать оказание медицинской помощи прикрепившемуся населению на других этапах. Они определяют наиболее эффективные (в клиническом и экономическом смысле) «маршруты» движения своих пациентов, участвуют в планировании оказания медицинской помощи на других этапах, обеспечивают преемственность в лечении и реабилитации больных.

Фондодержание далеко не всегда ориентировано на достижение экономии. Вполне

возможны ситуации, когда поликлиники идут на достаточно затратные варианты обслуживания прикрепленного населения, например, на управление хроническими заболеваниями (создание школ астмы или диабета), добиваясь снижения потребности в медицинской помощи в будущем.

Полное или частичное фондодержание?

Под полным фондодержанием обычно понимается включение в состав подушевого норматива всех расходов на медицинскую помощь, под частичным — их часть. Наиболее распространенный вариант частичного фондодержания — подушевое финансирование на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу (КАПУ): поликлиника получает средства не только на собственную деятельность, но и на другие амбулаторные услуги, а потом расплачивается за внешние услуги. Это стимулирует поликлинику к тому, чтобы добиваться полного комплектования своих штатов, а в случае невозможности — осваивать хотя бы часть функций недостающих специалистов.

В Калининградской области действует полное фондодержание в самом его радикальном варианте. Поликлиники-фондодержатели контролируют расходы на всю специализированную амбулаторную и стационарную помощь, оказываемую за пределами учреждения (внутренние потоки в составе объединенных больниц не учитываются), а также на скорую медицинскую помощь и часть социально значимых видов помощи, предоставляемых в муниципальных учреждениях.

В Кемеровской области и Пермском крае также действует полное фондодержание, но в состав подушевого норматива не включаются расходы на скорую медицинскую помощь и социально значимые виды помощи. В отличие от Калининградской области, подушевой норматив включает также оплату стационарной помощи, оказанной в подразде-



лениях ЛПУ-фондодержателя: в объединенной больнице учитываются внутренние потоки пациентов.

В Калужской области используется частичное фондодержание. Используется подушевой норматив только на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу (КАПУ). Объемы необоснованных госпитализаций сдерживаются другими методами: оплачиваются только согласованные объемы стационарной помощи.

Полное фондодержание создает более сильные стимулы для повышения структурной эффективности здравоохранения, особенно в варианте с включением в подушевой норматив скорой медицинской помощи. Амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ) заинтересованы в расширении своих функций, чтобы снизить потребность в стационарной и скорой медицинской помощи. В то же время риски фондодержателя становятся слишком высокими, поскольку они не могут контролировать расходы на значительную часть медицинской помощи — в силу «самохода» пациентов (без направлений в другие учреждения). Например, в **Пермском крае** доля плановых госпитализаций без направлений АПУ-фондодержателя составляет по отдельным поликлиникам от 50 до почти 100% от общего числа таких госпитализаций (поликлиника № 2, г. Пермь — 54%, Красноармейская ЦРБ — 97%). Кроме того, фондодержание имеет смысл только в отношении тех видов помощи, на объемы которой поликлиника может реально влиять.

С учетом этих факторов целесообразно включать в состав подушевого норматива только те расходы на стационарную помощь, которые могут реально контролироваться первичным звеном. Назовем их «управляемыми расходами на стационарную помощь». Установление их размера требует оценки реальных возможностей первичного звена и перспектив расширения его функций. Именно так определяются границы фондодержания в рамках эксперимента в Мосальском

районе Калужской области, где в состав подушевого финансирования фондодержателя включается лишь 15% расходов на стационарную помощь, причем состав управляемых нозологий определяется с учетом реальных возможностей первичного звена.

Что же касается расходов на скорую медицинскую помощь, то их включение в состав подушевого норматива представляется оправданным. Это стимулирует развертывание в поликлиниках неотложной медицинской помощи, в результате чего повышается уровень ответственности врачей первичного звена за состояние здоровья постоянно наблюдаемых пациентов (особенно с хроническими заболеваниями). Но реально расширить сферу фондодержания можно будет только после включения СМП в систему ОМС.

Реальное или условное фондодержание?

Возможны два типа фондодержания:

Реальное фондодержание — подушевое финансовое обеспечение поликлиники на медицинскую помощь (всю или часть) и формирование ее остаточного дохода после взаиморасчетов с другими медицинскими организациями. *Условное фондодержание* — подушевое финансовое обеспечение поликлиники на собственную деятельность или на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу в сочетании с поощрением за достижение установленного набора показателей, в том числе показателей объема стационарной и скорой медицинской помощи для наблюданого населения.

Главное их различие состоит в уровне финансовых рисков, возлагаемых на поликлинику. В случае реального фондодержания поликлиника может не только выиграть, но и проиграть. В случае условного фондодержания она может только выиграть (по сравнению с обычным подушевым финансированием на собственную деятельность). Второй вариант проще для реализации, но он не создает таких сильных стимулов к снижению объемов стационарной помощи, как первый.





В рассматриваемых регионах используется как реальное, так и условное фондодержание. В **Кемеровской области** из 22 поликлиник-фондодержателей в 2009 г. только 4 получили положительный остаток в сумме 7,6 млн. руб. В 11 поликлиниках остаточный доход был отрицательным (в сумме 17,2 млн. руб.) и дополнительные расходы покрывались за счет страхового запаса страховых медицинских организаций — операторов системы. 7 поликлиник имели отрицательный остаток, потеряв в сумме 1,17 млн. руб. Все это является признаком реального фондодержания.

В **Калужской области** остаток средств фондодержателя распределяется только при условии достижения установленных показателей деятельности АПУ. Если показатели остаются невыполнеными, то сумма для распределения снижается. Например, в Мосальской ЦРБ остаточный доход в феврале 2009 г. составил 421 тыс. руб., но она не выполнила ряд показателей деятельности и в месячном выражении получила только 55% остатка средств фондодержания. В системе фондодержания области существует понятие «упущенного остаточного дохода». Поликлиника рискует только тем, что может не получить бонусы, но потерять то, что ей причитается на собственную деятельность, она не может. К тому же упущенный доход за месяц резервируется и может быть выплачен по итогам квартала или года. Все это является признаками условного фондодержания.

В **Пермском крае** в 2009 г. практически во всех АПУ-фондодержателях отмечался положительный остаток средств подушевого финансирования (после межурожденческих расчетов), но в шести организациях остаток был близок к нулю. Примеры минусового остатка пока отсутствуют, что, скорее всего, является признаком условного фондодержания.

В **Калинградской области** система фондодержания допускает возможность отрицательного остатка дохода подушевых средств. Меры для смягчения этого эффекта не принимаются. Но данные, характеризующие

реальные финансовые риски фондодержателей, пока отсутствуют.

Таким образом, фондодержание в Кемеровской и Калинградской областях можно отнести к категории реального фондодержания, а в Калужской области и Пермском крае — условного.

Для повышения финансовой устойчивости системы необходимо установление предела финансовой ответственности фондодержателя за оплату медицинской помощи. В этом смысле интересен опыт **Кемеровской области**. Здесь действует система разделения финансовых рисков между АПУ и страховщиком. Остаточный доход распределяется следующим образом: 60% идет фондодержателю (с учетом модели оценки эффективности) и является его чистым доходом, а 40% — на формирование страхового запаса СМО, специально «маркированного» для фондодержания. В случае возникновения дополнительных расходов на оплату медицинской помощи, превышающих бюджет фондодержателя (возникает отрицательный финансовый результат), финансирование осуществляется в первую очередь от страхового запаса СМО. При этом действует «щадящий» порядок оплаты АПУ: при недостаточности средств страхового запаса СМО на 20% уменьшается подушевой норматив фондодержателя, но не более 10% от среднемесячного дохода АПУ. То есть финансовые риски смягчаются переносом возникшего дефицита на следующие периоды: поликлиника вынуждена работать с меньшим подушевым нормативом.

Система демпфирования финансовых рисков фондодержателей вступает в противоречие с нормами недавно принятого закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Он не предусматривает формирование резервов СМО. Представляется необходимым в *Правилах ОМС* установить возможность формирования страхового запаса СМО специально для фондодержания. Необходимо также



установить предел финансовой ответственности фондодержателей за оплату дорогостоящих случаев: все расходы свыше определенного лимита оплачиваются напрямую страховщиком. Это дает возможность повысить финансовую устойчивость фондодержателей.

Какую модель предпочесть? Нам представляется, что в регионах, где отсутствует опыт подушевого финансирования амбулаторной помощи, *в качестве первого шага для перехода на новую систему мотивации АПУ целесообразно использовать условное фондодержание*, то есть подушевую оплату на комплексную амбулаторную помощь, дополненную стимулированием врачей за результаты лечебно-профилактической работы. Цель данного этапа — создание аналитического учета и оценки деятельности АПУ с учетом внешних потоков услуг, введение «мягких» стимулов к повышению ответственности АПУ за состояние здоровья постоянно обслуживаемого населения.

По мере освоения этого метода целесообразно переходить на принцип реального фондодержания, что предполагает использование не только позитивных, но и негативных стимулов. Не только «морковка», но и рыночный «кнут» должны мотивировать поликлинику стремиться к реализации вышеперечисленных целей. Ослабил наблюдение за больными и здоровыми, получил более низкий доход!

Универсальный или частичный охват фондодержанием?

В *Калужской области* из 55 учреждений по системе фондодержания в 2010 г. работало 37, или 67%. В *Калинградской области* — все АПУ. То есть в этих регионах с самого начала был взят курс на универсальное использование метода фондодержания для всех или основной части учреждений, оказывающих амбулаторную помощь.

В *Пермском крае* новая система отрабатывалась сначала в четырех самых крупных

муниципальных образованиях. В 2008 г. ей было охвачено 31 ЛПУ, или 23% от их общего числа. Сегодня в ней участвуют 137 учреждений, в том числе 5 общих врачебных практик. Ведется подготовка к созданию еще 12 общих врачебных практик, которые также будут работать по подушевому финансированию. В *Кемеровской области* масштабы фондодержания также пока ограничены: в настоящее время в этой системе работают 22 из 102 учреждений, или 21,6%.

Нам представляется более оправданным постепенное включение амбулаторно-поликлинических учреждений в систему фондодержания. Эта система имеет смысл только при условии точного отражения предстоящих расходов в подушевом нормативе финансирования, которые могут быть различными для отдельных учреждений. Необходимо учитывать состав обслуживаемого населения и дифференцировать размер подушевого норматива для различных учреждений. Для каждого из них необходимо рассчитать бюджет, исходя из подушевого норматива территориальной программы ОМС, численности и структуры обслуживаемого населения. Требуется серьезная сверка учитываемой и фактической численности обслуживаемого населения в разрезе каждого учреждения. Например, в *Пермском крае* в одном из районов количество числящихся за определенными поликлиниками оказалось в 1,5 раза больше численности населения района.

В *Кемеровской области* используется общий для всех АПУ-фондодержателей размер норматива финансирования — на уровне утвержденного по конкретной территории. Но для врачей общей практики устанавливаются более высокие нормативы, отражающие их реальные затраты.

Все это предполагает «штучную» работу по каждому учреждению, которую трудно тиражировать для всех. Кроме того, до универсального использования новой системы требуется сравнение результатов работы фондодержателей и нефондодержателей,





которое даст возможность скорректировать характеристики системы оплаты.

В то же время следует учитывать и риск такого подхода: стационары могут быть больше заинтересованы в работе с больными, направляемыми нефондодержателями, поскольку в этом случае будут ниже требования к срокам госпитализации и качеству лечения. Как показывает опыт реализации фондодержания в Великобритании (в первой половине 90-х годов), такое разделение может привести к дискриминации части пациентов — им придется дольше ждать плановых госпитализаций. Это следует учитывать при разработке дизайна новой системы.

Каковы механизмы нейтрализации потенциальных недостатков фондодержания?

Фондодержание требует тщательной отработки, чтобы преодолеть риск необоснованного сокращения направлений на госпитализацию. Обычно используются следующие компенсаторные механизмы:

- свободный выбор пациентом поликлиники и врача первичного звена для прикрепления с установленным сроком возможной перерегистрации. Предлагается проводить перерегистрацию раз в полгода. Это даст возможность для реального выбора и в то же время позволит избежать слишком частой смены врача, обусловленной случайными факторами. Следует также предусмотреть процедуру рассмотрения заявлений пациентов на досрочную смену врачей;
- защита прав застрахованных и медико-экономическая экспертиза силами страховой медицинской организации;
- выплата остаточного дохода только при условии достижения установленных показателей деятельности фондодержателя.

Последний механизм представляется наиболее важным. Необходима система оценки деятельности учреждений на основе формальной модели ее оценки. Такая модель действует во всех рассматриваемых регио-

нах. Наиболее интересный подход реализуется в Калужской области. Остаток средств распределяется на основе модели оценки качественных показателей деятельности поликлиник, которая содержит 27 показателей, в том числе 7 ежемесячных, 10 квартальных и 10 годовых индикаторов. По каждому из них фондодержатель получает определенное число баллов. Остаточный доход распределяется в равных долях за месяц, квартал и год. Примеры ежемесячных показателей: доля профилактических посещений, охват диспансерным наблюдением, доля пациентов, опрошенных о степени удовлетворенности на основе утвержденной методики. Ежеквартальные показатели: выполнение муниципального задания по посещениям, уровень госпитализации больных терапевтического профиля, смертность на дому, выполнение плана вакцинации, доля запущенных форм туберкулеза и прочее. Годовые показатели: первичный выход на инвалидность, доля запущенных онкологических заболеваний и т.д.

В Кемеровской области используется модель оценки конечного результата деятельности АПУ-фондодержателя. В отличие от Калужской области, где фактические значения показателей оцениваются в баллах, в Кемеровской области используется нормативный подход: по каждому показателю устанавливается норматив, оценивается приближение к нему, а затем рассчитывается интегральный коэффициент достижения результата. Его минимально возможное значение является основанием для выплаты остаточного дохода.

Показателями оценки эффективности являются доля профилактических посещений и посещений на дому, уровень качества лечения (оцениваемый по случайной выборке историй болезни), число жалоб на 10 тыс. прикрепленных, уровень удовлетворенности населения. Эти показатели, на наш взгляд, слишком субъективны и слабо нейтрализуют сдерживание обоснованных госпитализаций.



В Пермском крае в 2009 г. использовались только 2 показателя (критерия) оценки — количество обоснованных жалоб и результаты контроля качества медицинской помощи. Этого явно мало.

Калининградская область пошла несколько иным путем. Модели оценки результатов здесь, насколько мы поняли, не используются, но организована массовая экспертиза качества медицинской помощи, которая призвана выявить случаи необоснованных задержек в получении необходимых услуг.

Об эффективности мер по оценке результатов пока судить рано. Важно выделить ряд проблем такой оценки:

- Общие или индивидуальны показатели для каждого АПУ?
- Нормативные или фактические значения показателей?
- Поощрять за достижение нормативных показателей или за приближение к ним?
- Использовать твердую систему оценки или разрешить ее корректировать в пределах года?

Ответы на эти вопросы пока отсутствуют в силу небольшого срока реализации экспериментов и фрагментарности данных. Можно предположить, что единых подходов к оценки деятельности фондодержателей не существует. Каждый регион должен выбрать свою собственную систему оценки, делая акцент на *регулярность такой оценки*.

Кого лучше сделать оператором системы фондодержания?

В Кемеровской, Калининградской областях, Пермском крае оператором системы являются СМО. Они ведут учет объемов помощи, оказываемой как в самом учреждении, так и за его пределами, оценивают остаток средств и осуществляют взаиморасчеты. При этом в Кемеровской области сложилось определенное разделение функций ТФОМС и СМО по сбору информации по показателям деятельности АПУ, а решения о выплате остатка средств прини-

мают областная или муниципальные согласительные комиссии, в которых представлены органы управления здравоохранением, фонд и страховые компании.

В Калужской области функция учета объемов помощи и оценки остатка средств выполняется ТФОМС. Велика роль фонда и при оценке качественных показателей — в составе межведомственной комиссии по подведению итогов деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений (ее возглавляет заместитель министра здравоохранения области).

Нам представляется, что СМО должны играть ведущую роль в реализации системы фондодержания. Располагаемые ими ресурсы вполне достаточны для того, чтобы накапливать всю необходимую информацию о потоках пациентов и, если нужно, обмениваться ею между собой. Страховые компании должны демпфировать риски фондодержателей, используя специально созданные для этого средства. Необходимо разрешить СМО формировать резервы для фондодержания. Опыт Кемеровской области представляется очень ценным.

Одновременно необходимо создавать органы, ведущие оценку деятельности АПУ-фондодержателей с использованием общей для всего региона системы оценки. Это предполагает участие территориальных фондов ОМС в реализации системы фондодержания. Если не удастся добиться «откладывания» средств на уровне СМО, то фонды должны взять на себя функцию демпфирования рисков фондодержателей.

Как обеспечить реальный контроль фондодержателя за внешними потоками пациентов?

Речь идет о системе мер, создающих условия для расширения возможностей фондодержателя осуществлять функции комплексного обслуживания приписанных к нему граждан и нести ответственность за это обслуживание, в том числе финансовую. Без





такого контроля фондодержание становится формальным: все сводится к оценке стихийно складывающихся потоков и расчету остатка средств, не имея возможности влиять на него. Пациент действительно должен иметь возможность выбора места оказания услуг, но если этот выбор не имеет под собой надежной информации и координирующей деятельности врача первичного звена, то он чаще всего не является эффективным, то есть сопряжен с большими затратами времени/денег населения и негативно действует на систему организации медицинской помощи: ведет к дублированию отдельных услуг, утрате преемственности лечения, ослаблению ответственности первичного звена здравоохранения за состояние здоровья постоянно обслуживаемого населения.

В ряду главных мер усиления контроля за внешними потоками можно назвать следующие:

- *Обязательные направления по уровням оказания медицинской помощи, например, от участкового врача к узкому специалисту, на исследования и плановую госпитализацию.* Исключения из этого общего правила должны быть четко регламентированы.

- *Массовый переход на модель общей практики для расширения возможностей поликлиники-фондодержателя оказывать услуги своими силами, особенно в условиях небольших медицинских учреждений, недостаточно укомплектованных врачами-специалистами.*

- *Создание более гибкой системы аттестации деятельности врачей первичного звена.* Расширение сферы деятельности участкового врача, например, освоение функций невропатолога, может реально снизить потребность поликлиники в покупке услуг соответствующего специалиста в других учреждениях. Но действующая система аттестации предполагает прохождение полного цикла обучения врача общей практики, что крайне сложно сделать в массовом масштабе. Формальное признание права участкового врача на выполнение освоенных им

функций по другим специальностям позволит расширить объем услуг по месту проживания населения и снизит потребность в услугах узких специалистов.

- *Участие поликлиники-фондодержателя в планировании объемов медицинской помощи, оказываемых его населению в других ЛПУ,* а по мере накопления опыта такого планирования — участие в контроле за обоснованностью и качеством оказанных услуг (в пределах своей компетенции). В этом смысле особенно интересен опыт *Самарской области*, где поликлиники в 90-е годы вели планирование объемов стационарной помощи и контроль за их выполнением. К сожалению, этот опыт оказался невостребованым большинством регионов страны, поскольку в середине этого десятилетия волевым решением руководителей здравоохранения фондодержание было прекращено. И лишь в 2010 г. с приходом нового руководства система была восстановлена.

Комплекс перечисленных мер позволит трансформировать экономическую заинтересованность в реальные действия учреждений-фондодержателей по расширению объема собственной деятельности и организации оказания медицинской помощи на других этапах.

Нужно ли оплачивать посещения?

В Калужской области подушевое финансирование сочетается с оплатой за посещение. В результате поликлиники оказываются перед дилеммой: наращивать число посещений или бороться за снижение уровня заболеваемости и «хронизации» населения, тем самым обеспечивая более высокий остаточный доход. Высока вероятность того, что поликлиники выберут наращивание числа посещений, что снизит действие создаваемых стимулов.

В то же время следует учитывать, что в регионах, где объемы амбулаторной помощи остаются ниже нормативных значений по



программе государственных гарантий, требуется усилия по их увеличению. Поэтому предлагается на первом этапе учитывать число посещений в системе показателей для поощрения, выбирая при этом такой «вес» этого показателя, который соответствует конкретным задачам развития муниципального здравоохранения. В сельской местности, где ощущается сильная нехватка врачей, значение этого показателя должно быть более высоким. По мере решения данной проблемы «вес» показателя посещений следует снижать, а в конечном итоге вообще отказаться от него, сделав акцент на реальные результаты деятельности АПУ.

Таким образом, посещение сохраняется как учетный и промежуточный оценочный показатель для анализа, но не используется в качестве единицы оплаты медицинской услуги.

Может ли амбулаторный врач быть фондодержателем?

Необходимость углубления системы фондодержания очевидна: экономическая мотивация должна быть «сквозной», достигая врача первичного звена, ответственного за постоянное наблюдение за прикрепленным населением. Менее очевидна возможность такого углубления. Главное ограничение — высокие финансовые риски «единоличного» фондодержателя: участкового врача и врача общей практики. Каждый случай серьезного заболевания может существенно повлиять на финансовое положение участка.

Система «участковый врач-фондодержатель» использовалась в *Самарской области* в 90-х годах и дала хорошие результаты. В настоящее время нам известен только один пример такой системы — в *Мосальском районе Калужской области*. Суть эксперимента — доведение системы фондодержания до участков поликлиники, стимулирование на этой основе отдельных подразделений поликлиники. Участковые врачи стали фондодержателями. Доводимый им подушевой норматив

финансирования, помимо комплексной амбулаторно-поликлинической услуги, включает «управляемые» случаи: лечение диабета, астмы, острого бронхита, гипертонической болезни, некоторых женских заболеваний. Тем самым стимулируется постоянное наблюдение за хронически больными. При этом учитываются не только внешние, но и внутренние потоки пациентов в разрезе структурных подразделений. Остаточный доход распределяется с учетом достижения установленных показателей деятельности.

Интерес к системе «единоличного» фондодержания растет за рубежом. В Великобритании эта система отрабатывалась в 1991–1996 гг., а затем была заменена системой, при которой фондодержателем стали трасты первичной медицинской помощи, обслуживающие в среднем около 150 тыс. человек. Эта система не доказала своих преимуществ, и в 2010 г. Великобритания вернулась к системе «врач общей практики-фондодержатель».

Накопленный опыт пока недостаточен для твердых суждений о потенциале такого подхода. Можно рекомендовать проведение экспериментов в выбранных муниципальных образованиях. При этом акцент лучше сделать на групповые общие врачебные практики-фондодержатели. Мониторинг результатов эксперимента даст эмпирическую базу для принятия решений о тиражировании накопленного опыта.

Является ли автономизация поликлиник условием реализации фондодержания?

Актуальность этого вопроса определяется тем, что в условиях объединенной больницы (например, ЦРБ) даже при системе фондодержания сохраняется интерес к тому, чтобы зарабатывать прежде всего на объемах стационарной помощи. Именно поэтому в *Пермском крае* введению фондодержания в полном масштабе предшествовали меры по автономизации поликлиник. 29 муниципаль-





ных поликлиник были выделены в самостоятельные юридические лица (в муниципалитетах с численностью населения более 50 тыс. человек).

С точки зрения экономиста, автономизация поликлиник является желательным, но отнюдь не обязательным условием введения фондодержания. Во-первых, формирование новой мотивации поликлиники возможно и в составе объединенной больницы. Первичное звено будет другим даже «в семье» со стационаром. Во-вторых, объемы стационарной помощи определяются не только мотивацией первичного звена, но и действующими методами оплаты самой стационарной помощи. Если сохранится без всяких ограничений оплата за фактические объемы и не будут повышены требования к обоснованности госпитализации, то мотивация первичного звена не сможет ограничить этот процесс. Опыт Самарской области в 90-х годах свидетельствует о том, что возможности стационара «тянуть одеяло на себя» значительно сильней, чем поликлиник, безотносительно к степени их автономии. После введения более сильных рычагов ограничения объемов стационарной помощи эффект фондодержания стал более ощутимым. В-третьих, лишены оснований опасения, что фондодержание подстегнет слияние поликлиник со стационаром. Нам представляется, что этим процессом можно эффективно управлять на основе административных методов.

В соответствии с законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» доминирующим подходом теперь будет оплата согласованных объемов медицинской помощи. Это расширит возможности управляющего воздействия на объемы стационарной помощи, в том числе и в объединенных больницах. Потребность в автономизации поликлиник, на наш взгляд, будет снижаться.

Иная оценка этого процесса возможна с точки зрения организатора здравоохранения. Существует ряд требований организации медицинской помощи, которые действуют

в сторону сохранения объединенных больниц и даже стимулируют процесс объединения стационаров и поликлиник. В первую очередь это возможность использования диагностической базы стационаров и расширения доступности услуг квалифицированных специалистов стационаров.

Во многих постсоветских странах наметился процесс консолидации специализированной помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях: один и тот же специалист оказывает стационарную помощь и ведет консультативный прием в специально организованном амбулаторном отделении больницы. Населению не нужны «неоперирующие» урологи поликлиники — они не только оттягивают средства, но и порой опасны для пациентов.

Некоторые выводы

Во всех рассматриваемых регионах отмечается сокращение объемов стационарной помощи и снижение коекного фонда, но в Калужской области и Пермском крае этот процесс идет не очень интенсивно. Вряд ли можно считать это показателем успешности или неудачи фондодержания, поскольку на потребность в стационарной помощи действует большое число факторов: расширение профилактических мероприятий в рамках национального проекта «Здоровье», повышение требований к обоснованности госпитализаций, переход на оплату стационарной помощи за согласованные объемы и прочее. Пожалуй, только сокращение объемов скорой медицинской помощи можно отнести к прямым результатам фондодержания. Более внимательное отношение к хронически больным снизило потребность в СМП. Многие поликлиники-фондодержатели создают собственную службу неотложной медицинской помощи.

Особенно показательны данные по Пермскому краю. За первые 9 месяцев 2009 г. число вызовов СМП на 1000 жителей сократилось с 277 до 256 по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года,



вызовов во время работы поликлиник — с 49 до 41, а вызовов к хронически больным уменьшилось почти втрое — с 80 до 32.

