ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№10.2019

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Начинается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2020 год

Периодичность – 10 выпусков в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ»:

Подписной индекс: **82614**

Альтернативные агентства, принимающие подписку на журнал «Менеджер здравоохранения»:

ООО «Агентство «Урал-Пресс»

http://www.ural-press.ru/, тел. (495) 789-86-36

ООО «ПРЕССИНФОРМ»

www.presskiosk.ru, тел. 8 (812) 335-97-48

Уважаемые читатели!

Просим Вас сообщать в редакцию обо всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 618-07-92 (доб. 115), по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru или через форму обратной связи на сайте издательства http://www.idmz.ru/kontakti

ВНИМАНИЕ!!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису.

Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы. Вопросы принимаются по электронной почте: ***idmz@mednet.ru*** или через форму обратной связи на сайте издательства ***http://www.idmz.ru/kontakti***

Уважаемые подписчики!

С 2017 г. прекращается подписка на журналы «Менеджер здравоохранения» и «Врач и информационные технологии» через редакцию. Для подписки на эти журналы просим обращаться в агентство «Роспечать» или альтернативные агентства.

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий ВАК по группе специальностей 14.02.00 – профилактическая медицина, включающей следующие специальности:

- **14.02.01 – Гигиена**
- **14.02.02 – Эпидемиология**
- **14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**
- **14.02.04 – Медицина труда**
- **14.02.05 – Социология медицины**
- **14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация**

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№10
2019

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., завотделением научно-технологического прогнозирования ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Редакционная коллегия:
КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, директор Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения РФ

В номере:

НОМИНАЦИИ

Учреждены традиционные номинации Издательского дома «Менеджер здравоохранения» за лучшие публикации 2019 года 6

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности по приказу Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н: как обеспечить координацию работы службы по внутреннему контролю и врачебной комиссии
Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов 7-11

Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности
О.В. Перепелова, И.А. Петрова 12-17

Регламент закупок лекарственных препаратов и медицинских изделий для многопрофильной медицинской организации
Т.А. Баранкина, Т.Е. Едунова, О.Н. Якименко 18-23

Система перинатального мониторинга в Красноярском крае
Р.Б. Курбанисмаилов, А.Н. Наркевич, С.А. Евминенко, К.А. Виноградов, Р.В. Гараев 24-30

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Профессиональные стандарты как инструмент повышения эффективности управления персоналом в медицинских учреждениях
И.М. Ниязова 31-36

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения

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

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ
К вопросу о разработке информационной системы для оценки тяжести течения вич-инфекции у осужденных
Ю.В. Михайлова, С.Б. Пономарев, Д.С. Пономарев, В.Е. Полищук, Е.В. Дюжева, С.С. Саенко **37-41**

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ
Обзор межведомственных программ по охране здоровья населения
Э.А. Китаева **42-47**

ОСОБОЕ МНЕНИЕ
Круглый стол «Хирургия – зона профессионального и юридического риска»: правовой нигилизм и игнорирование прав и законных интересов пациента...
А.А. Старченко **48-60**

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ
Основные контуры очередного реформирования отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении
Ф.Н. Кадыров, А.М. Чилилов, Ю.В. Куфтова, **61-71**

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
Отдельные вопросы оказания платных медицинских услуг
Ф.Н. Кадыров **72-76**

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В 2019 ГОДУ **77-80**

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Свидетельство о регистрации
№ 77-15481 от 20 мая 2003 года

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале «Менеджер здравоохранения», и направить актуальные вопросы на горячую линию редакции.

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.
Материалы рецензируются редакционной коллегией.
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.
За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Учредитель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес издателя и редакции:
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92 (доб. 115)

Главный редактор:
академик РАН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru
Зам. главного редактора:
д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@mednet.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:
С.В.Борисенко

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

Отпечатано в ООО «Клуб печати».
127018, г. Москва, 3-ий проезд
Марьиной Рощи, д. 40, стр. 1
Тел. +7 (495) 669-5009

Дата выхода в свет 1 декабря 2019 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№10
2019

Contents:

NOMINEES
Traditional nominees of «Manager of Health Care» Publishing House for the best publications in 2019 year 6

FOCUS PROBLEMS
Requirements to internal control of quality and safety of medical activity according to the Order of Ministry of health of the Russian Federation of 07.06.2019 № 381n: how to ensure coordination of work of system on internal control and the medical commission
D.V. Piven, I.S. Kitsul, I.V. Ivanov 7-11

Patient-centeredness in the provision of medical services to the population as a value and principle of activity
O.V. Perepelova, I.A. Petrova 12-17

Medication and medical product procurement regulations in a multidisciplinary healthcare institution
T.A. Barankina, T.E. Edunova, O.N. Yakimenko 18-23

Perinatal monitoring system in Krasnoyarsk region
R.B. Kurbanismailov, A.N. Narkevich, S.A. Evminenko, K.A. Vinogradov, R.V. Garaev 24-30

PERSONNEL MANAGEMENT
Professional standards as a tool to improve the efficiency of personnel management in medical institutions
I.M. Niyazova 31-36

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

INFORMATION MANAGEMENT

On the development of the information system for evaluating the severity of hiv infection in prisoners

Y.V. Mihailova, S.B. Ponomarev, D.S. Ponomarev, V.E. Polishchuk, E.V. Dyuzheva, S.S. Saenko 37-41

FOREIGN EXPERIENCE

Overview of interdepartmental programs for public health care

E.A. Kitayeva 42-47

SPECIAL OPINION

Surgery – a zone of professional and legal risk: legal nihilism and ignoring the rights and legitimate interests of the patient

A.A. Starchenko 48-60

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

The main contours of the next reform of sectoral wage system in public health

F.N. Kadyrov, A.M. Chililov, Yu.V. Kuftova 61-71

QUESTIONS AND ANSWERS

Some questions about provision of paid medical services

F.N. Kadyrov 72-76

DIRECTORY OF ARTICLES, PUBLISHED IN THE MAGAZINE IN 2019 YEAR 77-80

УЧРЕЖДЕНЫ ТРАДИЦИОННЫЕ НОМИНАЦИИ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» ЗА ЛУЧШИЕ ПУБЛИКАЦИИ 2019 ГОДА

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

- Автор наиболее оригинальной публикации или цикла публикаций за год (с 01 января по 31 декабря 2019 г.).
- Автор наиболее оригинального менеджерского решения в области управления региональным здравоохранением за год (с 01 января по 31 декабря 2019 г.).

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

Победителям номинаций будут направлены дипломы, подписанные главным редактором журнала, академиком В.И. Стародубовым, а также годовые подписки на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2020 год и новые книги серии «Менеджмент в здравоохранении» Издательского дома «МЗ».

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

Д.В. Пивень,
д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: piven_dv@mail.ru
И.С. Кицул,
д.м.н., профессор, профессор РАН, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск, Россия, e-mail: zdravirk@mail.ru
И.В. Иванов,
к.м.н., генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный институт качества» Росздравнадзора, г. Москва, Россия, e-mail: expert@cmkee.ru

ТРЕБОВАНИЯ К ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПРИКАЗУ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 07.06.2019 Г. № 381Н: КАК ОБЕСПЕЧИТЬ КООРДИНАЦИЮ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ И ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. ***Требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности по приказу Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н: как обеспечить координацию работы службы по внутреннему контролю и врачебной комиссии*** *(г. Санкт-Петербург, г. Иркутск, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В статье авторы подчеркивают значимость Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённых приказом Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н, в части обеспечения преемственности между содержанием внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, с одной стороны, и направлениями государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, с другой стороны. В публикации подробно рассмотрены и обоснованы механизмы обеспечения взаимодействия по вопросам внутреннего контроля между Комиссией (Службой) по внутреннему контролю и врачебной комиссией медицинской организации.

Ключевые слова: *контроль качества и безопасности медицинской деятельности, внутренний контроль, Комиссия (Служба) по внутреннему контролю, уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности, врачебная комиссия.*

Знаковым событием в российском здравоохранении явился приказ Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Зарегистрирован в Минюсте России 04.09.2019 № 55818) (далее Требования). Важнейшей особенностью этого документа является то, что он не просто определил задачи, мероприятия, показатели внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее Внутренний контроль), но и обеспечил тем самым реальную преемственность между содержанием Внутреннего контроля, с одной стороны, и направлениями государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, установленными статьями 88 и 89 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее Основы), с другой стороны. Именно необходимость обеспечения данной преемственности, её механизмы

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов, 2019 г.

мы неоднократно отмечали и детально обосновывали в наших многочисленных публикациях, посвящённых теме Внутреннего контроля [1–20].

Теперь в пункте 2 Требований чётко указано, что организация и проведение Внутреннего контроля с учетом вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи и перечня работ, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, направлены на решение в том числе следующих задач:

- Обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности.
- Обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.
- Обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований.
- Обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Основами.
- Обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям.
- Выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.
- Предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:
  - несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием, либо их осложнением.
  - невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.
  - несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов.

Необходимо отметить и то, что Требования содержат достаточно широкий спектр положений по обеспечению безопасности медицинской деятельности. Так, пункт 17 Требований определяет набор показателей, оценка которых должна выполняться медицинскими организациями в рамках Внутреннего контроля. При этом значительная часть указанных показателей конкретизирует направления работы медицинских организаций именно в части обеспечения и контроля безопасности медицинской деятельности, в том числе к которым относятся: осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий и лекарственных препаратов; обеспечение эпидемиологической безопасности; осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации и т.д. Кроме того, в соответствии с Требованиями при проведении Внутреннего контроля в медицинской организации обязательно должен выполняться анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

Таким образом, основное содержание Внутреннего контроля, который обязана проводить каждая медицинская организация, теперь полностью корреспондирует с направлениями государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемого органами Росздравнадзора и органами управления здравоохранения. И в этом, без сомнения, заключается важнейшее достоинство утверждённых Требований.

Требования ставят перед медицинскими организациями и весьма непростые задачи, касающиеся непосредственно порядка организации и проведения Внутреннего контроля. В соответствии с Требованиями в зависимости от вида медицинской организации по решению руководителя медицинской организации Внутренний контроль организуется

и проводится Комиссией (Службой) по внутреннему контролю (далее – Комиссия (Служба)), включающей работников медицинской организации, и (или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее – Уполномоченное лицо).

К одной из наиболее сложных задач, решить которую при организации и проведении Внутреннего контроля обязана каждая медицинская организация, следует отнести задачу, сформулированную в пункте 6 Требований. Данный пункт прямо указывает на то, что медицинской организацией разрабатывается положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, регламентирующее в том числе функции и порядок взаимодействия Комиссии (Службы) и (или) Уполномоченного лица, руководителей и (или) уполномоченных работников структурных подразделений медицинской организации, врачебной комиссии медицинской организации в рамках организации и проведения внутреннего контроля. Отметим, что решение данной задачи, безусловно, необходимо!

Очевидно, что эффективность Внутреннего контроля, прежде всего, будет зависеть именно от качества взаимодействия между Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом, с одной стороны, и Врачебной комиссии (далее ВК), с другой стороны. Почему это так важно?

Во-первых, никто не отменял такой функции ВК, как «организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации)», которая определена в Порядке создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утверждённом Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н (далее Приказ № 502н). И сегодня во многих медицинских организациях именно ВК и выполняет функцию Внутреннего контроля. Естественно возникает вопрос: «Как действовать теперь?».

Во-вторых, следует отметить, что даже если в медицинской организации функция Внутреннего контроля никогда ранее и не была закреплена за ВК, то это абсолютно никак не умаляет сложности и необходимости решения поставленной в Требованиях задачи по обеспечению взаимодействия между Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом, с одной стороны, и ВК, с другой стороны. Это связано с тем, что целый ряд других функций ВК, установленных Приказом № 502н, совпадает или с задачами, или с мероприятиями, или с показателями, которые определены Требованиями к Внутреннему контролю. Назовём для примера только некоторые из указанных совпадений.

- Оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов.
- Оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации.
- Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов.

То есть, исходя из установленных Приказом № 502н для ВК функций, ВК при любых обстоятельствах обязана участвовать в организации и проведении Внутреннего контроля. И это совершенно не зависит от того, наделил ли ВК руководитель медицинской организации отдельной функцией Внутреннего контроля или нет. Тем более, что и в статье 48 Основ чётко указаны направления работы ВК, прямо касающиеся вопросов обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В этой связи абсолютно обосновано и логично, что утверждённые Минздравом России Требования ставят перед медицинскими организациями задачу по обеспечению взаимодействия в работе по Внутреннему контролю между Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом, с одной стороны, и ВК, с другой стороны. И эта задача – из разряда важнейших! Именно исходя из этого посыла, мы и рассмотрим механизмы организации такого взаимодействия.

Отметим, что при всей, казалось бы, схожести ряда функций ВК, с одной стороны, с функциями и задачами, стоящими перед Комиссией (Службой) по внутреннему контролю, с другой стороны, в соответствии с установленными Минздравом России Требованиями именно у Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю и (или) Уполномоченного лица появились как новые и при этом весьма объёмные задачи Внутреннего контроля (все они были названы в начале данной публикации), так и совершенно новые механизмы планирования, проведения и учёта Внутреннего контроля, которым в Требованиях также уделено большое внимание. То есть создание в рассматриваемой ситуации Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю это шаг, направленный, прежде всего, на совершенствование процесса Внутреннего

контроля, т.е. совершенствование механизмов, технологий, оценки и анализа его проведения.

Следует подчеркнуть, что в целях выполнения поставленной Требованиями задачи по обеспечению взаимодействия в работе по Внутреннему контролю между Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом, с одной стороны, и ВК, с другой стороны, необходимо, чтобы руководитель создаваемой в медицинской организации Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю и (или) назначенное Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности являлись членами ВК. При этом целесообразно, чтобы руководитель Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю и (или) Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности не просто входили в состав ВК для участия в решении всех поставленных перед ВК задач, а в составе ВК полностью отвечали за организацию и проведение Внутреннего контроля. В этом случае эти лица также будут максимально заинтересованы в максимальной координации с ВК своей деятельности в части планирования, осуществления мероприятий, учёта и отчётности по Внутреннему контролю.

Не менее важно обратить внимание и на то, что в Требованиях указано, что в зависимости от вида медицинской организации по решению руководителя медицинской организации внутренний контроль организуется и проводится Комиссией (Службой) по Внутреннему контролю, включающей работников медицинской организации, и (или) Уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности. В этой связи возникает вопрос: «Что предпочтительнее – Комиссия (Служба) по Внутреннему контролю или Уполномоченное лицо?». В каждой конкретной медицинской организации ответ на этот вопрос будет разным, так как зависит он от множества самых разных факторов, в т.ч. видов и объёмов осуществляемой деятельности, штатной структуры и численности медицинских работников и т.д. Но при этом необходимо обратить внимание на то, что Требования никак не ограничивают число лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля. Это очень важный фактор, так как в соответствии с должностными полномочиями в медицинской организации задачи по Внутреннему контролю всегда выполняли, выполняют и будут выполнять заместитель(и) руководителя медицинской организации, руководители структурных подразделений, сами рядовые врачи, главные и старшие медицинские сёстры и т.д. Означает ли это, что всех названных выше лиц обязательно надо включать в состав Комиссии (Службы) по Внутреннему контролю? Конечно, нет! Кого непосредственно включить в состав Комиссии (Службы) или назначить Уполномоченным лицом решает руководитель медицинской организации. Но именно эти органы должны организовать работу по Внутреннему контролю, определив необходимые и достаточные объёмы участия в ней других работников медицинской организации.

С учётом изложенного следует подчеркнуть, что появление в медицинской организации в соответствии с Требованиями такого органа как Комиссия (Служба) по Внутреннему контролю или Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности никак не противоречит традиционно сложившейся в большинстве медицинских организаций трёхуровневой системе Внутреннего контроля, включающей, как известно, следующие уровни:

- первый уровень – руководители структурных подразделений;
- второй уровень – заместитель(и) руководителя медицинской организации;
- третий уровень – ВК.

Теперь же медицинская организация дополняется органом, который, с одной стороны, должен сосредоточиться исключительно на вопросах организации и проведения Внутреннего контроля и при этом, с другой стороны, данный орган в обязательном порядке взаимодействует по вопросам Внутреннего контроля как со всеми необходимыми специалистами, так и с ВК медицинской организации. Отметим, что рассмотренные в настоящей статье формы указанного взаимодействия не являются исчерпывающими, и практическая реализация Требований со временем покажет и подскажет как данное взаимодействие сделать ещё более эффективным.

Таким образом, Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённые приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н, являются документом, обеспечивающим развитие Внутреннего контроля как в части его содержания, так и в части организационных решений и механизмов по его проведению.

Литература

1. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в современных условиях // Заместитель главного врача. – 2013. – № 2. – С. 48–52.
2. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Структура и содержание положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности // Заместитель главного врача. – 2013. – № 12. – С. 50–56.
3. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Методические подходы к созданию системы оценки качества деятельности медицинских организаций, ее структурных подразделений и медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг // Заместитель главного врача. – 2014. – № 1. – С. 40–46.
4. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Экспертиза или контроль качества? // Заместитель главного врача. – 2014. – № 3. – С. 52–55.
5. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Работа врачебной комиссии и контроль качества и безопасности медицинской деятельности // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 74–79.
6. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»: анализ документа и практические аспекты использования // Заместитель главного врача. – 2015. – № . 11. – С. 58–63.
7. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 2. – С. 16–26.
8. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография. – М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2014. – 172 с.
9. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 11. – С. 6–10.
10. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* О формировании нового содержания работы руководителя медицинской организации по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 10. – С. 18–25.
11. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Нормативно-правовое регулирование внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 5. – 2016. – С. 38–46.
12. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Новые задачи и направления работы врачебной комиссии в системе обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 2. – 2017. – С. 6–13.
13. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Новый инструмент контроля в сфере здравоохранения: контроль без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями // Менеджер здравоохранения. – № 5. – 2017. – С. 6–11.
14. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Стандарты медицинской помощи: обязательны ли они для соблюдения медицинскими организациями // Менеджер здравоохранения. – № 8. – 2017. – С. 6–12.
15. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Критерии оценки качества медицинской помощи: что надо учесть и как обеспечить их соблюдение в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – № 10. – 2017. – С. 7–12.
16. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* О требованиях приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н к установлению и оформлению предварительного и клинического диагнозов: на что необходимо обратить внимание в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – № 1. – 2018. – С. 20–26.
17. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Проверочные листы Росздравнадзора по контролю качества и безопасности медицинской деятельности: новые задачи медицинских организаций // Менеджер здравоохранения. – № 5. – 2018. – С. 13–19.
18. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Должностные обязанности врача и контроль качества и безопасности медицинской деятельности: что необходимо учесть в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – № 8. – 2018. – С. 6–12.
19. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций: что делать и чего ждать медицинским организациям // Менеджер здравоохранения. – № 4. – 2019. – С. 6–12.
20. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Контрольная закупка при предоставле-нии платных медицинских услуг: что необходимо знать медицинским организациям // Менеджер здравоохранения. – № 6. – 2019. – С. 6–10.

UDC 614.2
Piven D.V., Kitsul I.S., Ivanov I.V. ***Requirements to internal control of quality and safety of medical activity according to the order of Ministry of health of the Russian Federation of 07.06.2019 № 381n: how to ensure coordination of work of system on internal control and the medical commission*** *(St. Petersburg, Irkutsk, Moscow, Russia)*
Abstract. In the article the authors emphasize the importance of the Requirements for the organization and conduct of internal control of quality and safety of medical activities, approved by the order of the Ministry of health of the Russian Federation of 07.06.2009 № 381n, in terms of ensuring continuity between the content of internal control of quality and safety of medical activities, on the one hand, and the directions of state and departmental control of quality and safety of medical activities, on the other hand. The publication details and substantiates the mechanisms of interaction on internal control between the Commission (service) on internal control and the medical Commission of the medical organization.
Keywords: *control of quality and safety of medical activity, internal control, Commission (service) on internal control, authorized person on quality and safety of medical activity, medical Commission.*

О.В. Перепелова,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия,
e-mail: Oxanadok@mail.ru

И.А. Петрова,
к.ф.н., ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия,
e-mail: iap61@inbox.ru

ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОСТЬ ПРИ ОКАЗАНИИ НАСЕЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК ЦЕННОСТЬ И ПРИНЦИП ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

УДК 614.2

Перепелова О.В., Петрова И.А. ***Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности*** *(ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского; ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия)*

Аннотация. В статье соотнесены принципы пациенториентированности (ПО) и пациент-центрированности (ПЦ) при оказании медицинской помощи, дана нормативная основа реализация этих принципов, определены характеристики ценностно-ориентированного здравоохранения, представлены особенности реализации принципа пациент-центрированности при оказании платных медицинских услуг.

Ключевые слова: *пациент-центрированность, пациеноориентированность, медицинские услуги.*

В последние годы приобретают особую актуальность вопросы определения роли и нормативно закрепленного статуса пациента применительно к таким характеристикам современного здравоохранения как пациенториентированность и пациент-центрированность деятельности.

Цель данного исследования – определить базовые характеристики нормативного закрепления и приоритетные организационные технологии реализации принципа пациент-центрированности деятельности в здравоохранении.

Методы

В ходе исследования были проанализированы действующие законодательные и иные нормативные документы, тематические отечественные и зарубежные источники, использованы методы сравнительного анализа и научного обобщения.

Результаты

Определена трансформация нормативной правовой базы в области охраны здоровья граждан и соответствующие ей изменения профессионального медицинского дискурса и коммуникации.

Практическая реализация принципа пациенториентированности предполагает делать акцент на личностной индивидуальности человека, гендерно-возрастных различиях людей, исходить из морбидного статуса пациента.

Обеспечение деятельностного пациент-центрированного принципа направлено на грамотное понимание и учет всего комплекса базовых характеристик законодательно закрепленного современного этико-правового статуса пациента.

Пациент-центрированность, в первую очередь, имеет дело с нормативным статусом пациента, понимание и реализация положений которого имеет особое значение при оказании платных медицинских услуг населению.

© О.В. Перепелова, И.А. Петрова, 2019 г.

Пациент как системообразующий субъект отрасли здравоохранения

В последнее время, в значительной степени в результате соответствующих действий (тематические публикации, журналистские расследования и др.) средств массовой информации, в общественном сознании утверждается идея о пациенте как о главном субъекте современного здравоохранения.