Результатом реализации эксперимента в **Мосальском районе Калужской области** стало существенное повышение заинтересованности в постоянном наблюдении за хронически больными. В первой половине 2010 года (по сравнению с аналогичным периодом за предыдущий год):

- в 2 раза увеличилось число посещений на дому;
- на 33% возросло число диспансерных осмотров, на 10% — число флюорографических обследований;
- на 20% снизилось число вызовов скорой медицинской помощи;
- на 24% снизилось число госпитализаций с воспалительными женскими заболеваниями, на 6% — с гипертонической болезнью;
- уровень смертности снизился с 11,9 до 8,4 на 1000 населения.

Столь значительные результаты возникли прежде всего в силу значительных резервов повышения эффективности работы персонала ЦРБ. Экономическая мотивация позволила задействовать эти резервы. Последующие этапы реализации эксперимента покажут, насколько устойчивы возникшие стимулы.

Искусственное сдерживание обоснованных госпитализаций пока не стало сколько-нибудь заметной проблемой, по крайней мере, в **Калинградской области**, где проводилась более детальная экспертная оценка. Возможно, это является результатом активной работы страховщиков по экспертизе качества и обоснованности случаев. Но такая опасность, безусловно, сохраняется, диктуя необходимость постоянных мер по нейтрализации этого негативного стимула. Нельзя не признать, что фондодержание создает определенную напряженность в системе здравоохранения, особенно при полном и реальном фондодержании.

Более подробная оценка результатов фондожержания пока вряд ли возможна.

Потребуется как минимум 2–3 года его реализации, прежде чем появится надежная информация, на основе которой можно делать окончательные заключения об эффективности этой системы. Сейчас ясно только то, что нельзя ограничиваться показателями объемов стационарной помощи. Необходимо оценивать качественные характеристики деятельности фондодержателей, а также доступность госпитализаций, консультаций и исследований. Чтобы нейтрализовать потенциальные недостатки этой системы, необходим постоянный мониторинг по установленному набору показателей.

Дальнейшая отработка системы фондодержания, на наш взгляд, должна сосредоточиться на следующих направлениях:

- обеспечение реального контроля фондодержателя за внешними потоками пациентов;
- развитие системы внутриучрежденческих взаиморасчетов на основе учета поступлений и расходов участковых служб в составе крупных поликлиник;
- уточнение порядка подушевого финансирования фондодержателей;
- совершенствование порядка учета качественных характеристик деятельности фондодержателей.

В работах ГУ-ВШЭ неоднократно отмечалось, что в *нерациональной системе оказания медицинской помощи методы оплаты могут не оказать существенного влияния на показатели деятельности здравоохранения*. Структурные диспропорции в российской системе здравоохранения настолько велики и так устойчивы, что их трудно преодолеть только с помощью новой экономической мотивации поставщиков медицинских услуг. Уровень госпитализации, объемы амбулаторной и стационарной помощи, средние сроки госпитализации, развитие стационарзамещающих технологий отражают действие прежде всего факторов, связанных с системой планирования, управления и организации медицинской помощи.





Для повышения эффективности нового метода оплаты необходимо существенно повысить квалификацию врачей первичного звена здравоохранения и обеспечить реальный контроль фондодержателя за внешними потоками пациентов. Для этого требуются значительные организационные преобразования в системе: массовое переобучение врачей первичного звена, переход к модели врача общей практики, причем не только в сельской местности, но и в городах. В качестве переходной меры необходимо создание более гибкой системы аттестации врачей первичного звена и их поощрения к освоению части функций узких специалистов. Вполне возможно, что на этом этапе участковые врачи еще не станут полноценными врачами общей практики, поэтому потребуется какое-то другое их определение, например, участковые врачи разных категорий.

Необходимо также восстановление системы направлений по уровням оказания медицинской помощи, например, от участкового врача к узкому специалисту, на исследования и плановую госпитализацию.

Кроме того, важно обеспечить участие поликлиники-фондодержателя в планировании объемов медицинской помощи, оказываемых его населению в других ЛПУ, а по мере накопления опыта такого планирования — участие в контроле за обоснованностью и качеством оказанных услуг (в пределах своей компетенции). Без этого невозможен реальный контроль фондодержателей за внешними потоками пациентов, а самое главное — невозможно создать интегрированную систему оказания медицинской помощи, в которой усилия разных звеньев подчинены единой цели улучшения показателей здоровья населения и ликвидации структурных диспропорций в системе здравоохранения.

При всей перспективности метода фондодержания сам по себе он мало, что изменит, в системе оказания медицинской помощи, но при этом может создать определенное напряжение в обществе. Нужны комплексные организационные и экономические преобразования с акцентом на повышение роли врача первичного звена в общей системе здравоохранения.

UDC 614.2

Sheiman I.M. First experience of realizing system called «polyclinic-fundholder»

Annotation: There are analyzed goals of fundholding, possible operators of fundholding systems.

There are proposed mechanisms of neutralization of new system's potential shortcomings. There are considered algorithms of polyclinics control after patient's traffic. There is evaluated reality of system called: «district doctor-fundholder». There is given an answer to a question, whether autonomization of polyclinics is a condition for realizing fundholding.

Keywords: fundholding, coverage, operators, polyclinics, autonomization.



А.Ю. Пучков,

к.м.н., помощник проректора по клинической работе ГОУ ДПО СПб МАПО РОСЗДРАВА

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

УДК 614.39

Пучков А.Ю. Медико-экономическая экспертиза случаев оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ГОУ ДПО СПб МАПО РОСЗДРАВА)

Аннотация: Показано, что закон об ОСАГО может эффективно работать без внесения в него каких-либо изменений и являться существенным источником финансирования для медицинских организаций, оказывающих помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). Разработан подход к медико-экономической экспертизе (МЭЭ) случаев оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, представляющий из себя синтез медицинской, правовой и экономической составляющих. Метод позволяет работать закону об ОСАГО (в части возмещения затрат на лечение) без внесения в него каких-либо дополнений и готов для тиражирования.

Ключевые слова: дорожно-транспортные происшествия, медицинская помощь, медико-экономическая экспертиза.

Данная статья не ставит своей целью дать рекомендации по улучшению Федерального закона от 25 апреля 2002 г. № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств» (далее закон об ОСАГО) и вступить в прения с оппонентами, которые могут продолжаться еще 10 лет, к полному удовлетворению «заинтересованных» сторон. Цель статьи показать, что закон об ОСАГО может эффективно работать и без внесения в него каких-либо изменений и являться существенным источником финансирования для медицинских организаций, оказывающих помощь пострадавшим в ДТП, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 мая 2003 г. № 263 «Об утверждении правил обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств» (далее — правила ОСАГО) — см. пп. 57, 58.

Дорожно-транспортный травматизм является крупнейшей социальной проблемой последнего десятилетия. Не касаясь причин его возникновения, предлагаем рассмотреть экономическую составляющую лечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). На дорогах России ежегодно травмы получают 200 тысяч человек и 30 тысяч погибают. Так, каждый год по 10 тыс. пострадавших доставляются только в больницы Санкт-Петербурга. Огромные средства из бюджета здраво-

© А.Ю. Пучков, 2011 г.



охранения тратятся на создание центров по приему пострадавших в ДТП при больницах скорой помощи, но никто не хочет обратить внимание на денежные средства, заложенные в страховую сумму полиса «автогражданки». Начиная с июля 2003 года, с момента вступления в действие закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств» (далее закон об ОСАГО), согласно нашим расчетам, здравоохранение Санкт-Петербурга и сами пострадавшие не дополучают около 2 млрд. рублей ежегодно. Пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) — это тяжелые больные часто с сочетанной травмой, лечение которых за счет тарифа обязательного медицинского страхования заведомо не компенсируется. Можно с уверенностью сказать, что закон об ОСАГО в части составляющей, направленной на возмещение вреда, нанесенного здоровью, в настоящий момент не работает (что признается и самими страховщиками). Эта точка зрения разделяется юристами [1–3] и экономистами [6]. Удивляет полное равнодушие к этой проблеме медиков. *В прессе ведутся дискуссии об увеличении страховой премии по ОСАГО с 2011 года. Увеличение суммы страховой премии при неработающем механизме страховых выплат за вред, нанесенный здоровью, у части пострадавших в ДТП не облегчит, так как не соблюдается деловой регламент, утвержденный на страховом рынке законом и правилами ОСАГО.*

Причины, по которым закон об ОСАГО в части вреда, нанесенного здоровью, является заблокированным, следующие:

1. Водитель, пострадавший в ДТП, не представляет своих прав и(или) находится в тяжелом состоянии и не имеет физической возможности их осуществления.

2. Пешеход, пострадавший в ДТП, является потерпевшим и соответственно участником ДТП. Законом об ОСАГО это предусмотрено ст. 1: «Потерпевший — лицо, жизни,

здоровью или имуществу которого был причинен вред при использовании транспортного средства иным лицом, в том числе пешеход, водитель транспортного средства, которым причинен вред, и пассажир транспортного средства — участник дорожно-транспортного происшествия».

Водители-участники ДТП не предоставляют сведений о договоре обязательного страхования пешеходу. Представители ГИБДД отказывают пострадавшим пешеходам в выдаче справки о ДТП. В настоящий момент «полноценную» справку о ДТП может получить водитель транспортного средства. Пассажир транспортного средства — «косвенную» справку в виде «безымянной цифры» в квадрате — «пострадавшие в количестве», «из них погибшие в количестве». Пешеход в подавляющем большинстве случаев не получает никакой справки. Таким образом, своевременно подать уведомление в страховую компанию о наступившем страховом событии потерпевший не может (в течение двух недель). **Особенно грубо в этом случае нарушаются права ребенка.** Если среди взрослого населения приблизительно 70% пострадавших являются владельцами транспортного средства, управляют им по доверенности, являются пассажирами и соответственно получают справку о ДТП, то в детской практике, наоборот, 70% являются пешеходами и 30% пассажирами транспортного средства.

3. Нарушаются права лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим (пп. 57, 58 Правил ОСАГО). Страховая выплата может осуществляться как потерпевшему в ДТП, так и в соответствии с пунктом 57 правил ОСАГО непосредственно ЛПУ, оказывающему медицинскую помощь. *«Страховщик по согласованию с потерпевшим вправе произвести частичную страховую выплату на основании документов о предоставлении услуг, необходимость в оказании которых была вызвана страховым случаем, и об их оплате либо оплатить эти*



услуги непосредственно оказавшему их медицинскому учреждению» (п. 57 в ред. Постановления Правительства РФ от 29.02.2008 № 131).

П. 58. «Выплата страховой суммы за вред, причиненный жизни или здоровью потерпевшего, производится независимо от сумм, причитающихся ему по социальному обеспечению и договорам обязательного и добровольного личного страхования».

4. Не проводится медико-экономическая экспертиза случаев оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП (пункт 4 можно смело поставить на первое место).

Учитывая все выше изложенное, понятно, что имеются объективные сложности в формировании пакета документов и выставлении в страховую компанию ОСАГО обоснованного требования о страховой выплате.

Мы проанализировали причины отказов страховщиков ОСАГО по осуществлению страховых выплат.

1. Понятие гражданской ответственности пытаются подменить уголовной ответственностью и на этом основании отказать в оплате (застрахованный не виновен). Напоминаем, что закон об ОСАГО касается гражданской ответственности, а не уголовной.

2. Медицинская организация (МО) не является «стороной», которая может требовать оплаты или даже подавать требования для рассмотрения. Страховщики игнорируют п. 57 правил ОСАГО. Мнение имеет основания, если не правильно оформлены договорные отношения между МО и пациентом.

3. МО обязано предоставлять бесплатную помощь тяжелому пациенту, пострадавшему в ДТП, за счет средств ОМС. Да, обязано бесплатно для пациента (пациент принимал участие в формировании медицинского бюджета в виде отчисления налогов в терфонд ОМС), но не для страховщика ОСАГО, застраховавшего граждансскую ответственность виновника (пытаются игнорировать п. 58 правил ОСАГО). Для преодоле-

ния отказа необходимо твердое обоснование затрат, понесенных МО.

4. При заключении договора на оказание возмездных медицинских услуг пациенту необходимо в обязательном порядке подписать информированное согласие. Если информированное согласие не адаптировано к проблеме ОСАГО, то становится основанием для отказа страховыми компаниями возмещать затраты, так как пациент добровольно отказался от услуг, предоставляемых в рамках программы ОМС.

5. Страховщики ОСАГО ссылаются на отсутствие списка услуг, которые предоставляются по ОМС. Нет ясного представления принципа оплаты ОМС. Для решения проблемы необходимо представлять счета, оплаченные по ОМС, и экономически грамотно обосновывать, почему этих средств недостаточно, исходя из стоимости фактически оказанных услуг.

6. Пунктом 57 правил ОСАГО предусмотрено право, а не обязанность оплатить медицинские услуги непосредственно оказавших их медицинскому учреждению». То есть оплата медицинской помощи по изъявлению «доброй воли». Действительно, при дефектном пакете документов «добрая воля» изъявлена не будет.

7. Отсутствие прямого договора между ЛПУ и страховой компанией на оказание медицинских услуг, который может быть заменен договором между пациентом и МО. При отсутствии последнего выплата в адрес МО осуществлена не будет.

Наша рабочая группа занимается этой проблемой более 10 лет [4]. Мы разработали подход к медико-экономической экспертизе (МЭЭ), представляющий из себя синтез медицинской, правовой и экономической составляющих, позволяющий работать закону об ОСАГО **без внесения в него каких-либо дополнений**. Получены положительные результаты по возвращению денежных средств в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) как в судебном, так и досудеб-





ном порядке (первые в Санкт-Петербурге). Пакет документов по медико-экономической экспертизе может быть тиражирован во всех медицинских учреждениях, оказывающих помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

По результатам научно-исследовательской работы (НИР) в 2003 году был защищен диплом в Высшей экономической школе, на курсе «Менеджмент в здравоохранении». В Комитете по здравоохранению делались многочисленные доклады по проблеме дорожно-транспортного травматизма, мониторировалась ситуация по больницам Санкт-Петербурга, оказывающим медицинскую помощь пострадавшим. Мы делали доклады на экономическом форуме в Санкт-Петербурге в 2005 году, на заседании постоянной комиссии по здравоохранению и экологии в Законодательном Собрании Санкт-Петербурга в ноябре 2006 года, на совещании в Правительстве Санкт-Петербурга в 2007 году. Получен акт внедрения НИР от Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Создано автономное некоммерческое объединение, которое может осуществлять независимую МЭЭ по случаям оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Метод готов для тиражирования в больницах скорой помощи, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим в ДТП в любом регионе России. Первоначально мы считаем эту работу необходимо выстраивать именно вокруг крупных стационаров, в которые поступает основная масса пострадавших. Если ее дистанцировать от больниц, то наиболее тяжелые пострадавшие будут ей не охвачены и соответственно лишены своего права на страховую выплату. *Но следует отметить, что работа с каждым отдельным случаем требует титанических усилий и напоминает «войну с ветряными мельницами».*

Основная причина, по которой не реализуется закон об ОСАГО в части возмещения ущерба здоровью, заключается в том, что не разрабо-

таны подзаконные акты, которые должны регламентировать взаимоотношение пострадавших в ДТП — потерпевших (водитель, пассажир, пешеход), представителей ГИБДД, страховщиков ОСАГО и медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим.

Подзаконный акт должен предусматривать следующее:

1. Сделать необходимым проведение МЭЭ по каждому случаю оказания медицинской помощи пострадавшему в ДТП.

2. Обязать сотрудников ГИБДД выдавать справку о ДТП каждому его участнику (водитель, пассажир, пешеход), их законным представителям или представителям по доверенности. Если пострадавший находится в тяжелом состоянии, представлять ее по месту госпитализации. Копию справки направлять страховщику ОСАГО, застрахованному гражданская ответственность другого участника ДТП.

3. Стоимость услуг, оказанных медицинской организацией, должна определяться по факту их оказания и реальной стоимости за вычетом тарифа ОМС (необходимо приложение всех документов, подтверждающих легитимность оформления полученной медицинской помощи).

Медицинская составляющая закона об ОСАГО является всего лишь одной из точек приложения метода медико-экономической экспертизы. Метод может использоваться везде, где имеет место нанесение вреда здоровью застрахованного лица или наступило страховое событие, обусловленное ответственностью гражданской или профессиональной. Например, профессиональная ответственность врачей. Также медико-экономическая экспертиза применима для развития альтернативных видов добровольного медицинского страхования (ДМС) (Управляемая помощь в США, Больничная Касса в Европе) с целью формирования рынка ДМС вокруг МО [5].



Литература

1. Корнеева О.В. Проблемы возмещения расходов на лечение потерпевшим в ДТП//Транспортное право. — 2010. — № 3.
2. Корнеева О.В. Страховое возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего в результате ДТП (сравнительно-правовой анализ)//Транспортное право. — 2009. — № 4.
3. Корнеева О.В. Актуальные проблемы реализации права на возмещение вреда, причиненного в результате ДТП, при наличии договоров ОСАГО//Юрист. — 2009. — № 11.
4. Пучков А.Ю. Медицинские аспекты закона об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств//Менеджер здравоохранения. — 2005. — № 5.
5. Пучков А.Ю., Кудрявцев А.А. Новый подход к добровольному индивидуальному медицинскому страхованию//Менеджер здравоохранения. — 2005. — № 10.
6. Турбина К.Е. Вопросы страховых выплат за причинение вреда жизни и здоровью потерпевших по ОСАГО//Финансы. — 2009. — № 10.

UDC 614.39

Puchkov A.U. *Medical-economic expertise of cases when providing medical health care to injured people in car accidents* (Saint-Petersburg State Educational Organization of Continuing education MAPO ROSZDRAV).

Annotation: There is shown that the law on compulsory motor insurance may effectively work without being edited and may be a significant source of financing for medical organizations, providing health care to injured people in car accidents. There is developed an approach towards medical-economic expertise (MEE) of cases providing medical health care to injured people in car accidents, which is presented by synthesis of medical, legal and economical components. The method permits the law on compulsory motor insurance (in terms of medical care expenses compensation) without any additions and is ready for replication.

Keywords: accidents, medical care, medical-economical expertise.

Организер

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«РОССИЙСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ СТАТИСТИКА И ВЫЗОВЫ XXI Века»

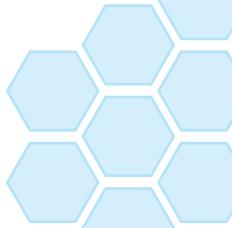
С 23 по 24 июня 2011 года в Росстатае планируется проведение научно-практической конференции «Российская государственная статистика и вызовы XXI века»

Тематические секции:

- Развитие национальных счетов в России: методология и практика;
- Бизнес статистика;
- Демографическая и социальная статистика;
- Развитие и использование информационных технологий в статистике.

Для участия приглашаются специалисты научных и образовательных учреждений, практические работники в области статистики и представители национальных и международных статистических служб.

Контактная информация: Адрес: 107450, Россия, г. Москва, ул. Мясницкая, 39
Телефон: (495) 607-4902, E-mail: stat@gks.ru





БЕЗ ЗАЯВЛЯЕМОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЫНУЖДЕНА НАХОДИТЬСЯ В УСЛОВИЯХ ИМИТАЦИИ...

→ В рамках XII Международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества и работы экспертных групп по подготовке предложений по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 г. в Высшей школе экономики 6 апреля состоялось заседание круглого стола «Модернизация здравоохранения: ограничения и альтернативы»...

На круглом столе обсуждалось, есть ли реальные альтернативы модернизации системы здравоохранения, почему задачи реструктуризации системы оказания медицинской помощи остаются декларациями, являются ли существующие гарантии оказания бесплатной медицинской помощи социальным императивом или ограничением возможностей создания эффективной системы здравоохранения?

Альтернативы модернизации системы здравоохранения **научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Сергей Шишкин** видит в отказе от стратегии «догоняющего развития». «Надо отдавать себе отчет в том, что мы никогда в обозримом будущем (15–20 лет) уровня финансирования и оснащения развитых стран не достигнем, а все время будем

отставать». С его точки зрения, представляется целесообразным изменить распределение поступающих средств. Среди первоочередных приоритетов можно выделить формирование здорового образа жизни, включая профилактику, развитие массового спорта и физической культуры и повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Для повышения эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, согласно Сергею Шишкину, необходимо выстраивать интегрированную систему здравоохранения, так как в настоящее время разные звенья ее связаны между собой потоками пациентов и денежными потоками, но плохо, а иногда вообще никак не координируют свои усилия.

Второе направление — изменение соотношения факторов роста качества медицинской помощи. Врачи при-

выкли считать основным фактором улучшения качества новые технологии и современное оборудование. На вопрос, на что необходимо тратить больше средств — на новое оборудование или повышение квалификации кадров, 75% опрошенных главных врачей считают, что акцент для улучшения качества медпомощи надо сделать на закупке оборудования, и лишь 25% выбрали ответ «повышать квалификацию кадров». В рамках ПНП «Здоровье» затраты на повышение квалификации медперсонала составили за прошедшие пять лет 0,2% от общей суммы проекта.

Представляется целесообразным, с точки зрения эксперта, сместить акценты в сторону лекарственного обеспечения, особенно на амбулаторном уровне, на развитие и последовательное введение механизмов лекарственного страхования, теле-



медицинских технологий как средства расширения доступности квалифицированной медпомощи. И главное — необходимо рассмотреть возможности введения новых механизмов участия граждан в оплате медицинской помощи. Это связано с тем, что уровень финансовой защиты пациента в рамках госгарантий достаточно низок, и, несмотря на рост госрасходов, увеличиваются и траты населения на медобслуживание. Профессор предложил несколько вариантов формализации задачи.

Первый вариант — конкретизация госгарантий путем введения медико-экономических стандартов, на основе которых формируется объем гарантит государства, остальное предоставляется за плату.

«Решения, связанные с участием граждан в софинансировании медпомощи, не могут быть приняты без риска усиления социальной напряженности. Но, если не принимать никаких решений, мы получим всплеск социальной напряженности в будущем».

Второй вариант — введение соплатежей, что неизбежно в долгосрочной перспективе. При этом надо учитывать, что «ни одного решения, связанного с участием граждан в софинансировании медпомощи и с пересмотром объема госга-

рантий, не может быть принято без риска усиления социальной напряженности. Но, если не принимать никаких решений, мы получим всплеск социальной напряженности в будущем в силу нарастания недовольства положением дел с качеством и доступностью медицинской помощи».

Третий вариант — более эффективное взаимодействие двух систем страхования, ОМС и ДМС. Например, путем введения взаимозачетов оплаты страховок.

Профессор НИУ ВШЭ Игорь Шейман, отвечая на вопрос, почему не идет реструктуризация системы оказания медицинской помощи, в качестве основной причины назвал отсутствие внят-

мизации больничной сети, он особое внимание уделил месту врача общей практики в отечественном здравоохранении. По мнению И. Шеймана, «Минздравсоцразвития сделало серьезную ошибку, объединив понятия семейного врача и врача общей практики. При этом оказалось потерянным главное — это расширение функций и превращение врача общей практики в организатора и координатора медицинской помощи. Риск того, что планируется одно, а оплачивается другое, не только не снят, но становится все более нарастающим».

«Риск того, что планируется одно, а оплачивается другое, не только не снят, но становится все более нарастающим».

Переход от привычного участкового врача к врачу общей практики возможен путем постепенного повышения квалификации первого и оплаты за дополнительную нагрузку. По мнению эксперта, доминирующей формой врача общей практики в городах должны стать кабинеты на базе клиник, но с соответствующей «автономизацией» врачей, предполагающей открытие своего субсчета, подушевое финансирование,

ной и системной концепции реструктуризации, во многом связанной с очевидными политическими рисками и неготовностью власти ими управлять.

Наряду с необходимостью развития первичного звена оказания медпомощи и опти-





собственный доход и пр. Опыт регионов, которые активно внедряют институт врача общей практики, свидетельствует о существенном сокращении расходов на специализированную помощь, так как от 30 до 70% функций узких специалистов на амбулаторном этапе могут взять на себя при соответствующей квалификации врачи общей практики.

По мнению И. Шеймана, при выборе между качеством и доступностью все-таки первая составляющая в перспективе должна преобладать: «лучше я подожду немножко, но получу качественную и квалифицированную помощь».

Эксперт выделил три главные «точки чувствительности» реструктуризации для населения: концентрация специализированной медпомощи, которая может оказаться ниже физической доступности, обязательное направление к узкому специалисту, то есть необходимость стоять в очереди дважды, и ужесточение требований к обоснованности госпитализации.

Для медицинского сообщества реструктуризация может привести к потере работы, к насаждению трудновыполнимых стандартов и порядков оказания медицинской помощи. Узкие специалисты могут опасаться, что деньги пойдут в первичное звено.

И, наконец, существует опасение, что новые эконо-

мические механизмы создадут финансовые риски для ЛПУ.

Что можно противопоставить этим опасениям? С точки зрения И. Шеймана, специализированная медпомощь должна планироваться с учетом транспортной доступности, в малых поселениях должно быть больше врачей общей практики, кроме того, требуется разъяснить населению преимущества концентрации специализированной медицинской помощи. Ужесточать требования к обоснованности госпитализации следует сначала по тем направлениям, по которым первичное звено может больше брать на себя. Эшелонирование госпитализации эксперт рекомендует начать с крупных городов.

Василий Власов, профессор лаборатории экономических проблем здравоохранения ВШЭ, убежден, что все вертикальные проекты в системе здравоохранения последних лет являются альтернативой эволюционному развитию здравоохранения: они лишь оттягивают средства и поглощают ресурсы. «То, что происходит с реформированием системы ОМС, является не ее развитием и совершенствованием, а вариантом предпродажной подготовки.

Создаваемая централизация финансовых ресурсов — это уничтожение существа системы ОМС. Система

нужна для обеспечения населения медицинской помощью, но такая программа должна что-то гарантировать. Единственное, что мы знаем о Программе государственных гарантий, — это то, что она ничего не гарантирует.