Идея в корне неверная, поскольку не может быть главным субъект, чей статус возникает исключительно в соотносительности с другими субъектами здравоохранения, в первую очередь с медицинскими работниками и медицинскими организациями.

Действительно, «пациент» – это не синоним понятий «заболевание» или «профессия», хотя чаще всего пациентами становятся заболевшие люди, а некоторые пациенты все чаще предпринимают попытки превратить статус пациента в источник зарабатывания денег. При этом всегда будет сохраняться известный профессиональный информационный дисбаланс в пользу медицинского работника, информационная асимметрия между врачом и пациентом.

С точки зрения норм действующего российского законодательства грамотное определение правового статуса пациента основано на том, что это – этико-правовой статус человека (гражданина), который возникает у него с момента начала его взаимодействия с медицинской организацией, медицинскими работниками и утрачивается им по окончании этого взаимодействия. И статус этот не зависит от наличия или отсутствия у человека какого-либо заболевания или расстройства, поскольку определения «больной» или «здоровый» характеризуют физическое состояние человека, а не его правовой статус.

Поэтому представляется, что не просто корректнее, но именно грамотно говорить о статусе пациента не как о «главном» субъекте здравоохранения, поскольку его правовой статус не самостоятелен, возникает во взаимоотношениях с другими физическими и юридическими лицами и ограничен во времени, но как о ***системообразующем субъекте отрасли***, поскольку именно вокруг пациента организуются все виды профессиональной медицинской деятельности и все формы взаимоотношений с другими субъектами современного здравоохранения.

Конечно, так было далеко не всегда. Не просто субъектный, но именно равноправный с медицинским работником статус пациента начал активно утверждаться в мире со второй половины XX века (Нюрнбергский кодекс, Женевская декларация, Амстердамская декларация, Рекомендации ВОЗ о пациенте как активном участнике лечения и др.). В отечественном здравоохранении субъектный, равноправный с врачом статус пациента начинает законодательно оформляться в 1992–1993 годах в процессе вступления в действие Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ», нормативно закрепившего правовой паритет врача и пациента, Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», определивших целый ряд формулировок универсальных прав пациента и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в первой редакции закрепившего тринадцать общих прав пациента отдельной статьей [1, 2, 3].

Дальнейшее поступательное утверждение системообразующей роли и равного с врачом правового статуса пациента сопровождалось, с одной стороны, разработкой концептуального обоснования этой роли, а, с другой стороны, принятием целого ряда законодательных и подзаконных нормативных правовых документов, закрепляющих данный статус. Логическим шагом в развитии этого и являются концепции пациенториентированности и пациент-центрированности здравоохранения.

Базовая концептуальная формулировка новой – активной, субъектной, равноправной с медицинским работником роли пациента – прямо связана с повсеместным утверждением ценности автономии пациента и непатерналистской (коллегиальной, совещательной и пр.) модели взаимодействия врача и пациента, предполагающей такое предоставление пациенту терапевтически значимой информации, за которым следует перераспределение, в известном смысле уравнивание юридически значимой ответственности врача и пациента за совместно принимаемое решение о предстоящем пациенту медицинском вмешательстве.

Безусловно, и в пациент-ориентированной и в пациент-центрированной модели медицины, исходящей из признания приоритетной значимости и оценки правового статуса пациента, присутствует понимание *неабсолютности* автономии пациента.

Действительно, в клинической практике относительно тех пациентов, кто не может выразить собственную волю – пациенты, находящихся в коматозном состоянии, а также неспособные к волеизъявлению в силу иных особых физических или психических состояний (деменция, психическое расстройство), либо возрастных ограничений (пациент-ребенок до 15 лет в отсутствии возможности связаться с его законными представителями) – действует норма оправданного патерналистского принятия решения консилиумом

врачей, дежурным врачом с обязательным последующим уведомлением вышестоящих ответственных лиц и законных представителей пациента о принятии такого решения и обоснованием выбора медицинского вмешательства.

Характеристики ценностно-ориентированного здравоохранения

Смысл повсеместно внедряемой в настоящее время ценностно-ориентированной модели здравоохранения (Value-Based Healthcare) исходит из значимости не столько распределении финансов сообразно выполненным медицинским услугам, сколько из долговременной эффективности и удовлетворенность пациентов, что имеет прямое отношение к реализации принципов пациенториентированности (далее – ПО) и пациент-центрированности (далее – ПЦ) деятельности.

Внедрение ценностно-ориентированного подхода в практическое здравоохранение в первую очередь предполагает:

• идеологически – обеспечение принятия пациентами (законными представителями пациентов) добровольного информированного решения о медицинском вмешательстве и оценку удовлетворенности пациентов оказанными услугами с точки зрения удовлетворенности долговременным эффектом;

• технологически – применение современных информационных технологий для сбора, хранения и использования данных о пациенте, в т.ч. телемедицины, с целью долговременного контроля за состоянием здоровья пациента.

Ценностно-ориентированный подход предопределяет прямую причинно-следственную связь между затратами на лечение и наиболее важными для пациента исходами – выздоровление, частичная или полная реабилитация, частота последующей обращаемости за медицинской помощью, рецидивы, продолжительность ремиссии, инвалидизация и др., одновременно соотносимыми с экономическими и социальными параметрами оценки эффективности оказанной медицинской помощи.

Именно поэтому оцениваются результаты лечения, действительно важные для человека, определяющие состояние его здоровья и качество жизни в целом.

С точки зрения рассматриваемых в статье вопросов особо важно, что в основе модели ценностно-ориентированного здравоохранения представлен пациент как получатель медицинских услуг. Данное обстоятельство приобретает еще большую значимость при оказании платных медицинских услуг, поскольку при получении платных медицинских услуг у пациента одновременно со статусом «пациента» возникает правовой статус «потребителя медицинских услуг», с особыми закрепленными в Федеральном законе «О защите прав потребителей» правами, в первую очередь информационного и гарантийного блока [4].

Соотношение принципов пациентоориентированности и пациент-центрированности при оказании медицинской помощи

Предпринимаемый анализ начнем с замечания о том, что в зарубежных профессиональных и нормативных источниках не встречается понятие пациентоориентированности медицины. При том, что уже продолжительное время достаточно широко используется понятие пациент-центрированности медицинской деятельности.

Безусловно, когда речь идет об обосновании смещения ценностного и целевого вектора деятельности в медицине от пациенториентированности к пациент-центрированности, имеется в виду не абсолютная и повсеместная замена одного деятельностного принципа другим. Речь идет о важности и неизбежности их комплементарности по отношению друг к другу при оказании качественных и безопасных медицинских услуг.

Однако, если реализация требований принципа ПО значим в локусе организации и оказания медицинской помощи, то обеспечение требований принципа ПЦ выходит в гораздо больший контекст гражданско-правового регулирования отношений и реализации общечеловеческих прав. И ответственность за нарушение требований принципа ПЦ (источники которого – нормы, представленные в различных отраслях права, нормы-рекомендации профессиональных этических кодексов) оказывается много более высокой в сравнении с нарушением требований принципа ПО (источники – деонтологические нормы-рекомендации, положения должностных инструкций и т.п.).

Пациентоориентированность/ПО – это, в первую очередь, про искреннее внимание, всестороннюю заботу, адресную коммуникацию. Однако, нельзя не отметить, что здесь есть опасность превращения идей ПО в «агитку», а технологий ПО – в «торговлю воздухом». В то время как пациент-центрированность/ПЦ – это, в первую очередь, про грамотное, должное, безопасное и ответственное взаимодействие.

Строго говоря, пациенториентированность была в медицине всегда, она изначально присуща этому виду деятельности, по-другому здесь и быть не может. В настоящее время этот деятельностный принцип

рассматривается в медицине, как правило, в контексте идей и требований сервисной логистики, деонтологии, психологии и маркетинга. Совокупность определяющих этот принцип деятельности **идей** – это в первую очередь «ожидания», «интерес», «удовлетворенность», «чувства», «профилактика эмоционального выгорания медицинских работников», «коммуникация», «имидж врача», «униформа» и им подобные.

Это такая этическая «перезагрузка» регулирования отношений и деятельности, возникающих в медицинской организации, которая в полной мере отражена в утверждении Н.Н. Петрова, основоположника отечественной онкологии: «Основная задача всякой медицинской деонтологии лежит в том, чтобы постоянно напоминать медицинским работникам, что медицина должна служить пользе больных людей, а не больные люди – пользе медицины... Опыт показывает, что подобные напоминания важны не только в медицине, но и во всех отраслях человеческой деятельности, ибо любые специалисты слишком легко и часто переоценивают роль своей специальности, забывая о тех, кому она должна служить» [5]. По сути дела, это и есть профессионально «вспомнить имя свое» – главные цели и базовые ценности своей профессиональной деятельности.

На государственном уровне программа пациентоориентированности начала активно развиваться в период 2013–2015 гг. На конференции Росздравнадзора «Медицина и качество» 30 ноября 2015 г. Минздрав РФ, Росздравнадзор, ФФОМС обозначили в качестве практической задачи переход российского здравоохранения на принцип пациентоориентированности. В настоящее время чаще всего в качестве объектов приоритетного применения принципов пациентоориентированности Министерством здравоохранения называется практика первичной медико-санитарной помощи, сельская медицина, мобильные формы работы и телемедицина.

Среди организационных технологий реализации данного принципа в первую очередь следует назвать сервисную логистику, управление пациентскими потоками, деятельность специализированных информационно-коммуникационных институтов, в первую очередь – федеральные и региональные колл-центры, «горячие линии», электронные регистратуры, формирующийся с конца 2016 г. институт страховых представителей.

Основными инструментами оценки, необходимой для реализации пациентоориентированного принципа деятельности являются проведение социологических опросов сотрудников и пациентов (их законных представителей), позволяющих, наряду с использованием других баз данных, составлять собственный медицинский и социально-демографический портрет пациентов. Особенно важно проведение данных опросов в целях анализа характеристик потребителей платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях, поскольку их выбор медицинской услуги определяет, как правило, более сложная, комплексная мотивация. Это тем более важно в контексте недавнего утверждения Росздравнадзора о том, что значительная часть нарушений в медицинских организациях госсектора связана с непредоставлением пациентам точной информации о видах и объемах гарантированных гражданам бесплатных медицинских услуг.

Другим важным инструментом реализации принципа пациентоориентированности является ревизия всех помещений медицинской организации с целью анализа их функционального использования, удобства расположения кабинетов, с учетом действительного движения потоков пациентов. Проведение мониторинга очередей (система видеонаблюдения, «контрольная» фотосъемка в течение дня), организация возможности пациентам оставлять свои отзывы, заполнив анкету на бумажном носителе или в онлайн-режиме, в том числе на мониторе в фойе медицинской организации. Создание комфортных условий пребывания пациентов в учреждении, организация дополнительных услуг (инфомат. кофе-автомат, оплата медицинских услуг с помощью платежных карт, ксерокс-услуги для пациентов и т.д.)

Пациент-центрированность/ ПЦ как этико-правовая ценность

Современный человек становится все более информированным, требовательным и активным, год от года увеличивается правозащитная деятельность населения.

Применительно к пациенту эти характеристики приобретают особо яркую практическую окраску в связи со все возрастающими высокими ожиданиями, связываемыми с медицинскими и сервисными услугами. Современная нормативная правовая база эту ситуацию закрепляет, поэтому медицинский и обслуживающий персонал, сотрудники отделов платных медицинских услуг организаций здравоохранения должны выстраивать свои отношения с пациентами и их законными представителями таким образом, чтобы максимально исключать вероятность нарушений норм права и профессиональной медицинской этики.

Пациент-центрированность как принцип деятельности обязывает рассматривать пациента как

равноправного субъекта взаимоотношений, имеющего законодательно закрепленный этико-правовой статус – совокупность прав и обязанностей и соответствующим образом взаимодействовать с ним.

Вот почему принцип пациент-центрированности ПЦ с полным на то основанием можно рассматривать и как исходное положение при определении методологии эффективного управления деятельностью в медицинской организации, и как базовый этико-правовой ориентир ежедневной практической работы, проводимой в медицинской организации.

Особую остроту вопросы реализации принципа пациент-центрированности приобретают при организации и оказании платных медицинских услуг населению в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, поскольку в качестве конституционной нормы в Российской Федерации законодательно закреплена бесплатность ее предоставления в государственных и муниципальных медицинских организациях за счет бюджета, страховых и других легальных поступлений.

На наш взгляд показательно, что аналогичные данной норме обязательства государства закреплены, наряду с РФ, в основных законах еще двух государств. В Конституции Республики Куба (ст. 49 Конституции Республики Куба), страны, в которой действительно все еще удается придерживаться этого принципа, обеспечивая при этом бесплатность и качество предоставляемой медицинской помощи. И в Конституции Северокорейской Республики (ст. 72 Конституции КНДР), страны, в которой качество жизни и качество медицинской помощи, несмотря на ее действительную бесплатность, остается невысоким.

В контексте нашей темы важно учитывать, что в ст. 41 Конституции РФ под бесплатностью понимается не «безвозмездность» как таковая. Напротив, в тексте статьи точно указываются основные источники финансирования медицинской помощи, то есть условно говоря ответственные «субъекты оплаты». Следовательно речь в конституционной норме в первую очередь идет о гарантированности и доступности медицинской помощи с точки зрения отсутствия финансовых преград в ее получении в государственных и муниципальных медицинских организациях.

В ходе реализации в медицинской организации принципа пациент-центрированности в качестве базовой ценности и нормы взаимодействия, во-первых, должно быть четко разъяснено медицинскому и обслуживающему персоналу учреждения и представлено в текстах внутриучрежденческих документов и в информационно-справочных материалах, используемых при проведении с медицинским персоналом занятий по медицинскому праву и профессиональной медицинской этике, – понимание того, что «становясь пациентом, человек не перестает быть человеком» и его недопустимо рассматривать как носителя «больной печени» либо «кошелька».

Во-вторых, в результате закрепления и реализации принципа паицент-центрированности деятельности, особенно при оказания платных медицинских услуг, должно с особым вниманием к этому повсеместно утверждаться требование недопустимости навязывания пациенту не положенных ему либо избыточных медицинских и сервисных услуг. Поскольку именно здесь нередко, особенно у руководителей медицинских организаций, возникает соблазн превратить медицинского работника в «коробейника», щедро «раздающего» лечение, консультации коллег, а порой и недуги. Данный запрет вносится в текст принимаемых на собрании трудового коллектива медицинской организации Этических правил или Этического кодекса.

Все это приобретает еще большую значимость на фоне представления 5 сентября 2019 г. Росздравнадзором итогов внеплановых проверок медицинских организаций в 2019 году. Как оказалось, более миллиона рублей штрафов было выписано за нарушения в информировании пациентов об оказании – порядки и условия получения медицинской помощи по программе государственных гарантий.

Высокая оценка учреждения, фиксируемая в собственном опыте пациента, в официальных онлайн-рейтингах, проявляющаяся в последующих рекомендациях конкретного учреждения, объективно формируется вместе с пациентами и их законными представителями.

Пациент-центрированность/ПЦ деятельности – это совокупная характеристика такого принципа развития системы здравоохранения в целом и действий медицинских работников в частности, когда пациент не просто находится в центре деятельности и отношений, но сами виды деятельности и комплекс возникающих взаимоотношений определяются не исключительно морбидным статусом пациента и его психологическими особенностями, но его правовым статусом и социальными характеристиками, поскольку особая интегративная роль пациента закреплена в нормах современного российского законодательства о здравоохранении.

Основа основ в настоящее время – это восстановление доверия пациентов, населения профессиональному медицинскому сообществу. Любое действие медицинского работника и обслуживающего персонала медицинской организации должно повышать в глазах

пациента ценность их взаимодействия. Поэтому оно должно быть этически выдержано и юридически, в результате повышения медико-правовых компетенций медицинских работников, выверено.

Выводы

В настоящее время происходит закрепление смещения пациенториентированного принципа деятельности в сфере медицины к принципу пациент-центрированности, от сервисной логистики, маркетинга и психологии к нормам права и этическим требованиям взаимодействия медицинского персонала и пациентов.

Особое внимание этой трансформации деятельностных принципов должно быть уделено в ходе организации и оказания платных медицинских услуг, поскольку здесь, как правило, пациентские ожидания и требования особо высоки, равным образом более высока и пациентская правозащитная активность в случае возникновения конфликтов.

Литература

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 01.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – М.: Собрание законодательства РФ, 28 ноября 2011 года, № 48, ст. 6724.
2. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ.
3. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1.
4. Закон РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 18.03.2019).
5. Деонтология в медицине. В 2-х томах. Под ред. Б.В. Петровского. – М.: Медицина, 1988. – Т. 1. Общая деонтология. – С. 22.

UDC 614.2

Perepelova O.V., Petrova I.A. ***Patient-centeredness in the provision of medical services to the population as a value and principle of activity*** *(Research clinical Institute. M. F. Vladimirsky Moscow region; FGBNU «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», Moscow, Russia)*

Abstract. The article correlates the principles of patient-orientation (PO) and patient-centeredness (PC) in the provision of medical care, gives a normative basis for the implementation of these principles, defines the characteristics of a value-oriented healthcare, presents the features of the implementation of the patient-centered principle in the provision of paid medical services.

Keywords: *patient centered, patient- oriented, paid medical care.*

Т.А. Баранкина,
к.фарм.н., Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России», г. Красноярск, Россия, e-mail: dmytry238@rambler.ru
Т.Е. Едунова,
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России», г. Красноярск, Россия, e-mail: edunova_te@skc-fmba.ru
О.Н. Якименко,
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России», г. Красноярск, Россия, e-mail: Yakimenko_on@skc-fmba.ru

РЕГЛАМЕНТ ЗАКУПОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.27

Баранкина Т.А., Едунова Т.Е., Якименко О.Н. ***Регламент закупок лекарственных препаратов и медицинских изделий для многопрофильной медицинской организации*** *(Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России», г. Красноярск, Россия)*

Аннотация. *Актуальность.* Процесс организации обеспечения лекарственными препаратами (ЛП) и медицинскими изделиями (МИ) в условиях дневного и круглосуточного стационара в системе ОМС отнесена к полномочиям министерства здравоохранения субъекта РФ, однако необходимость определять квоты на ЛП и МИ по другим источникам финансирования (федеральный бюджет, внебюджетная деятельность) входит в компетенции медицинской организации.
Цель. Предложить инструменты и регламент, позволяющие планировать объем и ассортимент лекарственных средств и медицинских изделий для медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, как по ОМС, так и на внебюджетной основе.
Материалы и методы. Материалами являлись законодательная и нормативная базы, регулирующие лекарственное обеспечение медицинских организаций Российской Федерации и Красноярского края; внутренние нормативные документы ФГБУ «ФСНКЦ ФМБА России» – медицинской организации, подведомственной Федеральному медико-биологическому агентству. В процессе работы использовались математический, аналитический, описательный методы.
Результаты и обсуждение. Особые проблемы по определению объема и ассортимента ЛС для организаций, оказывающих медицинские услуги на внебюджетной основе, связаны с невозможностью точного планирования их вида и объемов. Для решения этой задачи в ФСНКЦ применяется ретроспективный анализ обращений по виду и количеству услуг с использованием технологической карты медицинской услуги. Применение разработанного и утвержденного внутренним приказом регламента закупок позволяет спланировать предстоящие расходы наиболее оптимально для бесперебойного и качественного оказания плановой медицинской помощи не только за счет средств обязательного медицинского страхования, но и в рамках внебюджетной деятельности.
Выводы. Предложенный алгоритм работы с регламентом рекомендуется к применению в многопрофильных медицинских организациях с целью оптимизации закупочной деятельности.

Ключевые слова*: оптимизация затрат, лекарственное обеспечение, регламент закупок.*

Введение

Закупки лекарственных препаратов (ЛП) и медицинских изделий (МИ) составляют одну из основных статей расходов любой медицинской организации.

Проблемы эффективного управления товарными запасами, ассортиментная политика в области фармацевтической деятельности медицинской организации являются первоочередными, особенно для многопрофильных учреждений с несколькими источниками финансирования. В Красноярском крае с 2005 года с целью оптимизации закупок проводятся совместные торги, при этом для обеспечения медицинских организаций (МО) лекарственными средствами используют смешанную

© Т.А. Баранкина, Т.Е. Едунова, О.Н. Якименко, 2019 г.

модель закупок, когда общий объем финансовых ресурсов МО делится на две части – не менее 75% от суммы финансовых затрат используется для совместных закупок, и 25% закупается самостоятельно каждой МО [1].

В связи с изменениями в Тарифном соглашении системы обязательного медицинского страхования (ОМС) Красноярского края, начиная с 2019 г., процесс организации обеспечения ЛП и МИ в условиях дневного и круглосуточного стационара в системе ОМС отнесена к полномочиям министерства здравоохранения субъекта РФ [2].

В компетенции МО входит необходимость определять квоты на ЛП и МИ по другим источникам финансирования (федеральный бюджет, внебюджетная деятельность).

Однако, в соответствии с законодательством РФ, МО могут самостоятельно проводить вышеуказанные закупки, руководствуясь при этом Федеральным законом от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и Федеральным законом от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц». Предложить инструменты и регламент, позволяющие планировать объем и ассортимент лекарственных средств и медицинских изделий для медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги, как по ОМС, так и на внебюджетной основе.

Материалы и методы

Материалами являлись законодательная и нормативная базы, регулирующие лекарственное обеспечение медицинских организаций Российской Федерации и Красноярского края; внутренние нормативные документы ФГБУ «ФСНКЦ ФМБА России» – медицинской организации, подведомственной Федеральному медико-биологическому агентству. В процессе работы использовались математический, аналитический, описательный методы.

Система здравоохранения Красноярского края включает различные виды форм собственности больничных учреждений: краевые, федерального подчинения, частные. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России» (ФСНКЦ), относится к МО, подведомственным Федеральному медико-биологическому агентству. Учитывая специфику ФСНКЦ, финансируемого из нескольких источников, в МО разработан и введен в действие «Регламент планирования и осуществления закупок для нужд ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России», утвержденный внутренним приказом.

Результаты и обсуждение

Регламент регулирует отношения, возникающие между структурными подразделениями МО и сотрудниками учреждения в связи с планированием закупок, определением поставщиков, заключением договоров, приемкой поставленных товаров, контролем исполнения договоров.

С целью единообразного толкования и использования Регламента всеми участниками процесса закупок используются основные термины:

– плановая закупка – закупка, потребность в которой возможно заблаговременно предусмотреть в текущем году и спланировать ее осуществление в последующем календарном году;

– заявка – документ, содержащий сведения о потребности в закупке товаров, составляемый в письменный форме заведующими отделениями или руководителями структурных подразделений учреждения по курируемым направлениям деятельности.

Именно эти две дефиниции являются основой Порядка формирования объема и ассортимента заявки.

При составлении заявки, согласно Регламента, на поставку ЛС необходимо учитывать следующее:

а) предметом одного договора не могут быть ЛС с различными международными непатентованными наименованиями или при отсутствии таких наименований с химическими, группировочными наименованиями при условии, что начальная (максимальная) цена договора превышает предельное значение, установленное ПП РФ от 17.10.2013 № 929 [3]

б) требования ПП РФ от 30.11.2015 № 1289 [4]

в) требования, утвержденные ПП РФ от 15.11.2017 № 1380 [5];

г) порядок определения начальной (максимальной) цены контракта, цены контракта, заключаемого с единственным поставщиком, при осуществлении закупок ЛП для медицинского применения, утвержденный Приказом Минздрава России от 26.10.2017 № 871н [6];

д) иные нормативные правовые акты, устанавливающие особенности закупок ЛС.

Кроме того, при составлении заявки учитываются особенности нормативно-правового регулирования поставки МИ – требования ПП РФ от 05.02.2015 № 102 [7].

Все закупки осуществляются в соответствии с утвержденным планом-графиком, формируемым ежегодно на каждый последующий календарный год.

Для организаций, имеющих право осуществлять медицинскую деятельность на внебюджетной основе (за счет средств ДМС, по прямым договорам с организациями, за счет личных средств граждан) существует проблема формирования заявки на ЛС и МИ как по объемам, так и по структуре.

В ФСНКЦ, оказывающем медицинские услуги на внебюджетной основе, согласно Регламента, принят единый процесс формирования и утверждения плановых закупок на следующий календарный год *(таблица 1)*, с учетом источника финансирования.

Заявки формируются в пределах квот, доведенных до сведения инициаторов закупок – начальником планово-экономического отдела (ПЭО) за счет средств ОМС и начальником отдела платных услуг (ОПУ) – в случае финансирования закупки за счет средств от приносящей доход деятельности (ПДД) – в срок до 28 февраля текущего года.

Ежегодно до 31 марта текущего года заведующие отделениями, старшие медицинские сестры и руководители структурных подразделений МО обязаны составить и представить главному врачу заявки, составленные в письменной форме, о годовой потребности учреждения в закупке ЛС и МИ. Заведующий отделением составляет заявку по форме, предоставляемой заведующим аптекой, на сумму выделенной квоты на данные цели с учетом:

– анализа структуры пролеченных больных за предыдущий отчетный период;

– планируемых медицинских услуг в соответствие с международной классификацией болезней, уровнем и профилем медицинской помощи;

– планируемого перечня ЛС (преимущественно с учетом перечня ЖНВЛП), исходя из стандартов и порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций;

– данных по расходу закупаемого товара за предыдущий отчетный период.

Главный врач определяет перечень должностных лиц, участвующих в согласовании конкретной заявки, и устанавливает сроки согласования, при необходимости определяет случаи очной комиссионной защиты заявок заведующими отделениями, для согласования заявок формируется комиссия. Участвующие в комиссии по согласованию заявки должностные лица под личную ответственность проверяют каждую заявку в соответствии со своей компетенцией, в т.ч.:

– главный врач – на соответствие доведенным квотам с учетом движения закупаемого товара за предыдущий период;

– заместитель главного врача по соответствующему направлению – на соответствие порядкам и стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, номенклатуре и объемам ЛС и МИ с учетом их движения за предыдущий период и планового количества пациентов на следующий год;

Таблица 1

Процесс формирования плановой заявки на ЛП и МИ

	ПЭО	*ОПУ*	*зав. отд.*	*фармаколог*	*зам. гл. врача по профилю*	*больничная. аптека + бухгалтерия*	*нач. отдела по лек. обеспечению*	*сроки выполнения*
определение финансовой квоты для отделения	ОМС	ПДД						До 28 фев.
составление заявки с учетом источника финансов			Ф, КР, П, С					До 31 мар.
контроль соответствия Ф, КР, П, С				Ф, КР, П, С	Ф, КР, П, С			
контроль остатков*						ПКУ ЛП, МИ, дез. редств		До 30 апр.
формирование сводной заявки							защита в ТФОМС, объемов по ОМС	До 26 мая

Ф – формуляр МО,
КР – клинические рекомендации,
П – порядки,
С – стандарты,
ПКУ – предметно-количественный учет

*потребность в соответствие с плановыми показателями = заявленный V с учетом ассортимента – остатки

– начальник отдела по организации лекарственного обеспечения, провизор – на экономическую целесообразность и необходимость осуществления закупки, на соответствие формулярному перечню МО, утвержденному внутренним приказом;

– заведующий аптекой – на целесообразность и необходимость осуществления закупки с учетом наличия остатков, возможности обмена с отделениями и др.

Главный врач при согласовании заявки проверяет наличие подписей всех должностных лиц, участвующих в согласовании, после чего передает заявку инициатору закупки по соответствующему направлению в срок до 30 апреля текущего года.

Согласование заявок осуществляется путем проставления подписи указанных должностных лиц в срок до 26 мая текущего года.

Начальник контрактной службы не позднее 10 июня передает все поступившие заявки начальнику планово-экономического отдела, которые до 20 июня текущего года проверяют наличие денежных средств по статьям расходов по направлениям закупок. Согласованные начальником ПЭО (в случае финансирования закупки за счет средств субсидий), и начальником отдела платных услуг (в случае финансирования закупки за счет средств от ПДД) заявки посредством проставления соответствующей визы, содержащей сведения об источнике финансирования и статье расходов, возвращаются в контрактную службу.

Особые проблемы по определению объема и ассортимента ЛС для пациентов, получающих медицинские услуги на внебюджетной основе, связаны с невозможностью точного планирования их вида и объемов. [8] Для решения этой задачи в ФСНКЦ применяется технологическая карта услуги (ТКУ), составленная врачом-исполнителем совместно с экономистами ОПУ. Ретроспективный анализ обращений в МО по виду и количеству услуг за три предыдущих года позволяет определить усредненный объем финансовых средств, затраченных на ЛС и МИ за счет ПДД.

В качестве примера рассмотрим ТКУ *(таблицы 2 и 3),* как инструмент планирования заявки, например, для травматологического отделения. В *таблице 2* приведен фрагмент ТКУ с перечнем ЛС и МИ, применяемых для выполнения процедуры «Артроскопия коленного сустава».

Второй фрагмент ТКУ, представленный в *таблице 3,* позволяет рассчитать общую долю денежных средств (в %), потраченных на ЛП и МИ, в структуре затрат на оказание медицинской услуги за счет ПДД.

Из данных *таблицы 3* видно, что доля ЛС и МИ в структуре стоимости услуги составляет 18 процентов. Для других услуг этого же отделения показатели могут существенно отличаться, поэтому необходимо вести учет затрат в разрезе оказанных услуг.

Отделение M оказывает N услуг:

$$V_{k-1}^{M} = \frac{D^1}{100} \times d^1 + \frac{D^2}{100} \times d^2 + \cdots + \frac{D^N}{100} \times d^N = \sum_{n=1}^{N} \frac{D^n}{100} \times d^n$$

V_{k-1}^{M} – объем потраченных на ЛП и МИ средств отделением M в прошлом (k-1) году;

D^n – объем заработанных средств за счет выполнения n-ой услуги;

d^n – объем средств, потраченных на ЛС и МИ, в ходе выполнения n-ой услуги, в %.

Тогда по результатам работы за три года сумма планируемых средств может быть вычислена по формуле:

Таблица 2

Пример расчета объемов и стоимости ЛС и МИ, необходимых для выполнения процедуры А.16.04.003.000.071 «Артроскопия коленного сустава»

Наименование	*Ед. изм*	*Цена за единицу, руб.*	*Коэф-т пересчета*	*Необход. кол-во*	*Полная стоимость, руб.*
Спирт 70%, 100 мл	фл	19,03	100	50	9,52
Спирт 70% с хлоргексидином 0,5%, 100 мл	фл	98,36	1	1,02	100,33
Марля, м	м	13,92	1	5	69,60
Бинт, 10*14	шт	20,05	1	2	40,10
..... И т.д.					
Итого					*2859,55*

Таблица 3

Пример расчета стоимости процедуры А.16.04.003.000.071 «Артроскопия коленного сустава»

Прямые затраты	*%*	*в руб.*
Оплата труда основного персонала за 1 мин. раб. времени		
врач травматолог-ортопед		xxx
медицинская сестра операционная		xxx
*ВСЕГО расходы на оплату труда с учетом продолжительности процедуры**		xxx
Резерв на отпуск, %	14	xxx
Начисления на заработную плату, %	30,2	xxx
Медикаменты	**18**	**2859,55**
Восстановление оборудования с учетом продолжительности процедуры		xxx
Расходы на мед. инструменты с учетом продолжительности процедуры*		xxx
ВСЕГО, прямые затраты		xxx
Накладные расходы, %	22,0	xxx
Себестоимость		xxx
Рентабельность, %	15,00	xxx
Цена услуги, руб	100,0	xxx
* время проведения процедуры (мин.)		
для врача	xxx	
для операционной медицинской сестры	xxx	

$$V_{k+1} = (V_{k-1} + V_{k-2} + V_{k-3})/3,$$

V_{k+1}^{M} – планируемый объем средств для отделения M на следующий год; текущий год с индексом k в расчет не принимается.

По итогам трех лет определяется усредненная сумма заработанных средств за счет ПДД и вычисляется квота на ЛП и МИ для отдельно взятого подразделения.

Однако, для того же отделения травматологии могут быть свои «тонкости», которые необходимо учитывать при составлении консолидированной от МО заявки. Если большинство ЛС и МИ попадают в общебольничную заявку (с указанием источника финансирования ПДД), то часть средств резервируется на случай необходимости внеплановой заявки в соответствие с 223-ФЗ (например, комплектующие протезов по индивидуальным параметрам, закупаемые под конкретного пациента по ранее заключенным договорам).

Выводы. В настоящее время существуют довольно четкие критерии для составления заявок на ЛС и МИ в системе ОМС, даже при самостоятельном закупе, в отношении других источников финансирования МО сами определяют алгоритм работы по проведению закупок. В качестве инструмента может быть использована технологическая карта услуги. Ретроспективный анализ обращений в МО по виду и количеству услуг, применение разработанного и утвержденного внутренним приказом регламента закупок позволяет спланировать предстоящие расходы наиболее оптимально для бесперебойного и качественного оказания плановой медицинской помощи не только за счет средств обязательного медицинского страхования, но и в рамках внебюджетной деятельности.

Предложенный алгоритм работы с регламентом рекомендуется к применению в многопрофильных медицинских организациях с целью оптимизации закупочной деятельности.

Литература

1. Организация лекарственного обеспечения районных больниц Красноярского края. К.Г. Ноздрачев, Е.Н. Бочанова, В.В. Богданов, А.С. Шуваева. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 2. – С. 1–11.
2. Постановление Правительства Красноярского края от 27 декабря 2016 г. № 682-П «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».
3. Постановление Правительства РФ от 17.10.2013 № 929 «Об установлении предельного значения начальной (максимальной) цены контракта (цены лота), при превышении которого не могут быть предметом одного контракта (одного лота) ЛС с различными международными непатентованными наименованиями или при отсутствии таких наименований с химическими, группировочными наименованиями».
4. Постановление Правительства РФ от 30.11.2015 № 1289 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств ЛП, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших ЛП, с целью осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
5. Постановление Правительства РФ от 15.11.2017 № 1380 «Об особенностях описания лекарственных препаратов для медицинского применения, являющихся объектом закупки для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
6. Постановление Правительства РФ от 05.02.2015 № 102 «Об ограничениях и условиях допуска отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, с целью осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 871н «Об утверждении Порядка определения начальной (максимальной) цены контракта, цены контракта, заключаемого с единственным поставщиком (подрядчиком, исполнителем), при осуществлении закупок лекарственных препаратов для медицинского применения».
8. *Кадыров Ф.Н.* Платные услуги в здравоохранении. Том 1. Под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – 220 с.

UDC 614.27

Barankina T.A., Edunova T.E., Yakimenko O.N. ***Medication and medical product procurement regulations in a multidisciplinary healthcare institution*** *(the Federal State-Financed Institution Federal Siberian Research Clinical Centre, FMBA of Russia, Krasnoyarsk, Russia)*

Abstract. *Relevance.* The process of organization of medication and medical product supply in conditions of the day hospital and inpatient care, that are part of the health insurance system, is assigned to the authority of the Ministry of Health of the constituent territory of the Russian Federation. However, the need to determine the quotas for medications and medical products from other sources of funding (federal budget, extrabudgetary activity) falls within the competence of a healthcare institution.
Aim. To propose tools and regulations that allow to plan volume and range of medications and medical products for healthcare institutions that provide medical services, both through compulsory medical insurance and on an extrabudgetary basis.
Materials and methods. The materials studied were the legislative and regulatory framework governing the medication supply of healthcare institutions of the Russian Federation and the Krasnoyarsk Territory; internal regulations of the FSFI FSRCC under the FMBA of Russia, a healthcare institution subordinate to the Federal Medical-Biological Agency. Mathematical, analytical and descriptive methods were used in this work.
Results and discussion. Particular problems in determination of the volume and range of medications for the institutions providing medical services on an off-budget basis are associated with the impossibility of accurate planning concerning medication type and volume. The FSRCC uses a retrospective analysis of requests for each type and number of medical services using a technical medical service worksheet. Application of the designed and approved procurement regulations allows to plan future expenses the most optimal way for the uninterrupted high-quality routine medical care provision not only at the expense of compulsory medical insurance but also as a part of extrabudgetary activity.
Conclusions. The proposed algorithm for work with the regulations is recommended for the use in multidisciplinary healthcare institutions in order to optimize procurement activity.

Keywords: *cost optimization, medication supply, procurement regulations.*

Р.Б. Курбанисмаилов,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Красноярск, Россия, e-mail: krasgmu05@mail.ru
А.Н. Наркевич,
к.м.н., Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Красноярск, Россия, e-mail: narkevichart@gmail.com
С.А. Евминенко,
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр», г. Красноярск, Россия, e-mail: s.evminenko@kmiac.ru
К.А. Виноградов,
д.м.н., профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Красноярск, Россия, e-mail: vinogradov16@yandex.ru
Р.В. Гараев,
к.м.н., Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр», г. Красноярск, Россия, e-mail: r.garaev@kmiac.ru

СИСТЕМА ПЕРИНАТАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

УДК 614.2

Курбанисмаилов Р.Б., Наркевич А.Н., Евминенко С.А., Виноградов К.А., Гараев Р.В. ***Система перинатального мониторинга в Красноярском крае*** *(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия; КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр», г. Красноярск, Россия)*

Аннотация. Успешное функционирование информационных программных комплексов, обеспечивающих автоматизацию мониторинга беременных женщин, на региональном уровне возможно только при наличии, а также постоянном совершенствовании организационной системы. Отсутствие четко установленной организационной системы не позволяет использовать возможности данных комплексов и, зачастую, приводит к их асинхронной работе.

Целью исследования явилось формирование схемы оказания перинатальной помощи в Красноярском крае с использованием системы перинатального мониторинга и ее оценка с применением методологии системного анализа. Для анализа работы перинатального мониторинга в Красноярском крае использованы данные о 122 250 случаях беременности в период с 2014 по 2017 гг., степени риска женщин, а также исходов данных случаев беременности. Все исходы беременности были разделены на 2 группы: случаи беременности с неблагоприятными исходами и с благоприятными исходами.

Несмотря на довольно длительную работу перинатального мониторинга в Красноярском крае, анализ сложившейся системы позволил выявить ряд существенных недостатков, ограничивающих ее эффективность, функционирование и управление данной системой. В качестве недостатков констатированы отсутствие руководства женских консультаций в качестве уровня управления системой оказания перинатальной помощи в Красноярском крае, несовершенство системы оценки степени перинатального риска, недостаточность информации в существующих отчетных формах и информации об исходах законченных случаев беременности в базе данных системы.

Выявление представленных недостатков позволило сформировать предложения, позволяющие увеличить эффективность, расширить возможности, а также создать инструменты управления маршрутизацией беременных в системе перинатального мониторинга.

Ключевые слова: *перинатальный мониторинг, беременность, неблагоприятные исходы, трехуровневая система, маршрутизация беременных.*

На сегодняшний день как в Российской Федерации, так и во многих зарубежных странах сложилась трехуровневая система функционирования службы родовспоможения [10, 11, 13]. Для более эффективной реализации данной системы разрабатываются различные информационные и программные продукты, обеспечивающие автоматизацию мониторинга

© Р.Б. Курбанисмаилов, А.Н. Наркевич, С.А. Евминенко, К.А. Виноградов, Р.В. Гараев, 2019 г.

беременных женщин на всем протяжении беременности [1, 2, 4, 5, 9].

На территории Красноярского края на базе Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра функционирует дистанционная информационная система «Перинатальный мониторинг» [6]. Несомненно, что активный мониторинг состояния беременных женщин, обеспечивающийся использованием подобных систем, позволяет повысить качество оказания акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам [3, 7, 12]. Однако, для успешного функционирования информационных программных комплексов на региональном уровне необходимо наличие, а также постоянное совершенствование организационной модели. Отсутствие четко установленной организационной структуры и взаимодействия ее элементов между собой не позволяет использовать возможности данных комплексов и, зачастую, приводит к их асинхронной работе.

Целью исследования явилось формирование схемы оказания перинатальной помощи в Красноярском крае с использованием системы перинатального мониторинга и ее оценка с применением методологии системного анализа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе проанализирована существующая схема оказания перинатальной помощи в Красноярском крае с использованием системы перинатального мониторинга. На текущий момент использование дистанционного перинатального мониторинга на территории Красноярского края установлено приказом Министерства здравоохранения Красноярского края от 21.09.2017 № 680-орг.

Для анализа результатов работы перинатального мониторинга в Красноярском крае использованы данные о 122250 случаях беременности в период с 2014 по 2017 гг., степени риска неблагоприятных исходов у женщин, а также исходов данных случаев беременности.

Все исходы беременности были разделены на 2 группы: случаи беременности с неблагоприятными исходами и с благоприятными исходами. Неблагоприятными исходами считались: самопроизвольный поздний выкидыш в сроке от 13 до 27 недель беременности, преждевременные роды в сроке 28–36 недель, индуцированный поздний выкидыш в сроке 13–27 недель (по показаниям со стороны матери и/или плода), запоздалые роды в сроке 41–43 недели беременности, срочные роды в сроке 37–40 недель с наличием осложнений в период родов (акушерские травмы, разрывы, кровотечения и т.д.). Благоприятными исходами считались: срочные роды в сроке 37–40 недель без осложнений в период родов.

В работе представлена система перинатального мониторинга, обеспечивающая лишь плановую перинатальную помощь в Красноярском крае.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На *рис. 1* представлена функционирующая на территории Красноярского края схема оказания перинатальной помощи с использованием системы перинатального мониторинга. Согласно представленной схеме данные о беременной женщине при первом обращении в женскую консультацию вводятся в единую базу данных перинатального мониторинга Красноярского края. Данные о беременной женщине включают в себя информацию, характеризующую паспортные данные, социальный статус, трудовой анамнез, а также информацию, необходимую для оценки перинатального риска.

После ввода данных осуществляется автоматическое определение степени перинатального риска по двум методикам: по методике, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», на основе критериев для определения этапности оказания медицинской помощи, а также по методике В.Е. Радзинского [8], основанной на балльной оценке совокупности социально-биологических факторов риска женщины, ее акушерско-гинекологического анамнеза и наличия экстрагенитальных заболеваний.

В случае получения различной степени перинатального риска по двум используемым методикам используется наиболее тяжелый риск.

После определения степени перинатального риска у женщины и его сохранения в единую базу данных врачами женской консультации определяется необходимость консультирования беременной в учреждениях родовспоможения Красноярского края различного уровня согласно следующим формализованным правилам.

В случае наличия высокого перинатального риска женщина направляется для консультации в учреждения III уровня – перинатальные центры (г. Красноярск, г. Норильск и г. Ачинск); в случае наличия среднего перинатального риска – в учреждения II уровня

(родильные дома г. Красноярска и межрайонных центров); в случае наличия низкого перинатального риска – наблюдение беременной осуществляется без дополнительного консультирования.

В период наблюдения беременной в женской консультации в сроки трехкратного скрининга беременных производится повторная оценка перинатального риска. При достижении срока родоразрешения женщины госпитализируются в учреждения акушерско-гинекологической помощи согласно имеющейся степени перинатального риска.

Для управления функционированием системы перинатального мониторинга в дополнение к утвержденной на федеральном уровне форме № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» в Красноярском крае введена региональная отчетная форма «Перинатальный мониторинг».

Региональная отчетная форма «Перинатальный мониторинг» содержит информацию о наблюдаемых на отчетную дату случаях беременности и завершенных случаях с различной степенью риска и распределением по учреждениям здравоохранения. Распределение по учреждениям здравоохранения также позволяет агрегировать представленные в форме показатели по уровням учреждений службы родовспоможения, территориям Красноярского края и региону в целом.

Основное управление функционированием системы перинатального мониторинга в Красноярском крае осуществляют главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Красноярского края по акушерству и гинекологии и по амбулаторной помощи в акушерстве и гинекологии, а также отдел организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи Министерства здравоохранения Красноярского края.

Несмотря на довольно длительный период работы перинатального мониторинга в Красноярском крае, сложившаяся система имеет ряд существенных недостатков, ограничивающих ее эффективность, функционирование и управление данной системой. Анализ представленной на *рис. 1* схемы позволил выявить следующие недостатки.