«Заготовка стандартов без соотношения с экономическими возможностями является абсолютным безумием...»

В течение нескольких лет Минздравсоцразвития разрабатывает, по существу, экономические стандарты медицинской помощи, но они не вводятся из-за необеспеченности финансовыми средствами. Заготовка стандартов без соотношения с экономическими возможностями является абсолютным безумием. Нужен большой шаг назад. Пока нет финансирования заявляемого, вся система вынуждена находиться в условиях имитации».

Гузель Улумбекова, председатель Правления Региональной общественной организации «Ассоциация медицинских обществ по качеству», отметила, что сегодня модернизация в здравоохранении касается только отдельных



направлений и не является системным решением проблем отрасли. В части реструктуризации системы организации медицинской помощи особых реформ не происходит. «Считаю, что система должна оставаться такой, как и была в Советском Союзе, ничего лучшего мы не придумаем: территориальный принцип прикрепления пациентов, поликлиники, четкие этапы и уровни в движении пациентов, школьная и производственная медицина».

«Считаю, что система должна оставаться такой, как и была в Советском Союзе, ничего лучшего мы не придумаем...»

Существующие на сегодняшний день гарантии медицинской помощи, по мнению Г. Улумбековой, как по финансовым нормативам, так и по нормативам объемов медицинской помощи не соответствуют потребностям населения. «Сырые для системы здравоохранения — это в первую очередь больные люди, и число их возросло на 46% по сравнению с 1990 г. Это год, по которому мы практически и рассчитывали существующие сегодня нормативы гарантированных объемов помощи и мощности сети здравоохранения. Сегодня в РФ с населением в 141,9 млн. человек только впервые выявленных случаев заболеваний (острых и хронических) регистрируется около

100 млн. ежегодно. Если прибавить к этому числу обращения по поводу хронических заболеваний, то всего ежегодно зарегистрированных случаев заболеваний будет более 220 млн. И это только зарегистрированные случаи. Реальное число заболевших и отказавшихся от обращений к врачу из-за низкой территориальной или временной доступности медицинской помощи или ее дороговизны может быть намного выше, как минимум на 30–40%».

вительства к 2020 г., в этой же Концепции — это увеличение ожидаемой продолжительности жизни с 68,8 до 73 лет и снижение общего коэффициента смертности с 14,4 до 11,0 случаев на 1 тыс. населения, то есть достичь показателей РСФСР в 1990 г. и «новых» стран ЕС в 2008 г. Возможно ли это?»

«Спору нет, профилактикой, то есть предотвращением развития заболеваний, заниматься, конечно, надо. Но эта задача не только отрасли здравоохранения, но и других ведомств, работодателей и самого населения. Минздравсоцразвития может выступать преимущественно в качестве инициатора и координатора массовых профилактических программ. Соответственно и средства на эти программы должны формироваться из самых различных источников.

Во-вторых, если заниматься преимущественно профилактикой, то кто и за какие деньги будет заниматься больными, лечить их, возвращать к активной жизни, предотвращать инвалидность и преждевременные смерти, ведь уже сегодня очевидно, что выделяемые государственные или общественные средства недостаточны, чтобы обеспечить доступность медицинской помощи всему населению (это около 1,5 трлн. руб.). Об этом говорят неудовлетворительные показатели здоровья граж-

На фоне таких данных предложения ВШЭ и АНХ в «Концепцию-2020» в части долгосрочного развития здравоохранения вызвали у Г.Улумбековой недоумение. «Фактически эти предложения сводятся к тому, что за счет профилактики, развития физкультуры и спорта, а также перераспределения статей затрат внутри самой системы здравоохранения можно повысить эффективность расходов в здравоохранении, то есть добиться лучших результатов за те же деньги, которые сегодня уже расходуются на систему здравоохранения. Напомню, что главный результат, которого от системы здравоохранения хочет добиться Председатель Пра-





дан, недовольство почти 70% населения медицинской помощью, очереди в поликлиниках и на дорогостоящие операции, жалобы на дороговизну лекарств и, что самое страшное, отказы от обращений к врачу из-за высокой стоимости лечения».

число выпускников школ, а соответственно и число поступающих в ВУЗы будет в 2 раза меньше, чем было 10 лет назад. Это означает, что в самое ближайшее время Россия столкнется с катастрофическим дефицитом врачей. При этом никакое расшире-

ков государственной и муниципальной системы.

«В-третьих, соглашусь, что на бесплатные лекарства для населения в амбулаторных условиях необходимо тратить в 3–4 раза больше, то есть увеличить финансирование с нынешних 100 млрд. руб. до 300–400 млрд. руб. в год. Причем бесплатно получать лекарства, пусть и с доплатой, должны все категории населения, нуждающиеся в этих лекарствах, а не только «льготники», как сегодня. То есть всего вместе с необходимостью увеличения оплаты труда медицинских работников дополнительно необходимо более 1 трлн. руб.

В-четвертых. Если хорошо посчитать все коек в РФ и в странах ОЭСР в среднем, то получится, что всех коек (то есть коек для активного круглосуточного лечения больных, коек для реабилитации и коек для длительного ухода за пациентами) в РФ столько, сколько и в странах ОЭСР в среднем, то есть около 12 на 1 тыс. населения. Поэтому не о сокращении коек надо говорить, а его реструктуризации, то есть выделении специальных коек для восстановления пациентов, для длительного ухода за инвалидами и пожилыми пациентами. Кстати, доля населения старше трудоспособного возраста у нас постоянно растет и к 2020 г. она достигнет 26% (сегодня 21,5%), и о медико-социаль-

«И хотя сегодня практикующих врачей в нашей стране на 50% больше, чем в среднем в странах ОЭСР, не следует забывать, что потребность в медицинской помощи у нас тоже почти на 50% выше».

Г. Улумбекова предположила, что участники экспертной группы забыли, что самое главное звено в системе здравоохранения — это врач. Нет врача — нет доступности медицинской помощи. И хотя сегодня практикующих врачей в нашей стране на 50% больше, чем в среднем в странах ОЭСР, не следует забывать, что потребность в медицинской помощи у нас тоже почти на 50% выше, чем в этих странах (поскольку именно на столько выше смертность в РФ, соответственно и заболеваемость, которая определяет потребность в медицинской помощи). Более того, необходимо иметь в виду, что почти половина врачей в РФ пенсионного и предпенсионного возраста и что в ближайшее десятилетие нас ждет демографический провал, то есть

ние их обязанностей и времени работы не поможет, поскольку больше, чем на 1,5 ставки (как это происходит сегодня в большинстве поликлиник и больниц), все равно никто работать не сможет.

По мнению Г.Улумбековой, чтобы привлечь кадры в систему здравоохранения, нужно поднять заработную плату медицинских работников минимум в 1,5–2 раза (именно во столько раз она меньше в сопоставимых показателях, чем в «новых» странах Евросоюза, имеющих близкий к РФ ВВП на душу населения в год — 18 тыс. \$ ППС). А чтобы привлечь кадры в здравоохранение, необходимы дополнительные средства на оплату их труда, и это не менее 800 млрд. руб. в год, то есть удвоение сегодняшнего фонда оплаты труда медицинских работни-



ной помощи этой группе пациентов необходимо позаботиться заранее. И все вышеперечисленные койки также необходимо дооснащать и переоснащать новым оборудованием, обеспечивать необходимыми расходными материалами, лекарствами и т.п., чтобы лечить по современным стандартам, а на это нужны средства. Так что сэкономить на этой статье в пользу поликлиник не удастся, иначе мы современную больничную помочь вообще сделаем недоступной для населения».

Эксперт уверена, что представленные в «Концепцию-2020» предложения изобилуют деталями, которые для такого рода документа не нужны. Далеко не однозначные механизмы реализации программ в здравоохранении, которые предлагают авторы, например, развитие института врача общей практики, сокращение коечного фонда больниц, интеграция поликлинической и стационарной помощи, — все это необходимо обсуждать в Минздравсоцразвития совместно с организаторами здравоохранения, владеющими технологиями организации медицинской помощи. Иначе экономисты и дров наломать могут, как уже неоднократно случалось с нашей системой здравоохранения из-за непродуманных вмешательств.

Таким образом, предложения авторов «Концепции-

2020» в части здравоохранения, по прогнозу Г. Улумбековой, не позволят добиться увеличения доступности медицинской помощи заболевшим гражданам, поскольку никак не предусматривают этого увеличения за счет государственных источников. «В силу того, что денег у населения нашей страны недостаточно для самостоятельной оплаты медицинской помощи (сегодня около 60% граждан живут на доходы менее 15 тыс. руб. в месяц и в условиях опережающего роста инфляции, роста расходов на ЖКХ, продуктов питания и на воспитание детей), то это неизбежно вызовет социальное напряжение в обществе».

С точки зрения Г. Улумбековой, авторы предложений после анализа и оценки состояния здравоохранения в РФ должны были четко дать ответ Правительству на следующие вопросы: сколько надо тратить на систему здравоохранения, чтобы население было удовлетворено медицинской помощью и было достигнуто запланированное Правительством к 2020 г. улучшение здоровья населения? откуда взять эти дополнительные средства? на какие первоочередные направления они должны быть потрачены? как сделать так, чтобы выделенные ресурсы расходовались эффективно?

«Главное для нас — вылечить больных!!! А чтобы средства тратились эффективно,

необходимы жесткий контроль и отчетность по установленным целевым показателям управляемцев здравоохранения всех уровней и повышение их квалификации. А механизмы решения этих задач, то есть ответы на вопросы, как это все реализовать, оставьте решать профессионалам и не надо загружать этим «Концепцию-2020».

Николай Герасименко, заместитель председателя Думского Комитета по охране здоровья,

фокусирует главную проблему системы оказания медицинской помощи на том, что «медработник не имеет мотивации труду. Они видят, что 300 млрд. выделяют на стены, а зарплату не повышали три года. Узкие специалисты в муниципальных образованиях скоро исчезнут как класс. Ординаторы получают 2600 рублей и это от 2 до 3 лет.

У нас часто говорят, что здравоохранение измеряется экономической эффективностью, а в Европе давно сказано, что оно измеряется социальной эффективностью».

«Врачи видят, что 300 млрд. выделяют на стены, а зарплату не повышали три года...»





По мнению **профессора кафедры общественного здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова Галины Свирской**, «мы будем читать манты о модернизации до тех пор, пока не научимся вырабатывать системные управленческие решения, основанные на методологии и технологиях».

«Мы будем читать манты о модернизации, пока не научимся вырабатывать системные управленческие решения, основанные на методологии и технологиях».

— это не наличие врача и не километры и часы. В нашей ситуации — это бесплатность. А контроль качества — это контроль врача, то есть контроля субъекта деятельности.

«Доступность медицинской помощи — это не наличие врача и не километры или часы. В нашей ситуации — это бесплатность».

Во всем мире практикующий врач — партикулярная единица, субъект правовых и экономических отношений, то единственное институциональное ядро, о котором стоит говорить. Мы сейчас имеем совсем другую политическую модель в стране и массу изменившихся условий, так почему же мы уцепились за мобилизационную модель Семашко?»

В завершении работы круглого стола Леонид Рошаль обратил уже ставший традиционным вопрос к принявшим участие в работе круглого стола **Владимиру Зеленскому, директору Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России и Андрею Юрьеву, председателю Федерального фонда обязательного медицинского страхования:** «Что Вы взяли из состоявшегося обсуждения?» и получил откровенный ответ — «Ничего».

Наталия Куракова

С ней согласен **Андрей Акапян, директор Республиканского центра репродукции человека**, подчеркнув, что доступность и качество — это манты современной системы здравоохранения. «На содержание стен и министерств уходит много денег. Причина неэффективности системы — стоящая между врачом и пациентом громоздкая государственная система управления.

Что мешает перевести отношения и циркулирующие в системе деньги граждан в нормальный гражданско-правовой оборот, а не вкладывать их в систему государственного управления отраслью? Доступность медицинской помощи



Б.А. Кобринский,

д.м.н., профессор, ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии»
Минздравсоцразвития РФ, bakob@pedklin.ru

ЕДИНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПОСТРОЕНИЯ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ, ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ РАЗНЫХ УРОВНЕЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ РЕГИСТРОВ

УДК 614.2

Кобринский Б.А. Единая концепция построения персональных электронных медицинских карт, территориальных систем и специализированных регистров /ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Минздравсоцразвития РФ)

Аннотация: Автором предложена единая концепция построения персональных электронных медицинских карт (электронных историй болезни) и территориальных систем всех уровней на основе модульной технологии. Предлагаемая архитектура предполагает сочетание ведения первичных баз данных в медицинских учреждениях с размещением и обработкой их в ЦОДах разных уровней, в том числе используя технологию облачного хранения. Рассмотрена возможность формирования на той же основе территориальных и федеральных специализированных регистров заболеваний и социальных групп, исключающая повторный ввод данных.

Ключевые слова: концепция построения персональных электронных медицинских карт, модульная архитектура электронных медицинских карт, модульный принцип построения систем, персональный идентификатор, территориальные информационные системы, федеральные регистры.

Модульный принцип построения информационных медицинских систем

Единая концепция построения территориальных информационных систем и специализированных регистров для всех уровней здравоохранения, включая федеральный, предполагает использование модульной технологии в условиях персонально-центрированной интеграции медицинских данных пациентов [2, 5]. Из этого проистекает интеграция «надсистемная», то есть использование общих для всех информационных медицинских систем (ИМС) центральных модулей (анкетный, витальные данные, профилактические прививок, перенесенных заболеваний, инвалидности и т.д.), в сочетании с «внутрисистемными» модулями для отображения разнообразной информации, специфичной для различных заболеваний и групп населения (о беременности, неонатальном периоде жизни, профессиональной патологии, течении отдельных болезней, лечении и др.).

Под модулем будем понимать стандартизованную информационную структуру, включающую фиксированный перечень параметров. Модуль может содержать текстовые файлы и /или присоединенные медицинские изображения. Базовые модули (анкетный и др.) должны быть едиными, далее специализация предполагается по направлениям медицины, заболеваниям, социальным и профессиональным аспектам.

© Б.А. Кобринский, 2011 г.





Одним из важнейших «надсистемных» модулей, без которого невозможно реализовать персонано-центрированный подход и построение в дальнейшем единого информационного медицинского пространства, является модуль персональных идентификаторов (ПИД) населения, включая место рождения и Ф.И.О. родителей. ПИД, формируемый тем или иным способом и присваиваемый всем новорожденным в родильных домах, будет обеспечивать последующую интеграцию любой медицинской информации, начиная с первичных сведений в период рождения ребенка. Это позволит реализовать объединение всех производимых в различных учреждениях медицинских записей и визуальных результатов исследований на персону (в отличие от существующей ныне привязки их к медицинским документам того или иного учреждения), а также будет способствовать сбору генеалогической информации, необходимой для определения риска наследственной предрасположенности к заболеваниям. В отношении внутрисистемных специализированных модулей, обеспечивающих дифференциацию информации электронной медицинской карты (ЭМК) или электронной истории болезни (ЭИБ) как ее стационарного варианта, необходимо отметить важность их однотипной по возможности структуризации, что позволит осуществлять быстрый обмен необходимыми блоками (фрагментами) данных по запросам. При однообразно реализованном модульном принципе построения ЭМК одновременно повысится комфортность программного продукта для медицинских работников. Кроме этого, это позволит оперативно предоставлять необходимые сведения бригадам скорой медицинской помощи и врачам «Медицины катастроф» в чрезвычайных ситуациях в виде отдельных модулей и вносить данные скоропомощных карт в единую ЭМК пациента.

Следует еще раз подчеркнуть, что реальное движение по пути к интеграции ИМС возможно только на основе использования

однотипных программных модулей электронной медицинской карты пациента, пополняемой врачами разных учреждений и служб в течение всей жизни человека, при стандартизации медицинских записей (полей ЭМК) в согласованном виде и объеме на основе единой нормативно-справочной информации, включая стандарты для кодирования и обмена основными клиническими характеристиками состояния здоровья. Однако необходимо учитывать огромный объем медицинских данных, накапливаемый с рождения в течение всей жизни, в особенности у пациентов с рано сформированной сочетанной хронической патологией. Существует значительное количество информации, имеющей возраст-зависимый характер. Так, персональные медицинские данные, имеющие критическое значение в раннем детском возрасте, с определенного момента теряют свою актуальность. То же происходит и с частью информации об острых заболеваниях, травмах. Поэтому представляется целесообразным создание сателлитных ЭМК по отдельным направлениям, часть из которых в определенное время могут архивироваться, хотя это и не исключает их доступность при необходимости. Сателлитные модули целесообразно предусмотреть и для самостоятельной записи гражданами сведений о состоянии своего здоровья и здоровья своих детей (развитие, питание, эмоциональное состояние, стрессовые ситуации, занятия физической культурой и др.).

В то же время по возможности совместно пополняемым или интегрируемым необходимо сделать модуль генеалогической информации, традиционно представляемой в графической форме, что налагает определенные требования на построение данного модуля. С элементами (членами) родословных должны быть связаны ЭМК отдельных пациентов. Это позволит своевременно выявлять у них риск наследственных заболеваний и мультифакториальных болезней с наследственным предрасположением, повысит качество прогнози-

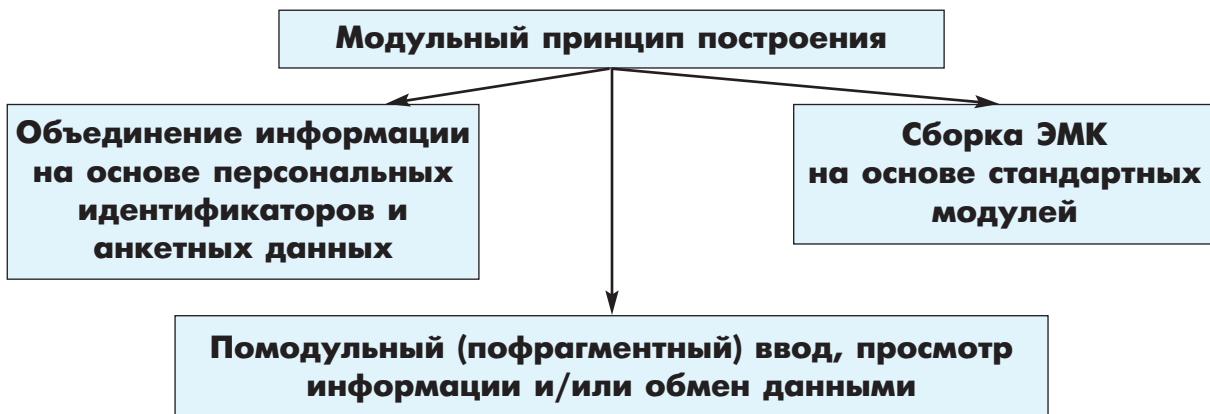


Рис. 1. Принципиальная схема модульной технологии построения ИМС

рования течения хронических заболеваний у родственников разной степени родства и соответственно эффективность планируемых персональных профилактических и лечебных мероприятий. Этот семейный модуль должен вестись совместно специальной службой (медицинско-генетическими консультациями) и врачами разных специальностей, осуществляющими диагностику заболеваний. В перспективе это позволит объединять в единых родословных собираемую в разных местах информацию о здоровье родственников, проживающих в различных регионах страны.

Модульный подход открывает возможность сочетания унификации систем с их специализацией. Системы более низкого уровня — ЭМК (ЭИБ) и учрежденческие ИМС — предполагают сходную настройку центральных модулей при одновременной специализации модулей клинической информации, что позволит учитывать особенности различных медицинских служб. Кроме того, внутрисистемные, в том числе сателлитные модули, обеспечат новые возможности для создания гибридных медико-технологических систем [1], что предполагает включение в их состав подсистем поддержки принятия решений, в том числе интеллектуальных, то есть переход к информационно-интеллектуальным системам. В то же время однотипные модули ЭМК создадут благоприятную основу для интеграции и «свертки» данных в целях формирова-

ния статистических отчетов о состоянии здоровья населения и оказанных медицинских услугах в ИМС территориального уровня.

В целом модульный принцип построения ЭМК, представляющих собой медицинский базис учрежденческих ИМС, позволит включать в состав территориальных и общероссийской информационных медицинских систем только те модули, которые необходимы для мониторинга состояния здоровья обслуживаемого контингента или популяции, формирования разнообразных отчетов и принятия управлеченческих решений. В то же время модули, содержащие описание течения заболевания, родословные и другую сугубо клиническую информацию, будут сохраняться лишь в учрежденческих ИМС. Такой подход обеспечит (рис. 1):

- интеграцию полицевых данных на основе персональных идентификаторов и анкетных данных;
- санкционированный доступ медицинских работников к необходимым модулям ЭМК в соответствии с их функциями на основе ролевой модели управления доступом, в том числе в оперативном режиме при телеконсультациях;
- оперативный помодульный или пофрагментный обмен данными, включая информацию сателлитных модулей, для принятия диагностических и лечебных решений;





— возможность для граждан иметь модуль для записей о состоянии своего здоровья и проводимых оздоровительных мероприятиях;

— интероперабельность информационных медицинских систем всех уровней (учрежденческий, районный/городской, субъектовый, федерального округа, общероссийский).

Организация хранения данных

Рассмотренный выше подход предполагает ориентацию в первую очередь на врача-пользователя, что является необходимым условием, исходя из того, что основной целью является повышение эффективности медицинской помощи населению при использовании информационных систем в процессе модернизации здравоохранения. Рассматривая с этих позиций технологию построения и функционирования ИМС, включающих в качестве информационной основы ЭМК пациентов, на одно из первых мест следует поставить неотказуемость доступа к базе данных (БД) и быстроту отклика, что необходимо при реальной работе с электронной картой пациента в процессе его осмотра (наблюдения) с профилактической, диагностической или лечебной целью, особенно в условиях поликлинического приема.

В настоящее время в качестве альтернативных обсуждаются варианты хранения данных по месту их ввода в медицинском учреждении или в региональном центре обработки данных (ЦОД), то есть создание регионального информационного ресурса (РИР) на базе МИАЦ с использованием технологии «облачного хранения и вычислений», обеспечивающего высокий уровень надежности (сохранности) данных. Проанализируем эти варианты с названной позиции постоянной оперативной доступности ЭМК. При расположении БД непосредственно в учреждении работоспособность ее ИМС и быстрота получения (просмотра) данных зависят от характеристик сервера и локальной сети. Но существует проблема сохранности данных при отсутствии BackUp-сервера, обеспечивающего дублирование информации. В условиях удаленной БД на региональном уров-

не эта проблема отсутствует при наличии резервных мощностей хранения, но у пользователей возникает зависимость от каналов Интернета, постоянно используемых в режиме on-line. Во-первых, это скоростные характеристики, которые зависят не только от провайдера, предоставившего услуги лечебно-профилактическому учреждению (ЛПУ), но и от всех провайдеров по пути передачи данных до ЦОД с возможными узкими местами, что происходит в период пиковых нагрузок в рабочее время медицинских учреждений. Во-вторых, аварийные ситуации, что требует наличия резервной линии связи (желательно от другого провайдера). В-третьих, финансовые затраты медицинских учреждений, резко возрастающие при аренде двух каналов Интернет с неограниченным трафиком. Что касается вопроса технического сопровождения систем, используемых в медицинских учреждениях, то при всех вариантах потребуется поддержка компьютерного парка, сетевого оборудования, обеспечение криптозащиты хранящихся и передаваемых персональных медицинских данных.

Исходя из изложенного, целесообразным и оптимальным представляется промежуточный вариант, предусматривающий в процессе ежедневной работы обращение с автоматизированных рабочих мест (АРМ) врачей/медсестер к собственному серверу баз данных медицинского учреждения. Затем вновь введенная информация после окончания рабочего дня будет пересыпаться в РИР (при необходимости в архивированном виде). Туда же будут направляться запросы в случае необходимости получения определенных модулей ЭМК пациента, включая медицинские изображения (МРТ, УЗИ и др.), поступившие в РИР из других учреждений. Но оперативный обмен данными возможен только при переходе к модульному принципу их построения и соблюдению принципа интероперабельности, то есть совместимости и взаимодействия разнообразных по своей реализации систем, оперирующих с первичной (клинической) информацией [3].

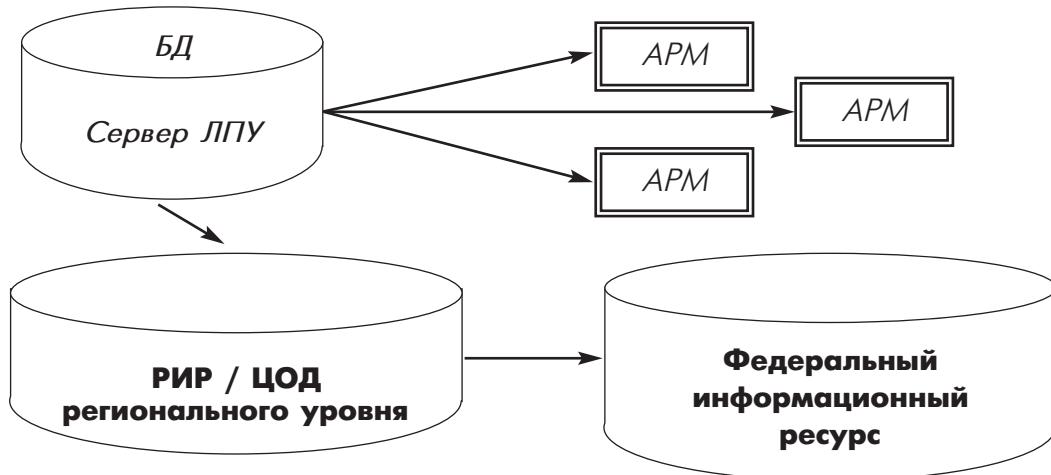


Рис. 2. Обмен и хранение ЭМК в системе ИМС ЛПУ – РИР – ФИР

В свою очередь из регионального ЦОД необходимые данные могут передаваться в федеральный информационный ресурс — ФИР (рис. 2). Такие централизованные системы с распределенной архитектурой (местные БД, ЛВС ЛПУ и ЦОД) обеспечат стабильность работы ИМС всех уровней. Фактически в РИР будут располагаться копии актуальных учрежденческих БД и архивные медицинские данные (на умерших пациентов и др.), что позволит при необходимости оперативно восстанавливать базы данных нижнего уровня в случае их утери и минимизировать требования к системам хранения нижнего уровня.

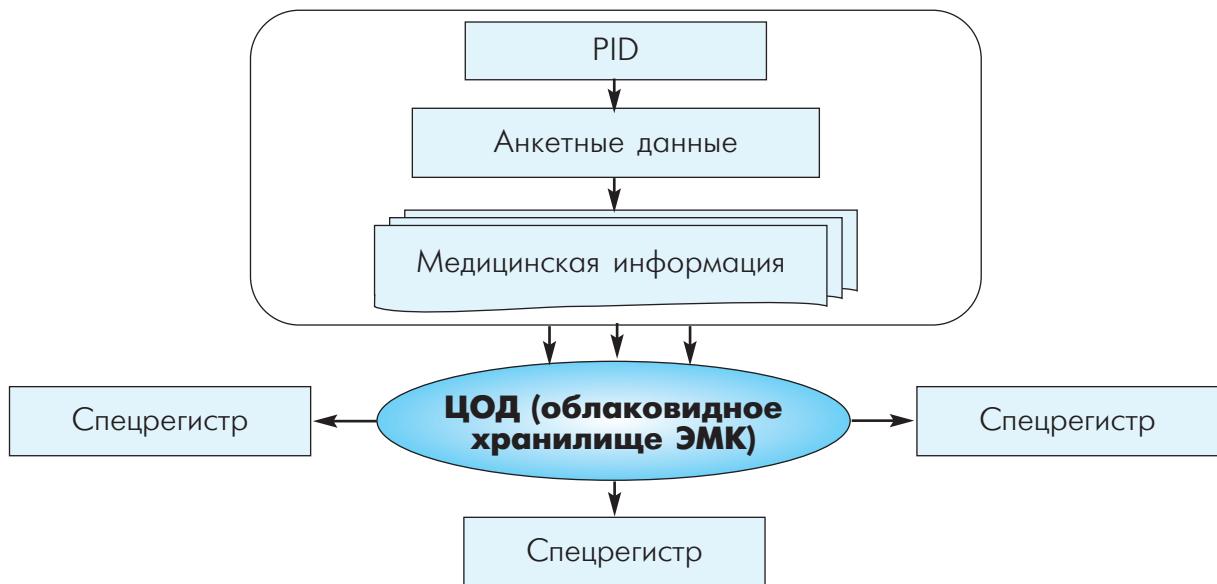
В качестве ключевого элемента технологии «Электронный регион» предлагается рассматривать центральный процессинговый центр (ПЦ) — ядро, без которого невозможно было бы создать гибкую и универсальную систему. Процессинговый центр (например, на базе МИАЦ) должен будет осуществлять управление информационными потоками, разграничивать права доступа участников, формировать отчеты, обеспечивать безопасность и защищенность информации в пределах системы. ПЦ должен обеспечить функционирование единого информационного пространства территории, что позволит осуществлять оперативное эффективное взаимодействие между участниками, требования и запросы

которых могут со временем изменяться, а к системе могут присоединяться новые учреждения. Наличие процессингового центра обеспечивает возможность наращивания системных модулей, многофункциональность и адаптивность технологии [4]. Представляется, что именно взаимодействие процессинговых центров может обеспечить интеграцию в рамках федеральных округов и России в целом.

Формирование специализированных регистров в рамках модульной концепции построения ИМС

Персональные (полицевые) регистры на определенные контингенты необходимы не только для статистического анализа, который можно проводить путем формирования необходимых выборок в ЦОДах любого уровня, сколько для наблюдения за семьями с наследственными и врожденными заболеваниями (генетические регистры), пострадавшими в техногенных катастрофах (экологические регистры), для мониторинга пациентов с риском социально значимой патологии и находящихся на определенном лечении (онкологические, кардиологические, ВИЧ/СПИД, туберкулезные и т.п. регистры), лиц с ограниченными возможностями, в отношении которых выполняются индивидуальные программы реабилитации, или





**Рис. 3. Движение информации в системе
«Учреждение – ЦОД – Специализированные полицевые медицинские регистры»**

социальных групп (например, дети-сироты и в трудной жизненной ситуации). Модульный принцип построения ИМС в сочетании с использованием ПЦ позволит преодолеть «конфликт» между горизонтальными (территориальными) системами и вертикальными (федеральными) специализированными регистрами по видам патологии и социальным группам. Дилемма современной ситуации заключается в независимой реализации федеральных регистров и территориальных ИМС. Кроме того, один и тот же пациент может быть включен в несколько федеральных регистров (например, при наличии врожденной патологии у ребенка, от которого отказались родители, информация о нем должна быть занесена в регистр детей-сирот, в регистр врожденных пороков развития и в регистр по детской инвалидности). В этом случае нарушается и постулат однократного ввода данных, что увеличивает нагрузку на медицинский персонал и противодействует снижению трудовых и финансовых затрат. В технологии модульной архитектуры электронных медицинских карт и ИМС специализированные регистры можно рассматривать как функциональные или виртуальные понятия. Их «сборка»

будет производиться в ЦОД соответствующего уровня на основе полицевых (но деперсонифицированных) записей ЭМК по данным на текущий или выбранный момент времени (рис. 3). При отсутствии какой-либо информации, необходимой для вновь вводимых регистров, потребуется лишь создание дополнительного сателлитного модуля для ЭМК, тогда как в настоящее время в этих случаях утверждается и подлежит заполнению новая учетная форма, включающая в обязательном порядке анкетные и «стандартные» медицинские данные. Новый подход позволит также отказаться от дистанционной передачи специальных учетных форм из ЛПУ непосредственно в федеральную БД, когда, кроме значительного расхода времени медицинского персонала и Интернет-трафика на первичный ввод, возникают дополнительные затраты при поиске карты в ФИР для пополнения и редактирования в случае выявленных ошибок.

Говоря о перспективах горизонтально-вертикальной интеграции взаимодополняющих федеральных и территориальных систем, следует еще раз подчеркнуть необходимость решения вопроса об общепринятом наборе классифика-



торов медицинских и сопутствующих параметров, открытых или согласованных протоколов и форматов обмена информацией.

Новый принцип формирования специализированных регистров позволит оперативно решать встающие перед здравоохранением задачи медико-социального плана. Одновременно на этой основе будут осуществляться научные медицинские исследования на больших массивах региональных и федеральных данных и проводиться мультицентровые исследования, обеспеченные необходимым для доказательности объемом информации.

Заключение

На основе единой концепции модульного построения всех типов ИМС, персональных

электронных медицинских карт для всех возрастных групп населения, может быть осуществлено формирование пятиуровневой пирамиды единого информационного пространства системы охраны здоровья населения, куда смогут вносить свои сведения о состоянии здоровья и непосредственно граждане или родители детей. В этой системе или, точнее, комплексе систем, наряду с учрежденческими базами данных, основные хранилища или ЦОД будут реализованы в современной терминологии на основе технологии облачного хранения и вычислений cloud optimized storage and computing). Одновременно это позволит объединять необходимые модули для формирования специализированных медицинских регистров на основе введенной ранее информации.



Литература

- 1.** Будкевич Л.И., Кобринский Б.А., Подольная М.А. и др. Электронная история болезни с поддержкой врачебных решений при ожоговой травме у детей//Вестник новых медицинских технологий. — 2008. — № 2. — С. 232–233.
- 2.** Кобринский Б.А. Информационные медицинские системы: конвергенция и интеграция на основе персона-центрированной парадигмы//В кн. Международный форум «Информационные технологии и общество 2006 (18–25 сентября 2006 г., Каорли (Венеция), Италия): Матер. форума. — М.: ООО «Форсикон», 2006. — С. 68–74.
- 3.** Кобринский Б.А. Этапы и перспективы интеграции информационных систем клинических данных//Информационно-измерительные и управляемые системы. — 2010. — Т. 8. — №12. — С. 12–17.
- 4.** Погудин А.В. «Электронный регион»: технология предоставления услуг уже работает и готова к тиражированию//Документальная электросвязь. — 2011. — № 21. — С. 48–51.
- 5.** Lloyd-Williams D. Ehealth: A dilemma for Europe//British Journal Healthcare Computing & Information Management. — 2004. — Vol. 21. — № 10. — P. 20–23.

UDC 614.2

Kobrinskiy B.A. *A single concept of building personal electronic medical records, territorial systems and specialized registers* (Federal Public Administration «Moscow Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery» Health Ministry of Russian Federation)

Annotation: Author proposed a single concept of building personal electronic medical records (electronic health records) and territorial systems of all levels on the basis of modular technology. Proposed architecture suggests combination of processing primary databases in medical organizations with placement and further processing them in different level data centers processing, including the use of technology cloud storage. There is investigated an opportunity of forming on the same basis territorial and federal specialized registers of diseases and social groups, excluding additional data re-enter.

Keywords: concept of building personal medical records, modular principle of system's building, personal identifier, territorial informational systems, federal registers.





ЭЛЕКТРОННЫЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ НЕ УЛУЧШАТ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ США

Использование информационных технологий в медицине лежит в основе плана Баррака Обамы по сокращению расходов на здравоохранение в США. Считается, что переход на электронные медицинские документы позволит улучшить коммуникацию и уменьшить количество врачебных ошибок. Но это может оказаться не так.

По данным недавнего исследования, переход лечебных учреждений США на электронные карты пациентов — нововведение, усиленно предлагаемое Белым домом, не принесет улучшений в здравоохранение страны.

Группа ученых из Стенфордского университета показала, что улучшить ситуацию в здравоохранении не поможет и использование программ, помогающих врачам выбрать наиболее подходящее для данного пациента лечение.

«По целому ряду качественных показателей не обнаружено стойкой взаимосвязи между применением этих электронных инструментов и улучшением качества оказания медицинской помощи», — говорит д-р Randall Stafford, руководитель исследования, результаты которого опубликованы в журнале «Архивы внутренней медицины» (Archives of Internal Medicine). Хотя в других исследованиях электронные носители информации оказывались эффективными.

В предыдущем исследовании д-р Stafford с коллегами показали, что простой перевод медицинской документации в цифровой формат мало что даст системе здравоохранения. В настоящем исследовании они выяснили, что аналогичных «успехов» следует ждать от программ, помогающих врачам принимать решение.

Такие программы основаны на известных руководствах и призваны напоминать докторам, что в данном случае необходимо такое-то исследование, а этому пациенту следует назначить такой-то антибиотик. Но, по словам д-ра Stafford, чтобы улучшить систему здравоохранения в стране одних информационных технологий недостаточно.

В комментарии, опубликованном в том же журнале, д-ра Clement McDonald и Swapna Abhyankar из Национального института здравоохранения США называют результаты исследования «удручающими». В других исследованиях показано, что программы, облегчающие принятие решений, действительно помогают улучшить лечение, отмечают они.

По их мнению, к таким результатам привело использование в исследовании старых версий программ и недостаточное знакомство врачей с их работой. Тогда как д-р Stafford считает, что начинать нужно со стандартизации медицинских документов.

Источник: Abbottgrowth.ru



«ПО ТЕХНИЧЕСКИМ ПРИЧИНАМ БОЛЬНИЦА ЗАКРЫТА»: не приведут ли ошибки в информатизации здравоохранения к появлению таких объявлений?



Такое опасение прозвучало на круглом столе «Актуальные вопросы информатизации при реализации программ модернизации здравоохранения субъектов РФ», организованном 7 апреля 2011 г. Комиссией Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению

открывая работу круглого стола, **Людмила Нарусова, председатель Комиссии Совета Федерации по информационной политике**, напомнила исходные показатели информатизации отрасли по состоянию на начало 2011 года: компьютеры имеют лишь 76% ЛПУ, выход в Интернет — 34% ЛПУ, на одно компьютеризированное рабочее место приходится 5 медицинских работников (при нормативе 1,7–2,5 служащих на один компьютер). Только 8% ЛПУ внедрили систему электронных медицинских карт и лишь 3% ЛПУ оснащены средствами телемедицины.

На одно компьютеризированное рабочее место приходится 5 медицинских работников

Илья Массух, заместитель Министра связи и массовых коммуникаций, отметил, что сегодня «на информатизацию всех

На информатизацию всех органов государственной власти тратится 80 млрд. руб., и выделение системе здравоохранения 20 млрд. позволяет ожидать заметных сдвигов именно в этой отрасли

органов государственной власти тратится 80 млрд. руб., и выделение системе здравоохранения 20 млрд. позволяет ожидать заметных сдвигов именно в этой отрасли». Поэтому Минкомсвязь активно включилось в процесс курирования реализации программ модернизации здравоохранения субъектов РФ, выделяя в качестве основного риска этого процесса проектирова-

здравоохранения (отсутствие типовых решений для ЛПУ, единых техтребований для ведения электронной истории болезни, квалифицированных ИТ-специалистов в ЛПУ, надежной защиты персонализированных данных) может быть связано только с современными подходами к построению ИС, а именно, с обеспечением надежности и масштабированности, с сокращением сроков создания и внедрения и с конкурентной стоимостью сопровождения и эксплуатации.

В докладе Элисона Александра, исполнительного директора компании «Электрон», прозвучали международные сопоставления бюджетов

ние систем с коротким жизненным циклом.

По мнению заместителя Министра, решение известных проблем информатизации





программ информатизации здравоохранения в различных странах: так, Великобритания выделила 12,7 млрд. фунтов стерлингов до 2015 г., США — 21,6–43,2 млрд. до 2015 г., в Евросоюзе, помимо национальных программ, реализуется единая программа информатизации здравоохранения с общим объемом инвестиций за 2002–2010 гг. около 317 млн. евро. «Не нужно питать иллюзии, что мы решим за выделенный 1 млрд. долларов все наши проблемы. Нас должны радовать уже достигнутые точечные успехи: из числа частных медицинских организаций комплексными АИС оснащены 90%, 17% государственных ЛПУ имеют МИС, 1,3% российских врачей используют электронные карты. Мы получили шокирующий результат опроса автоматизированных ЛПУ: независимо от уровня автоматизации уровень удовлетворенности пользователей МИС у всех одинаков — это восторг».

«Не нужно питать иллюзии, что мы решим за выделенный 1 млрд. долларов все наши проблемы»

Об опыте организации системы удаленной записи в Республике Башкортостан рассказал **Георгий Шебаев, Министр здравоохранения республики**. Главное, по его мнению, это поменять психологию пациент-

Уход в облачные вычисления ставит большие вопросы по управлению непрерывности лечебного процесса

та. В республике был разработан регламент организации работы ЛПУ в программном комплексе «Единая регистратура». Организована обратная связь (форум <http://www.ufacity.info/forum/forum14/>) и, как результат, на январь 2011 г. — 8 млн. электронных записей.

Герман Иноземцев, директор Информационно-аналитического центра Департамента здравоохранения Москвы, отметил, что видение «от земли» позволяет прогнозировать многое больше проблем, чем это представляется при макроконструировании. «Простые решения подразумевают упрощенное видение сложных проблем. Уход в облачные вычисления ставит большие вопросы по управлению непрерывности лечеб-

электроснабжения и обмена данными. Если они дают сбои, весь лечебно-диагностический процесс останавливается. В этом риск увлечения облачными решениями».

Антон Декстер, заместитель директора Санкт-Петербургского МИАЦ,

обратился к опыту реализации программ информатизации в отраслях, в которых информационные технологии являются основными или вспомогательными. В таких отраслях в первую очередь обеспечивали управление текущими операциями, а также отдельными программами и проектами. На базе этого формировался операционный менеджмент и только после этого вырабатывались корпоративная система и видение отраслевой информатизации. Сегодня единственной системно-аналитической службой в регионах являются МИАЦ, большинство из которых занимаются изобретением велосипедов. Руководители этих служб не наделяются соответствующими полномочиями. Как минимум все участники информационного обмена: региональный орган управления здравоохранением, МИАЦ, ЛПУ, договорились о методологии взаимодействия. «Ресурсное



1 марта 2011 года Губернатор Санкт-Петербурга Валентина Матвиенко на заседании городского правительства лично проверила, как работает служба записи на прием к врачам поликлиник. Директор ТФОМС Валерий Колабутин заявил на заседании, что «сейчас практически во все поликлиники можно записаться по телефону». Для этого выделен специальный номер: 573-99, далее следуют цифры от 1 до 18 в зависимости от района города. Губернатор решила лично проверить, как работает служба, и по мобильному телефону ее связали с Василеостровским районом. «Здравствуйте, я хотела бы записаться на завтра к офтальмологу. Это возможно?», — спросила В. Матвиенко. В ответ она услышала, что на завтра номерков нет. «А на когда есть? — уточнила губернатор. — Номерок не получить, потому что номерков нет вообще». Разговор закончился тем, что В. Матвиенко посоветовали позвонить в пятницу, но не дали гарантий, что она сможет записаться к врачу. «Говорят, если острая боль, звоните в регистратуру, там скажут, когда доктор сможет принять», — сказала В. Матвиенко, повесив трубку, и поручила подчиненным исправить ситуацию с записью на прием к врачам.

Источник: «БалтИнфо»

обеспечение регионального здравоохранения сейчас не может эффективно обеспечивать даже текущие процессы: 60% ресурсов уходит на сбор информации, 25% — на очист-

«Без четкой программы действий 24 млрд. будут потрачены впустую»

кие решения и разработка подробных планов их реализации и наличие на уровне

та Ассоциации развития медицинских технологий Михаила Эльянова с красноречивым названием «Без четкой программы действий 24 млрд. будут потрачены впустую»... Представьте себе, что прошли эти два года и 24 млрд. потрачены... Все регионы отчитываются и, может быть, в 20 регионах это будет сделано нормально.

Но очевидно, что в целом мы опять получим зоопарк решений, потому что государство предлагает деньги, ставит общую задачу, но не формулирует четких требований и систему показателей...».

Хочется надеяться, что этому прогнозу не суждено будет сбыться....

Наталия Куракова

«Губернатор Матвиенко не смогла записаться на прием к офтальмологу, а на следующий день офтальмолог не смог записаться к губернатору»...

ку информации для последующего использования, а на анализ и прогнозирование идет не более 10–15% ресурсов МИАЦ. Залогом успеха в реализации программ информатизации здравоохранения является согласованность позиции региона и федерального центра относительно ожидаемых результатов и способов их достижения, своевременно подготовленные и понятные субъектам техничес-

субъекта экспертно-координационной группы».

Комментируя тот факт, что губернатор В. Матвиенко не смогла записаться на прием к офтальмологу, А. Декстрен отметил, что проблема носит системный характер, «поскольку на следующий день офтальмолог тоже не смог записаться к губернатору...»

Последним в повестке работы круглого стола значилось выступление президент-



КАКИХ ИННОВАЦИЙ ЖДЕТ РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА ЭТАПЕ СВОЕЙ МОДЕРНИЗАЦИИ?

Согласно приказу МЗ СР РФ № 770, уже в конце 2011 года специально созданная комиссия будет оценивать результативность подведомственных министерству научных организаций по такому критерию, как активность инновационной деятельности. Самые критерии предстоящего аудита заданы в Приказе № 738. Ими стали (см. Раздел 3: Коммерциализация и прикладное значение результатов исследований):

- Объем средств, поступивших от передачи технологий, отнесенный к численности работников научной организации (*тыс. рублей/чел.*).
- Объем средств, поступивших по договорам, отнесенный к численности работников научной организации (*тыс. рублей/чел.*).
- Перечень созданных элементов инновационной инфраструктуры.
- Количество созданных малых инновационных предприятий.

Здравоохранение во всем мире является самой инвестиционно привлекательной сферой. Так, в США в числе основных инвестиционных трендов в 2010 году выделяют более чем двухкратное увеличение объема инвестиции в сфере здравоохранения (с 1,2 млн. долл. США в 1-м квартале 2010 г. до 2,7 млн. во 2-м квартале).

Поэтому намерение Минздравсоцразвития России стимулировать инновационную активность своих научных институтов обосновано и актуально. Четко определено, по каким критериям будет оцениваться эффективность коммерциализации созданных результатов исследований, неясным осталось одно — **каких именно инноваций ждет российское здравоохранение?**

Ответ на этот вопрос предложен в докладе заместителя Министра Вероники Скворцовой

на конференции «Инновации в здравоохранении России» на тему «Модернизация и инновационное развитие здравоохранения в Российской Федерации». Приводим его фрагмент:

«Начавшееся столетие определено международными экспертами как **«столетие биомедицины»**. Бурное развитие получили клеточные, генно-инженерные, тканевые, иммунобиологические технологии. Активно разрабатываются методы терапевтического клонирования. Развиваются технологии адресной доставки лекарств. Внедряются реабилитационные кибер-системы и нейро-компьютерные интерфейсы. Все это меняет привычный облик медицины, раздвигает рамки ее возможностей, делая ее персонифицированной, высокоспецифичной и эффективной.

По экспертным оценкам, мировой рынок биомедицинских технологий достигнет в ближайшее время 1 трлн. долларов США. Этот научно-производственный сектор окажет ключевое влияние на фармацевтическую промышленность, медицинское приборостроение, индустрию других медицинских изделий, кардинально изменив их в перспективе ближайших десятилетий.

Перед российским здравоохранением стоят **задачи модернизации и инновационных преобразований**, что невозможно без развития и внедрения биомедицинских технологий. Условиями такого развития являются:

1. Совершенствование системы биомедицинского и биотехнологического образования на основе создания мощных образовательно-научно-производственных центров, построенных по кластерному типу и тесно связанных с ведущими ВУЗами;
2. Стимулирование «свободного научного поиска» и инициативных исследований в области фундаментальных биомедицинских наук;



3. Внедрение «вытягивающих» и целенаправляющих механизмов формирования прикладных научных программ, призванных обеспечить создание требуемых технологий и продуктов, основанных на фундаментальных разработках и обладающих максимальным прогнозным потенциалом.

Именно третье направление определяет возможность инновационного процесса, осуществляя смысловую трансформацию «накопленных возможностей» в конечный продукт. Отсутствие механизмов координированного «целенаправления» отдельных научных работ приводит к тому, что созданный научный потенциал остается нереализованным и невостребованным.

Эффективная научная деятельность возможна лишь при наличии **конечного Заказчика**, заинтересованного в получении инновационного результата. Функции **Заказчика** могут исполнять частные или государственные компании, способные и готовые инвестировать в биомедицинские разработки достаточные средства на длительный период.

В то же время при существовании государственных гарантий обеспечения доступной и качественной медицинской помощи в роли **Заказчика** может выступать и профильное министерство — **Министерство здравоохранения и социального развития**, что является общепринятой практикой в развитых странах.

Так, в США Министерство здравоохранения является вторым по значению ведомством по обеспечению и проведению инновационных разработок в области биомедицины. На него приходится более 10% государственных затрат на научные исследования.

Формируя актуальные и перспективные стандарты медицинской помощи, Министерство тем самым определяет приоритеты в области биомедицинских исследований и разработок.

В этом случае функции **Заказчика** могут исполняться системно и включать формирование единого информационного поля; ран-

жирование приоритетных направлений развития; осуществление селекции «прорывных» идей и технологий, востребованных в среднесрочной перспективе; определение «опережающих» требований к новым технологиям и их продуктам; **формирование целевых инновационных программ**, направленных на разработку востребованных инновационных технологий и продуктов в соответствии с обозначенными приоритетами, на основе отбора научных подразделений (лабораторий, бюро) по их научному потенциалу и имеющемуся «заделу» вне зависимости от их ведомственной принадлежности, а также организацию «ручного» управления целевыми программами, пошагового аудита и финансирования путем создания института управляющих компаний.

Важным подспорьем в реализации инновационных стратегий является **международное научно-производственное партнерство** как в рамках крупных многосторонних международных проектов, так и в рамках двусторонних межправительственных и межведомственных соглашений».

Поскольку в докладе была упомянута инновационная стратегия Министерства здравоохранения США, нам представляется интересным проанализировать ответ американских экспертов на вопрос, какие инновации нужны системе здравоохранения США. Поэтому мы выполнили подробной перевод статьи профессоров Гарвардской бизнес-школы Клейя Кристенсена, Ричарда Бемера и Джона Кенаджи «Исцелят ли систему здравоохранения прорывные инновации?», опубликованной в журнале Harvard business review еще в 2000 году (Christensen C.M., Bohmer R., Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? // Harvard business review. — 2000. — P. 103–111) и доступной по адресу: <http://kenagyassociates.com/documents/Disruptive%20Innovation.pdf>.

Предлагаем развернутый реферат этой статьи.

Наталия Куракова

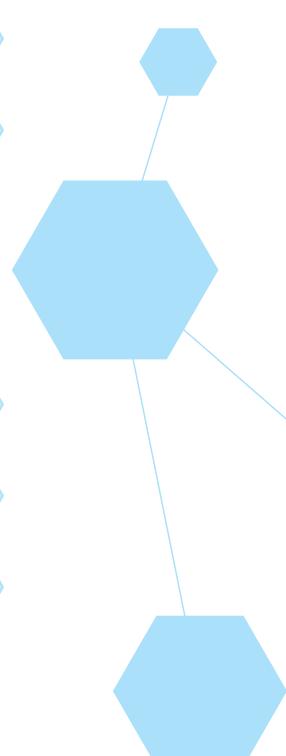




ИСЦЕЛЯТ ЛИ СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОРЫВНЫЕ ИННОВАЦИИ?

Клей Кристенсен, Ричард Бемер, Джон Кенаджи
Will disruptive innovations cure health care?

Prof. Christensen is Professor of Business Administration at Harvard Business School. Dr. Bohmer is a physician and a Senior Lecturer at Harvard Business School. Dr. Kenagy is a physician, a clinical associate professor at the Univ. of Washington and a Visiting Scholar at Harvard Business School

 Представьте себе портативный, низкой мощности рентгеновский аппарат, который может передвигаться на колесах между офисами амбулатории. При этом он создает образы такой ясности и четкости, что педиатры, терапевты и медицинские сестры могут обнаружить трещины в костях своих пациентов без обращения в госпитали. Прибор работает с помощью запатентованного процессора, который использует принцип ночного видения, заимствованный из армейских разработок. Стоимость прибора составляет 10% от стоимости обычного рентгеновского аппарата, он может сэкономить пациентам, их работодателям и страховым компаниям сотни тысяч долларов в год.