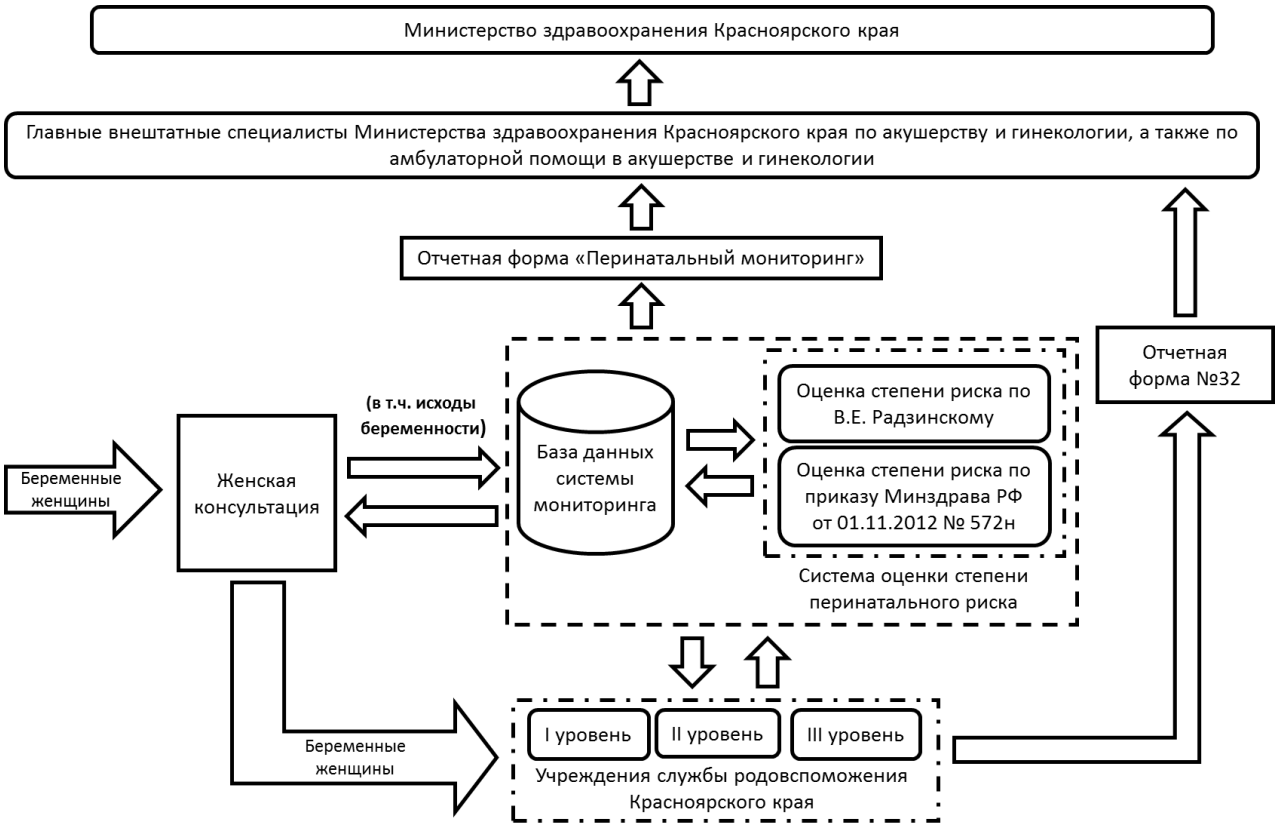

Рис. 1. **Схема оказания перинатальной помощи в Красноярском крае с использованием системы перинатального мониторинга**

Во-первых, система перинатального мониторинга в Красноярском крае не предусматривает в качестве одного из уровней управления данной системой руководство женских консультаций. Это не позволяет осуществлять оперативное управление маршрутизацией беременных, состоящих на учете в данном медицинском учреждении, что создает невостребованность информационной системы перинатального мониторинга для специалистов женских консультаций.

Во-вторых, несовершенна система оценки степени перинатального риска. Так, среди беременных, у которых по результатам оценки степени риска по методике В.Е. Радзинского констатирован низкий перинатальный риск, в 6,2% произошел неблагоприятный исход беременности, среди женщин со средним риском данный показатель составляет 12,5%, а среди женщин с высоким риском – 18,6% *(таблица 1).*

Среди беременных, у которых по результатам оценки степени риска по приказу Минздрава РФ № 572н констатирован низкий перинатальный риск, в 5,8% произошел неблагоприятный исход беременности, среди женщин со средним риском данный показатель составляет 7,1%, а среди женщин с высоким риском – 9,0% *(таблица 2).*

Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование методики В.Е. Радзинского для оценки перинатального риска приводит к недооценке состояния беременных женщин в 18,7% случаев, неверной их маршрутизации и возникновению непрогнозируемых неблагоприятных исходов беременности. При использовании критериев, изложенных в приказе Минздрава РФ № 572н, для оценки перинатального риска беременных происходит недооценка состояния у 12,9%. Данные результаты свидетельствуют о наиболее адекватной оценке перинатального риска при учете критериев приказа Минздрава РФ № 572н. Однако, использование данных критериев приводит к существенному увеличению нагрузки на учреждения службы родовспоможения III уровня. Так, при использовании приказа Минздрава РФ № 572н для оценки перинатального риска высокий риск констатирован в 24 554 случаях беременности, а при использовании методики В.Е. Радзинского – лишь в 1 102 случаях.

В-третьих, существующие отчетные формы, как региональная форма «Перинатальный мониторинг», так и федеральная форма № 32 не учитывают одновременное распределение случаев беременности по исходам беременности и перинатальным рискам. Так, форма «Перинатальный мониторинг» позволяет оценить лишь распределение случаев беременности по степени перинатального риска, а форма № 32 – только распределение исходов беременности.

Таблица 1

Распределение беременных по степени перинатального риска, определяемой по методике В.Е. Радзинского и исходам беременности

Исход беременности	*Перинатальный риск*		
	Низкий	*Средний*	*Высокий*
Благоприятный	105 541 93,8%	7 521 87,5%	897 81,6%
Неблагоприятный	7 016 6,2%	1 070 12,5%	205 18,6%
Всего	112 557 100,0%	8 591 100,0%	1 102 100,0%

Таблица 2

Распределение беременных по степени перинатального риска, определяемой по приказу Минздрава РФ № 572н и исходам беременности

Исход беременности	*Перинатальный риск*		
	Низкий	*Средний*	*Высокий*
Благоприятный	63 054 94,2%	28 562 92,9%	22 343 91,0%
Неблагоприятный	3 900 5,8%	2 180 7,1%	2 211 9,0%
Всего	66 954 100,0%	30 742 100,0%	24 554 100,0%

В-четвертых, существующая система перинатального мониторинга предусматривает введение информации об исходах законченных случаев беременности врачами женских консультаций, когда женщина наблюдается в послеродовом периоде. Однако, многие женщины не обращаются в женские консультации после родов, что создает пробелы в информации, содержащейся в перинатальном мониторинге.

Анализ представленных выше недостатков использования информационной системы перинатального мониторинга позволил модифицировать схему оказания перинатальной помощи в Красноярском крае *(рис. 2)*.

Предложено на уровне женской консультации формирование отчетной формы, содержащей информацию о текущем распределении беременных, стоящих на учете по степени перинатального риска, о сроках направления на консультацию в учреждения II и III уровней службы родовспоможения, а также о результатах данных консультаций. Имеющаяся в базе данных информация позволяет формировать такие внутренние отчетные формы, что дает возможность оперативного управления маршрутизацией беременных на уровне женской консультации.

Содержащаяся в базе данных информация о большом числе беременных женщин и исходах их беременности позволяет формировать математические модели интеллектуальной оценки перинатального риска. Включение данных моделей в систему оценки перинатального риска позволит оптимально распределить беременных женщин по учреждениям службы родовспоможения различного уровня.

Предложено модифицировать существующую региональную отчетную форму «Перинатальный мониторинг», включив в нее информацию об исходах беременности, которые произошли в различных учреждениях службы родовспоможения Красноярского края, с различной степенью перинатального риска. Такая модернизация позволяет выполнять анализ маршрутизации беременных по уровням учреждений службы родовспоможения Красноярского края.

Для обеспечения полноты информации, содержащейся в базе данных системы перинатального

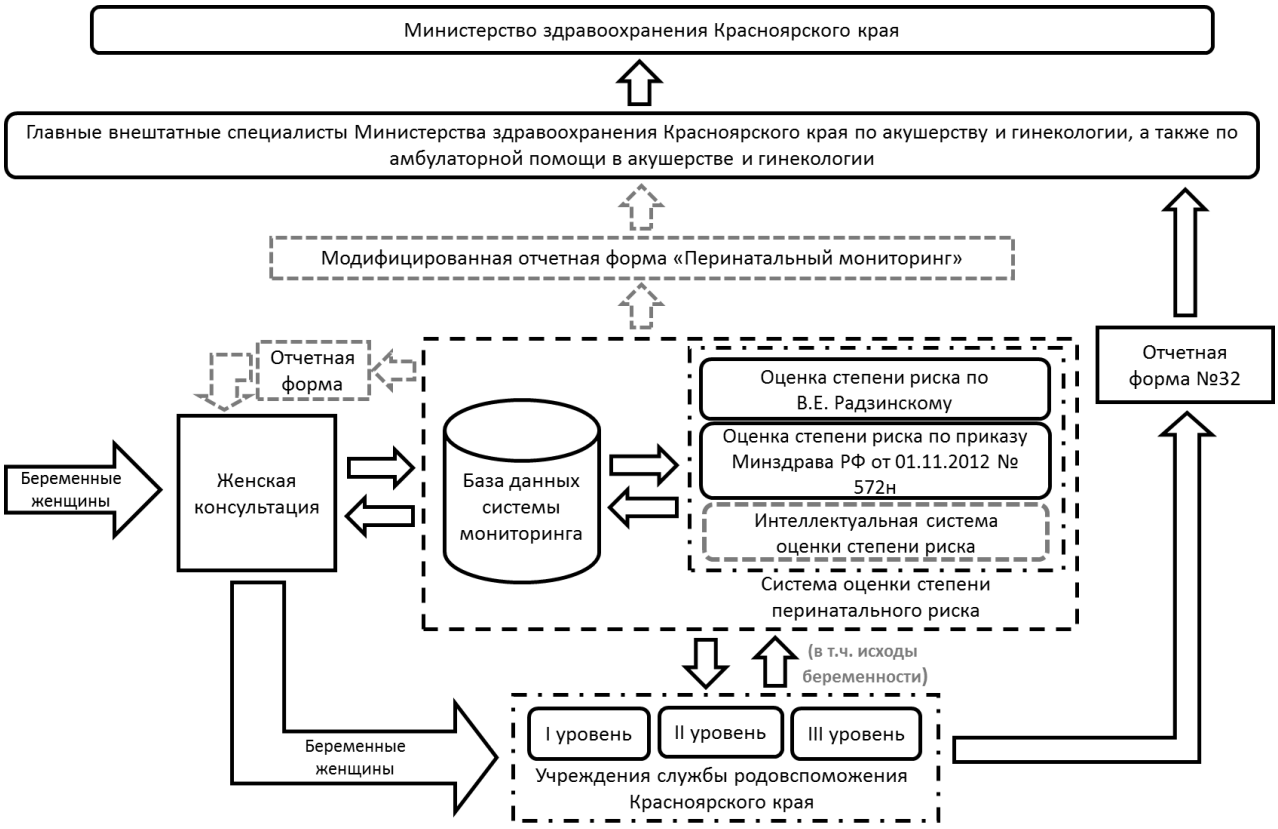

Рис. 2. **Модифицированная схема оказания перинатальной помощи в Красноярском крае с использованием системы перинатального мониторинга**

мониторинга, необходимо вносить информацию об исходах беременности по месту ее происхождения, то есть врачами родильных домов и перинатальных центров, где произошли исходы беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, формирование схемы оказания перинатальной помощи в Красноярском крае с использованием системы перинатального мониторинга, ее оценка и модификация с применением методологии системного анализа, позволяют выявить существенные недостатки сложившейся системы перинатального мониторинга и выработать предложения по ее модификации. Предложенные изменения не требуют существенной переработки уже сложившейся нормативно и исторически системы, а требуют лишь технической доработки информационной системы. При этом данные изменения позволят увеличить эффективность, расширить возможности, а также создать инструменты управления маршрутизацией беременных в системе перинатального мониторинга, что повысит уровень управляемости оказания перинатальной помощи в Красноярском крае.

Литература

1. *Анкудинов Н.О., Абабков С.Г., Зильбер Н.А., Жилин А.В., Куликов А.В.* Региональный акушерский мониторинг в Свердловской области – инновационный инструмент для снижения материнской и перинатальной смертности. Новые возможности дистанционной помощи // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2015. – № 1 (1). – С. 28–31.

2. *Анкудинов Н.О., Абабков С.Г., Зильбер Н.А., Жилин А.В., Куликов А.В.* Региональный акушерский мониторинг в Свердловской области. Инновационный инструмент для снижения материнской и перинатальной смертности // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2016. – Т. 3, № 1. – С. 33–36.

3. *Буштырева И.О., Лебеденко Е.Ю., Баранов Н.А., Багдасарова И.О., Ковалева А.В.* Возможности акушерского мониторинга в снижении репродуктивных потерь // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2007. – № 5. – С. 90–102.

4. *Васильева Т.П., Малышкина А.И., Панова И.А., Астахов М.В., Черкашина Е.М., Рослов А.И.* Автоматизированные программы «Мониторинг беременных» и «Мониторинг перинатальной смертности» как основа обеспечения регионализации перинатальной помощи // Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. – 2010. – № 6. – С. 11.

5. *Ваулин А.Н.* Региональная информационная система мониторинга родовспоможения РИСАР: материнская и перинатальная смертность – от анализа к решению // Информационно-измерительные и управляющие системы. – 2009. – Т. 7, № 12. – С. 75–78.

6. *Никитина М.И.* Трехуровневая система поддержки принятия решений по перинатальному мониторингу // Образовательные ресурсы и технологии. – 2014. – № 1 (4). – С. 151–156.

7. *Петрова Е.И.* Внедрение динамического дистанционного мониторинга беременных с высоким риском развития акушерских и перинатальных осложнений в работе трехуровневой системы службы родовспоможения Рязанской области // Здравоохранение: образование, наука, инновации: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Рязань, 2013. – С. 437–440.

8. *Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н.* Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. М.: ЭКСМО, 2009. – 288 с.

9. *Таранов Ю.А., Борзых В.Э.* Разработка модуля «Мониторинг» АСУ перинатальным центром // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – № 1. – С. 105–106.

10. *Терещенко А.В., Дудина А.А., Моисеенко Р.А.* Технология мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи // Здоровье женщины. – 2014. – № 9 (95). – С. 22.

11. *Терещенко А.В., Дудина Е.А., Моисеенко Р.А.* Анализ системы мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи в разных странах мира (обзор литературы) // Здоровье женщины. – 2014. – № 10 (96). – С. 43.

12. *Чугунова Т.Н.* Активный мониторинг состояния плода в условиях телемедицины – эффективная технология перинатального акушерства // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т. 3, № 5. – С. 55–57.

13. *Шамина И.В., Тирская Ю.И., Лазарева О.В.* Профилактика преждевременных родов у беременных группы высокого риска путем применения акушерского пессария доктор Арабин // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – № 1. – С. 59–65.

UDC 614.2

Kurbanismailov R.B., Narkevich A.N., Evminenko S.A., Vinogradov K.A., Garaev R.V. ***Perinatal monitoring system in Krasnoyarsk region*** *(Krasnoyarsk state medical university, Krasnoyarsk, Russia; Krasnoyarsk regional medical information and analytical center, Krasnoyarsk, Russia)*

Abstract. Successful functioning of information software systems that provide automation of monitoring of pregnant women at the regional level is possible only if there is, as well as continuous improvement of the organizational system. The lack of a well-established organizational system does not allow to use the capabilities of these complexes and often leads to their asynchronous work.

The aim of the study was to form a scheme of perinatal care in the Krasnoyarsk region using the perinatal monitoring system and its evaluation using the methodology of system analysis. Data on 122250 cases of pregnancy in the period from 2014 to 2017, the degree of risk of women, as well as the outcomes of these cases of pregnancy were used to analyze the work of perinatal monitoring of the Krasnoyarsk territory. All pregnancy outcomes were divided into 2 groups: cases of pregnancy with adverse outcomes and favorable outcomes.

Despite the rather long-term work of perinatal monitoring in the Krasnoyarsk region, the analysis of the existing system revealed a number of significant shortcomings that limit its effectiveness, functioning and management of this system. The lack of management of women's consultations as the level of management of the system of perinatal care in the Krasnoyarsk region, the imperfection of the system of assessing the degree of perinatal risk, the lack of information in the existing reporting forms and information on the outcomes of completed pregnancy cases in the database of the system were noted as shortcomings.

Identification of the presented shortcomings allowed to form the offers allowing to increase efficiency, to expand opportunities, and also to create tools of management of routing of pregnant women in system of perinatal monitoring.

Keywords: *perinatal monitoring, pregnancy, adverse outcomes, three-level system, routing of pregnant women.*

ТРИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПОПОЛНЯТ НОМЕНКЛАТУРУ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Минздрав дополняет номенклатуру специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, тремя пунктами: «Детская онкология-гематология», «Медицинская микробиология», «Физическая и реабилитационная медицина». Теперь в номенклатуре значатся 104 специальности. В пояснительной записке к проекту приказа говорится, что он разработан в связи с необходимостью подготовки врачей и фармацевтов, специализация которых соответствует последним достижениям медицинской науки, а также потребностям населения в оказании медицинской помощи.

Проект приказа вынесен на общественное обсуждение.

Прежний вариант номенклатуры был утвержден приказом Минздрава от 7 октября 2015 года № 700н, и в него были внесены изменения приказом от 11 октября 2016 года № 771н.

Источник: официальный сайт Минздрава России

И.М. Ниязова,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областной наркологический диспансер», г. Тюмень, Россия, e-mail: niyazovai@mail.ru

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

УДК 331.1

Ниязова И.М. ***Профессиональные стандарты как инструмент повышения эффективности управления персоналом в медицинских учреждениях*** *(Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областной наркологический диспансер», г. Тюмень, Россия)*

Аннотация. Преобразование сферы занятости и рынка труда наемного персонала, системы подготовки специалистов определили потребность в разработке и внедрении профессиональных стандартов. В статье обосновываются основные причины востребованности новых нормативных документов вызовам времени, актуальность компетентностного подхода на всех этапах внедрения профессиональных стандартов в системе здравоохранения. Внедрение профессиональных стандартов требует масштабной переработки кадровой службой организационно-структурных документов; адаптации к новым инструментам управления персоналом с учетом интересов работодателей, работников, учебных организаций, занятых подготовкой специалистов; дополнительных затрат на переподготовку работников. Основные проблемы внедрения профстандартов в системе здравоохранения связаны с переименованием должностей и переводом сотрудников на менее квалифицированные должности, что отражается на уровне заработных плат и льготах, провоцирует конфликтные ситуации в коллективе, создает условия для профессионального выгорания.

В статье показана практика внедрения профессиональных стандартов, проблемы реализации и пути их решения на примере медицинского учреждения, рассмотрены изменения в системе подготовки кадров, отражающие динамику формирования профессиональных компетенций в условиях неопределенных изменений. Особое внимание уделено проблемам, связанным с внедрением профессиональных стандартов в здравоохранении.

Ключевые слова: *квалификация, профессиональный стандарт, компетентность, управление персоналом, согласование интересов, конфликты, профессиональное выгорание.*

Процесс изменений в сфере экономики, качестве жизни наемного персонала повлек перемены в методах и инструментах управления персоналом, его подготовки к профессиональной деятельности. Изменения отразились на трансформации системы образования под новые потребности развития экономики в условиях приоритета знаний и интеллекта[1]. Современное высшее образование стремится к формированию компетенций, направленных на адаптацию к вызовам времени, условиям возрастающей конкуренции, развитию лидерских способностей.

В настоящее время многие руководители осознают, что на все вызовы времени сложно находить адекватные методы и инструменты адаптации к новым условиям и требованиям к персоналу. Необходимо определять приоритеты, способные решать новые цели и задачи, поэтому возрастает значимость компетенций, которые отражают возможности отбора главных моментов, сортирования большого объема информации, выбора ее надежных источников [2].

В настоящее время регуляторами адаптации работников к требованиям рынка труда выступают профессиональные стандарты, они играют ключевую роль в формировании кадровой политики и управления персоналом.

Для работодателей профессиональный стандарт – это новый инструмент управления персоналом. Он может быть применен при разработке должностных инструкций, тарификации должностей, подборе и аттестации персонала, при планировании обучения и карьеры. Профессиональные стандарты позволяют наименованию должности более точно соответствовать выполняемой трудовой функции, а современное название должности позволит повысить уровень удовлетворенности сотрудников и привлечь квалифицированных специалистов в отрасль здравоохранения. Соблюдение требований профессиональных стандартов предупредит взыскание

[1] Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

© *И.М. Ниязова, 2019 г.*

штрафных санкций при проведении проверок контролирующих структур. Работникам профессиональный стандарт обеспечивает возможности сформировать умения и навыки, необходимые для решения производственных задач [2, 3, 4]. Для потребителей медицинских услуг профессиональный стандарт обеспечит понимание перечня профессиональных обязанностей медицинских работников по отношению к пациентам [9, 14]. В профессиональных стандартах врачей-специалистов прописаны трудовые функции, включающие описание трудовых действий, необходимые умения и знания. Перечень разработанных и утвержденных профессиональных стандартов находится в открытом доступе[2], и в эпоху развития информационных и коммуникационных технологий информацию может получить каждый потенциальный пользователь медицинских услуг. Это поможет снизить уровень напряженности и конфликтогенности при взаимодействии медицинских работников с пациентами, повысить качество оказываемых медицинских услуг и удовлетворенность населения медицинской помощью *(рис. 1)*.

Для образовательных учреждений, осуществляющих подготовку специалистов с высшим и средним медицинским образованием, профессиональные стандарты служат ориентиром при разработке федеральных государственных образовательных программ, профессиональных программ дополнительного образования, в том числе программ циклов повышения квалификации, учебных материалов. Поэтому в целях обеспечения качества медицинской помощи особое внимание необходимо уделить вопросам подготовки специалистов, допуска к практической деятельности и повышения квалификации медицинских кадров [1].

Таким образом, роль профессиональных стандартов заключается не только в интересах взаимодействия работодателя, персонала, образовательных учреждений, но и затрагивает интересы потребителей медицинских услуг. В конечном итоге, результатом внедрения профстандартов будет являться привлечение в отрасль высококвалифицированного медицинского персонала, повышение уровня профессиональной подготовки уже работающих специалистов, что повысит качество оказания медицинской помощи населению.