Великолепная инновация, не так ли? Когда изобретатель попытался лицензировать эту технологию в соответствующих ведомствах в сфере здравоохранения США, он так и не смог получить разрешение на ее применение. Ни один крупный поставщик рентгеновского оборудования не захотел ее приобретать. Почему? Потому, что эта технология угрожала успеху их бизнес-моделей.

То, что случилось с разработчиком этой рентгеновской технологии, — типичный случай для здравоохранения. Мощные институциональные организации борются с простыми альтернативами дорогому медобслуживанию, так как они могут разрушить их бизнес. Нашему предпринимателю удалось получить лицензию на свою технологию, чиновники, боясь подвергать пациентов риску, не дали бы согласие на ее использование. Радиологи, устанавливающие стандарты лицензирования, соблюдение которых проверяется чиновниками, не хотят терять работу, поэтому также противостоят инновациям. Страховые компании, которые подтверждают только общепризнанные лицензированные процедуры, и больницы, осуществляющие большие инвестиции в оборудование отделений радиологии и неотложной помощи, также присоединяются к силам, которые противостоят изменениям.

Сопротивление системы здравоохранения недорогим альтернативам можно понять, но это ситуация работает против интересов индустрии или пациентов, для которой она существует. Больницы должны быть открытыми для передовых технологий и бизнес-моделей, которые могут



угрожать статус-кво, но в конечном счете повысят качество медицинского обслуживания для каждого пациента. Здравоохранение отчаянно нуждается в том, чтобы двери были открыты для новых сил рынка. Работники же здравоохранения часто содрогаются, когда слышат выражение «новые силы рынка».

Здравоохранение США сегодня находится в глубоком кризисе: система оказания медицинской помощи крайне запутанна, дорога и часто крайне неудовлетворительного качества для потребителей. Самые успешные агентства по управлению медицинской помощью находятся на грани банкротства. В то же время целый ряд прорывных инноваций, масштабных и не очень, может положить конец кризису, но только в том случае, если руководители госпиталей откроют путь и дадут инициативу новым игрокам рынка. Если инновации придут в больницы, мы сможем построить новую систему, для которой будут характерны более низкие цены, более высокое качество и большее удобство на максимальном продвинутом уровне, который может быть достигнут в рамках старой системы.

Что случилось с системой здравоохранения США?

В любой отрасли прорывные инновации пробираются с низов. В то время как доминирующие игроки рынков сосредоточены на улучшении качества своей продукции или услуг, они упускают более простые, удобные и менее дорогостоящие предложения, изначально рассчитанные на небольшой сегмент рынка. Со временем простые предложения становятся настолько лучше, что начинают удовлетворять потребности большинства потребителей и вытесняют с рынка крупные промышленные компании.

Явление опережения потребностей среднестатистических клиентов и создание потенциала для прорыва довольно точно отражают отрасль здравоохранения. Если бы нам нужно было нарисовать график для иллюстрации медицинских услуг, мы бы отразили

сложность диагностики и лечения различных заболеваний на вертикальной оси. Наименее требовательные уровни рынка — это пациенты с простыми расстройствами, например, с инфекционными заболеваниями очевидной этиологии. Наиболее требовательные уровни рынка включают пациентов со сложными, интерактивными проблемами, например, с такими, как у пожилого мужчины с разбитым бедром, с осложнениями в виде диабета, гипертонии и болезни сердца, при которых задействовано несколько систем организма, и трудно распознать их причины и последствия.

Наши основные медицинские учреждения, учебные заведения, группы врачей-экспертов, больницы общего профиля, научно-исследовательские организации — все вместе ошибочно определяют тот уровень медицинской помощи, которая необходима или которая используется подавляющим большинством пациентов. Создатели инноваций в системе здравоохранения сегодня идут маршевым шагом навстречу наиболее сложным и новым научным проблемам. Основные инвестиции на исследования от Национального института здравоохранения направлены на поиски способов лечения болезней, которые исторически считались неизлечимыми. Гораздо меньше средств тратится на обучение тому, как обеспечить медицинской помощью огромное большинство тех, кто постоянно нуждается в более простом, удобном и менее дорогостоящем ее варианте.

Больницы общего профиля, особенно университетские больницы, также ошиблись в выборе модели удовлетворения потребностей большинства пациентов. Их впечатляющие технологические возможности позволяют обеспечить помощью относительно небольшое число тяжело больных пациентов. Но в процессе добавления финансовых ресурсов они пришли к «переобслуживанию» большого числа пациентов с менее серьезными нарушениями, большинства пациентов, которые занимали койки в таких





больницах 20 лет назад, там больше нет: они проходят лечение в более дешевых и узкоспециализированных организациях. В связи с тем, что автономные центры по сердечным заболеваниям, центры амбулаторной хирургии и другие узкоспециализированные учреждения становятся все эффективнее, они и устанавливают более низкие цены. А старые дорогостоящие учреждения не могут с ними конкурировать, так же, как и не существует достаточно больных людей, для поддержания которых они спроектированы. В прошлом году ни одна университетская больница в Массачусетсе ничего не заработала.

Медицинские учебные заведения, врачи-специалисты, больницы и поставщики оборудования проделали исключительную работу по обучению тому, как лечить и решать трудные, неразрешимые проблемы на высокотехнологичном уровне. Но именно из-за этих достижений система здравоохранения в настоящее время созрела для реформ.

Как работают передовые инновации?

Чтобы получить представление о том, какие реформы могут произойти, давайте кратко рассмотрим то, что произошло в других отраслях промышленности. Инновации, произведшие прорыв в других отраслях, добились его путем предоставления большему числу менее квалифицированных людей возможности выполнять в более простых и менее дорогих условиях ту работу, которая исторически могла быть выполнена только дорогими специалистами в централизованных местах.

Например, в 1960-х годах, когда люди нуждались в компьютерной обработке данных, они должны были отнести свои перфорированные карты в корпоративный центр ЭВМ и отстоять в очереди, чтобы специалисты обработали их данные. А персональные компьютеры позволили массе менее квалифицированных людей производить вычисления в их офисах и домах.

Камера Джорджа Истмана сделала любительскую фотографию широко распространенной в массах. Телефон Белла позволил людям общаться без профессиональных операторов телеграфа. Ксерокопирование позволило обычным офисным служащим выполнять функции профессиональных принтеров. Он-лайн брокерские агентства сделали процесс инвестирования таким дешевым и удобным, что даже студенты могут активно управлять своими инвестиционными портфелями. Передовые технологии стали одним из фундаментальных механизмов улучшения качества нашей жизни. Наша система здравоохранения должна быть преобразована таким же образом. Вместо того, чтобы просить высокозатратные медицинские центры и дорогих, узкоспециализированных профессионалов спуститься на рынки массового спроса на медицинскую помощь, мы должны сосредоточиться на том, чтобы создать условия, при которых менее дорогие специалисты будут выполнять все более и более сложные задачи, используя менее дорогие решения.

Нам нужны диагностические и терапевтические методы, позволяющие практикующим медсестрам лечить болезни, которые, например, раньше требовали участия врача или технологии, позволяющие врачам первичной медицинской помощи лечить заболевания, которые требовали участия специалистов. Аналогичным образом нам необходимы инновации, которые позволяют проводить процедуры в менее дорогих, более удобных условиях — врачам необходимо предоставить условия для оказания услуг в своих офисах, которые осуществлялись только во время пребывания в больнице. Графы «Реформы в профессиях здравоохранения» и «Реформы учреждений здравоохранения» предлагают модели, с помощью которых передовые инновации могут преобразовывать систему здравоохранения.

Некоторые подобные нововведения трансформировали отдельные области системы здравоохранения, и в них было достигнуто



более высокое качество медицинской помощи, большее удобство и низкая стоимость медицинских услуг. До 1980 года, например, пациенты с диабетом использовали часто неточные тесты мочи или посещали врача, который брал анализ крови и определял содержание глюкозы на дорогом лабораторном оборудовании. Сегодня пациенты могут носить с собой портативный глюкометр и сами управлять большинством аспектов болезни, которая ранее требовала гораздо большего профессионального участия. Они получают гораздо более высокое качество ухода в гораздо более удобных условиях. Ни один пациент или профессионал не тоскует о старых добрых временах, хотя компании, которые создали большие лабораторные тестеры глюкозы в крови, были все изгнаны с рынка, а эндокринологи испытывают значительный спад спроса на свои услуги.

Еще один подобный пример. До начала 1980-х годов пациенты с коронарной сердечной недостаточностью лечились с помощью шунтирования. Это требовало сильной хирургической команды, сложного оборудования, нескольких дней в больнице и недель для восстановления. Гораздо более простая медицинская процедура, вызывая меньше боли и ограничений в движении, позволяет менее дорогим или специализированным врачам лечить большее количество людей с болезнью коронарной артерии в более бюджетных условиях. Ангиопластика первоначально была использована только в легких случаях и была менее эффективна, чем операция. Эксперты относились к процедуре со скептицизмом, потому что она могла выполнять те манипуляции, которые они не в состоянии были осуществить. Но с течением времени и развитием навыков и приобретением опыта, а также развитием технологических инноваций, таких, как стентов, ангиопластика во многих случаях позволила заменить хирургическое вмешательство, теперь может надежно выполняться в автономном кардиоцентре, не обремененном огромными накладными расходами больниц.

Разрешая менее дорогим врачам лечить диабет и коронарные болезни сердца в менее дорогостоящих клиниках, инновации сделали систему здравоохранения более эффективной. Но, что более важно, при этом не было допущено никаких компромиссов в вопросе качества медицинской помощи. Напротив, больше пациентов получают больше помощи. Когда оказываемая помощь сложна, дорогостояща и неудобна, многие нуждающиеся просто остаются без лечения. До прорыва ангиопластики, например, многие люди с коронарной болезнью сердца должны были остаться с болью в груди или с риском сердечного приступа, не в силах справиться с расходами и неудобствами операции на открытом сердце.

Нам нужно еще много таких открытых, и сегодня мы располагаем ими в пределах досягаемости. К сожалению, учреждения и люди, чьи жизни под угрозой, сами часто им противостоят. Мы видели такое сопротивление в истории с портативным рентгеновским аппаратом. Вот еще один пример. Английский изобретатель разработал систему для быстрого и эффективного подбора очков. Пациент надевает пару очков с плоскими линзами и резиновым шариком, который прикрепляется к каждой дужке. Закрывая один глаз, тестируемый сжимает шарик на правой дужке, пока не сможет прочитать мелкий шрифт на карте. Монометр в шарике настраивает линзы таким образом, чтобы глаз все прекрасно видел. В течение двух минут можно подобрать очки, потратив около \$5. Это передовая технология позволяет пациентам делать самостоятельно то, что исторически требовало навыков профессионалов.

Как и следовало ожидать, представители существующих традиционных профессий мобилизовались, чтобы дискредитировать технологию изобретателя, утверждая, что такие опасности, как глаукома, могут оказаться незамеченными, если пациенты сами будут исправлять свое зрение, и что для долгосрочного благополучия пациентов, уход за





глазами должен быть передан в компетенцию профессионалов. Но давайте найдем способ, позволяющий пациентам правильно корректировать свое зрение, находя потенциально серьезные нарушения на ранней стадии, с которыми им следует обращаться к профессионалам.

Благодаря достижениям в области диагностических и лечебных технологий, даже начинающие врачи теперь могут грамотно и надежно диагностировать и лечить простые заболевания, которые потребовали бы особых образований и опыта от врачей еще несколько лет назад. Точные диагностические приборы, например, позволяют помощникам врачей диагностировать заболевания, такие, как стрептококковая инфекция и сахарный диабет. Кроме того, специальные исследования показали, что практикующие медсестры обычно уделяют пациентам больше времени во время консультаций, чем врачи. Но многие учреждения устанавливают правила, которые не разрешают практикующим медсестрам диагностировать заболевания или назначать лечение, которое они вполне могут осилить.

Некорректным обоснованием такой политики является то, что практикующие медсестры не так хорошо подготовленны, как врачи, и не в состоянии обеспечить уход сопоставимого качества. Это та же логика, которую использовали производители компьютеров, чтобы дискредитировать технологию персонального компьютера. Когда врач диагностирует простое инфекционное заболевание, пациент получает только ту часть подготовки врача, которая относится к простым инфекционным заболеваниям. Исследования показали, что практикующие медсестры с соответствующим образованием могут обеспечивать уход сопоставимого качества в этом сегменте медицинских услуг, даже если им не хватает подготовки в лечении более сложных заболеваний.

Некоторые близорукие сторонники прав пациентов утверждают, что практикующие

медсестры не могут осознать, когда заболевание вне их компетенции. Но врачи семейной практики распознают, когда они могут лечить заболевание и когда с ним необходимо направить к узкому специалисту. Практикующие медсестры, работающие на еще более простых уровнях медицинских услуг, могут сделать то же самое. Реальная причина для блокирования такого передового подхода, как мы подозреваем, является предсказуемое желание врачей сохранить свою традиционную гегемонию на рынке.

Вместо того, чтобы работать над кадровой оптимизацией, которая является неотъемлемой частью экономического прогресса в здравоохранении, сегодняшние руководящие медицинских организаций, страховщики и регулирующие органы заставляют высококвалифицированных врачей спуститься в нишевой сегмент рынка диагностики инфекций уха, бронхита и освобождают практикующих медсестр от тех работ, которые могут быть пре-восходно ими выполнены с помощью новых технологий. Результат этой политики порочен. Чтобы сохранить свои доходы, врачи первичного звена вынуждены принимать пациентов с угрожающей скоростью, тратя лишь несколько минут на каждого, что снижает качество медицинской помощи.

Эта практика, ставшая широко распространенной в большинстве органов управления здравоохранением, сродни тому, что произошло бы, если бы некоторые регулирующие органы в начале 1980-х годов постановили, что, поскольку микропроцессоры уступали в вычислительных мощностях проводным логическим схемам, все персональные компьютеры должны быть оборудованы проводными логическими схемами, а не микропроцессорами. Такое техрегулирование останавливало бы прогресс в отрасли. Тот факт, что мы смогли использовать микропроцессорные компьютеры для работы, с которой они могут справиться, стал ключом к созданию высококачественного, удобного и экономически эффективного компьютера для



всех нас. Разрешение менее дорогим специалистам делать те работы, которые ранее были невообразимы, — один из основных двигателей экономического прогресса, и созданные учреждения медико-санитарной помощи должны его опробовать.

Разрешение кризиса

Сегодня кризис в области здравоохранения США глубок. Но история других разрушительных революций предлагает ряд примеров, как можно управлять системными изменениями. Опишем некоторые из них здесь:

Подход первый. Создать систему, где уровень квалификации врача соответствует сложностям медицинских проблем.

Как мы уже говорили медицинские проблемы могут быть как легко решаемыми, так и очень сложными. В простейшем варианте диагностика и лечение могут быть основаны на следующих правилах: точные данные определяют однозначный диагноз и следование доказанной терапевтической стратегии. Многие инфекционные болезни попадают в эту категорию.

В ситуации среднего уровня сложности несколько множественных показателей данных приводят к постановке окончательного диагноза. Зачатки диабета I типа, например, диагностируются, когда наблюдается следующая картина: нечеткое зрение, непрекращающаяся жажда, потеря веса и частое мочеиспускание. Как только диагноз подтвержден, предлагается стандартизованный протокол лечения. В случае самых сложных заболеваний диагностика и лечение требуют коллективного опыта и осмысления командой клинических исследователей и часто связаны с прохождением цикла тестирования, выстраивания гипотез и проведения экспериментов.

В настоящее время очевидно, что простейшие проблемы могут быть качественно решены и диагностированы менее квалифицированными врачами, а также, что институциональные силы будут бороться с этой

реальностью. Вместо этого мы должны изобретать процедуры и технологии, разрешающие сложные проблемы врачами, чьи навыки пока не соответствуют сложности диагностических проблем.

Расшифровка генома человека позволит ускорить этот процесс. Не так давно, например, лейкемия считалась одним заболеванием. Диагностика и лечение заболевания были сложными: каждый из пациентов по-разному реагировал на терапию, лечение требовало опыта и интуиции лучших онкологов. Расшифровка генома больных помогла исследователям увидеть в том, что мы раньше называли лейкемией, как минимум шесть различных заболеваний, каждому из которых характерна специфическая генетическая карта. Теперь пациенты могут быть точно диагностированы путем сопоставления генетических моделей по шаблону.

Передовые технологии, такие, как эта, в точности то, что необходимо для реформы здравоохранения. Они будут продолжать разрешать менее опытным сотрудникам здравоохранения ставить более точные диагнозы и обеспечивать более высокое качество обслуживания.

Вместо того, чтобы бороться с практикой медсестер, которые вторгаются в их среду, врачи первичного звена должны, «увеличивая свою стоимость на рынке», использовать достижения диагностических и лечебных технологий для выполнения тех медицинских услуг, которые теперь приписываются дорогостоящим больницам и специалистам. Сегодня многие организаторы здравоохранения обеспечивают врачей первичной медицинской помощи финансовым стимулом *не* направлять пациентов к специалистам, а продолжать лечение пациентов, в уходе за которыми они не компетентны, что неминуемо приведет к катастрофе...

Фондовые рынки и венчурные фонды также не были щедры по отношению к компаниям, производящим инновационные продукты медицинского назначения и медицинское оборудование в последние годы,





поскольку другие секторы экономики демонстрировали более заметный потенциал доходности. Большая часть капитала, потраченного на разработку новых продуктов и услуг здравоохранения, была ориентирована на конечный результат — на поддержание технологий, которые позволяют наиболее квалифицированным практикам решать проблемы, которые раньше не могли быть решены. Мы не оспариваем ценность этих нововведений, но они не изменят систему здравоохранения. Но чтобы по-настоящему изменить работу системы здравоохранения, венчурный капитал, предпринимательская энергия и технологии развития должны двигаться не в сторону разработок комплексных решений сложных проблем, а в направлении научных исследований и разработок, нацеленных на упрощение процесса оказания медицинской помощи.

Так как регулирующие органы, инстанции, страховщики, врачи, больницы и медицинские школы имеют мощные взаимные интересы в статус-кво, то прорыв может потребовать согласованного стратегического внимания основных компаний здравоохранения, таких, как Johnson & Johnson, Baxter, Medtronic или Merck. С течением времени они могли бы преодолеть инерцию закрепившихся институтов.

Создание новых организаций для достижения прорыва

Сегодня отрасль здравоохранения пытается сохранить устаревшие учреждения. Тем не менее, история передовых инноваций подсказывает нам, что эти учреждения будут достаточно скоро заменены новыми, чьи бизнес-модели соответствуют новым технологиям и рынкам.

Когда передовые инновации вторглись на основные рынки других отраслей промышленности, тому обычно предшествовал трудный период ввода действительно удобных, по низкой себестоимости, высокого качества продуктов и услуг. В период между 1988 и 1993 годами, например, когда персо-

нальные компьютеры стали доминировать в качестве информационной технологической платформы, бывшие лидеры отрасли пришли в смятение. Все вместе — создатели мейнфреймов и мини-ЭВМ — потеряли 20 миллиардов долларов операционных убытков в течение этого периода. Ни одной из этих компаний не удалось адаптировать свои бизнес-модели, чтобы составить конкуренцию персональным компьютерам. Вместо этого они, казалось, были в состоянии разве что затянуть винты на уже существующих процессах, сокращая расходы за счет слияний и увольнения штата. В течение этого периода не сама компьютерная индустрия оказалась в кризисе, а только ее традиционные институты. Передовые новаторы, такие, как Intel, Sun, Microsoft, Dell, создавали исключительную новую ценность.

Огромные финансовые убытки, которые несут сегодня больницы и органы управления медицинскими учреждениями, отражают именно то, что произошло с доминирующими игроками в других отраслях, подвергшихся изменениям. И реагируют они таким же путем — ужесточая контроль за своими существующими бизнес-моделями. Они закрывают объекты, увольняют работников, вводят в штат рабочих-контролеров, профилья, расходуют миллиарды долларов на создание информационных систем, нанимают консультантов, при этом ничего не меняя в принципе своей работы.

Мы всегда нуждаемся в некотором количестве больниц общего профиля, чтобы обеспечить интенсивной терапией и реанимацией самых тяжело больных пациентов, так же, как мы все еще нуждаемся в IBM и Hitachi, чтобы сделать ЭВМ для самых сложных вычислительных операций. Но очень вероятно, что уход за нарушениями, которые связаны с болезнями одной системы в организме (от боли в ухе до сердечной и почечной недостаточности), будет мигрировать к узкоспециализированным учреждениям, чья специфика работы позволяет обеспечить их



лучшей медицинской помощью с меньшими накладными расходами. Если история является нашим методологом, то система здравоохранения может быть преобразована только путем создания новых институтов, которые могут обеспечить на высоком уровне подавляющее большинство медицинских услуг, а не будет пытаться извилисто преобразовывать существующие учреждения, которые были разработаны для других целей. Уроки для медицинских учреждений сегодня: не бойтесь изобретать институты, которые могут вывести Вас из бизнеса, и прекратите делать инвестиции в умирающие бизнес-модели.

Преодоление инерции управления

Попытка использовать систему регулирования для предотвращения появления передовых инноваций является довольно распространенным явлением. Американские автомобилестроители, например, полагались на импортные квоты до тех пор, пока они могли сдерживать завоевание рынка Toyota

и Honda. К сожалению, регулирующие органы более активны в защите учреждений в области здравоохранения, чем американские автопроизводители. Вместо того, чтобы работать над тем, как сохранить существующую систему, регулирующие органы должны задаться вопросом, каким образом они могут создать условия для появления передовых инноваций. Вернемся к примеру, с которого мы начали, — с недорогого рентгеновского аппарата. Допустим, регулирующие органы хотели бы видеть эту передовую инновацию работающей в офисах врачей, но были бы обеспокоены потенциальными рисками. Они могут потребовать, чтобы все изображения, транслируемые в кабинете врача нерадиологами, передавались через Интернет в центр, где квалифицированные радиологи смогут подтвердить первоначальные диагнозы. Правда, это потребует серьезных инновационных изменений в методах работы самих регулирующих органов — готовы ли они к ним?

Перевод Елизаветы Кураковой

Полезная информация

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ IPAD В РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ



→ омпания Корус Консалтинг разработала прототип интерфейса Федеральной Типовой медицинской информационной системы для планшетных компьютеров Apple iPad. Новое приложение называется MediPad. Оно взаимодействует с Медицинской информационной системой, и позволяет врачу получить историю болезни пациента, результаты его анализов, рентгеновские снимки, назначить диагностику и лечение. Таким образом, врач может работать с информационной системой как не отходя от пациента, так и на другом конце планеты — для работы нужно только Интернет-подключение через Wi-Fi или 3G.

Находясь в любом экране приложения, врач может переключиться на другого пациента, просто выбрав его из списка на панели быстрого доступа. Переключение между пациентами возможно в любой момент сеанса работы с системой.

Источник: <http://www.korusconsulting.ru/>



ЛУЧШИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ 2010 ГОДА В МЕДИЦИНЕ ПО ВЕРСИИ ЖУРНАЛА «TIME»:

Генетически модифицированные комары и лазерная система истребления москитов

Комар — причина заражения малярией 250 млн. человек, из которых 1 млн. умирает. Ученые из Университета штата Аризона изобрели генетически модифицированных комаров, не восприимчивых к возбудителю малярии. Ученые хотят сделать «мутантов» более жизнеспособными и внедрить их в места обитания комаров, чтобы истребить всех переносчиков опасного заболевания. Между тем бывший сотрудник компании Microsoft Натан Мирвولد изобрел лазер, истребляющий комаров, не принося вреда другим насекомым или людям. Лазер распознает комаров по их размеру и размаху крыльев, а затем ярким лучом стремительно отправляет их вниз, не нанося ущерб жизни и здоровью людей.

Инкубатор NeoNurture

Идея создания инкубатора для содержания недоношенных детей принадлежит студентам университетов США. Он создан из деталей старых автомобилей: фары обеспечивают тепло, передняя панель автомобиля отвечает за циркуляцию воздуха, сигнализация оповещает медперсонал, если возникают неполадки с механизмом нагрева. Устройство может даже работать от батареи мотоцикла.

Экзоскелет eLegs

Разработчики инновационного экзоскелета eLegs надеются подарить людям, страдающим параличом нижних конечностей, возможность встать на ноги и сделать несколько шагов. Автоматизированные ножные протезы используют искусственный интеллект, чтобы «прочитать» жесты руки владельца, имитируя естественную человеческую походку. Устройство будет доступно только в реабилитационных центрах, и использовать его можно будет только под контролем специалиста. Реализация намечена на 2013 год.

Первая синтетическая клетка

Крейг Вентер, в 2001 году создавший геном человека, задался целью синтезировать и собрать геном бактерии. За 15 лет такая синтетическая бактерия была создана. Ученый надеется, что его изобретение поможет в дальнейшем создать новые формы биотоплива, а также ускорит производство вакцины от гриппа.

Искусственные легкие

Ученые использовали коллагеновый каркас легкого крысы, включающий биологическую матрицу, и заполнили его стволовыми клетками и биогенными веществами с целью получить органы, способные полноценно обеспечивать организм кислородом после пересадки. Главная задача ученых: частично заменить ткань поврежденных легких, чтобы помочь пациентам с эмфиземой и раком легких.

3D-биопринтер

Компании Organovo и Invitae, базирующиеся в Сан-Диего, разработали трехмерный принтер для печати органов. Устройство компактно и состоит из двух печатающих головок: первая распыляет гель, образуя форму органа, вторая заполняет эту форму клетками, выращенными на основе оригинальных. Печень, почки и даже зубы могут быть воссозданы с точностью до микрона, что исключает возможность отторжения органа.

Быстро растущий лосось

Компания AquaBounty скрестила королевского лосося с разновидностью так называемой американской бельдюги. Такой генетически модифицированный лосось растет в два раза быстрее и достаточно неприхотлив. Экологи отнеслись к этому с большой долей скептицизма, окрестив рыбу «Франкенштайн». Правительство также не пришло к какому-то общему решению, но продукт готовится к выводу на рынок.

Источник: time.com.



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



Thomson S., Foubister T., Mossialos T. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения. — Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. — 241 с.

Cистемы здравоохранения в масштабах всего Европейского Союза (ЕС) сталкиваются с одной общей проблемой: высокая стоимость услуг здравоохранения. Правительства стран ЕС стремятся к тому, чтобы растущее бремя расходов не ставило под угрозу основные ценности — такие как всеобщий охват медицинским обслуживанием, а также соблюдение принципов социальной справедливости в отношении финансирования и доступности услуг.

Данный обзор, сосредоточенный на задачах финансирования здравоохранения (сбор средств, их объединение и закупка услуг), а также на вопросах охвата медицинским обслуживанием, содержит анализ организации финансирования здравоохранения в странах Европейского Союза, обзор основных тенденций в реформах финансирования за последние годы, а также способность этих реформ обеспечить достижение финансовой устойчивости.

Книга включает приложение с подробным описанием систем финансирования здравоохранения каждой из 27 стран Европейского Союза.

С полным текстом книги можно ознакомиться на сайте ЕРБ ВОЗ:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf



Thomson S., Foubister T., Figueras J., Kutzin J., Permanand G., Bryndová L. К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения. — Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. — 56 с.

Предлагаемое краткое изложение принципов, подготовленное к Министерской конференции по вопросам финансовой устойчивости систем здравоохранения в Европе, которая проводилась в Праге 10–12 мая 2009 г. в рамках председательствования Чешской Республики в Европейском Союзе, имеет целью пролить свет на понятие финансовой устойчивости и рассмотреть его практическое значение с точки зрения политики.

Без более точного понимания того, что означает финансовая устойчивость и, что особенно важно, без увязывания в явном виде этой проблемы с такими вопросами, как готовность платить за медико-санитарную помощь, ценность выгод от расходов на здравоохранение и пути улучшения показателей работы системы здравоохранения, предпринимаемые стратегические меры по решению проблем устойчивости могут увести в сторону от цели и привести к непредвиденным последствиям.

С полным текстом брошюры можно ознакомиться на сайте ЕРБ ВОЗ:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/76042/E93058R.pdf





Л.А. Цветкова,

к.б.н., зав. Сектором научно-информационного обслуживания ДВО РАН, ВИНИТИ РАН,
г. Москва, idmz@mednet.ru

Н.Г. Куракова,

д.б.н., начальник отдела по организации инновационной деятельности и охране
интеллектуальной собственности РАМН

НОВЫЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ И РЕСУРСЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ СТРАТЕГИЙ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В конце XX века произошло нарастание процессов экономической интеграции, интернационализации хозяйственной деятельности, глобализации науки, появились новые информационно-коммуникационные возможности обмена научными данными при одновременном удешевлении научных исследований, особенно в области медицины.

Все это привело к активному созданию партнерств для совместного проведения исследований и разработок, что позволяет снизить издержки на НИР и НИОКР, классифицировать научно-исследовательские возможности научных центров мира, согласовать бизнес-модели коммерциализации результатов научной деятельности участников партнерства.

Компания «Эльзивир», чутко реагируя на сформировавшиеся тренды, разработала целый ряд интеллектуальных решений, способных помочь научно-образовательному сообществу наиболее эффективно оценивать, разрабатывать и реализовывать их исследовательские стратегии, которые стали доступны лишь в 2010–2011 гг. [1].

Цель настоящей статьи — познакомить российское профессиональное медицинское сообщество с новыми сервисами компании.

Elsevier — старейшее европейское издательство, выпускающее научную литературу. Современная компания Elsevier («Эльзивир») — крупнейший в мире издатель научно-технической, медицинской литературы и инновационных решений в области генерации и управления знаниями. Ее портфолио представлено 2500 журналов и 11 000 он-лайн-книг (полнотекстовая платформа SciVerse ScienceDirect), специализированными реферативными базами данных: Scopus, Reaxys, Embase, Engineering Village и др., а также инновационными системами анализа, оценки и принятия решений в научно-исследовательской деятельности SciVal.

© Л.А. Цветкова, Н.Г. Куракова, 2011 г.



С августа 2010 года для пользователей ресурсов компании Elsevier открылись новые возможности. Произошло объединение ScienceDirect, Scopus и специализированной поисковой системы Scirus на одной платформе SciVerse с усовершенствованными функциями, ускоряющими продуктивность работы с информацией.

Созданный на платформе **SciVerse** информационный хаб (*SciVerse Hub*) позволяет одновременно получать результаты поиска с указанием рейтинга релевантности и без дублирования (рис. 1):

- в полнотекстовой базе данных SciVerse ScienceDirect;
- в мультидисциплинарной реферативной базе данных SciVerse Scopus;
- по научным материалам из сети Интернет.

Также через *SciVerse Hub* пользователи получают доступ к трем бесплатным приложениям, которые позволяют исследователям:

- производить поиск только по разделам статей из ScienceDirect, посвященным методам или процедуре эксперимента;
- просматривать результаты поиска в виде целых предложений, что позволяет оперативнее находить нужный материал;
- просматривать список наиболее активных авторов (по количеству работ) по заданной теме.

Еще одной новацией компании стали так называемые карты научной продуктивности – *Elsevier SciVal*. Это комплекс инновационных веб-решений, который обеспечивает представление и оценку результатов исследований по всем отраслям науки и позволяет научным организациям и их руководителям получить более точную картину преимуществ и недостатков исследований, проводимых в их организациях, оптимизировать стратегическое вложение средств, а также эффективно определять дальнейшие направления исследовательской работы и принимать рациональные решения при выборе персонала и партнеров.

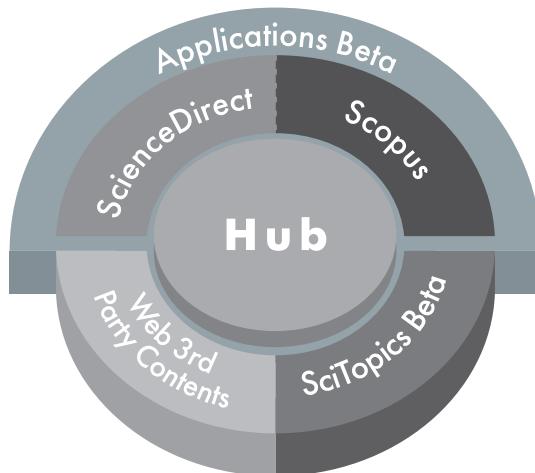


Рис. 1. Информационный хаб (SciVerse Hub)
<http://www.info.sciverse.com/what-sciverse>

Набор услуг **SciVal** включает такие инструменты, как *SciVal Spotlight*, *SciVal Funding* и *SciVal Experts*.

Инструмент **SciVal Spotlight** (<http://www.scival.com/spotlight>) применяет технику визуализации для создания настраиваемых карт научной продуктивности, которые дают графическое представление об эффективности научной организации, региона, страны за определенный период времени, в рамках конкретной научной отрасли с акцентом на конкретных тематических областях.

Отказавшись от традиционного метода оценки результативности исследовательской деятельности по подсчету публикаций, разработчики *SciVal Spotlight* взяли за основу более детализированную модель текущей структуры науки.

На основе анализа совместного цитирования (коцитирования) материалов обширной базы данных, в состав которой входили 6,1 миллиона отдельных работ, опубликованных в период с 2004 по 2008 г., а также два миллиона наиболее часто цитируемых ссылок из этих документов, наиболее цитируемые публикации объединяются в 84 тыс. научных кластеров (*competencies*), каждый из которых развивается небольшой группой ученых, разбросанных по всему миру, кото-





рые образуют «виртуальный научный коллектив». Дополнительным критерием выделения научного кластера является цитирование публикаций кластера в смежных кластерах. Таким образом, статьи, которые интересны только узкой группе авторов и не вносят вклад в развитие других направлений, кластер не формирует. Алгоритм выделения кластеров представлен по адресу: <http://www.scival.com/scival-how-it-works-video>.

Для удобства представления карты науки выделенные кластеры сводятся в 554 дисциплины. Такой подход позволяет, например, выявить группы кластеров, которые активно цитируют друг друга, но их работы практически не востребованы за пределами групповых интересов. Так, одной из дисциплин, выделенных на карте науки, является русская химия (*Chemistry Russia*) — набор кластеров, сформированных авторами из России. Исследователи того или иного ВУЗа или института могут занимать ведущие позиции в одном из 84 тыс. кластеров.

Университетом хорошего международного уровня считается ВУЗ, исследователи которого входят в число топовых авторов 200–300 кластеров. В России этому уровню соответствует МГУ, преподаватели которого активно цитируются примерно в двухстах кластеров. Показатель СПбГУ — более 60 кластеров [2].

Таким образом, *SciVal Spotlight* выявляет взаимосвязанные исследования, выполняемые в рамках одной организации, указывая на уникальные тематические области или «характерные компетенции», в которых организация является лидером. Инструмент также дает возможность лучше понять, какие организации являются конкурентами, и объективно оценить их потенциал, предоставляя информацию об учреждениях с идентичными исследовательскими компетенциями.

Определяя степень развитости каждой тематической области, *SciVal Spotlight* позволяет организациям оценить актуальность публикуемых ими статей, определить их

долю на рынке и позиции по сравнению с конкурентами в этих областях, объективно оценить свой потенциал. *SciVal Spotlight* также определяет актуальность проводимых исследований, вычисляя «коэффициент соответствия новейшим стандартам» путем анализа давности цитирования в опубликованных изданиях. Помимо того, инструмент оценивает процессы роста и падения количества статей по той или иной проблеме и всего публикационного массива за последние пять лет, определяя средний показатель для каждого из них по двухлетней шкале.

«*SciVal Spotlight* обеспечивает руководителям научно-исследовательских организаций и университетов возможность провести анализ результатов их работы и оценить свои достижения по степени их инновационности, а не по классификации журналов, в которых публикуются статьи их исследователей», — поясняет Кевин Бояк, старший консультант издательского дома «Elsevier» по вопросам развития.

SciVal Funding (<http://www.scival.com/funding>) — интеллектуальное веб-решение по распределению фондов, предоставляющее ученым и руководителям научно-исследовательских организаций поддержку при получении финансирования на исследования на конкурсной основе. Инструмент дает доступ более чем к 5000 источникам финансирования, включает целевые рекомендации, составленные на основе предварительно заполненных научных профилей, а также большую историю получения грантов.

SciVal Funding поможет найти новые возможности увеличения шансов в получении грантов и финансирования, а также ответить на следующие вопросы:

- какие возможности финансирования наиболее приемлемы для исследователя?
- какая награда наиболее ценная?
- какие появляются новые гранты и какие из них эволюционируют?
- кто из исследователей является наиболее значимым в данной сфере исследований?



- какие исследовательские проекты получили признание/награды/гранты в прошлом?
- как адаптировать свой запрос для увеличения шансов в получении гранта?

С 2011 года веб-решение SciVal Funding доступно во всех регионах мира.

SciVal Experts (<http://www.scival.com/experts>) — настраиваемая информационная веб-система, позволяющая находить экспертов по разным направлениям исследований и создавать исследовательские группы внутри организации. Сканируя и анализируя все публикации из базы данных Scopus, SciVal Experts создает «отпечатки» индивидуальной исследовательской деятельности и выявляет связи между авторами. Авторские профили генерируются и обновляются автоматически.

SciVal Experts позволяет найти ответы на вопросы:

- какие новые статьи были опубликованы сотрудниками организации и кем именно?
- какие новые гранты были получены и кто именно их получил?
- кто с кем работает?
- с какими внутренними или внешними организациями осуществляется сотрудничество?
- какие исследовательские направления стали перспективными в последнее время?

Scopus TopCited (<http://www.info.sciverse.com/topcited>) — бесплатный web-ресурс, позволяющий получить краткий обзор Топ-20 наиболее цитируемых статей по 26 предметным областям, среди которых: Health professions, Medicine, Neuroscience, Nursing, Pharmacology, Toxicology, Pharmaceutics. Визуализация этих рейтингов происходит на картах Google по аффилиации (место работы) первого автора в качестве географического месторасположения.

Scopus TopCited также позволяет получить информацию о том, кто и когда цитировал выбранную статью. Абоненты Scopus имеют возможность перейти к реферату или полному тексту выбранных статей. Если у пользователя нет доступа к Scopus, можно посмотреть результаты на страницах *Preview of Scopus*

или подписать на бесплатную 30-дневную пробную версию. В таблице 1 мы приводим Топ-20 наиболее цитируемых статей по медицине.

Наряду с вышеперечисленными уникальными сервисами, компания «Эльзевир» выпускает целый ряд специальных электронных продуктов, призванных помочь врачам разных специальностей в принятии клинического решения.

Помимо возможности поиска в мультидисциплинарных базах данных (Scopus, Science Direct, Journals Consult и др.), Эльзевир предоставляет доступ к специализированному библиографическому ресурсу **Embase** (<http://www.embase.com/home>)

Embase — это интегрированная веб-платформа, выполняющая роль интеллектуального шлюза для доступа к высококачественной медико-биологической и фармакологической информации. Данный ресурс предлагает более чем 23 миллиона записей из баз EMBASE и MEDLINE, представленных в более чем 7,5 тыс. журналов. Поиск по всем статьям может осуществляться с использованием единого тезауруса Emtree (58 тыс. терминов, из которых 28 тыс. — лекарства и химические вещества).

Особого внимания заслуживают электронные продукты семейства Consult:

- Система клинических знаний MDConsult — базовая коллекция серии Consult.
- Быстрый помощник врача First Consult.
- Медицинская визуализация — Imaging Consult.
- Медицинские манипуляции — Procedures Consult.
- Дифференциальный диагноз — Path Consult DDX.
- Учебные видеоматериалы — eClips Consult.

Базовая коллекция (standard subscription) MD CONSULT включает более 50 медицинских справочников, охватывающих 31 специальность. В дополнение к 50 справочникам, входящим в состав Standard Subscription,





Таблица 1

Топ-20 наиболее цитируемых статей по медицине в БД Scopus (2007–2011 гг.)

№	Название статьи	Количество цитирований
1	<i>MEGA4: Molecular Evolutionary Genetics Analysis (MEGA) software version 4.0</i> Tamura, K. (2007), Molecular Biology and Evolution, V. 24, Is. 8, P. 1596–1599	6 113
2	<i>Cancer statistics, 2008</i> Jemal, A. (2008), CA Cancer Journal for Clinicians, V. 58, Is. 2, P. 71–96	4 401
3	<i>Cancer statistics, 2007</i> Jemal, A. (2007), Ca-A Cancer Journal for Clinicians, V. 57, Is. 1, P. 43–66	4 089
4	<i>Cancer statistics, 2009</i> Jemal, A. (2009), CA Cancer Journal for Clinicians, V. 59, Is. 4, P. 225–249	2 586
5	<i>2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)</i> Mancia, G. (2007), Journal of Hypertension, V. 25, Is. 6, P. 1105–1187	1 523
6	<i>Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes</i> Nissen, S.E. (2007), New England Journal of Medicine, V. 356, Is. 24, P. 2457–2471	1 448
7	<i>Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma</i> Motzer, R.J. (2007), New England Journal of Medicine, V. 356, Is. 2, P. 115–124	1 425
8	<i>Medical progress: Vitamin D deficiency</i> Holick, M.F. (2007), New England Journal of Medicine, V. 357, Is. 3, P. 266–281	1 361
9	<i>Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma</i> Escudier, B. (2007), New England Journal of Medicine, V. 356, Is. 2, P. 125–134	1 335
10	<i>Ethical authorship and publishing</i> Coats, A.J.S. (2009), International Journal of Cardiology, V. 131, Is. 2, P. 149–150	1 281
11	<i>Heart disease and stroke statistics — 2007 Update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee</i> Rosamond, W. (2007), Circulation, V. 115, Is. 5, P. e69–e171	1 278
12	<i>Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes</i> Friedewald, W.T. (2008), New England Journal of Medicine, V. 358, Is. 24, P. 2545–2559	1 263
13	<i>BEAST: Bayesian evolutionary analysis by sampling trees</i> Drummond, A.J. (2007), BMC Evolutionary Biology, V. 7, Is. 1, P. null	1 174
14	<i>Heart disease and stroke statistics-2008 Update: A report from the American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee</i> Rosamond, W. (2008), Circulation, V. 117, Is. 4, P. e25–e46	1 137
15	<i>Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary</i> Rabe, K.F. (2007), American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, V. 176, Is. 6, P. 532–555	1 094
16	<i>Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes</i> Patel, A. (2008), New England Journal of Medicine, V. 358, Is. 24, P. 2560–2572	1 091
17	<i>Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein</i> Ridker, P.M. (2008), New England Journal of Medicine, V. 359, Is. 21, P. 2195–2207	1 064
18	<i>Computed tomography — An increasing source of radiation exposure</i> Brenner, D.J. (2007), New England Journal of Medicine, V. 357, Is. 22, P. 2277–2284	1 045
19	<i>Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008</i> Dellinger, R.P. (2008), Critical Care Medicine, V. 36, Is. 1, P. 296–327	935
20	<i>Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006</i> Ferlay, J. (2007), Annals of Oncology, V. 18, Is. 3, P. 581–592	916



доступны дополнительные тематические коллекции электронных книг (eBook Collections):

- Medical Education Book Collection (содержит 32 учебника по 13 основным доклиническим специальностям),

- eBook Specialty Collections (52 коллекции, в каждой из которых от 4 до 7 ключевых наименований),

- A la Carte eBooks (более 500 электронных книг).

Также в коллекцию входят полнотекстовые статьи из более 80 наименований журналов. Возможен поиск статей по базам MEDLINE и AIDSLine. Для каждой статьи доступны библиографические данные и оглавление, возможность отсортировать статьи с доступными PDF-файлами. Предусмотрен поиск по 34 наименованиям периодических изданий The Clinics of North America. Доступны полнотекстовые статьи всех клинических вестников с 2002 года. Еженедельно готовятся обзоры статей из других ведущих медицинских журналов, таких как The Lancet, The Journal of the American Medical Association; The New England Journal of Medicine; British Medical Journal; Canadian Medical Association Journal.

Для пациентов подготовлено более 12 500 рецептов и рекомендации. Большинство из них представляют собой структурированный текст (1–2 стр.). Настройки сервиса позволяют добавлять дополнительную информацию к каждому рецепту.

Система MD Consult содержит встроенную **базу лекарственных препаратов Gold Standard** (брэндовые, дженериковые и исследуемые препараты, включая вкусовые и пищевые добавки, используемые в медицинской практике), а также регулярно обновляемые рекомендации FDA и новые клинические данные.

Клинические руководства (Practice Guidelines) включают национальные стандарты и алгоритмы лечения более 200 ведущих медицинских ассоциаций по 42 специальностям. Приведены свыше 1000 отрецензиро-

ванных клинических рекомендаций. Раздел «Обновления рекомендаций» содержит ссылки на последние клинические исследования и ссылки на полный текст.

Коллекция предоставляет возможность поиска по базе, состоящей из более чем **50 000 изображений** — иллюстраций из книг, размещенных на платформе MD Consult, включая фотографии, таблицы, схемы, графики. Доступна функция просмотра с увеличением, а также функция одновременного сравнения до 4 выбранных изображений, удобная для дифференциального диагноза.

Редакционным советом MD Consult ежедневно публикуются обзоры ключевых новостей в области медицины и здравоохранения со всего мира. Предоставляется возможность настроить персональные ежедневные обновления и получать информацию по интересующим темам.

MD Consult имеет **2 учебные программы**, позволяющие врачам получить образовательные баллы on-line, аккредитованные Cleveland Clinic Center for Continuing Education и Cyberounds

К базовой коллекции MDCONSULT в качестве приложения предлагаются следующие дополнительные модули:

FIRST CONSULT — Быстрый помощник врача

First Consult — модуль, построенный на обновляемых источниках доказательной медицины для практикующего врача. Надстройка First Consult облегчает поиск клинически значимой информации среди отобранных достоверных источников, помогает оперативно оценить клинический случай и поставить диагноз, упрощает процедуру принятия клинического решения.

Медицинская визуализация — Imaging Consult

Imaging Consult — Интернет-ресурс, специально предназначенный для более точной и быстрой диагностики в большинстве клинических случаев и помощи принятия решения в сложных случаях.





Ресурс содержит тысячи высококачественных изображений, медицинских манипуляций, а также обширные справочные материалы.

Imaging Consult позволяет:

- быстро найти необходимые изображения высокого качества;
- ускорить подтверждение диагноза в частых и сложных случаях, общаться с коллегами;
- оставаться в курсе и совершенствовать навыки принятия решений, разработать лучшую стратегию лечения для каждого пациента.

Ресурс включает изображения:

- мозга и позвоночника;
- груди;
- сердца;
- грудной клетки;
- желудочно-кишечного тракта;
- головы и шеи;
- хирургических вмешательств;
- опорно-двигательного аппарата;
- по акушерству и гинекологии;
- по педиатрии.

Медицинские манипуляции — Procedures Consult

• Высококачественное видео, текст и иллюстрации для основных медицинских манипуляций по 8 областям:

- > Анестезия (34);
- > Неотложная медицинская помощь (73);
- > Внутренние болезни (46);
- > Ортопедия (52);
- > Семейная медицина (51);
- > Педиатрия (8);
- > Общая хирургия (47);
- > Обучение врачей (34).

• Основные принципы безопасности пациента.

• Информация по показаниям, противопоказаниям, анатомии, оборудованию.

Сервис Path Consult DDX (Дифференциальная диагностика) — Интернет-ресурс, позволяющий быстро подтвердить диагноз.

Path Consult включает тысячи изображений с высоким качеством и содержимое из надежных Мосби- и Сондерс-ресурсов.

• Более 6000 высококачественных изображений, которые могут быть увеличены, чтобы видеть мелкие детали.

• 850 диагнозов, охватывающих все специализации в общей патологии. Мощный инструмент дифференциальной диагностики, позволяющий сравнивать диагнозы, четкая, скатая информация.

• Данные из ведущих авторитетных источников, в том числе Rosai, McKee, and Fletcher.

BrainNavigator (<http://www.brainnav.com/home>) — новый продукт для нейропрактиков, который представляет собой интерактивный атлас и модели мозга в трехмерном разрешении и позволяет проводить исследования, структурный анализ и обучение.

Наряду с вышеперечисленными он-лайн-ресурсами, на сайте Elsevier представлены крупные он-лайн-ресурсы издательства для врачей (The Lancet, OncologySTAT, Cell DNA и др.), содержащие значительный объем тематических материалов, новостей и образовательных ресурсов, часть из которых открыта для некоммерческого использования.

С лета 2007 года в России активизировало свою работу медицинское подразделение Эльзевира Health Sciences International Elsevier, в задачи которого входит издание ключевых наименований книг и журналов Эльзевира на русском языке. В настоящее время Издательство «Elsevier» выпускает русские версии следующих медицинских журналов:

• *Clinical Gastroenterology and Hepatology* (Клиническая гастроэнтерология и гепатология) — официальное издание Американской Гастроэнтерологической Ассоциации (AGA). В русской версии журнала представлены редакторские статьи российской редколлегии и переводные статьи из оригинальных источников.

• *The Lancet Infectious Diseases* — журнал семейства The Lancet, имеющий самый высокий индекс цитируемости (impact factor) 15,58 среди периодических научных изданий, посвященных проблемам инфекций и инфек-



ционных болезней. (Выпускается на русском языке с 2010 г.)

- *Top7 — самые читаемые статьи из медицинских журналов Elsevier.* Top7 — приложение к ежемесячному он-лайн-изданию Elsevier для медицины, в котором размещены полные тексты 7 статей из медицинских журналов, выпускаемых Elsevier. Статьи отбираются редакцией из числа самых читаемых на платформе ScienceDirect (по данным Top-25 Hottest Articles).

Выступая 25 марта 2011 г. на расширенном заседании коллегии «Об итогах работы Минздравсоцразвития России в 2010 году и задачах на 2011 год» Министр Татьяна Голикова отметила: «Не секрет, что научная деятельность в России осуществляется в условиях межведомственной разобщенности и высокой степени ведомственной закрытости. Фактически наука замкнута «сама на себя». Мы должны научиться работать с компетенциями отдельных групп исследователей, лабораторий. Должен быть сформулирован системный подход к формированию государственного задания на выполнение научно-исследовательских работ по приоритетным

направлениям инновационного развития здравоохранения, а также предложения по внедрению системы оценки эффективности научной деятельности».

Отдавая должное профессиональности подхода Минздравсоцразвития к построению системы управления результатами научной деятельности, нельзя не отметить сложность формализации поставленной задачи. Как будут выявляться и оцениваться «компетенции отдельных групп», их соответствие мировым исследовательским фронтам, на чем будут основаны прогнозы развития отдельных направлений медицинских исследований?

Представляется, что возможности интеллектуальных систем Эльзивира должны быть использованы для серии аналитических исследований, позволяющих идентифицировать научный уровень отдельных групп и лабораторий и на основе этого вырабатывать системный подход к формированию государственного задания на выполнение научно-исследовательских работ по приоритетным направлениям инновационного развития здравоохранения.



Литература

1. Elsevier (Информация. Решения. Инновации) // <http://www.elsevier.ru/>.
2. Толмачев Д. Хирш по-уральски // Эксперт-Урал. — № 11(413). — 22 марта 2010 г. — статья доступна на сайте <http://www.expert-ural.com/25-0-8751/>.