Сегодня внедрение профессиональных стандартов в России имеет важное значение для развития всей социально-трудовой сферы. Они приходят на смену Единому тарифно-квалификационному справочнику работ и профессий рабочих и Квалификационному справочнику должностей руководителей, специалистов и других служащих и имеют ряд неоспоримых преимуществ [14]. Актуальность требований, мобильность содержания, системный характер и модульная структура отличают профессиональный стандарт от всех документов, использовавшихся в практике управления персоналом и регулирования рынка труда ранее [5].

Однако, наряду с положительными моментами, существуют проблемы с их внедрением, которые неизбежны, как и при внедрении всего нового, и которые необходимо решить для того, чтобы система заработала в полной мере и действительно стала механизмом согласования интересов работников и работодателей [14].

Потребность в разработке и внедрении профессиональных стандартов определена несоответствием Единого тарифно-квалификационного справочника вызовам времени, актуальностью компетентностного подхода к организации деятельности. В процессе проведенного исследования, направленного на оценку опыта внедрения профессиональных стандартов, выяснилось, что внедрение профстандартов требует масштабной переработки кадровой службой организационно-структурных документов; адаптации к новым инструментам управления персоналом с учетом интересов работодателей, работников, учебных организаций, занятых подготовкой специалистов; дополнительных затрат на переподготовку работников [6, 12, 13].

Внедрение профессиональных стандартов – процедура для многих организаций обязательная, но недостаточно отработанная. Она детерминирует изменения в кадровой политике, трудовых функциях специалистов по управлению персоналом, поведении сотрудников, требования к персоналу.

Внедрение профессиональных стандартов в учреждениях здравоохранения является обязательным. Наименования должностей и квалификационные требования медицинских работников должны соответствовать квалификационным справочникам или профессиональным стандартам, так как занятие этих должностей связано с предоставлением компенсаций, льгот или наличием ограничений[3]. При этом продолжают действовать Приказы Минздрава России о квалификационных требованиях и квалификационный

[2] Портал Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования. – Режим доступа: http://fgosvo.ru/

[3] Ст. 69 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ч. 2 ст. 57 Трудового кодекса Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ

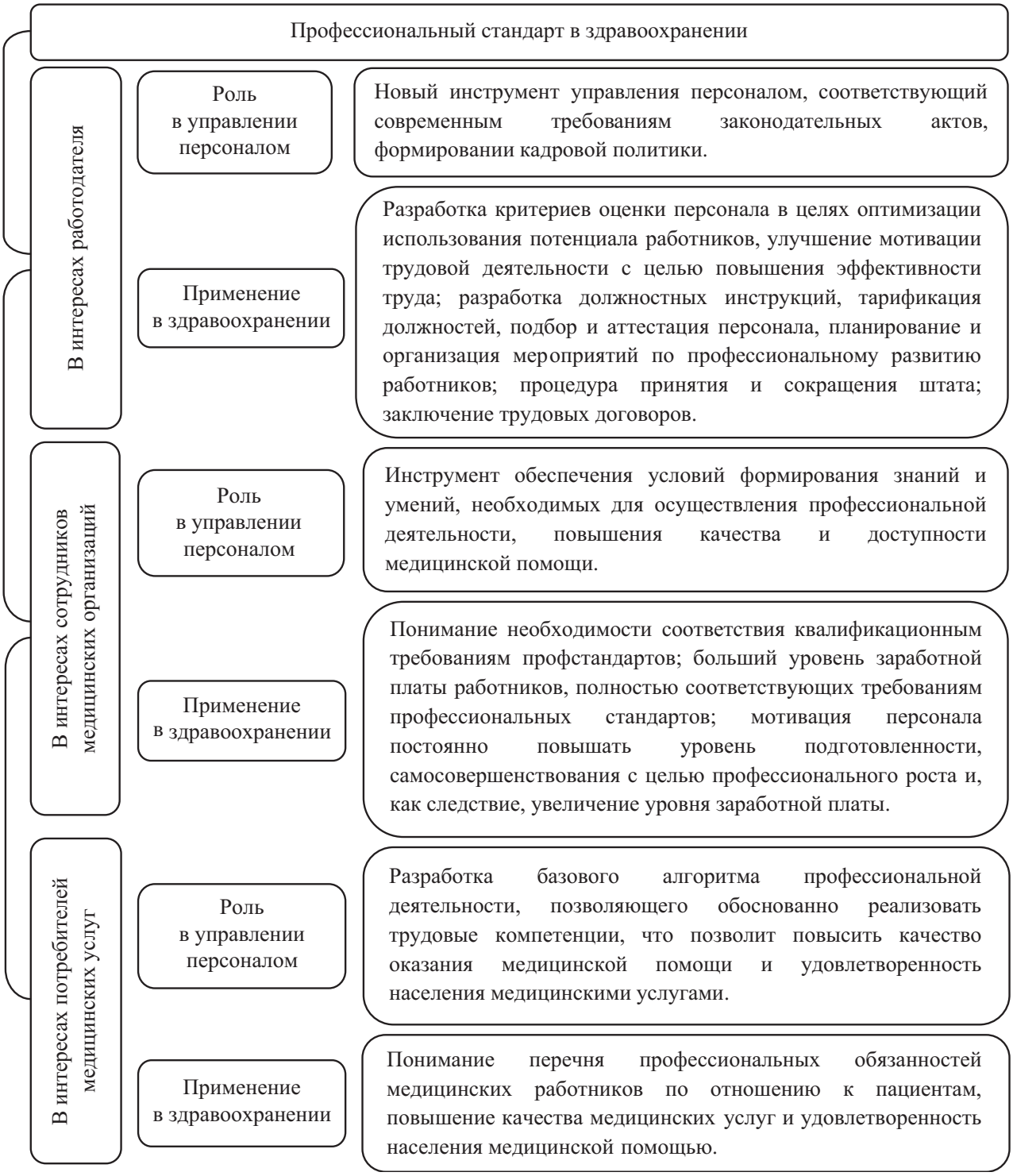

Рис. 1. **Потребность в профессиональных стандартах в здравоохранении**

справочник, которые устанавливают требования к медицинским работникам[4].

В настоящее время в Минюсте России зарегистрировано 60 утвержденных профессиональных стандартов в сфере здравоохранения по видам профессиональной деятельности, связанным с оказанием медицинской помощи населению, производством и обращением лекарственных средств, для применения подведомственными Минздраву Российской Федерации учреждениями, а также государственными и муниципальными учреждениями субъектов Российской Федерации[5]. В 2019 году планируется разработка профессионального стандарта врача-клинического фармаколога за счет средств федерального бюджета[6]. Также в учреждениях здравоохранения применяется более 60 профессиональных стандартов, утвержденных Минтрудом России для иных видов профессиональной деятельности.

В настоящее время профессиональные стандарты разработаны далеко не для всех видов профессиональной медицинской деятельности, для части медицинских специальностей разработаны проекты, которые еще не утверждены, что является одной из причин, тормозящих их внедрение. Реализацию мероприятий по внедрению профессиональных стандартов при этом следует завершить не позднее 1 января 2020 года[7].

На данном этапе разработаны, но не утверждены законодательно проекты профессиональных стандартов «Специалист в области сестринское дело (медицинская сестра)» – регламентирующий деятельность среднего медицинского персонала; нет профессиональных стандартов для главных и старших медицинских сестер, а эти должности предусмотрены в каждом медицинском учреждении. Утвержденный профессиональный стандарт «Младший медицинский персонал» предусматривает должности санитаров и младших медицинских сестер по уходу за больными. То есть, в отношении среднего медицинского персонала, старших и главных медицинских сестер в настоящее время применимы требования Единого квалификационного справочника должностей[8].

При внедрении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал» учреждение столкнулось с рядом проблем: так как санитар был отнесен к медицинским работникам, это обязало организацию обеспечить дополнительное обучение, что привело к дополнительной финансовой нагрузке; часть санитаров были переведены в должность уборщиков служебных либо производственных помещений. При этом трудовые функции санитаров увеличились в сравнении с трудовыми функциями уборщиков, профессиональный стандарт расширил спектр их трудовых действий, необходимых умений и знаний. Заработные платы санитаров были увеличены в соответствии с требованием «дорожных карт» по повышению заработной платы младшего медицинского персонала до уровня среднего по региону[9] [10]. В то же время, санитары, переведенные в должности уборщиков служебных помещений, потеряли льготы, заработные платы остались на прежнем уровне, либо повышение было несущественным. Это способствовало нарастанию напряженности в коллективе, конфликту интересов между сотрудниками и административно-управленческим персоналом учреждений.

Внедрение профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» в отношении заведующих структурными подразделениями предписали повышение квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», остальные требования к образованию остались прежними [11]. Тем не менее, это требует дополнительных финансовых затрат организации на обучение, повышение нагрузки сотрудников, связанные как непосредственно с процессом обучения по основной специальности, так и по дополнительной специальности в соответствии с требованиями профессионального стандарта,

[4] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

[5] Портал Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования. – Режим доступа: http://fgosvo.ru/

[6] Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. – Режим доступа: http://profstandart. rosmintrud.ru/

[7] Постановление Правительства Российской Федерации от 27.06.2016 № 584 «Об особенностях применения профессиональных стандартов в части требований, обязательных для применения государственными внебюджетными фондами Российской Федерации, государственными или муниципальными учреждениями, государственными или муниципальными унитарными предприятиями, а также государственными корпорациями, государственными компаниями и хозяйственными обществами, более пятидесяти процентов акций (долей) в уставном капитале которых находится в государственной собственности или муниципальной собственности»

[8] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

[9] Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»

и, как следствие, способствует профессиональному выгоранию. В то же время, внедрение профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» соответствует вызовам времени, получение соответствующего образования способствует формированию адаптационного мышления, формированию умений и навыков принятия организационных и управленческих решений, часто нестандартных и оригинальных.

Внедрение профессионального стандарта «Специалист в области клинической лабораторной диагностики» предписывает для заведующего лабораторией наличия высшего медицинского образования, в то время как Единый квалификационный справочник предусматривает возможность занятия данной должности по рекомендации аттестационной комиссии медицинской организации, а также при наличии специальной подготовки и необходимого стажа работы[10]. Для решения этой проблемы необходимо введение данной дисциплины в учебные программы для обучающихся медицинских факультетов, выпускники которых могут в дальнейшем стать специалистами лабораторной медицины. Создание кафедр и курсов по лабораторной медицине в высших учебных заведениях должно способствовать координации преподавания дисциплины, формировать необходимый уровень знаний, умений, практических навыков и компетенций у выпускников медицинских вузов. Это способствует формированию кадрового потенциала лабораторной службы страны и, как следствие, повышению роли диагностического процесса в принятии решений при постановке диагноза пациентам и выборе лечебной тактики [7, 8].

Проведенное исследование показало, что проблемы внедрения профессиональных стандартов в здравоохранении часто связаны с несоответствием образования занимаемым должностям, предписанного в профессиональных стандартах. Работодатель в этом случае должен организовать обучение сотрудников для получения соответствующего профессионального образования, что требует больших финансовых затрат. Проводимая на данном этапе работа по пересмотру организационно-структурных документов и документов кадровой службы, адаптация к новым инструментам управления персоналом выявила недостаточность практики администрирования в вопросах перехода на профессиональные стандарты при неотвратимости запущенного процесса.

[10] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

Для облегчения процедуры перехода учреждений на профессиональные стандарты необходима информационная и консультативная помощь для преодоления возникших сложностей. Необходима разработка конкретных рекомендаций и нормативных документов, регулирующих переход от занимаемых в настоящее время должностей к должностям, соответствующим требованиям профессиональных стандартов.

Описание требований по Единому квалификационному справочнику должностей руководителей, специалистов и других служащих в ряде случаев невозможно соотнести с уровнем квалификации (требования ЕТКС обычно менее жесткие), уровень квалификации способствует снижению заработной платы. Кроме того, возникают проблемы с возможным наименованием должности, так как по ряду профессий такой справочник отменен, а профессиональный стандарт не позволяет оставить прошлое наименование. Наименования должностей в штатном расписании должны соответствовать наименованиям в профессиональных стандартах, что требует внесения изменений в трудовые договора, изменение должности возможно только с согласия работника. Не всегда работник дает свое согласие и соглашается с происходящими изменениями без возникновения конфликтных ситуаций [2, 15].

Проведенное исследование позволило выявить основные проблемы, связанные с внедрением профессиональных стандартов в здравоохранении: профессиональные стандарты разработаны не для всех видов профессиональной медицинской деятельности; необходимо параллельно внедрить большое число профессиональных стандартов для иных видов профессиональной деятельности, применяемых в медицинской отрасли; несоответствие квалификации работников требованиям профессионального стандарта; несоответствие трудовых функций профессиональных стандартов и существующих должностных обязанностей работников; необходимость больших затрат на подготовку персонала; недостаточность практики администрирования в вопросах перехода на профессиональные стандарты.

Вышеуказанные проблемы требуют разрешения в ближайшее время, так как сроки внедрения профессиональных стандартов ограничены. Вместе с тем, сложившаяся ситуация провоцирует нарастание конфликтогенности внутри учреждения между административно-управленческим персоналом и сотрудниками учреждения, что не может не отразиться на качестве оказания медицинской помощи.

Несмотря на наличие ряда проблем, процесс внедрения профессиональных стандартов неотвратим и направлен упорядочить сферу труда в соответствие с современными рыночными условиями. Единственно допустимым вариантом удовлетворения потребностей граждан в лечении и медицинском уходе является оказание им услуг квалифицированным персоналом, обладающим соответствующими навыками и имеющим необходимое для этого образование. Установление и соблюдение высоких стандартов профессионализма в медицине и здравоохранении обуславливает положительные сдвиги в вопросах здоровья и долголетия нации.

Литература

1. *Балкизов З.З.* Новое в развитии медицинского образования в РФ: непрерывность и аккредитация специалистов / Балкизов З.З., Улумбекова Г.Э. // Оргздрав: новости, мнения, обучение. – 2015. – № 2. – С. 55–68.
2. *Васильцова Л.И.* Внедрение профессиональных стандартов в системе управления персоналом: оценка опыта и пути преодоления проблем / Васильцова Л.И., Александрова Н.А. // Экономика и управление: научно-практический журнал. – 2019. – № 3. – С. 48–51.
3. *Ветошкина Т.К.* Роль компетенций в управлении персоналом // Кадровик. Кадровый менеджмент. –2008. – № 3. – С. 11–17.
4. *Дементьев Д.В.* Взаимосвязь образовательных и профессиональных стандартов // Учет. Анализ. Аудит. – 2018. – № 5. – С. 120–127.
5. *Данилова Н.В.* Алгоритм и принципы внедрения профессиональных стандартов в систему управления персоналом организации/ Данилова Н.В., Федотова В.В., Шинявская С.И. – Екатеринбург: УрФУ, 2016. – 76с.
6. *Зайцева О.Б.* Профессиональные стандарты и их значение при заключении трудового договора // Кадровик. – 2015. – № 7 – С. 26–35.
7. *Золотарев П.Н.* Современное состояние клинической лабораторной диагностики (обзор литературы) / Золотарев П.Н., Черкасов С.Н. // Медицинские науки. Обзор литературы. – 2018. – № 4. – С. 173–190.
8. *Золотарев П.Н.* Профессиональный стандарт специалиста в области клинической лабораторной медицины и его оценка сотрудниками медицинских лабораторий / П.Н. Золотарев // Морфологические ведомости. – 2017. – Т. 25, № 3. – С. 63–68.
9. *Кадыров Ф.Н.* Актуальные проблемы внедрения профессиональных стандартов / Кадыров Ф.Н., Кулбужева Л.Ю. // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 4. – С. 69–77.
10. *Кадыров Ф.Н.* Практические аспекты внедрения профессионального стандарта «Младший медицинский персонал» / Кадыров Ф.Н., Мешанкина Е.В. // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 10. – С. 62–70.
11. *Кадыров Ф.* Новый профстандарт для руководителей организаций 5 шагов, чтобы внедрить уже в 2018 году / Кадыров Ф., Степура О., Берсенева Е. – Актион-МЦФЭР, 2018. – 79 с.
12. Крамаренко М.В. Работодатель и вуз при разработке и использовании профстандартов // Кадровик – 2015. – № 7. – С. 117–125.
13. *Озерникова Т.Г.* Проблемы внедрения профессионального стандарта в систему трудовой деятельности профессорско-преподавательского состава вузов / Т.Г. Озерникова, Еловенко Д.А. // BaikalResearchJournal. – 2017. – Т. 8, № 2. – С. 32–32.
14. *Сочнева Е.Н.* Некоторые проблемы внедрения профессиональных стандартов в деятельность предприятий (организаций) / Сочнева Е.Н., Аргасанов Ю.О. // Экономика труда. – 2018. – Том 5, № 3. – С. 859–868.
15. *Суворова С.В.* Профессиональные стандарты в медицинской отрасли: как применять в работе // Заместитель главного врача. – 2017. – № 11. – С. 62–70.

UDC 331.1

Niyazova I.M. ***Professional standards as a tool to improve the efficiency of personnel management in medical institutions*** *(State-Financed Healthcare Institution of the Tyumen Region "Regional Narcological Dispensary", Tyumen, Russia)*

Abstract. The transformation of the sphere of employment and the labor market of hired personnel, training systems for specialists have identified the need for the development and implementation of professional standards. The article substantiates the main reasons for the demand for new regulatory documents to the challenges of the time, the relevance of the competency-based approach at all stages of the implementation of professional standards in the healthcare system. The implementation of professional standards requires large-scale processing by the personnel department of organizational and structural documents; adaptation to new personnel management tools, while taking into account the interests of employers, workers, educational organizations engaged in the training of specialists; additional costs for retraining workers. The main problems of the implementation of professional standards in the healthcare system are related to the renaming of posts and the transfer of employees to less qualified posts, which affects the level of wages and benefits, provokes conflict situations in the team, and creates the conditions for professional burnout.

The article shows the practice of implementing professional standards, implementation problems and ways to solve them using the example of a medical institution, considers changes in the training system, reflecting the dynamics of the formation of professional competencies in the face of uncertain changes. Particular attention is paid to the problems associated with the implementation of professional standards in healthcare.

Keywords: *qualification, professional standard, competence, personnel management, coordination of interests, conflicts, professional burnout.*

Ю.В. Михайлова,
д.м.н., профессор, первый заместитель директора, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия,
e-mail: mikhaylova@mednet.ru
С.Б. Пономарев,
д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, ФКУ НИИ ФСИН России, г. Москва, Россия,
e-mail: docmedsb@mail.ru
Д.С. Пономарев,
к.т.н., научный сотрудник филиала ФКУ НИИ ФСИН России, г. Ижевск, Россия,
e-mail: ponomarev. dmitry1990@mail.ru
В.Е. Полищук,
научный сотрудник филиала ФКУ НИИ ФСИН России, г. Ижевск, Россия,
e-mail: vera26@rambler.ru
Е.В. Дюжева,
к.м.н, научный сотрудник Научно-исследовательского центра-1НИИ Федеральной службы исполнения наказаний, г. Москва, Россия, e-mail: ele5055@yandex.ru
С.С. Саенко,
заведующий организационно-методическим отделом, врач-статистик, ГБУ Ростовской области «Областной клинический центр фтизиопульмонологии», г. Ростов-на-Дону, Россия,
e-mail: saenkosergey@yandex.ru

К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ОСУЖДЕННЫХ

УДК 614.38: 614.446

Михайлова Ю.В., Пономарев С.Б., Пономарев Д.С., Полищук В.Е., Дюжева Е.В., Саенко С.С. К вопросу о разработке информационной системы для оценки тяжести течения вич-инфекции у осужденных (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия; ФКУ НИИ ФСИН России, г. Москва, Россия; ГБУ Ростовской области «Областной клинический центр фтизиопульмонологии», г. Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация. Одним из актуальных вопросов современности является прогнозирование течения ВИЧ-инфекции и развитие СПИДа. Возможность оценить в числовом эквиваленте исход заболевания (в частности развитие СПИДа) в зависимости от ряда систематически учитываемых медицинских показателей у носителя ВИЧ представляет огромный интерес. Для разработки информационной системы для оценки тяжести течения ВИЧ-инфекции у осужденных следует в первую очередь оценить связь между показателями, которые характеризуют состояние больного и развитие непосредственно самой болезни. В статье рассмотрена возможность применения корреляционного анализа данных для выявления связи между ВИЧ и основными медицинскими показателями, мониторинг которых регулярно проводится в уголовно-исполнительной системе. Проведён регрессионный анализ данных и найдены коэффициенты для разработки модели. На основе полученной модели была разработана компьютерная программа, позволяющая более точно проводить мониторинг заболевания у осужденных.

Ключевые слова: *корреляционный анализ, ВИЧ, СПИД, прогнозирование.*

Одним из актуальных вопросов современности, в частности для уголовно-исполнительной системы, является прогнозирование течения ВИЧ-инфекции и развития СПИДа. Возможность оценить в числовом эквиваленте исход заболевания (в частности развитие СПИДа) в зависимости от ряда систематически учитываемых медицинских показателей у носителя ВИЧ представляет огромный интерес. Следует сказать, что разработка информационной системы позволяет выделить для исследования наиболее важные свойства рассматриваемого процесса, абстрагируясь от несущественных его характеристик. Часто информационная система и моделирование позволяют сформулировать новые гипотезы и получить новые знания об объекте, которые при его исследовании были недоступны.

© Ю.В. Михайлова, С.Б. Пономарев, Д.С. Пономарев, В.Е. Полищук, Е.В. Дюжева, С.С. Саенко, 2019 г.

Особый интерес представляет разработка моделей, основанных на формализации связей между ее элементами. Это позволит не только устранить пробелы в знаниях об объекте, но и кроме этого выявить новые качественные проблемы, которые изначально не могли быть определены практическим путем. Следует отметить, что исследования в данной области уже проводились, что подтверждает актуальность рассматриваемой темы [1–4]. При этом особый интерес представляет применение искусственных нейронных сетей [5, 6]. Однако, для ведения разработок в данном направлении следует прежде всего выявить связь между параметрами и обосновать их выбор.