От редакции:

Новый закон, посвященный обязательному медицинскому страхованию, уделяет большое внимание обеспечению равных прав граждан на получение медицинской помощи в рамках ОМС на всей территории Российской Федерации. Этому должны служить, в частности, внедрение полиса ОМС единого образца и ряд других мер, к числу которых относится и урегулирование взаимоотношений при оказании медицинской помощи так называемым «иногородним» жителям. Насколько принятый порядок решает существующие проблемы, Вы узнаете из предлагаемого материала.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова



ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РАСЧЕТОВ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗАННУЮ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ ЗА ПРЕДЕЛАМИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, НА ТЕРРИТОРИИ КОТОРОГО ВЫДАН ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Консультирует
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Обеспечение прав граждан на бесплатную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования определяется не столько жесткой системой контроля, сколько наличием финансовых интересов медицинских организаций в оказании медицинской помощи соответствующим контингентам.

Не секрет, что традиционно в системе ОМС существует ряд категорий пациентов, в оказании которым медицинской помощи у медицинских организаций существует низкая мотивация в силу отсутствия гарантий оплаты оказанных услуг, сложности оформления документации и т.д. Наряду с лицами БОМЖ, это зачастую жители других государств (стран СНГ) и субъектов Российской Федерации.

Соответственно представляет интерес, насколько существующая проблема решена в рамках нового законодательства и принятых подзаконных актов.

Сначала рассмотрим законодательную базу. Пункт 6 части 1 статьи 6 Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 326-ФЗ) устанавливает, что к полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, установленными Федеральным законом № 326-ФЗ, в том числе осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.

Порядок расчетов установлен в части 8 статьи 34 указанного закона. ТERRITORIALНЫЙ фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, не позднее 25 дней с даты представления счета медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. ТERRITORIALНЫЙ фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета, предъявленного территориальным фондом по

месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В соответствии с частью 11 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи в случае, если медицинская помощь оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, согласно части 10 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

Часть 8 статьи 34 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливает, что порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, определяется правилами обязательного медицинского страхования (далее — Правила).

Указанные Правила утверждены Приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

В соответствии с Правилами территориальный фонд по месту оказания медицинской





помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой, не позднее 25 дней с даты представления счета медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета, предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Данное положение Правил повторяет содержание вышеупомянутой части 8 статьи 34 Федерального закона № 326-ФЗ.

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, на территории которого оказана медицинская помощь, принимает меры по исключению оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис.

Территориальные фонды осуществляют расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой (далее — межтерриториальные расчеты), за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи и территориальный фонд, в котором выдан полис (далее — территориальный фонд по месту страхования), осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля. Указанный порядок утвержден приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (Приказ 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»).

Обмен данными при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис, производится в электронном виде в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

При технической невозможности осуществления данного обмена в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться документом в бумажном виде.

Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее — реестр), в территориальный фонд по месту оказания

медицинской помощи не позднее 10 рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

Счет должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью медицинской организации.

Реестр счета за медицинскую помощь должен содержать следующие сведения:

- 1)** наименование медицинской организации;
- 2)** ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 3)** период, за который выставлен счет;
- 4)** номер позиции реестра;
- 5)** сведения о застрахованном лице:
 - фамилия, имя, отчество (при наличии);
 - пол;
 - дата и место рождения;
 - данные документа, удостоверяющего личность;
 - СНИЛС (при наличии);
 - номер полиса;
- 6)** сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:
 - вид оказанной медицинской помощи (код);
 - диагноз в соответствии с МКБ-10;
 - дату начала и дату окончания лечения;
 - объемы оказанной медицинской помощи;
 - профиль оказанной медицинской помощи (код);
 - специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);
 - тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;
 - стоимость оказанной медицинской помощи;
 - результат обращения за медицинской помощью (код).

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией счета и реестра счетов и при отсутствии дефектов и нарушений, изложенных в порядке организации и проведения контроля (далее — причины), требующих дополнительного рассмотрения реестра,

осуществляет оплату оказанной медицинской помощи.

При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи организует и проводит медико-экономическую экспертизу и/или экспертизу качества медицинской помощи.

Правила в соответствии с частью 10 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливают, что по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Указанная статья 41 определяет порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, который, в частности, предусматривает, что сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. При этом неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.





Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 рабочих дней с даты представления счета медицинской организацией производит оплату его с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и направляет территориальному фонду по месту страхования счет.

Данный счет содержит следующие сведения:

- 1)** номер позиции счета;
- 2)** наименование субъекта Российской Федерации, на территории которого оказана медицинская помощь;
- 3)** наименование субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис;
- 4)** период, за который выставлен счет;
- 5)** сведения о застрахованных лицах, которым оказана медицинская помощь в разрезе застрахованных лиц:
 - фамилия, имя, отчество (при наличии);
 - пол;
 - дата и место рождения;
 - данные документа, удостоверяющего личность;
 - номер полиса;
- 6)** сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:
 - вид оказанной медицинской помощи (код);
 - диагноз в соответствии с МКБ-10;
 - дату начала и дату окончания лечения;
 - объемы оказанной медицинской помощи;
 - профиль оказанной медицинской помощи (код);
 - специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);
 - тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;
 - стоимость оказанной медицинской помощи;
 - результат обращения за медицинской помощью (код);

7) вид информации: 0 — основная, 1 — исправленная;

8) сведения о результатах проведенного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Счет должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью территориального фонда.

Территориальный фонд по месту страхования не позднее 25 рабочих дней с даты получения счета в электронном виде проводит медико-экономический контроль счета, возмещение средств по счету с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля и при наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения, направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, в котором указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин их дополнительного рассмотрения.

Акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, должен содержать следующие сведения:

- 1)** реквизиты счета, требующего дополнительного рассмотрения;
- 2)** номер позиции счета;
- 3)** номер полиса;
- 4)** сумма по счету;
- 5)** сумма, не принятая к оплате;
- 6)** дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код).

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 рабочих дней с даты получения в электронном виде акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, и протокола обработки реестра проводит медико-экономическую экспертизу и/или экспертизу качества меди-



цинской помощи страховых случаев по не принятым к возмещению частично или полностью позициям счета и повторно направляет по ним исправленную часть счета с приложением сведений о результатах проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества указанных страховых случаев в территориальный фонд по месту страхования в соответствии с пунктом 133 Правил. Содержание этого пункта было указано выше.

Позиции счета, требующие повторного рассмотрения, принимаются территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи по факту поступления от территориального фонда по месту страхования в электронном виде с составлением акта о суммах, не принятых к возмещению по выставленному счету. При получении дополнительной информации к позициям счета принятые суммы возмещаются.

Акт о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету, должен содержать следующие сведения:

- 1)** реквизиты счета;
- 2)** номер позиции счета;
- 3)** номер полиса;
- 4)** сумма по счету;
- 5)** сумма, не принятая к оплате;
- 6)** дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код).

Оплата исправленной части счета производится территориальным фондом по месту страхования не позднее 10 рабочих дней с даты получения информации от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи в электронном виде.

Причинами, требующими дополнительного рассмотрения отдельных позиций счета, являются случаи, изложенные в порядке и организации проведения контроля.

Следует особо обратить внимание на то, что не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь по видам, не входящим в базовую программу.

Данное положение предполагает, что в случае, когда в субъекте Российской Федерации территориальная программа ОМС по видам медицинской помощи шире, чем базовая программа, медицинская организация не получит оплату за оказанные иногороднему жителю виды услуг, не входящие в базовую программу. Другими словами, затраты на оказание этих медицинских услуг, превышающих базовую программу ОМС, не будут возмещены медицинской организацией. Причем даже в том случае, если эти виды помощи, оказанные сверх базовой программы ОМС, включены и в территориальную программу ОМС того субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС.

Естественно, что в этом случае иногородние пациенты окажутся для медицинской организации менее «выгодными» по сравнению с жителями своего субъекта.

Обращение с реестрами осуществляется в соответствии с правилами обращения с документами, содержащими информацию ограниченного доступа, не относящуюся к государственной тайне.

Сверка расчетов по счетам проводится ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно (далее — отчетный период) с оформлением акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее — акт сверки).

Акт сверки должен содержать следующие сведения:

- 1)** сальдо на начало отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы;
- 2)** номер счета, дата;
- 3)** суммы счетов, предъявленных к возмещению, возмещенных и отказалось в возмещении;
- 4)** сальдо на конец отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы.





Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи составляет акт сверки по счетам, выставленным к возмещению территориальным фондам по месту страхования, в двух экземплярах и направляет до 15 ноября отчетного года в территориальные фонды по месту страхования.

Территориальный фонд по месту страхования, получивший акт сверки, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 декабря отчетного года направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи.

Таким образом, мы видим, что разработана достаточно четкая система расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Тем не менее, только практика покажет, насколько она оказалась эффективной. Однако уже сейчас видно, что во многих отношениях иногородние пациенты оказываются менее желанными по сравнению с жителями своего субъекта Российской Федерации. Причины этого следующие:

— более сложная процедура оформления документации за пролеченного пациента;

— удлинение сроков получения оплаты по сравнению со случаями оказания помощи жителям своего субъекта Российской Федерации;

— обязательность медико-экономического контроля со стороны территориальных фондов ОМС, причем и со стороны территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, и территориального фонда по месту страхования.

Все это может создать определенные сложности с доступностью некоторых видов медицинской помощи в других субъектах Российской Федерации.

С другой стороны, реализация Федерального закона № 326-ФЗ будет способствовать выравниванию финансовой обеспеченности системы ОМС на территории страны, что позволяет рассчитывать на уменьшение различий в объемах территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации. Это, наряду с более жесткими санкциями в отношении медицинских организаций, будет способствовать нейтрализации возможных негативных моментов при оказании медицинской помощи иногородним пациентам.

Органайзер

IV ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

Дата и место проведения: 25–27 мая 2011 г., г. Санкт-Петербург

Темы:

- Настоящее и будущее государственных учреждений здравоохранения (в контексте принятия 83-ФЗ).
- Перспективы введения новых организационно-правовых форм государственных ЛПУ в здравоохранении (опыт Санкт-Петербурга).
- Современное российское законодательство по здравоохранению.
- Международное сотрудничество в здравоохранении — шаг к улучшению.

Подробнее на www.medforumspb.ru



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

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



и д.п.н. О.В. ОБУХОВА



Какие нормативные акты вышли в связи с принятием закона об ОМС?

К числу основных подзаконных актов, которые были изданы в связи с реализацией Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 326-ФЗ), относятся следующие:

- Постановление Правительства РФ от 31.12.2010 № 1226 «Об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1227 «Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».





- Постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2010 г. № 1156 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2010 № 1168н «Об утверждении Порядка регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования».
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2010 № 1169н «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховыми взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 г. № 1174н «Об утверждении порядка рассмотрения дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложения штрафов должностными лицами Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 г. № 1184н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 г. № 1185н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год».
- Приказ Минздравсоцразвития России 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».
- Приказ ФФОМС от 22 февраля 2011 года № 40 «Об утверждении порядка формирования и формы заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами».
- Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
- Письмо ФФОМС от 15.03.2011 № 1257/30-4/и «О реализации Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230».

Частник не хочет обслуживать население по участковому принципу, а хочет взять на себя только какие-то объемы, например, посещения врачей-специалистов, то есть взять на себя только консультационную помощь без бабушек с ОНЛС. Есть ли защита или муниципальные учреждения здравоохранения будут везти на себе самую трудную работу, так как им орган власти может приказать, а «сливки» снимать будет частник?

Такой ситуации не будет. Часть 10 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ определяет, что объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределя-



ются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее — Комиссия) между медицинскими организациями, исходя из количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи». То есть Комиссия при распределении плановых объемов амбулаторно-поликлинической помощи будет выбирать те ЛПУ, к которым прикрепились застрахованные (включая обслуживание на дому). Если нет таких прикрепившихся жителей, то и объемов медицинской помощи, подлежащих оплате в системе ОМС, частные медицинские организации не получат. Если же будут прикрепившиеся, то частные медицинские организации должны будут полностью обслуживать это население и по участковому принципу тоже.

Что делать, если ФОМС, ссылаясь на 230 приказ, отказывает оплачивать объем сверх 100% муниципального заказа на этапе приема реестров, до экспертизы и т.д.?

Действительно, в соответствии с подпунктом 5) пункта 9 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее — Порядок), утвержденного Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее — Приказ № 230), предусматривается проверка отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

Однако, во-первых, требуется уточнение: какой объем превышен — действительно ли муниципальный заказ? И заключен ли новый договор в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 г. №1184н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»?

Дело в том, что в соответствии с частью 1 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования *и которым решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования*, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном настоящим Федеральным законом порядке.





Если Комиссией указанный объем не установлен (или Комиссия еще не создана), а также если действует прежний договор, то страховая медицинская организация не может ссылаться на Приказ № 230.

Во-вторых, даже если есть все основания для применения Приказа № 230, необходимо обратиться в страховую организацию и при необходимости — в территориальный фонд обязательного медицинского страхования с аргументированной просьбой об оплате объемов медицинской помощи, превышающей объемы, установленные Комиссией.

Согласно 2.9. Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1185н «Об утверждении формы Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год», «Страховая медицинская организация обязуется: осуществлять формирование и пополнение запасного резерва для возмещения превышения расходов на оплату медицинских услуг над средствами, предназначенными на эти цели, из средств, полученных из территориального фонда, по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором». То есть у страховой медицинской организации должны быть средства на эти цели.

А территориальный фонд вправе в соответствии с п. 5.1 указанного договора принимать решение о предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленных для страховой медицинской организации объемов средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифом, увеличением числа застрахованных лиц и (или) изменением их половозрастной структуры после проведения проверки в течение 10 рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации.

Тем более, что пункт 2 части 7 статьи 34 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливает, что территориальный фонд аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, **формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования** в порядке, установленном Федеральным фондом.

В соответствии с п. 76 Порядка при несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

Впрочем это право у нее есть и в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации.



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

УТОЧНЕНО, КАКИЕ ОБЯЗАННОСТИ СУБЪЕКТОВ ФЕДЕРАЦИИ ДОЛЖНЫ ОТРАЖАТЬСЯ В СОГЛАШЕНИЯХ О ФИНАНСИРОВАНИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 марта 2011 г. № 193н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 февраля 2011 года № 141н «Об утверждении Порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011–2012 годы»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 марта 2011 г. Регистрационный № 20 100.

Скорректирован порядок заключения соглашений высших исполнительных органов власти субъектов Федерации с Минздравсоцразвития России и ФФОМС о финансировании региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 гг.

Соглашения должны содержать, в частности, обязанности регионов. Так, последние должны обеспечивать финансирование укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения. Необходима проектно-сметная документация на завершение строительства ранее начатых объектов с указанием их технической готовности (не менее 80%) по состоянию на 1 января 2011 г., на капитальный и текущий ремонт. Речь также идет о перечнях медоборудования и санитарного транспорта с обоснованием стоимости их приобретения.

Указано, что соглашение представляется на подпись Министру или по его поручению заместителю.

МЕДПОМОЩЬ ОНКОБОЛЬНЫМ: ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ О СУБСИДИРОВАНИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 февраля 2011 г. № 112н «Об утверждении формы соглашения о софинансировании расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 марта 2011 г. Регистрационный № 20 307.

Регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на софинансирование расходных обязательств, связанных с совершенствованием медпомощи онкобольным.

Средства предоставляются на основании соглашения с Минздравсоцразвития России. Утверждена его форма. Напомним, что уровень софинансирования не может быть выше 95% и ниже 5% размера расходного обязательства.

В 2011 г. общий объем субсидий составляет 5 956,25 млн. руб.





ЖНВЛС: УПОРЯДОЧИВАЕТСЯ НОРМАТИВНАЯ БАЗА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 февраля 2011 г. № 139н «О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 24 марта 2011 г. Регистрационный № 20 271.

1 сентября 2010 г. вступил в силу новый закон, регулирующий порядок обращения лекарств.

В связи с этим утрачивает силу приказ Минздравсоцразвития России об урегулировании споров, возникающих при госрегистрации предельных отпускных цен производителя на ЖНВЛС, принятый в соответствии с прежним законом.

УТОЧНЕНО, КАК ПРОВОДИТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 марта 2011 г. № 163н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 марта 2011 г. Регистрационный № 20 308.

Уточнен порядок проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Установлен норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации 1 работающего гражданина в 2011 г. Он равен 1 418 руб.

Диспансеризация проводится медорганизациями, участвующими в реализации программ госгарантiiй оказания гражданам бесплатной медпомощи.

Средства, полученные медорганизациями, на дополнительную диспансеризацию направляются на оплату труда участвующих в ее проведении работников, в том числе привлекаемых по договорам с учреждениями, имеющими лицензию на недостающие виды работ, на приобретение расходных материалов.

Граждане, в отношении которых проводилась дополнительная диспансеризация в 2008–2010 гг., повторно дополнительной диспансеризации в 2011 г. не подлежат.

Указано, что некоторые исследования могут не проводиться по медицинским показаниям (например, маммография).

ПО КАКОЙ ФОРМЕ НУЖНО ОТЧИТЫВАТЬСЯ О ПРОВЕДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН?

Приказ Федерального фонда ОМС от 20 января 2011 г. № 16 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 марта 2011 г. Регистрационный № 20 309.

Утверждены формы представления сведений о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан (№ 1-ДД и № 2-ДД). Медорганизации, участвующие в реализации приоритетного нацпроекта в сфере здравоохранения, направляют указанные данные в ТФОМС. Срок — до 20 числа месяца следующего за отчетным.

ТФОМС представляют сводную информацию по региону в ФФОМС до 25 числа месяца, следующего за отчетным. Приведены рекомендации по заполнению отчетных форм. Данные формируются нарастающим итогом. Прежние формы утратили силу.



ОТЧЕТНОСТЬ РЕГИОНОВ О ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЛЬГОТНИКОВ: УТОЧНЕНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 февраля 2011 г. № 79н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2007 г. № 816 «Об утверждении форм и порядка предоставления отчетности об осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации по организации обеспечения граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 марта 2011 г. Регистрационный № 20 252.

Уточнены формы и порядок представления отчетности о реализации регионами переданных полномочий по обеспечению лекарственными средствами, медизделиями и специализированными продуктами лечебного питания. Их бесплатно (или со скидкой) получают льготные категории граждан, которым оказывается государственная соцпомощь (в частности, инвалиды, участники ВОВ, чернобыльцы, ветераны боевых действий).

Теперь речь идет о лекарственных препаратах, а не о средствах.

Дело в том, что к последним, помимо препаратов, относятся и фармацевтические субстанции.

Это также касается отчетности об использовании субвенций, выделенных из федерального бюджета на вышеуказанные цели.

Отчет о реализации переданных полномочий представляется в Росздравнадзор каждый квартал и по итогам за год до 15 числа месяца (ранее — каждый месяц до 10 числа).

СУБСИДИИ РЕГИОНАМ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДТП: ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СРЕДСТВ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 февраля 2011 г. № 113н «Об утверждении формы соглашения о софинансировании расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 марта 2011 г. Регистрационный № 20 243.

В 2011 г. регионам предоставляются субсидии на совершенствование организации медпомощи пострадавшим при ДТП.

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

СУБСИДИИ РЕГИОНАМ НА ФОРМИРОВАНИЕ У НАСЕЛЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СРЕДСТВ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 февраля 2011 г. № 115н «Об утверждении формы соглашения о софинансировании расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 марта 2011 г. Регистрационный № 20 248.





В 2011 г. регионам предоставляются субсидии на софинансирование мероприятий по формированию у населения здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака. Для получения средств высший орган исполнительной власти региона должен заключить соглашение с Минздравсоцразвития России. Утверждена его форма.

КАК ОЦЕНИВАЕТСЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДПОМОЩИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 февраля 2011 г. № 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 марта 2011 г. Регистрационный № 20 238.

В 2011–2012 гг. реализуются региональные программы модернизации здравоохранения. В частности, они предусматривают мероприятия по повышению доступности амбулаторной медпомощи. Утверждены показатели оценки деятельности специалистов с высшим и средним медобразованием, участвующих в реализации названных мероприятий.

Для оценки качества работы специалистов с высшим образованием используются такие показатели, как процент выявленных на ранней стадии и запущенных заболеваний, процент осложнений при проведении операций, процент случаев несвоевременной госпитализации, приводящей к ухудшению состояния больного.

Качество работы специалистов со средним образованием оценивается по следующим критериям: отсутствие случаев нарушения установленных санитарных правил и норм, осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций, обоснованных жалоб пациентов.

Установлены основные учетные документы, используемые при оценке. Это медицинская карта амбулаторного больного, контрольная карта диспансерного наблюдения, талон амбулаторного пациента, карта диспансеризации ребенка.

Региональным властям рекомендовано определить минимальные значения показателей оценки деятельности специалистов. При этом должны быть учтены численность, плотность и возрастно-половой состав населения, уровень и структура заболеваемости и смертности, географические и иные особенности.

Целесообразно также установить дополнительные показатели оценки деятельности названных специалистов.

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, МОЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ ВНЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Постановление Правительства РФ от 24 марта 2011 г. № 206 «О внесении изменения в Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (не вступило в силу)

Установлено, что степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, может определяться врачом-судебно-медицинским экспертом в медучреждениях.

Ранее это можно было делать в медучреждениях государственной системы здравоохранения.

Напомним, что в декабре 2010 г. Верховный Суд России признал недействующей норму, не допускающую определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью, вне медучреждений государственной системы здравоохранения.



ВЫДАЧА РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ И ОПЛАТА МЕДУСЛУГ, ОКАЗАННЫХ ЖЕНЩИНАМ: НОВЫЙ ПОРЯДОК

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 февраля 2011 г. № 73н «О порядке и условиях оплаты медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 22 марта 2011 г. Регистрационный № 20 221.*

Установлены новые порядок и условия оплаты медорганизациям услуг, оказанных во время беременности, родов и в послеродовой период. Речь также идет о диспансерном (профилактическом) наблюдении ребенка в течение первого года жизни. Кроме того, пересмотрен порядок выдачи женщинам родовых сертификатов.

Услуги оплачиваются ФСС России за счет межбюджетных трансфертов, перечисляемых из бюджета ФФОМС. Для этого медорганизация должна заключить с территориальным органом ФСС России договор. Основание для оплаты услуг — талоны родового сертификата. Их форма осталась прежней.

Чтобы получить родовой сертификат, нужно предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, страховой полис ОМС и пенсионное свидетельство. В противном случае для оплаты услуг в соответствующих графах талонов необходимо указать причину отсутствия документов.

Родовые сертификаты выдаются женской консультацией при явке к врачу на очередной осмотр со сроком беременности 30 недель (при многоплодной — 28) и более.

Нормативы оплаты не изменились. Так, услуги, оказываемые в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе, финансируются из расчета 3 тыс. руб. на каждую женщину.

Медорганизации ежемесячно до 10-го числа представляют в территориальные органы ФСС России счет на оплату услуг с приложением надлежаще оформленных талонов родовых сертификатов и их реестров.

Средства перечисляются на лицевые счета до 20-го числа каждого месяца.

Сохранены основания для отказа в оплате. Например, при постановке ребенка на диспансерный учет после 3 месяцев жизни или в случае родов вне родильного дома.

ЛЬГОТНЫЙ РЕЦЕПТ, ВЫДАННЫЙ ПЕНСИОНЕРУ, ДЕЙСТВУЕТ З МЕСЯЦА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 января 2011 г. № 13н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 15 марта 2011 г. Регистрационный № 20 103.

Скорректирован порядок назначения и выписывания лекарственных средств, медизделий и специализированных продуктов лечебного питания. Их бесплатно (или со скидкой) получают льготные категории граждан (в частности, инвалиды, участники ВОВ, чернобыльцы, ветераны боевых действий). Теперь речь идет о лекарственных препаратах, а не о средствах.

Дело в том, что к последним, помимо препаратов, относятся и фармацевтические субстанции.

В частности, установлено, что в верхнем левом углу рецепта (формы № 148-1/у-04(л) и № 148-1/у-06(л)) проставляется штамп медорганизации (ранее — ЛПУ).





Рецепт, как и прежде, действует 1 месяц со дня выписки. Однако, если он выдан лицу пенсионного возраста, то срок составляет 3 месяца.

СУБВЕНЦИИ РЕГИОНАМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЬГОТНИКОВ: НОРМАТИВЫ ЗАТРАТ НА 2011 Г.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 февраля 2011 г. № 108н «О нормативах финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по санаторно-курортному лечению, а также по предоставлению проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 марта 2011 г. Регистрационный № 20 164.

Регионам из федерального бюджета выделяются субвенции на предоставление льготным категориям граждан путевок на санаторно-курортное лечение и бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

С 1 января 2011 г. размер субвенций рассчитывается исходя из нормативов финансовых затрат в месяц на 1 гражданина по предоставлению путевок и проезда. Установлено, что на 2011 г. по санаторно-курортному лечению этот норматив равняется 87 руб. 75 коп., по проезду на междугородном транспорте к месту лечения и обратно — 11 руб. 75 коп.

Напомним, что в 2010 г. размер субвенций определялся исходя из стоимости 1 дня пребывания в санатории (устанавливалась Минздравсоцразвития России) и количества этих дней, а также средней стоимости проезда к месту лечения в текущем году (по данным региональных властей).

УЧЕТНАЯ ПОЛИТИКА И РАБОЧИЙ ПЛАН СЧЕТОВ БЮДЖЕТНОГО УЧЕТА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ: НОВАЯ РЕДАКЦИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2010 г. № 1268 «Об утверждении учетной политики Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Утверждены новые учетная политика и рабочий план счетов бюджетного учета Минздравсоцразвития России.

Департамент учетной политики и контроля ведет учет в электронном виде раздельно в разрезе разделов, подразделов, целевых статей, видов расходов, кодов КОСГУ бюджетного финансирования. При этом используются 3 программы: «1С: Предприятие 8.1 — Зарплата и кадры бюджетного учреждения», «1С: Предприятие 8.1», «1С: Предприятие — Свод отчетов ПРОФ» (соответственно для учета зарплаты, бюджетного учета и свода отчетов).

При оформлении хозопераций применяются унифицированные формы первичных учетных документов, утвержденные Росстатом и Минфином России. В случае их отсутствия, а также при подготовке внутренней бухотчетности применяются формы первичных документов и внутренней отчетности, разработанные и оформленные в соответствии с Законом о бухучете.