На сегодняшний день известно множество способов по моделированию и диагностике стадий ВИЧ-инфекции. Однако существует ряд проблем, которые остаются открытыми и оставляют актуальность проблемы на достаточно высоком уровне. Исходя из сказанного, нужен способ, который позволяет достаточно просто, неинвазивно и точно провести прогнозирование риска развития СПИДа у ВИЧ-инфицированного за счет учета наиболее информативных показателей.

Проведение экспериментальных исследований прогнозирования ВИЧ-заболеваний и развития СПИДа является довольно сложным процессом с необходимостью привлечения значительных по объему ресурсов. Поэтому более перспективным представляется проведение исследований на теоретическом уровне.

Преимущества моделирования, которое основано на выявлении связей между статистическими медицинскими показателями, для изучения процессов развития СПИДа, будут следующие:

- возможность сократить затраты на проведение медицинских экспериментальных исследований;
- исследование процессов развития СПИДа во времени;
- возможность построения прогноза в виде временного ряда;
- возможность выявления связей и скрытых зависимостей между параметрами;
- выявление оптимальных стратегий лечения пациентов;
- на основе теоретических исследований возможно проводить исследования без риска негативных последствий для здоровья человека.

Методы проведения работы

В исследованиях [3–5] была выявлена связь перехода ВИЧ в СПИД со стадиями сопутствующего туберкулеза, однако предлагаемые методы прогноза не всегда учитывают весь спектр показателей, характеризующих состояние пациента. На сегодня существует масса методов для выявления статистических связей, однако наиболее популярным методом статистики для решения указанной проблемы является корреляционный анализ данных.

Для проведения корреляционного анализа [7] и установления статистических зависимостей между основными медицинскими параметрами и параметром развития СПИДа была использована выборка, сформированная за 2 года по результатам наблюдения за ВИЧ-носителями, отбывающими наказание в виде лишения свободы в учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации. Были выбраны основные показатели, мониторинг которых регулярно и систематически проводится среди ВИЧ-инфицированных в УИС (всего 29 параметров). Каждому из таких параметров было присвоено значение *X*. Для параметра, который отражает скорость перехода ВИЧ в терминальную стадию – СПИД (показатель развития СПИДа) было присвоено значение *Y*. Было поставлено условие, что параметры *X* – рассматриваются в качестве входящих сигналов, а *Y* в качестве исходящего сигнала. Было проанализировано 29 параметров *X*.

Коэффициент корреляции рассчитывался по формуле (1) [7]:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^{n}\left(x_n - \bar{x}\right)\left(y_n - \bar{y}\right)}{n\sigma_x\sigma_y}, \qquad (1)$$

где:

n – количество наблюдений;

x – входная переменная;

y – выходная переменная;

σ – дисперсия вышеуказанных параметров.

Оценка силы связи и ее соответствие числовым значениям представлено в *таблице 1*.

Результаты исследования

Основываясь на методах математической статистики в клинических исследованиях, методах оптимальных разбиений для анализа данных [8, 9], из проанализированных 29 параметров *(X)* в ходе проведенного корреляционного анализа были выделены следующие:

- определение диагноза стадии ВИЧ, баллы (1 стадия – 0 баллов, 2 стадия – 1 балл, 3 стадия – 2 балла, 4 стадия А-Б – 3 балла, 4 стадия Б-В – 4 балла) (X_2);

Таблица 1

Схема оценки силы корреляционной связи по коэффициенту корреляции

Сила связи	*Величина коэффициента корреляции при наличии*	
	прямой связи (+)	*обратной связи (–)*
Связь отсутствует	0	0
Связь малая (слабая)	от 0 до +0,29	от 0 до –0,29
Связь средняя (умеренная)	от +0,3 до +0,69	от –0,3 до –0,69
Связь высокая (сильная)	от +0,7 до +0,99	от –0,7 до –0,99
Связь полная (функциональная)	+1,0	–1,0

• определение стадии туберкулеза в баллах (отсутствие туберкулеза – 0 баллов; туберкулез в анамнезе, метатуберкулезные изменения в легких – 1 балл; туберкулез грудных лимфоузлов – 2 балла; туберкулез очаговый – 3 балла; туберкулез инфильтративный – 4 балла; туберкулез диссеминированный – 5 баллов; туберкулез с плевритом – 6 баллов; туберкулез генерализованный – 7 баллов; рецидив туберкулеза – 8 баллов) (X_3);

• наличие либо отсутствие повышенной температуры (0 – температура от 36,6 C^0 до 37,0 C^0, 1 – температура от 37,0 $C^{0,}$ до 38,0 C^0; 2 – повышенная температура – выше 38,0^0) (X_5);

• наличие либо отсутствие хронической обструктивной болезни легких (наличие – 1 балл, отсутствие – 0 баллов) (X_7);

• определение размера печени по методике М.Г. Курлова, см (X_9);

• определение СД4, тыс. кл/мл (X_{12}).

Для риска развития СПИДа (Y) были получены следующие коэффициенты корреляции для вышеуказанных параметров, которые имеют умеренную и сильную связь: R_{X2} = 0,49; R_{X3} = 0,50; R_{X5} = 0,52; R_{X7} = 0,58; R_{X9} = 0,47; R_{X12} = 0,49 *(рис. 1)*.

На основе выявленных корреляций параметров был проведен регрессионный анализ данных [10]. В результате чего были установлены коэффициенты уравнения регрессии. Результаты представлены в *таблице 2*.

Стоит сказать, что значение исходящего параметра Y было разделено на балловые эквиваленты. Были установлены ограничения, что Y менее 2 соответствует прогнозу низкого риска перехода ВИЧ-инфекции в СПИД, при Y от 2 до 3 – прогнозируется средний риск перехода ВИЧ-инфекции в СПИД, Y более 3 соответствует высокому риску перехода ВИЧ-инфекции в СПИД. Стоит отметить, что полученная модель особенно эффективна для прогнозирования риска развития СПИДа лишь для молодых людей в возрасте от 18 до 40 лет. В возрасте после 40 лет результаты становятся менее точными, а иногда и ошибочными.

На основе полученной модели была разработана программа, при помощи которой можно спрогнозировать течение болезни. Подразумевается, что пользователь будет вводить данные в балловом эквиваленте для рассматриваемых выше параметров (X_2 – диагноз стадии ВИЧ, баллы; X_3 – стадия туберкулеза, баллы;

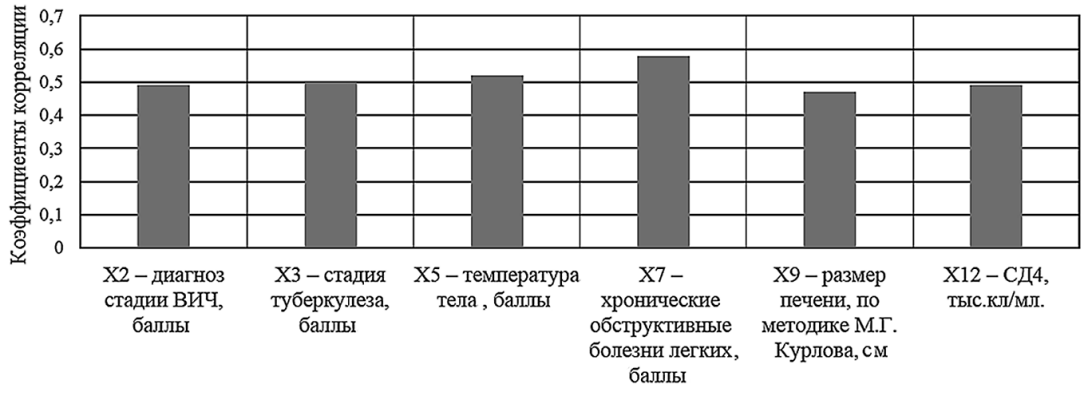

Рис. 1. **Сравнение коэффициентов корреляции для развития СПИДа у осужденных**

Таблица 2

Коэффициенты уравнения регрессии для рассматриваемых параметров

Параметр	*Коэффициенты*
Y – пересечение	1,3414
X_2 – диагноз стадии ВИЧ, баллы;	0,2547
X_3 – стадия туберкулеза, баллы;	0,1739
X_5 – температура тела, баллы;	0,1129
X_7 – хронические обструктивные болезни легких (баллы);	0,3442
X_9 – размер печени, определяемый по методике М.Г. Курлова, см;	0,0918
X_{12} – СД4, тыс. кл/мл.	0,0003

X_5 – температура тела, баллы; X_7 – хронические обструктивные болезни легких (баллы); X_9 – размер печени, определяемый по методике М.Г. Курлова, см; X_{12} – СД4, тыс. кл/мл.), далее по формуле, которая была получена в результате регрессионного анализа данных программа рассчитывает балловый эквивалент (в данном случае параметр *Y*) и соответственно развитие болезни. Основное окно программы представлено на рисунке *(рис. 2)*.

Результаты модели и работа программы были апробированы на реальных клинических случаях. Например, для отбывающего наказание гражданина Б. были определены следующие показатели: X_2 – 4 балла; X_3 – 5 баллов; X_5 – 2 балла; X_7 – 1 балл; X_9 – 14 сантиметров; X_{12} – 525 тыс. кл/мл. В программе был рассчитан риск развития СПИДа, который равен 5 баллам ($Y = 4,9260$) (четвертая стадия и высокий риск перехода ВИЧ-инфекции в СПИД). В процессе дальнейших обследований у больного действительно в течении года наблюдений развилась 4 стадия ВИЧ-инфекции (СПИД).

В другом примере, для отбывающего наказание гражданина П. были определены следующие показатели: X_2 – 1 балл; X_3 – 0 баллов; X_5 – 0 баллов; X_7 – 0 баллов; X_9 – 9 сантиметров; X_{12} – 719 тыс. кл/мл. Согласно программе, скорость перехода ВИЧ-инфекции в СПИД *(Y = 2,2052)* равна 2 баллам, что соответствует второй стадии и среднему риску перехода ВИЧ-инфекции в СПИД. По факту у больного было отмечено развитие второй стадии ВИЧ-инфекции в течении года наблюдения.

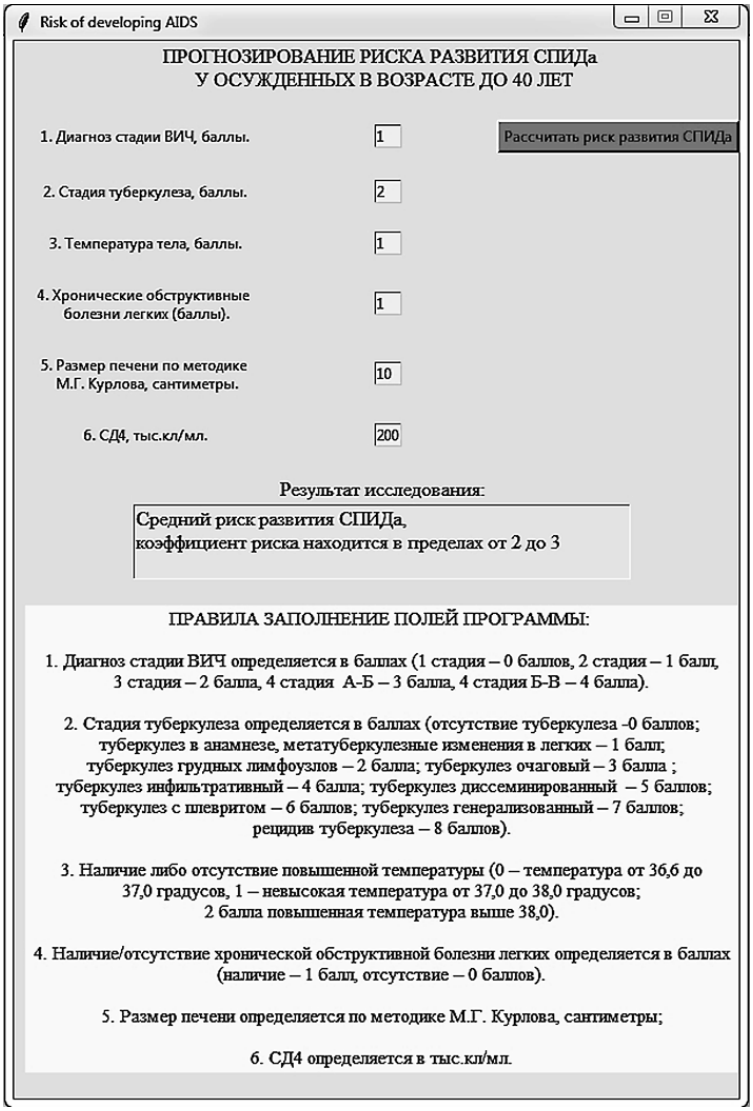

Рис. 2. **Основное окно и пример работы программы для оценки риска развития СПИДа у осужденных**

Выводы

В статье рассмотрена связь параметров, которые учитываются при проведении обследования пациентов в УИС и развитие скорости перехода ВИЧ в СПИД (показатель развития СПИДа). Была установлена связь между такими параметрами, как стадия туберкулеза, отклонение температуры тела, хронические обструктивные болезни легких (наличие, либо их отсутствие), размер печени и т.д. Полученные результаты исследования могут быть использованы для дальнейшей разработки информационной системы для оценки тяжести течения ВИЧ-инфекции. Были получены коэффициенты корреляции для вышеуказанных параметров. Несмотря на то, что исследования проводились по данным для пациентов УИС, полученные результаты могут быть использованы и для системы здравоохранения в целом.

На основе регрессионного анализа были получены коэффициенты, на основе которых была построена модель, позволяющая получить прогноз риска развития СПИДа. Разработанная методика была апробирована на практике.

По результатам корреляционного анализа данных и регрессионной модели была разработана компьютерная программа, использование которой поможет более точно проводить мониторинг развития заболевания у осужденных.

Литература

1. *Пономарёв Д.С., Горохов М.М., Аверьянова Е.Л.* Разработка модели на основе искусственной нейронной сети для прогнозирования развития СПИД у осужденных // ФСИН ФКУ НИИ «Пенитенциарная медицина в России и за рубежом». – 2019. – С. 98–99.

2. *Пономарев Д.С., Стерликов С.А., Пономарев С.Б., Аверьянова Е.Л.* Использование искусственной нейронной сети при моделировании прогноза у пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза в местах лишения свободы // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 97. № 5. – С. 78–79.

3. *Сизякина Л.П., Андреева И.И.* Способ диагностики стадий ВИЧ-инфекции // патент РФ № 2251701 RU МПК: 7G 01N33/84 A, 2005.

4. *Денисенко В.Б., Симованьян Э.М.* Способ прогнозирования варианта течения ВИЧ-инфекции у детей // патент № 2444299 RU, МПК: A 61 B10 00, 2010.

5. *Пономарёв С.Б., Аверьянова Е.Л.* Способ прогнозирования развития спида у ВИЧ-носителей // патент № 2597805 RU, МПК: A61B5/00, 2016.

6. *Востроknутов М.Е., Дюжева Е.В., Пономарев С.Б.* Показатели риска летального исхода пациентов с коморбидной инфекцией ВИЧ и туберкулёз, содержащихся в пенитенциарных учреждениях // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 8 (163). – С. 29–32.

7. *Фёрстер Э., Рёнц Б.* Методы корреляционного и регрессионного анализа // Финансы и статистика. – 1983. – С. 151–218.

8. *Гулиев Р.Р., Сенько О.В., Затейщиков Д.А., Носиков В.В., Упоров И.В., Кузнецова А.В.* Применение оптимальных разбиений для многопараметрического анализа данных в клинических исследованиях // Математическая биология и биоинформатика. – 2016. – № 1. – С. 46–63.

9. *Сергиенко В.И., Бондарева И.Б.* Математическая статистика в клинических исследованиях // ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – 304 с.

10. *Дрейпер Н., Смит Г.* Прикладной регрессионный анализ. Множественная регрессия // Диалектика. – 2007. – С. 912.

UDC 614.38: 614.446

Mihailova Y.V., Ponomarev S.B., Ponomarev D.S., Polishchuk V.E., Dyuzheva E.V., Saenko S.S. ***On the development of the information system for evaluating the severity of hiv infection in prisoners*** *(Central Research Institute for Organization and Informatization of Health, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; Research Scientist of the Federal State Institution Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Moscow, Russia; Research Scientist of the Izhevsk Branch of the Federal State Institution Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Izhevsk, Russia; Research Scientist of Research Center № 1 of the Research Institute of the Federal Penitentiary Service Moscow, Russian Federation, State budgetary institution of the Rostov region "Regional Clinical Center of Phthisiopulmonology", Rostov-on-Don, Russia)*

Abstract. Nowadays one of the most important issue is the prediction of HIV and AIDS development. The ability to evaluate in numbers the outcome of the disease (in particular the AIDS development) is of great interest. It depends on a number of systematically taken medical indicators of an HIV-infected person. For to create the information system for evaluating the severity of hiv infection in prisoners it is necessary, first of all, to evaluate the link between those indicators of the patient's condition and the development of the disease itself. The article is focused on the possibility of using correlation analysis to identify the link between the develoopment of HIV and the data of the main medical indicators, which is regularly monitored in the penitentiary system. For to achieve this goal it was formed a sample based on the data of the Russian penitentiary system.

Keywords: *correlation analysis, HIV, AIDS, predicting.*

Э.А. Китаева,
к.м.н, ассистент кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; Заведующая отделением неврологии ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ», Россия, Республика Татарстан, Рыбно-Слободский р-н, п.г.т. Рыбная Слобода, e-mail: kitaevaenge@mail.ru

ОБЗОР МЕЖВЕДОМСТВЕННЫХ ПРОГРАММ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

УДК 614.2, 616-082, 314.4, 616-08-039.71, 616.831-009.11, 616.1

Китаева Э.А. ***Обзор межведомственных программ по охране здоровья населения*** *(ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ», Россия, Республика Татарстан, Рыбно-Слободский р-н, п.г.т. Рыбная Слобода)*

Аннотация. «В Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» установлено достижение следующих целевых показателей: повышение к 2024 году ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 78 лет и до 80 лет к 2030 году)». Для достижения таких показателей необходима профилактика неинфекционных заболеваний на межведомственной основе. Нами проведен обзор федеральных приказов, постановлений, нормативно-правовой базы и межведомственных программ по охране здоровья населения. Анализ литературы показал, что в Российской Федерации ведется разработка и реализация стратегий, проектов и программ, направленных на профилактику неинфекционных заболеваний и формирование приверженности населения к здоровому образу жизни, многие из которых являются межсекторальными и используют принципы «здоровья во всех стратегиях».

Ключевые слова: *охрана здоровья населения, неинфекционные заболевания, профилактика, межведомственный подход, приверженность, здоровый образ жизни, обзор литературы.*

Ведущей причиной смертности населения всех стран являются неинфекционные заболевания (далее – НИЗ), на долю которых приходится от 80 до 90%. В субъектах Российской Федерации (далее-РФ) вклад заболеваний в общую смертность распределяется следующим образом: 56% – болезни сердечно-сосудистой системы, 17% – внешние причины (преимущественно травмы и отравления), 14% – злокачественные новообразования [1, 2, 3]. Следует отметить, что особое значение имеет преждевременная смертность от НИЗ среди населения трудоспособного возраста, доля которой составляет почти 40% всех смертей мужского и женского населения. На сегодняшний день показатели смертности людей трудоспособного возраста в России превышают соответствующие показатели экономически развитых стран (Европы, США и Японии – более, чем в 4–7 раз) [4]. Рост НИЗ во всех странах мира стимулировал Всемирную организацию здравоохранения (далее – ВОЗ) к разработке и принятию Глобального Плана ВОЗ по профилактике и борьбе НИЗ (2013–2020 г.г.), Организацию объединенных наций (ООН) – к определению целей устойчивого развития на период до 2030 год [5, 6]. В настоящее время проблема сохранения здоровья населения является актуальной во всем мире. Здоровье населения во многом обусловлено комплексным воздействием факторов, определяющих образ жизни человека и состояние среды его обитания [7, 8]. Следует отметить, что здоровье населения является не только вопросом здравоохранения, но и общества в целом и для этого требуются, чтобы все правительство решало вопросы в области охраны здоровья населения [9]. Следует отметить, что именно Государственные структуры должны играть ведущую роль в укреплении здоровья населения и профилактике НИЗ. Особенности социально-экономического развития РФ, старения населения и изменения экологической обстановки создает новые вопросы,

© Э.А. Китаева, 2019 г.

которые непосредственно связанны с сохранением и укреплением здоровья населения, уменьшением роли НИЗ. Порядок организации и осуществления профилактики НИЗ и проведения различных мероприятий по формированию здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) в медицинских организациях был утвержден приказом МЗ РФ № 683н от 30.09.2015 г. [10]. Как указывается в Большой медицинской энциклопедии (том 2.1, стр. 250, 1983 г.): «Профилактика зародилась в связи с попытками эмпирического поиска средств предохранения от болезней и несчастных случаев в виде элементов индивидуальной и личной гигиены. Возникновение общественной профилактики связано с развитием государства и обязанностей его органов и учреждений по осуществлению предохранительных мер в первую очередь от массовых заболеваний населения». Профилактика НИЗ осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни [7]. В РФ профилактика НИЗ и пропаганда ЗОЖ является одной из приоритетных задач в политике здравоохранения. В субъектах РФ реализуются различные программы государственного и регионального уровня, в том числе межведомственного характера, направленные на профилактику НИЗ и формирование приверженности населения к ЗОЖ.

Несмотря на необходимость в жизни современного общества правового регулирования охраны здоровья граждан, в РФ законодательное обеспечение прав человека на здоровье до 1990 года включало в себя «Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении» (1961 г.) и закон РСФСР «О здравоохранении» (1971 г.). *Следует отметить, что одной из главных реформ правовой системы здравоохранения явились законы:* «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 1499-1 от 28 июня 1991 г. с изменениями и дополнениями от 1993, 1994 г. [11], «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22 июля 1993 года с изменениями и дополнениями от 1993, 1998, 1999 и 2000 г.г. [12], «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г. [13], ***«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»*** № 5487–1 от 22 июля 1993 года с изменениями и дополнениями от 1993,1998, 1999 и 2000 гг. (извлечения) [14]. В 1996 году в РФ была создана российская сеть «Здоровые города, районы и поселки». На сегодняшний день более ста российских городов внедрили данную программу, которая направленна на разработку и внедрение мер по формированию приверженности населения к ЗОЖ и профилактику НИЗ в субъектах РФ (профилактика заболеваний, пропаганда ЗОЖ, сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, здоровье на рабочем месте, улучшение качества жизни и здоровья пожилых людей, адаптация инвалидов трудоспособного возраста и здоровое городское планирование) [15].