Приказ распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2011 г. Акт, утвердивший прежние политику и план, признан утратившим силу.

ПЕРЕСМОТРЕНА НОМЕНКЛАТУРА СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ЛИЦ С ВЫСШИМ И ПОСЛЕВУЗОВСКИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 февраля 2011 г. № 94н «О внесении изменений в номенклатуру специальностей специалистов



с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 16 марта 2011 г. Регистрационный № 20 144.

Уточняется номенклатура специальностей лиц с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием.

Изменения касаются специальностей, требующих дополнительной подготовки.

Теперь восстановительная медицина не относится к числу таковых по следующим основным специальностям. Неврология. Общая врачебная практика (семейная медицина). Педиатрия. Скорая медицинская помощь. Терапия. Травматология и ортопедия. Данное изменение вступает в силу с 2012 г.

Если основной специальностью является онкология, то дополнительная подготовка требуется в том числе для радиотерапии (а не радиологии).

По педиатрии в перечень специальностей, требующих дополнительной подготовки, включена гематология.

КАК БУДЕТ РЕАЛИЗОВЫВАТЬСЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА РОССИИ?

Распоряжение Правительства РФ от 10 марта 2011 г. № 367-р «О плане мероприятий по реализации в 2011–2015 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»

Утвержден план мероприятий по реализации в 2011–2015 гг. концепции демографической политики России на период до 2025 г.

Предполагается провести мероприятия по сокращению уровня смертности населения. В частности, должна быть усовершенствована организация медпомощи пострадавшим при ДТП, лицам с онкозаболеваниями. Планируется повысить доступность высокотехнологической медпомощи, построить и ввести в эксплуатацию новые федеральные центры высоких медтехнологий.

Планируется развивать перинатальные центры, создавать обучающие симуляционные центры, внедрить комплексную пренатальную диагностику нарушений развития ребенка.

Россиянам будут прививать здоровый образ жизни. Надо развивать систему социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

Предполагается совершенствовать механизмы использования материнского капитала, в том числе за счет введения финансируемого из регионального бюджета. Будут обеспечены жильем молодые семьи и специалисты в сельской местности.

Планируются также мероприятия, направленные на повышение миграционной привлекательности регионов.

Исполнители должны 1 раз в полугодие представлять в Минздравсоцразвития России информацию о ходе выполнения плана. Срок — до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом. Последнее в свою очередь отчитывается перед Правительством РФ. Срок — до 30 числа месяца, следующего за отчетным полугодием.

ОПЛАТА РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ: СКОЛЬКО СРЕДСТВ МОЖНО НАПРАВИТЬ НА ЗАРПЛАТУ ВРАЧАМ И МЕДПЕРСОНАЛУ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 февраля 2011 г. № 72н «О порядке расходования средств, перечисленных медицинским организациям на оплату услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период





беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни» (не вступил в силу)
Зарегистрирован в Минюсте РФ 16 марта 2011 г. Регистрационный № 20 126.

Установлены новые правила расходования медицинскими организациями средств, перечисляемых по родовым сертификатам.

Территориальные органы ФСС РФ направляют деньги организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь беременным и стационарную помощь женщинам и новорожденным во время родов и в послеродовой период. Также оплачиваются услуги по диспансерному наблюдению в течение 1 года детей, поставленных в возрасте до 3 месяцев на учет. Это могут быть любые медорганизации, которые участвуют в территориальных программах оказания гражданам бесплатной медпомощи или где размещен заказ на соответствующие услуги.

Напомним, что женские консультации получают 3 тыс. руб. за каждую женщину, роддома — 6 тыс. руб., детские поликлиники — по 1 тыс. руб. за каждые полгода диспансерного наблюдения за ребенком.

Эти средства расходуются следующим образом. Консультации 35–45% направляют на зарплату врачам и среднему медперсоналу, 20–33% — на медикаменты для беременных, остальное — на медоборудование, инструментарий, мягкий инвентарь и медизделия. Роддома 40–55% расходуют на оплату труда врачей и медперсонала, оставшиеся средства — на медикаменты, оборудование, инвентарь, дополнительное питание беременных и кормящих. Детские поликлиники все получаемые деньги направляют на зарплату врачам и медперсоналу, участвующим в диспансерном наблюдении за детьми.

Конкретный размер средств, выделяемых на зарплату, устанавливается в зависимости от качества оказанной медпомощи. Приведены критерии.

КАКИЕ СВЕДЕНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ДОТАЦИЙ БЮДЖЕТАМ ТФОМС?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 февраля 2011 г. № 102н «Об утверждении форм и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для распределения в 2011 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 15 марта 2011 г. Регистрационный № 20 109.

Установлено, как уполномоченные региональные органы и ТФОМС представляют сведения, необходимые для распределения в 2011 г. средств нормированного страхового запаса ФФОМС на увеличение дотаций бюджетам последних. Они предназначены для выполнения территориальных программ ОМС в рамках базовой.

Региональные власти ежеквартально до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в Минздравсоцразвития России сведения о финансовом обеспечении территориальной программы госгарантii оказания российским гражданам бесплатной медпомощи. Они формируются нарастающим итогом с начала года. Установлена форма представления данных.



Утвержденная стоимость территориальной программы уточняется при внесении изменений в нормативные правовые акты региона.

ТФОМС представляют в ФФОМС сведения о финансовом обеспечении территориальной программы ОМС в рамках базовой ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным. Приведена форма.

Остаток средств ОМС на конец отчетного периода определяется на основании данных бухучета. Он подтверждается банковскими выписками по всем счетам, на которых учитываются данные средства.

РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КАКИЕ РЕГИОНЫ ЖДУТ ПРОВЕРКИ?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 4 марта 2011 г. № 207 «О проверке выполнения мероприятий в рамках ПНП «Здоровье» по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ»

В 4 регионах пройдут проверки на предмет реализации в них приоритетного нацпроекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ». Речь идет о Самарской, Кемеровской, Псковской областях и Ханты-Мансийском автономном округе.

Установлены график проверок и контролирующие лица.

НОВАЯ ФОРМА ТАЛОНА НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ!

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 февраля 2011 г. № 138н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 242н «Об утверждении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 15 марта 2011 г. Регистрационный № 20 116.

Граждане России имеют право на бесплатную высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП). Для ее получения на пациента оформляется талон на оказание ВМП (учетная форма № 025/у-ВМП). Установлен его новый образец, а также скорректирован порядок ведения.

Талон является формой первичной медицинской документации. Он содержит сведения об оказании пациенту ВМП и заполняется на каждом ее этапе. Новая форма талона снабжена штрих-кодом и составляется с использованием Информационно-аналитической системы Минздравсоцразвития России. Контрольная цифра системы (один знак) выбирается автоматически случайным образом.

Медучреждение, где была оказана ВМП, отмечает в талоне коды ВМП и метода лечения. Предусмотрены отдельные поля для комментариев комиссии медучреждения (субъекта Федерации).

Отменено ведение листов ожидания на оказание ВМП (учетная форма № 3-ЛО-ВМП). При отсутствии плановых объемов ВМП по профилю заболевания пациента, выделенных данному региону, на больного оформляется талон. Он может быть направлен на лечение в федеральные учреждения здравоохранения по решению Минздравсоцразвития России.





УТВЕРЖДЕННЫЕ МИНЗДРАВОМ РОССИИ ПОЛОЖЕНИЯ, РЕГЛАМЕНТИРОВАВШИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ВРАЧЕЙ, БОЛЕЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 марта 2011 г. № 167 «О признании утратившими силу приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также отдельных положений приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации»

Утрачивают силу приказы Минздрава России, определявшие, как организуется работа некоторых врачей, а также специалиста по управлению сестринской деятельностью. Речь идет о судебно-психиатрическом эксперте, о клиническом и лабораторном микологах, о детском урологе-андрологе, о враче восстановительной медицины.

Приказом Минздравмедпрома России было утверждено Положение о враче-диабетологе. В этой части указанный акт утрачивает силу. Это также касается утвержденных приказом Минздрава России Положения о враче-клиническом фармакологе и квалификационной характеристики последнего.

Утрачивают силу отдельные нормы приказов Минздрава России, посвященных специальностям «колопроктология» и «детская онкология». Речь идет о квалификационных характеристиках соответствующих врачей. О положениях, регламентировавших их деятельность. Об указаниях по аттестации на присвоение квалификационной категории по названным специальностям.

НЕ ДЕЙСТВУЕТ ПОРЯДОК РАБОТЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ПО ЗАКУПКЕ И ПЕРЕДАЧЕ УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ, ГЕПАТИТОВ В И С

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 марта 2011 г. № 160н «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 марта 2010 г. № 146н» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 9 марта 2011 г. Регистрационный № 20 023.

Утратил силу приказ Минздравсоцразвития России. Он устанавливал порядок рассмотрения заявок на поставку диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных ВИЧ и гепатитами В и С, а также оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга.

Также им определялся порядок передачи названных средств учреждениям Минздравсоцразвития России, оказывающим медпомощь, Роспотребнадзору, ФМБА России, РАМН и субъектам Федерации. Напомним также, что Минздравсоцразвития России утвердило новый порядок рассмотрения заявки на поставку в учреждения здравоохранения диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных ВИЧ и гепатитами В и С (приказ от 28 января 2011 г. № 48н).

СУБСИДИИ РЕГИОНАМ НА ДОРОДОВУЮ ДИАГНОСТИКУ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА: ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ И ПЕРЕЧЕНЬ ЗАКУПАЕМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 февраля 2011 г. № 71н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2010 года № 1141 «О порядке предоставления субсидий



из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансование обеспечение мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 9 марта 2011 г. Регистрационный № 20 021.

1 января 2011 г. вступило в силу постановление Правительства РФ о порядке предоставления регионам субсидий на мероприятия, направленные на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка. Чтобы получить средства, высший орган исполнительной власти региона должен в I квартале текущего финансового года заключить соглашение с Минздравсоцразвития России. Утверждена его форма.

Также установлен перечень оборудования и расходных материалов, необходимых для обеспечения указанных мероприятий. В него вошли ультразвуковой аппарат экспертного класса, комплект оборудования для цитогенетических, молекулярно-генетических исследований, анализатор для определения биохимических маркеров и расходный материал для этого.

За заключение соглашений отвечает Департамент развития медпомощи детям и службы родовспоможения.

ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ СУБСИДИЮ НА ЗАКУПКУ ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА, НУЖНО ЗАКЛЮЧИТЬ СОГЛАШЕНИЕ С МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 февраля 2011 г. № 70н «Об утверждении формы соглашения о закупке оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 9 марта 2011 г. Регистрационный № 20 020.

Регионам выделяются субсидии на закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Ассигнования предоставляются на основании соглашения. Оно заключается между Минздравсоцразвития России и высшим региональным органом исполнительной власти.

Установлена форма соглашения. В рамках него Министерство обязуется предоставить субсидию. Оно вправе запрашивать информацию и документы, необходимые для исполнения соглашения. Контролировать использование ассигнований, в том числе проводить проверки. Оценивать эффективность расходования средств. Последние выделяются, если соблюдаются определенные условия. Региональный орган должен письменно подтвердить, что они выполнены. Также он обязан представлять отчетность, контролировать расходование средств. Неиспользованная субсидия возвращается в федеральный бюджет.

ОБРАЗОВАНИЕ И МЕДИЦИНА: ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ С 2012 Г. МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ НУЛЕВУЮ СТАВКУ ПО НАЛОГУ НА ПРИБЫЛЬ

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 15 февраля 2011 г. № 03-03-10/10 «О применении нулевой ставки по налогу на прибыль организациями, осуществляющими образовательную и медицинскую деятельность»

В НК РФ внесли поправки. Согласно им организации, осуществляющие образовательную и (или) медицинскую деятельность, при определенных условиях могут применять нулевую ставку налога на прибыль.





Перечень видов такой деятельности устанавливается Правительством РФ (еще не утвержден).

Организации, желающие использовать данную льготу, подают в налоговый орган по месту своего нахождения заявление и копии лицензий на соответствующую деятельность. Это нужно сделать не позднее, чем за месяц до начала налогового периода, с которого применяется нулевая ставка.

Указанные поправки действуют с 2011 г. до 2020 г.

Таким образом, организации, соответствующие установленным критериям, вправе использовать льготу с 2012 г. Заявление и копии документов нужно подать не позднее 30 ноября 2011 г.

НОВАЯ ФОРМА-4 ФСС РФ

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. № 156н «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения и порядка её заполнения»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 16 марта 2011 г. Регистрационный № 20 129.*

Утверждена новая форма-4 ФСС РФ. Это расчет по начисленным и уплаченным взносам на обязательное соцстрахование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством. Речь также идет о расходах на страховое обеспечение. Установлен порядок ее заполнения.

Это, в частности, обусловлено изменением законодательства в отношении расчета пособий по беременности и родам, уходу за детьми до 1,5 лет, временной нетрудоспособности.

Форма заполняется на основании данных бухгалтерского учета.

Расчет представляется на бумажном носителе. Плательщики страховых взносов, у которых среднесписочная численность физлиц, кому производятся выплаты и иные вознаграждения, за предшествующий расчетный период превышает 50 человек, — в электронной форме с ЭЦП.

Прежняя форма расчета утратила силу.

Приказ применяется при представлении расчета начиная с I квартала 2011 г.

ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ВПРАВЕ ПРИМЕНЯТЬ НУЛЕВУЮ СТАВКУ НАЛОГА НА ПРИБЫЛЬ?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 21 февраля 2011 г. № 03-03-06/1/110 «О применении нулевой ставки по налогу на прибыль организациями, осуществляющими медицинскую деятельность»

Ставка по налогу на прибыль для организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, установлена в размере 0%. При этом должны соблюдаться определенные условия. Так, доходы организации от медицинской деятельности должны составлять не менее 90% общего их объема. Штат — минимум 15 человек, при этом численность имеющего сертификат специалиста медперсонала — не менее 50%. Организация также не должна совершать операции с векселями и финансовыми инструментами срочных сделок.

Данные положения применяются с 1 января 2011 г.

При этом медицинской признается деятельность, включенная в перечень, установленный Правительством РФ. В настоящее время он не утвержден.



Организации, желающие применять ставку 0%, подают в налоговый орган заявление и копии лицензий на осуществление медицинской деятельности. Срок — минимум за 1 месяц до начала периода, начиная с которого применяется данная ставка.

Так, для применения с 1 января 2012 г. ставки по налогу на прибыль в размере 0% медорганизация должна подать соответствующее заявление и копии документов в налоговый орган не позднее 30 ноября 2011 г. НК РФ не предусматривает возможность применять названную ставку без представления в налоговый орган заявления и копий документов.

УТОЧНЕНЫ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ФОРМА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБСИДИИ НА ДОПДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

Приказ Федерального фонда ОМС от 19 января 2011 г. № 11 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 марта 2008 г. № 57 «Об утверждении форм и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»

В 2011 г. из бюджета ФФОМС предоставляются субсидии ТФОМС для дополнительной диспансеризации работающих граждан. Ее проводят организации, участвующие в реализации программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медпомощи. При этом они должны иметь лицензии на соответствующую деятельность.

В 2010 г. диспансеризация осуществлялась в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения. Уточнены порядок выделений названных средств и форма ежемесячных отчетов об их использовании.

Медорганизации отчитываются перед ТФОМС (до 10 числа месяца, следующего за отчетным), а он в свою очередь направляет сведения в ФФОМС (до 20 числа).

СУБСИДИИ НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ: НАЛИЧИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ ТЕПЕРЬ НЕ ПОМЕХА

Постановление Правительства РФ от 1 марта 2011 г. № 119 «О признании утратившим силу пункта 3 Правил предоставления в 2011 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации»

В 2011 г. регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на софинансирование госзадания по оказанию высокотехнологичной медпомощи гражданам России.

Ранее устанавливалось, что субсидия предоставляется бюджету региона, на территории которого отсутствуют федеральные медучреждения, оказывающие такую помощь по соответствующему профилю. Вносимыми изменениями эта норма исключена.

КАК ЗАКЛЮЧАЮТСЯ СОГЛАШЕНИЯ О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2011–2012 ГГ.?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 февраля 2011 г. № 141н «Об утверждении Порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Феде-





ральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011–2012 годы»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 4 марта 2011 г. Регистрационный № 20 001.

Утвержден порядок заключения соглашений органов власти субъектов Федерации с Минздравсоцразвития России и ФФОМС о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 гг.

Установлено, какую информацию должны содержать соглашения. В частности, это условия предоставления субсидий, обязанности региональных властей, Министерства и Фонда.

Регионы должны представлять в Фонд Закон о бюджете субъекта Федерации, подтверждающий расходы на здравоохранение в объеме не менее фактических затрат на эти цели в 2010 г. Кроме того, в Министерство, ФФОМС и ТФОМС направляют отчет о реализации мероприятий программы модернизации, а в последний — отчет об использовании субсидий.

Подписанное должностным лицом региона соглашение рассматривается Фондом в течение 3 дней. Затем оно направляется в Минздравсоцразвития России.

УЧАСТВУЮЩИЕ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ МЕДОРГАНИЗАЦИИ ЕЖЕМЕСЯЧНО ОТЧИТЫВАЮТСЯ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВЫДЕЛЕННЫХ ИМ НА ЭТИ ЦЕЛИ СУБСИДИЙ

Приказ Федерального фонда ОМС от 19 января 2011 г. № 15 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 июня 2008 г. № 120 «Об утверждении формы и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 5 марта 2011 г. Регистрационный № 20 010.

В 2011 г. ТФОМС из бюджета ФОМС выделяются субсидии на диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и находящихся в трудной жизненной ситуации. В отличие от 2010 г. в 2011 г. диспансеризацию проводят любые медицинские организации, участвующие в реализации территориальных программ оказания гражданам бесплатной медпомощи (ранее — только государственные или муниципальные учреждения здравоохранения).

В связи с этим в формы и порядок предоставления отчетов об использовании субсидий внесены соответствующие корректировки. Отчетность подается ежемесячно (медорганизациями в ТФОМС до 10 числа следующего месяца, ТФОМС в ФОМС до 20 числа).

ГОДОВАЯ СТАТОТЧЕТНОСТЬ О РАБОТЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОДАЕТСЯ ПО НОВЫМ ФОРМАМ

Приказ Федеральной службы государственной статистики от 31 декабря 2010 г. № 483 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения»

Установлены новые образцы форм статистического наблюдения за деятельностью учреждений здравоохранения и указания по их заполнению. Речь идет о формах № 12, 14, 15, 16, 19, 30, 32, 33, 37, 47.

Порядок их представления в целом не изменился. Данные по форме № 12 (сведения о числе зарегистрированных заболеваний у лиц в районе обслуживания) обязаны также подавать учреждения, имеющие в своем составе диспансеры и центры.



Изменились сроки представления форм № 15 и 16 (данные о пострадавших от аварии на ЧАЭС). Учреждения подают отчетность в местный орган здравоохранения до 10 января. Тот направляет ее в соответствующий орган субъекта Федерации до 10 февраля. Последний подает отчетность в Минздравсоцразвития России до 5 марта и в территориальный орган Росстата.

Сведения по новым формам представляются с отчета за 2010 г. (по форме № 47 — по состоянию на 31 декабря 2010 г.).

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДПОМОЩЬ: РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБСИДИЙ

Распоряжение Правительства РФ от 1 марта 2011 г. № 319-р «О распределении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ в 2011 г.»

Между регионами распределены субсидии из федерального бюджета на софинансирование госзадания по оказанию высокотехнологичной медпомощи российским гражданам в 2011 г.

Всего на указанные цели предусмотрено 4,5 млрд. руб. Из них, в частности, 353 030,4 тыс. руб. — Москве, 362 425,5 тыс. руб. — Санкт-Петербургу, 18 941 тыс. руб. — Ярославской области, 113 318 тыс. руб. — Ленинградской, 78 868,6 тыс. руб. — Воронежской, 15 782,8 тыс. руб. — Калининградской, 8440 тыс. руб. — Магаданской.

В ЭТОМ ГОДУ ПОЛУЧИТЬ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДПОМОЩЬ СМОГУТ 234 395 НАШИХ ГРАЖДАН

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 февраля 2011 г. № 1104 «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 31 декабря 2010 г. № 1248н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2011 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» [не вступил в силу] Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 марта 2011 г. Регистрационный № 20 361.

Расширен перечень медучреждений, выполняющих за счет федерального бюджета госзадание на оказание в 2011 г. высокотехнологичной медпомощи гражданам России. В него включены Федеральный центр нейрохирургии (г. Тюмень), НИИ детских инфекций ФМБА России (г. Санкт-Петербург). Для вышеуказанного центра предусмотрена квота в 500 человек, для НИИ — 50.

Соответственно, с 233 845 до 234 395 человек увеличено общее количество пациентов, которым планируется оказать высокотехнологичную медпомощь.

КАК ФФОМС ВЫДЕЛЯЕТ СРЕДСТВА НА МОДЕРНИЗАЦИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДПОМОЩЬ?

Постановление Правительства РФ от 4 марта 2011 г. № 144 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011–2012 годах программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования»

ФФОМС выделяет бюджетные ассигнования на реализацию программ модернизации федеральных госучреждений, оказывающих медицинскую помощь. Определено, как представляются и расходуются эти средства в 2011–2012 гг. Они предусматриваются на укрепление материально-технической базы названных учреждений и внедрение современных информационных систем в здравоохранение для перехода на полисы ОМС единого образца и др.





Фонд направляет в федеральный бюджет межбюджетные трансферты для предоставления бюджетных ассигнований подведомственным учреждениям Минздравсоцразвития России и ФМБА России. Также в последние передаются уведомления по расчетам по планируемым межбюджетным трансфертам. Они перечисляются в течение 5 рабочих дней.

Деньги перечисляются учреждениям, которым предоставляются субсидии из федерального бюджета. Средства поступают на счета территориальных органов Федерального казначейства, открытые в учреждениях ЦБР. Срок — 10 рабочих дней.

Минздравсоцразвития России утверждает перечень участвующих в программах модернизации учреждений и объемы бюджетных ассигнований.

Бюджетные учреждения ежемесячно отчитываются об использовании предоставленных средств на указанные цели перед Министерством и Агентством, а последние — перед ФФОМС.

ПЛАНИРУЕТСЯ УТОЧНИТЬ НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Досье на проект федерального закона № 528099-5 «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения автономных учреждений» (внесен Правительством РФ)

9 апреля 2011 г. в Госдуму на рассмотрение внесен законопроект, корректирующий некоторые нормативные акты в связи с совершенствованием правового положения автономных учреждений. Предлагается расширить перечень сфер, в которых создаются автономные учреждения, включив в нее СМИ. Автономным учреждением может быть многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг.

Предположительно, расходы, финансируемые за счет субсидий из бюджета на выполнение государственного (муниципального) задания, будут осуществляться без представления в УФК, в региональный или муниципальный финансовый орган документов, подтверждающих возникновение денежных обязательств, в случае открытия лицевых счетов в указанных органах.

Планируется установить особенности санкционирования субсидий, предоставляемых на иные цели, а также бюджетных инвестиций.

Автономным учреждениям, скорее всего, предоставят право выполнять публичные обязательства перед физлицами в денежной форме.

Предполагается, что не использованные в текущем году остатки средств, предоставленных автономным учреждениям из бюджета на финансирование выполнения госзадания и на иные цели, необходимо будет перечислять в соответствующий бюджет. Их можно будет вернуть в очередном году при наличии потребности в направлении их на те же цели. Для этого необходимо будет решение соответствующего главного распорядителя бюджетных средств. Планируется определить порядок обращения взыскания на средства автономных учреждений в случае открытия им лицевых счетов в УФК, финансовых органах субъектов Федерации (муниципальных образований).

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



Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант» и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: www.idmz.ru



Управление инновациями в системе здравоохранения



В.И. Стародубов, Н.Г. Куракова, В.Г. Зинов,

Л.А. Цветкова, Ф.А. Кураков

ISBN 978-5-903834-11-2

Количество страниц: 200. Год издания: 2011.

Издательство: ИД «Менеджер здравоохранения»

О книге

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 738н «О методике оценки результативности деятельности научных организаций, подведомственных Минздравсоцразвития России, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения» утвердил методику оценки результативности деятельности научных организаций, под-

ведомственных Минздравсоцразвития России. Согласно приказу, при определении итогового рейтинга научных организаций наиболее значимыми, при прочих равных условиях, следует считать значения показателей по направлениям «научный потенциал и эффективность научных исследований» и «коммерциализация и прикладное значение результатов исследований».

Книга содержит ответы на часто задаваемые руководителями высших учебных и научных учреждений вопросы:

- Как осуществлять коммерциализацию результатов научной деятельности и «введение научных результатов в хозяйственный оборот»?
- Какую правовую охрану должны иметь результаты научно-технической деятельности в сфере медицины и здравоохранения?
- Как закрепить права на полученные результаты интеллектуальной деятельности?
- Кому принадлежат исключительные права на результаты интеллектуальной деятельности?
- Как использовать Федеральный закон Российской Федерации от 2 августа 2009 г. № 217-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам создания бюджетными научными и образовательными учреждениями хозяйственных обществ в целях практического применения (внедрения) результатов интеллектуальной деятельности»?

Для кого эта книга

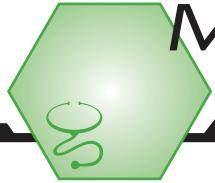
Представляет исключительный практический интерес для руководителей высших учебных и научных учреждений в сфере здравоохранения, руководителей инновационных отделов НИИ и медицинских ВУЗов.

Об авторах

Профессиональные менеджеры инновационных проектов, квалифицированные инвесторы, сотрудники венчурных фондов, созданных ОАО «Российской венчурной компанией» (www.rusventure.ru), руководители программ МВА «Менеджмент инновационных проектов» ведущих бизнес-школ России.

Содержание книги смотри на сайте www.idmz.ru





Менеджер

здравоохранения