В последние годы в России уделяют огромное внимание формированию приверженности населения к ЗОЖ – утверждены ключевые нормативные документы по наиболее важным ФР возникновения НИЗ, разработаны методические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению социально-значимых заболеваний, разработанные профессиональными научными обществами, непосредственно по мониторингу факторов риска НИЗ в практическом здравоохранении (2012 год) и на региональном уровне (2016 год) [16, 17]. В России разработана Национальная Концепция «Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.», которая включена в новую Стратегию национальной безопасности (Указ Президента РФ от 31 декабря 2015 г., № 683) [18]. Разработаны и утверждены следующие ключевые нормативные документы: «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года» [19], Государственная программа РФ «Развитие физической культуры и спорта» – Подпрограмма 1 «Развитие физической культуры и массового спорта» [20], «Информационно-коммуникационная стратегия по формированию ЗОЖ, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических

средств и психотропных веществ на период до 2020 года» [21], «Основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 года» [22], «Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016–2020 годы» [23], «Основы государственной молодежной политики РФ на период до 2025 года» [24], Приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни» [25]. Особо следует отметить принятие 22 ноября 2011 г. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», который создал реальную нормативную базу для организации широкомасштабных мер профилактики НИЗ в стране. В 2012 году разработана Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» (пересмотрена и утверждена в 2014 г.), в том числе Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Следует отметить, что основным направлением реализации данных программ является «внедрение межведомственных программ по вопросам ЗОЖ для различных категорий граждан, а также разработка и обеспечение реализации механизмов мотивирования граждан к ведению ЗОЖ, повышению информированности и грамотности населения»» [26–29]. Одним из отечественных стратегических документов, направленных в том числе и на профилактику, является разработанная в 2012 году Государственная программа «Развитие здравоохранения» (пересмотрена и утверждена Постановлением Правительства РФ № 1640 от 26.12.17), включающая подпрограмму 1 «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни» [30]. В 2017 году в России был принят новый приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни» сроком до 2025 года, основной целью которого явилось «увеличение числа граждан, ответственно относящихся к своему здоровью и ведущих здоровый образ жизни, в том числе тех, кто систематически занимается физической культурой и спортом; снижение потребления табака; совершенствование законодательства в области рекламы, связанной с алкоголем, табаком, нерациональным питанием». В рамках данной программы Государством была поставлена амбициозная задача: к концу 2025 году увеличить долю граждан, приверженных к ЗОЖ, до 60% (в том числе систематически занимающихся физической культурой и спортом до 45%), потребление алкогольной продукции на душу населения – до 8 литров в год и снизить распространенность потребления табака среди взрослого населения до 27%. Начиная с 2003 года, в России наблюдается положительная динамика снижения смертности, что является следствием реализации комплекса мер в рамках Национального проекта «Здоровье» (в том числе мероприятий по снижению смертности от острых нарушений мозгового кровообращения (далее – ОНМК) и острого коронарного синдрома (далее- ОКС), а также формированию приверженности населения к ЗОЖ). За период с 2003 по 2006 года произошло снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (далее-ССЗ) на 59,6% за счет уменьшения распространенности ФР и на 29,4% за счет лечебных мероприятий (11% причин, влияющих на снижение, не объяснимы). В 2016 году ВОЗ совместно с Китайской Народной Республикой провели в Шанхае 9-ю Глобальную конференцию по укреплению здоровья населения. Целью данной конференции явилось подчеркнуть важнейшие аспекты взаимосвязи вопросов укрепления здоровья на период до 2030 года. Следует отметить, что конференция призывает правительства стран, глав муниципалитетов и других заинтересованных сторон к межведомственному включению всех секторов общества в вопросы укрепления здоровья населения [31]. Один из первых примеров программы в области профилактики НИЗ в РФ – международная программа CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme), основным принципом которой было использование межведомственного сотрудничества для влияния на основные детерминанты здоровья, находящиеся вне сферы здравоохранения. Российские специалисты участвовали в международной программе CINDI с самого начала разработки данной программы (с 80-х годов XX века). В 90-х годах была создана российская сеть региональных программ CINDI в соответствии с международным протоколом и продолжала свою работу до 2008 года. В рамках данного проекта был разработан ряд документов в области политики программ профилактики НИЗ: «Политика и стратегия профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и других НИЗ», руководство «Профилактика через первичное здравоохранение», «Здоровое питание: план действий по разработке региональных программ», мониторирование поведенческих факторов риска «Укрепление здоровья и профилактика НИЗ в России и Канаде. Опыт и рекомендации». Также в рамках данного проекта велась колоссальная работа с населением,

проведены акции (антитабачная кампания «Брось курить и победи», обучающие семинары «Научно обоснованная профилактика неинфекционных заболеваний», «Здоровые дети в здоровых семьях» и так далее) [32–37].

В 2006–2008 году в Республике Татарстан (далее – РТ) в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» осуществлялось 212 региональных целевых программ медицинской профилактики социально-значимых болезней. Дополнительной диспансеризацией в городе Казань было охвачено 94 413 работников бюджетной сферы. Результаты дополнительной диспансеризации показали высокую заболеваемость населения. Следует отметить, что с возрастом увеличивалось число болеющих граждан (до 35 лет число сочетанных болезней было в 2–2,5 раза ниже, чем у лиц в возрасте от 35 лет и выше). В ходе выполнения в РТ с 2006 года национального проекта «Здоровье» созданные профилактические отделения муниципальных поликлиник г. Казани реализовали плановые адресные вызовы для прохождения горожанами массовой диспансеризации. Данные программы способствовали раннему выявлению заболеваний, приводящих к смертности, инвалидизации и потере трудоспособности экономически активного населения. В здравоохранении города Казани в 2005 году была завершена реализация городской целевой программы «Охрана здоровья горожан», которая продолжалась в период с 2002 по 2005 год. С 2007 по 2010 г.г. была реализована целевая Программа «Модернизация здравоохранения города Казани на период с 2007 по 2010 годы», итоги которой легли в основу разработки Республиканской программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на период с 2011–2012 годы». В 2001 году вышло Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 01.01.01 г. № 591 «Об утверждении целевой программы «Формирование социально эффективного здорового образа жизни населения Республики Татарстан» на 2010–2011 годы, направленное на активное сохранение и укрепление здоровья населения, повышение уровня культуры и потенциала здоровья, предупреждение преждевременной смертности, увеличение средней продолжительности и качества жизни населения РТ. Целью данной программы явилось создание единой системы формирования здорового образа жизни, координации различных сфер деятельности по пропаганде, информированию, обучению населения профилактике здоровья, построению индивидуальной модели поведения [38]. В ходе реализации Межведомственной целевой программы «Образование и здоровье обучающихся и воспитанников образовательных учреждений Республики Татарстан» развивается сеть школ, содействующих здоровью. На сегодняшний день в РТ работает 1,6% таких школ. Согласно распоряжению Кабинета Министров РТ по инициативе Министерства образования и науки РТ, Министерства по делам молодежи РТ, Министерства по спорту РТ проводится акция «Сельская школа – спортивная школа», цель которой – восстановление спортивных площадок сельских общеобразовательных школ силами хозяйствующих субъектов республики. В рамках данного программы в 2010 году произведены работы на 533 объектах, привлечено около 12 млн. рублей из внебюджетных источников. На телеканале «Татарстан – Новый век» и местных районных телеканалах реализуется проект «Республиканская зарядка» с участием призеров и чемпионов Олимпийских игр, известных спортсменов. Для информирования населения о проводимой в данном направлении работе активно используются Интернет-сайты Министерства здравоохранения РТ, Министерства по делам молодежи РТ, Министерства по спорту РТ.

Заключение. Нами проведен обзор Федеральных приказов, постановлений, нормативно-правовой базы и межведомственных программ по охране здоровья населения. Анализ литературы показал, что в Российской Федерации ведется разработка и реализация стратегий, проектов и программ, направленных на профилактику НИЗ и ведение ЗОЖ, многие из которых – межведомственной направленности. Основным принципом таких программ является создание благоприятных условий проживания, с точки зрения экологии и благоустройства, формирование у населения приверженности к ЗОЖ (в частности, отказ от вредных привычек, таких как употребление алкоголя и табака; повышение привлекательности занятий физической активностью и правильного питания, а также ряд других мер, способствующих повышению качества жизни населения), мониторинг поведенческих ФР и развитие межведомственного сотрудничества. *Вывод.* С целью снижения заболеваемости и смертности от населения от НИЗ, а также повышения продолжительности активной жизни и улучшения качества жизни населения необходим межведомственный подход в формировании приверженности населения к здоровому образу жизни.

Литература

1. www.who.int/entity/gho/ncd/mortality_morbidity/en/21k.
2. *Герасимова Л.И., Викторова Л.В., Денисова Т.Г.* Медико-социальные факторы риска болезней системы кровообращения // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. – № 3. – С. 31–34.
3. *Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.* Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2012; 1: 4–9.
4. *Patricio V.* Marquez. Dying Too Young. Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation (Summary) 2005.
5. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. ISBN 97892 4 1506236 (NLM classification: WT 500). Resolution WHA66.10 www.who.int/entity/nmh/events/ncd_task_force/en.
6. Sustainable Development Goals. New York: United Nations; 2015. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300 [cited 2015 Oct 2].
7. *Улумбекова Г.Э.* Здравоохранение России. Что надо делать?. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.
8. Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб. Росстат. М., 3-46 2015. 174 с.
9. Восьмая Глобальная конференция по укреплению здоровья, Хельсинки, Финляндия, 10–14 июня 2013 г. Хельсинкское заявление «Учет интересов здоровья во всех стратегиях». Профилактическая медицина. 2014;5:17–18. [The Eighth Global Conference on Health Promotion Helsinki, Finland, 10–14 June 2013 Helsinki Statement on Health in all Policies (HiAP). Preventive Medicine. 2014; 5:17–18. (In Russ.)].
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 г. № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
11. Закон РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-I «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 1499-1 от 28 июня 1991 г. с изменениями и дополнениями от 1993, 1994 г.
12. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22 июля 1993 года с изменениями и дополнениями от 1993, 1998, 1999 и 2000 г.г.
13. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30 марта 1999г
14. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487–1 от 22 июля 1993 года с изменениями и дополнениями от 1993,1998, 1999 и 2000 г.г.
15. Здоровые города. Программа Всемирной организации здравоохранения [Healthy cities. World Health Organization program. (In Russ.)]. Available: http://www.euro.who.int/healthy-cities.
16. *Шальнова С.А., Концевая А.М.* Методические рекомендации «Мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении». Доступно по: http://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metodicheskie_rekomendacii_Monitoring_2012.pdf. Ссылка активна на 01.10.2016.
17. Методические рекомендации «Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне». Под ред. Бойцова С.А. doi: 10.17116/profmed2016metod01.
18. The Draft of the Strategy "Formation of healthy lifestyle, prevention and control of NCDS by 2025" by 31.12.2015, № 683. (in Russ.). Проект Стратегии "Формирование здорового образа жизни, профилактики и контроля НИЗ до 2025 года" от 31.12.2015, № 683.http://doc.knigi-x.ru/22raznoe/179966–1- proekt-mezhvedomstvennaya-strategiya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizninaseleniya-profilaktiki-kontrolya-neinfekcion.php.
19. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://base.garant.ru/12172220/#block_1000/ (Дата обращения: 22.09.2017).
20. Государственная программа РФ «Развитие физической культуры и спорта» Подпрограмма 1 «Развитие физической культуры и массового спорта». [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://base.garant.ru/70643480/ (Дата обращения: 22.09.2017).
21. Информационно-коммуникационная стратегия по формированию ЗОЖ, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70372908/ (Дата обращения: 22.09.2017).
22. Основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 года. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://rg.ru/2010/11/03/pravila-dok.html/ (дата обращения: 22.09.2017).
23. Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016–2020 годы». [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://government.ru/media/files/x7uHn4HpRIM.pdf/ (Дата обращения: 22.09.2017).
24. Основы государственной молодежной политики РФ на период до 2025 года. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://government.ru/docs/15965/ (Дата обращения: 22.09.2017).
25. Приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни». [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://government.ru/news/28745/ (Дата обращения: 22.09.2017).

26. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи». [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info/ (Дата обращения: 22.09.2017).
27. *Данилова Е.С., Попович М.В., Глазунов И.С., Усова Е.В., Зиновьева В.А., Забина Е.Ю., Маньшина А.В.* Разработка системы оценки региональных программ профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни в Российской Федерации. Профилактическая медицина, 2016. 19 (5) 27-31. doi: 10.17116/profmed201619527-31.
28. *Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Калинина А.М., Ипатов П.В.* Комплексная программа профилактики неинфекционных заболеваний: планирование, реализация, оценка. Профилактическая медицина. 2012; 15 (1), приложение, 3–18. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.gnicpm.ru/var/cache/142511–9a1c9de51d6e9d2bc2d3d783ded13c2f/prilozenie.pdf/ (Дата обращения: 22.09.2017).
29. Разработка, реализация и оценка программ профилактики неинфекционных заболеваний (методическое письмо) под ред. акад. РАМН Оганова Р.Г., проф. Хальфина Р.А. Москва, 2002. 68 с. 61.
30. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Постановление правительства РФ № 1640 от 26.12.17. [On the approval of the state program of the Russian Federation «Development of Health». Resolution of the Government of the Russian Federation № 640 ot 26.12.17. (In Russ.)]. Available: http://base.garant.ru/71848440/.
31. Девятая Глобальная конференция по укреплению здоровья, Шанхай, 21–24 ноября 2016 г. Шанхайская декларация по укреплению здоровья. [The Ninth Global Conference on Health Promotion, Shanghai, November 21–24, 2016. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. (In Russ.)]. Available: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghaideclaration/en/.
32. CINDI–LIFE Countrywide integrated noncommunicable diseases intervention. Ancora Editora. Lisbon. 2016.
33. Здоровая Россия. Всероссийский конкурс проектов по здоровому образу жизни [Healthy Russia. All-Russian competition of projects for a healthy lifestyle. (In Russ.)]. Available: http://zdravo-russia. ru/projects.
34. *Хоркина Н.А.* Опыт российских регионов по формированию здорового образа жизни. Социальная сфера. 2012; 6(237): 50–56. [Khorkina NA. Experience of Russian regions in the formation of a healthy lifestyle. Social sphere. 2012; 6(237): 50–56. (In Russ.)].
35. Отчет об успешных практиках межведомственных проектов по профилактике НИЗ в России. Отдел интегрированных программ профилактики. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины». 2015 [Report on successful practices of interdepartmental projects on the prevention of NCD in Russia. Department of integrated prevention programs. FGBU «National Medical Research Center for Preventive Medicine» – 2015. (In Russ.)].
36. XI Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России». Лига здоровья нации. Москва. 2017 [XI All-Russian forum the health of the nation is the basis of Russia's prosperity. The League of the Nation's Health. Moscow. 2017. (In Russ.)]. Available: http://www.znopr.ru/exhibition/exhibition/list_catalog_2016.
37. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Резолюция 66/2 Генеральной Ассамблеи от 19 сентября 2011 [Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Resolution 66/2 General Assembly on 19 September 2011. (In Russ.)] Available: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/diseases_ politdecl.shtml.
38. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 01.01.01 года № 591, утверждена Целевая программа «Формирование социально эффективного здорового образа жизни населения Республики Татарстан» на 2010–2011 годы.

UDC 614.2, 616-082, 314.4, 616-08-039.71, 616.831-009.11, 616.1

Kitayeva E.A. ***Overview of interdepartmental programs for public health care*** *("Kazan state medical university" of the Russian Ministry of Health; GAUZ "Fish and Suburban Central District Hospital", Russia, Republic of Tatarstan)*

Abstract. "In the Decree of the President of the Russian Federation of 07.05.2018 No. 204 "About the national purposes and strategic problems of development of the Russian Federation until 2024" achievement of the following target indicators is established: increase by 2024 in the expected life expectancy at the birth till 78 flyings and till 80 flyings by 2030)". Prevention of noninfectious diseases on an interdepartmental basis is necessary for achievement of such indicators. We carried out the overview of federal orders, resolutions, a regulatory framework and interdepartmental programs for public health care. The analysis of literature showed that in the Russian Federation development and realization of the strategy, projects and programs directed to prevention of noninfectious diseases and forming of commitment of the population to a healthy lifestyle is conducted many of which are between sectoral and use the principles of "Health in all strategy".

Keywords: *public health care, noninfectious diseases, prevention, interdepartmental approach, commitment, healthy lifestyle, overview of literature.*

20 сентября 2019 года состоялся круглый стол Комитета Государственной Думы по охране здоровья «Хирургия – зона профессионального и юридического риска», по решению которого создана рабочая группа Комитета по защите прав врачей. Вниманию читателя предлагается особое мнение – комментарий участника круглого стола, приглашающий менеджеров здравоохранения к дискуссии о будущем законодательстве об ответственности врача, которое не может не затронуть интересы самих менеджеров здравоохранения.

А.А. Старченко,
д.м.н, профессор, эксперт качества медицинской помощи системы ОМС

КРУГЛЫЙ СТОЛ «ХИРУРГИЯ – ЗОНА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ЮРИДИЧЕСКОГО РИСКА»: ПРАВОВОЙ НИГИЛИЗМ И ИГНОРИРОВАНИЕ ПРАВ И ЗАКОННЫХ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА...

Отечественные хирурги предоставили в качестве исходных положений дискуссии резолюцию Общероссийского Форума хирургов Российского общества хирургов (РОХ) «осложнения в хирургии в зеркале юридических последствий» от 12.04.2019 г. Авторы резолюции сделали любопытные выводы: «*В 2018 году было возбуждено более 2.2. тысяч уголовных дел по «врачебным ошибкам», что на 24% больше, чем в 107 году. Это негативно повлияло на ситуацию с обеспеченностью кадрами российского здравоохранения. За 2017–2018 гг. ушли из профессии более ____ высококвалифицированных врачей, из ни ____ хирургических специальностей. При этом имевший место дефицит хирургов по итогам 2018 года увеличился и составил – ____ единиц. Катастрофически упал престиж профессии хирурга*».

Вот так ни много ни мало: увеличение числа возбужденных уголовных дел вызвало катастрофу: однако вместо цифр в Резолюции – пробелы!?

В своем докладе главный внештатный специалист хирург Минздрава России, директор НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского А. Ревишвили сообщил, что официальная статистика по хирургии очень скудна: в 2018 г. хирургов общего профиля было 19919, в 2016 г. – 20683; за два года из специальности ушли 765 врачей.

Со ссылкой на данные Росздравнадзора, он сообщил, что число обращений в Следственный комитет РФ в 2016 г. составило 4947, в 2017-м – 6050, в 2018-м – 6600. Возбуждено уголовных дел соответственно – 878, 1791, 2200; передано в суд – 205, 199, 348. Специальности медицинских работников, осужденных в 2016–2017 гг., распределились следующим образом: хирурги – 40%, акушеры-гинекологи – 21%, анестезиологи-реаниматологи – 13%, педиатры – 8%, врачи скорой помощи – 6%, терапевты – 6%.

Однако в официальном письме Председателя Следственного комитета РФ в адрес Министра здравоохранения РФ 01.02.19 г. № 226/1-3267-19/88 «Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг» указано:

Чаще всего преступления совершают:
- хирурги – 27,5%;
- гинекологи – 16,8%;
- анестезиологи-реаниматологи – 13,2%;
- все остальные – 57,5%.

30% потерпевших составляют несовершеннолетние. Преступления совершаются путем действия – 97%, бездействия – 3%.

Следственный комитет РФ указал на три основные группы преступных дефектов по результатам кластерного анализа:

1. Нарушения при диагностике или лечении – 46%: непроведение или неполное проведение необходимых обследований, непривлечение специалиста; недооценка риска; непринятие мер

© А.А. Старченко, 2019 г.

к направлению в медорганизацию; оставление без внимания анамнеза, клинических проявлений.

2. Дефект на основе субъективного фактора – 23%: невнимание, проведение процедуры с нарушениями, непрофессионализм.

3. Дефект при медицинском вмешательстве – 31%: неправильная тактика ведения пациента, операции (манипуляции), родов с недооценкой риска.

Дефекты, допускаемые медработниками:

1. Ненадлежащее проведение диагностических и лечебных мероприятий – 46%:
- отказ от привлечения специалиста;
- несвоевременное неполное описание или неправильная трактовка рентгеновского снимка или других исследований;
- отсутствие необходимых исследований;
- непринятие во внимание анамнеза, клинических проявлений;
- ненадлежащее наблюдение;
- отсутствие диагноза;
- недооценка риска;
- непринятие мер к направлению в медорганизацию;
- неадекватная манипуляция;
- невнимательность, отсутствие квалификации и прочее.

2. Проведение процедуры с нарушением порядка действий – 18%: блокада, пункция, катетеризация, санация и др., неадекватная манипуляция, невнимательность, непривлечение специалиста, ненадлежащее место оказания медпомощи, – отсутствие наблюдения; – недооценка риска.

3. Оперативное вмешательство, проведенное с нарушениями: несвоевременное или без оснований – 13% ввиду неадекватной манипуляции, недооценки риска, непринятие во внимание анамнеза, невнимательности.

4. Неправильная техника ведения пациента – 13%:
- непринятие во внимание анамнеза, клинических проявлений;
- ненадлежащее наблюдение;
- недооценка риска.

5. Отказ в выдаче направления или отказ в госпитализации при наличии показаний – 5%: – недооценка риска; – непринятие мер к направлению в медорганизацию; – ненадлежащее наблюдение; – непринятие во внимание анамнеза, клинических проявлений.

6. Дефект в период оказания медпомощи – ненадлежащее проведение реанимационных мероприятий – 2%: паника, растерянность, – недооценка риска; – непринятие во внимание клинических проявлений.

7. Бездействие в форме неоказания медпомощи – 3%: отказ в направлении бригады скорой медицинской помощи, непринятие мер к ликвидации последствий опасного для здоровья и жизни пациента состояния (Например: в мокрой одежде с переохлаждением) [2].

Существующая активация Следственного комитета РФ произошла не без помощи самой Национальной медицинской палаты, которая в 2016 году вмешалась в существующий баланс законных прав и интересов пациентов и врачей и добилась от Минздрава России исключения из перечня дефектов системы ОМС ятрогении (исключение из правил ОМС (приказ МЗ и СР РФ № 158н) пункта «*3.11. Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания*)», тем самым существенно умалив права и законные интересы пациентов на справедливое досудебное и судебное возмещение материального и морального вреда: ятрогенный ущерб жизни и здоровью пациентов в системе ОМС приобрели статус, как минимум, «незначительности и индифферентности» для пациента или даже, как максимум, «удовольствия» для пациента от такого ятрогенного внимания врача. Пациентское сообщество не отреагировало вовремя на такое ущемление прав пациентов. Фактически из гражданских правоотношений системы ОМС был выведен распространенный дефект медицинской помощи, но «свято место пусто не бывает»: в дело вступил Следственный комитет России на стороне пациентов с переводом проблемы ятрогении в уголовное судопроизводство [14].

11.09.17 г. Следственный комитет РФ заявил о совместной с Санкт-Петербургским государственным университетом разработки концепции по предупреждению неосторожных преступлений против жизни и здоровья, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

04.10.17 г. в Следственном комитете РФ состоялось совещание по вопросам расследования ятрогенных преступлений. Председатель СК РФ А. Бастрыкин заявил, что «следственные органы обязаны немедленно реагировать на сигналы о врачебной халатности, качественно и в короткие сроки расследовать такие уголовные дела, а также в полном объеме информировать органы

здравоохранения и общественность о причинах и условиях совершения ятрогенных преступлений в целях их исключения в медицинской практике». Участники совещания отметили, что зачастую достаточно сложным является вопрос квалификации ятрогенных преступлений. В большинстве случаев преступления медицинских работников квалифицируются по ст. 109 УК РФ – причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Это достаточно общая формулировка, к тому же у следователя часто возникает сложный выбор между несколькими нормами уголовного закона, которые соответствовали бы совершенному деянию и наступившим последствиям. В этой связи предложено разработать проект изменений в Уголовный кодекс в части введения специальной нормы, предусматривающей ответственность за совершение преступлений, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Подобная норма позволит объективно оценивать динамику преступлений, совершенных медицинскими работниками, выяснять обстоятельства совершения таких преступлений не только по конкретному уголовному делу, но и в региональном масштабе, снимет возникающие на практике спорные вопросы квалификации.

В июле 2018 года Следственный комитет РФ предложил дополнить Уголовный Кодекс РФ статьей 124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)» и статьей 124.2 «Сокрытие нарушения оказания медицинской помощи».

Статья 124.1 Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги).

1. Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги) вследствие нарушения медицинским работником своих профессиональных обязанностей, если это повлекло по неосторожности гибель плода человека и (или) причинение тяжкого вреда здоровью человека, наказывается штрафом до двухсот тысяч рублей либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет.

2. Деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, если они повлекли по неосторожности смерть человека, наказываются штрафом до пятиста тысяч рублей либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет.

Статья 124.2 Сокрытие нарушения оказания медицинской помощи.

1. Внесение недостоверных сведений в медицинскую документацию, ее сокрытие либо уничтожение, а равно сокрытие, уничтожение, подмена биологических материалов с целью сокрытия ненадлежащего оказания медицинской помощи (медицинской услуги) другим медицинским работником, деяния которого повлекли причинение тяжкого вреда здоровью либо гибель плода, либо смерть одного или более лиц, наказывается штрафом в размере до трёхсот тысяч рублей либо лишением свободы на срок до трёх лет.

2. То же деяние, совершённое должностным лицом либо лицом, осуществляющим управленческие функции в медицинской организации, наказывается штрафом в размере до одного миллиона рублей либо лишением свободы на срок до пяти лет.

В настоящее время действует более легкое наказание по части 2 статьи 109 УК РФ и части 2 статьи 118 УК РФ.

Часть 2 статьи 109. Причинение смерти по неосторожности: «2. Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей наказывается ограничением свободы на срок до трех лет либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Часть 2 статьи 118. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет либо принудительными работами на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

26.11.2018 года председатель СК РФ А. Бастрыкин подписал приказ о внесении изменений в штат центрального аппарата СКР и следственных органов. Согласно приказу, в управлениях создаются отделы

по расследованию ятрогенных преступлений, то есть связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг и врачебными ошибками. В центральном аппарате главного следственного управления СК РФ, в отделе по расследованию ятрогенных преступлений, будут работать девять человек, включая начальника. Новые отделы по расследованию врачебных ошибок в составе трех следователей и начальника появятся в Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде, Екатеринбурге, Новосибирске, в Хабаровске в состав отдела войдут два следователя и один начальник. Ятрогенными преступлениями будут заниматься следователи по особо важным делам.

Главное следственное управление Следственного комитета РФ по Санкт-Петербургу заявило: оно имеет опыт более чем трехлетней работы в экспертном сопровождении собственными экспертными силами расследования уголовных дел и проведения доследственных проверок по фактам ненадлежащих профессиональных деяний медицинских работников:

– участие собственных специалистов при осмотре медицинских документов и предметов с дачей необходимых пояснений;

– допрос с участием собственного специалиста оказывавших помощь врачей;

– допрос с участием собственного специалиста участников экспертной комиссии ранее проведенного судебно-медицинского экспертного исследования;

– производство собственными экспертными силами комиссионных судебно-медицинских экспертиз и исследований.

Вот как обернулась непродуманная инициатива Национальной медицинской палаты по требованию от Минздрава России изъятия из гражданских правоотношений дефекта ятрогении. Кто от этого выиграл?

Согласно статистике Судебного департамента Верховного суда, в 2017 году оправдательные приговоры были вынесены только по 0,2% уголовных дел, дошедших до суда. Всего в 2017 году из дошедших до суда дел 77,9% завершились обвинительным приговором. Еще 21,9% были прекращены актом суда. Большинство случаев связано с истекшим сроком давности, смертью подсудимого и амнистией. По реабилитирующим основаниям были прекращены 1,4% дел. Число осужденных по статьям УК РФ, применяемым по делам о дефектах медпомощи – данные Судебного Департамента при Верховном Суде РФ (Аптекарь П., 2019) [1] *(таблица 1).*

К глубокому разочарованию все выступающие ограничились лозунгами, общими словами в отсутствие конкретных аргументов принятия решений.

В целом, выступающие наглядно продемонстрировали, с одной стороны, правовой нигилизм, а с другой стороны, явное желание всю ответственность переложить на рядовых врачей, взвалив на их плечи правовой статус врача и выплаты по всем без исключения искам пострадавших пациентов, а также тюремную робу «стрелочников».

Правовой нигилизм выступающих выражался в необходимости: упразднения действия статей Уголовного Кодекса РФ в отношении хирургов, однако ни одного несправедливого приговора ни один из выступающих не удосужился привести. Более того, в зале присутствовали руководители медицинских организаций, причастных к несправедливым приговорам в отношении рядовых сотрудников, с целью

Таблица 1

Статистика Судебного департамента Верховного суда: 2017

Статья УК РФ	*Приговор*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016.*	*2017*	*2018 1 п/г*
Ст. 109 ч. 2 – причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения служебных обязанностей	Осуждены	122	101	85	130	145	84
	Оправданы	3	9	5	9	7	3
Ст. 124 ч. 2 – неоказание помощи больному, повлекшее смерть пострадавшего	Осуждены	5	0	6	7	4	2
	Оправданы	0	0	0	0	0	0
Ст. 238 ч. 2 – оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, повлекшее тяжкие последствия – тяжкий вред и смерть	Осуждены	399	559	782	84	1030	507
	Оправданы	2	0	4	1	9	3
Ст. 293 ч. 2 – Халатность, повлекшая тяжкие последствия	Осуждены	52	29	32	54	42	25
	Оправданы	7	3	4	3	7	5

выведения из-под уголовной ответственности реально виновных медработников.

Председатель Комитета Госдумы по охране здоровья проф. Д. Морозов сообщил, что в адрес комитета поступили предложения хирургов о введении страхования профессиональной ответственности врачей и декриминализации медицинских статей УК РФ. Президент Национальной медицинской палаты проф. Л. Рошаль выразил общее мнение собравшихся: «За неумышленные осложнения врач не должен сидеть в тюрьме!».

При этом тезисы о необходимости декриминализации статей УК РФ не были подтверждены ни одним примером, тогда как криминальная статистика последних пяти лет свидетельствует о том, что приговоры с наказанием в форме реального срока лишения свободы практически не встречаются, подавляющее большинство обвинительных приговоров заканчиваются формулировкой «ограничение свободы» или «условное лишение свободы». Например:

В Свердловской области двое врачей-хирургов признаны виновными в причинении смерти по неосторожности пациенту городской больницы. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Свердловской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора двум врачам-хирургам ГБУЗ СО «Демидовская городская больница». Они признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что в ночь на 10 марта 2017 года из своей квартиры бригадой «Скорой медицинской помощи» в ГБУЗ СО «Демидовская городская больница» был доставлен местный житель 1959 года рождения. При осмотре мужчины изначально дежурным по приёмному покою был предварительно поставлен верный диагноз, но впоследствии первая из обвиняемых (дежурный хирург, которой был передан пациент) без проведения детального обследования, вопреки верному диагнозу, избирает консервативное лечение, не соответствующее правильному диагнозу, при этом в дальнейшем пациент на несколько часов был оставлен в коридоре больницы без принятия своевременных мер по оказанию необходимой медпомощи. После этого ближе к 8 часам 30 минутам пациент был передан лечащему хирургу, которая также продолжила консервативную тактику лечения, не переведя мужчину в реанимацию и не оказав ему соответствующую экстренную медицинскую помощь, не проведя оперативное вмешательство. Только ближе к 20 часам 10 марта 2017 года после вмешательства супруги госпитализированного мужчина был переведён в реанимационное отделение больницы в тяжёлом состоянии. Проведённые последующие реанимационные мероприятия оказались безрезультатными, и днём 12 марта 2017 года пациент скончался. В ходе расследования проведены две комиссионные судебные медицинские экспертизы, в том числе сотрудниками экспертно-криминалистического отдела, входящего в состав следственного управления СК России по Республике Татарстан. Причём результаты двух проведённых экспертиз – в указанном экспертном отделе и в экспертном учреждении Министерства здравоохранения («Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Татарстан») оказались идентичными. В частности, установлено, что ненадлежащее исполнение двумя врачами-хирургами своих профессиональных обязанностей в своей совокупности повлекло по неосторожности смерть пациента, т.е. установлена причинно-следственная связь между неправильными действиями врачей и смертью пациента. Помимо назначения и проведения комиссионных медицинских экспертиз, в ходе следствия проведены выемки и осмотры документов, проанализирован значительный объём медицинской документации, допрошено более 40 свидетелей, выполнены иные следственные и процессуальные действия. Приговором суда в зависимости от характера действий каждого им назначено наказание в виде ограничения свободы на срок 2 года и 1 год 10 месяцев соответственно.

В Ленинградской области вынесен приговор врачу-хирургу за неоказание помощи больному. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Ленинградской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора врачу-хирургу муниципального учреждения здравоохранения «Сланцевская центральная районная больница» 35-летнему С. Он признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ (неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, если оно повлекло по неосторожности смерть больного). По данным следствия, ночью 25 мая 2012 года С., являясь врачом-хирургом, находился на дежурстве в хирургическом отделении МУЗ «Сланцевская центральная

районная больница». В приемный покой больницы был доставлен 19-летний молодой человек с тяжелым ножевым ранением груди. В результате неоказания ему врачом-хирургом без уважительной причины надлежащей медицинской помощи утром больной скончался. Приговором суда С. назначено наказание в виде лишения свободы сроком на 2 года условно. Также он лишен права заниматься медицинской деятельностью сроком на 2 года.

В Свердловской области по уголовному делу, возбуждённому с учётом публикации СМИ, врач-хирург частной медицинской поликлиники признан виновным в причинении смерти по неосторожности пациентке. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Свердловской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора врачу-хирургу частной медицинской поликлиники. Он признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что в апреле 2016 года подсудимый ненадлежащим образом исполнял свои профессиональные обязанности по оказанию медицинской помощи обратившейся за лечением гражданке. Вследствие небрежности, выбрав неверную тактику лечения послеоперационного осложнения, врач-хирург своевременно не оказал пациентке необходимую квалифицированную медицинскую помощь по диагностике и лечению кровотечения после проведения плановой операции по удалению полипов из носа, что привело к сильному кровотечению из носа и смерти женщины в начале мая 2016 года от «кислородного голодания» головного мозга, возникшего вследствие массивной кровопотери. Указанные обстоятельства были установлены в результате выполнения целого комплекса следственных действий, в том числе по итогам назначения судебной комиссионной экспертизы. В ходе предварительного расследования обвиняемый медицинский работник так и не признал свою вину в совершённом преступлении. Тем не менее органам Следственного комитета удалось собрать достаточную доказательственную базу. Приговором суда подсудимому медработнику назначено наказание в виде 2,5 лет ограничения свободы.

В Забайкальском крае бывший хирург районной больницы признан виновным в смерти пациентки. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Забайкальскому краю доказательства признаны судом достаточными для вынесения обвинительного приговора бывшему хирургу Петровск-Забайкальской больницы М. Он признан виновным в совершении преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), в также ч. 3 ст. 159 УК РФ (мошенничество, совершенное лицом с использованием своего служебного положения). Как установлено следствием и судом, в 2017 году врач-хирург Петровск-Забайкальской больницы М. допустил ошибку при проведении операции по прерыванию беременности, а затем игнорировал жалобы пациентки на ухудшение самочувствия. 10 марта 2017 года М. провел пациентке лапароскопическую операцию в связи с трубной беременностью. На следующий день на спине у девушки появились гематомы, пациентка несколько раз жаловалась М. на плохое самочувствие. Кроме того, по данным анализа крови, у девушки уровень гемоглобина был крайне низкий, что свидетельствовало о наличии кровотечения. Несмотря на явные признаки допущенной ошибки, М. не принял никаких мер по проведению необходимой диагностики и выписал пациентку из больницы. Кроме того, он ввел в заблуждение родственников девушки о платной операции и обманом завладел их деньгами на сумму 8 тысяч рублей. Через несколько дней после выписки из больницы девушка была госпитализирована, ей провели экстренную операцию, но 18 марта 2017 года пациентка скончалась. В ходе расследования уголовного дела следователи назначили проведение комплексной судмедэкспертизы, в соответствии с выводами которой доказана прямая причинно-следственная связь между ошибками доктора и наступившими последствиями. Приговором суда М. назначено наказание в виде 2,5 лет лишения свободы условно.

В Перми врач-хирург признан виновным в неоказании помощи 13-летней пациентке, в результате чего она умерла. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Пермскому краю доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора врачу-хирургу. Он признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что 31 мая 2015 года 13-летняя жительница Перми была доставлена бригадой скорой помощи из

поселка Новые Ляды в ГБУЗ ПК «МСЧ № 11 им. С.Н. Гринберга» для оказания медицинской помощи. Несмотря на ухудшающуюся клиническую картину состояния здоровья, в нарушение ведомственных приказов и Федеральных законов Министерства здравоохранения Российской Федерации, врачом-хирургом без проведения каких-либо диагностических мероприятий, оценки клинической картины, ребенку был неверно поставлен диагноз, и в госпитализации отказано. Ввиду стремительно ухудшающегося состояния здоровья, бригадой экстренной помощи девочка была доставлена в ГБУЗ ПК «ГДКБ № 15», где, в результате неверно постановленного диагноза, скончалась. Предварительное следствие длилось почти год, поскольку расследование уголовных дел данной категории вызывает особую сложность, обусловленную проведением сложных судебных экспертиз. В первую же неделю следствия в Минздрав Пермского края следователем был внесен ряд представлений об устранении нарушений, способствовавших совершению преступления. По результатам их рассмотрения 9 медицинских работников, в том числе занимающих руководящие должности, были привлечены к строгой дисциплинарной ответственности. Приговором суда виновному назначено наказание в виде 1 года 6 месяцев лишения свободы с отбыванием в колонии-поселении, с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 2 года. Кроме этого суд взыскал в качестве компенсации морального вреда с осужденного в пользу родителей ребенка 600 тыс. рублей.

В Свердловской области врач-хирург признан виновным в причинении смерти хоккеисту по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ приговора врачу-хирургу одной из больниц города Нижнего Тагила. Он признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что в начале января 2016 года подсудимый ненадлежащим образом исполнил свои профессиональные обязанности по оказанию медицинской помощи хоккеисту 1984 года рождения одной из команд города Нижнего Тагила, который обратился в медучреждение с тяжёлой травмой живота. Согласно материалам уголовного дела, подсудимый не оказал пациенту должным образом квалифицированную медицинскую помощь, что повлекло наступление смерти потерпевшего. В ходе расследования следствием СК России проделан значительный объём работы, направленной на сбор и закрепление доказательственной базы. Проведён ряд судебных экспертиз для установления точной причины смерти потерпевшего и иных важных для расследования обстоятельств. Проанализирован большой объём должностной и медицинской документации, допрошено множество свидетелей. И поскольку следствием собрана достаточная доказательственная база, уголовное дело с утверждённым обвинительным заключением было направлено в суд для рассмотрения по существу. Приговором суда подсудимому врачу-хирургу назначено наказание в виде 2 лет ограничения свободы с лишением права заниматься медицинской деятельностью сроком на 1 год.

В Калужской области заведующий хирургическим отделением и врач-хирург районной больницы признаны виновными в причинении смерти по неосторожности пациенту. Собранные следственными органами Следственного комитета Российской Федерации по Калужской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора заведующему хирургическим отделением районной больницы Козельского района К. и хирургу этой больницы М. Они признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что 20 декабря 2010 года в вечернее время в больницу был доставлен житель Козельска с колото-резаным ранением грудной клетки. Несмотря на то, что в больнице имелась возможность проведения необходимого обследования, ни находившийся на суточном дежурстве М., ни сменивший его с утра К., надлежащих методов диагностики не использовали, активно за состоянием пациента не наблюдали. Пострадавшему был поставлен ошибочный и не соответствующий характеру ранения диагноз, лечение пациента проводилось неверно, что явилось причиной развития тяжелого геморрагического шока у больного и повлекло его смерть, наступившую на следующий день около 13 часов. Проведенный в ходе расследования комплекс экспертиз и иных следственных действий позволил установить прямую причинно-следственную связь между небрежным исполнением врачами своих профессиональных обязанностей и смертью потерпевшего. Приговором

суда К. и М. назначено наказание в виде 1 года 1 месяца и 2 лет лишения свободы условно соответственно. Кроме того М. лишен права заниматься врачебной деятельностью сроком на 1 год.

В Ставропольском крае врач-хирург признан виновным в причинении смерти по неосторожности малолетнему мальчику. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Ставропольскому краю доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора врачу-хирургу хирургического отделения муниципального учреждения здравоохранения «Центральная городская больница» города Пятигорска Б., признанному виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что Б. в мае 2007 года при проведении операции 5-летнему мальчику по удалению аппендикса произвел разрез, дающий ограниченный доступ в брюшную полость, что не позволило надлежащим образом произвести ревизию и санацию брюшной полости, а также допустил ошибки при наложении швов на воспалительно-измененную стенку кишки. В результате допущенных врачом тактических и технических ошибок у ребенка развился перитонит, что привело в дальнейшем к смерти потерпевшего. Приговором суда Б. назначено наказание в виде 2 лет лишения свободы условно.

В Московской области вынесен приговор в отношении детского хирурга, виновного в причинении по неосторожности смерти малолетнему пациенту. Собранные следственными органами Следственного комитета России по Московской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора в отношении 40-летнего врача – детского хирурга детской поликлиники ГБУЗ «Дмитровская городская больница» Э., который признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей). Как установлено следствием и судом, 24 мая 2016 года хирург Э. осуществлял приём больных в соответствии с графиком работы и принял местную жительницу с её 3-летним сыном, обратившуюся по поводу заболевания последнего. Врач не принял действенных и исчерпывающих мер, направленных на установление точного диагноза заболевания у малолетнего пациента, не выявил имевшееся у него заболевание, не назначил необходимого обследования и, недооценив тяжесть состояния малолетнего и возможность возникновения непосредственной опасности для его жизни, а также возможность наступления смерти от этого заболевания, поставил диагноз о том, что острой хирургической патологии у ребенка не выявлено, и не принял мер к его госпитализации. Этим он исключил возможность оказания медицинской помощи в условиях стационара в медицинском учреждении. 25 мая 2016 года ребенок скончался дома. В случае своевременного выявления Э. имевшегося у малолетнего пациента заболевания, своевременной госпитализации и проведения экстренного хирургического вмешательства его смерть была предотвратима. Приговором суда Э. назначено наказание в виде 240 часов обязательных работ, на полгода он лишен права заниматься деятельностью по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним.

В Кемеровской области врач-хирург признан виновным в получении взяток и служебном подлоге. Собранные следственными органами Следственного комитета по Кемеровской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения обвинительного приговора врачу-хирургу муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 4» города Белово М.. Он признан виновным в совершении преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 290 УК РФ (получение взятки) и ч. 1 ст. 292 УК РФ (служебный подлог). Следствием и судом установлено, что с ноября 2007 по март 2009 года врач открывал листки нетрудоспособности в связи с заболеваниями, которых в действительности у обратившихся к нему лиц не было, и вносил ложные сведения в официальные документы. Приговором суда М. назначено наказание в виде штрафа.

В Северной Осетии бывший врач-хирург одной из коммерческих клиник признан виновным в причинении смерти по неосторожности. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Республике Северная Осетия – Алания доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора бывшему врачу-хирургу П. Он признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что 15 августа 2016 года в клинику

ООО «Здоровье» обратился мужчина с жалобами на боли в правом подреберье, слабость и желтушность кожных покровов. После осмотра больному была рекомендована хирургическая операция. В этот же день в ходе проводимой хирургом П. операции – лапаротомии у больного открылось сильное кровотечение, что привело к остановке сердца. После проведения реанимационных мероприятий и восстановления сердечной деятельности, учитывая крайне тяжелое состояние пациента, он был доставлен в реанимационное отделение клинической больницы скорой медицинской помощи города Владикавказа, где в ночь на 16 августа скончался в результате острой массивной кровопотери, развившейся из-за механического повреждения артерии во время операции. Трагедия произошла в результате неправильной диагностики П. основного заболевания, выбора тактики оперативного лечения, и в совокупности с допущенными техническими ошибками (повреждение стенки панкреатодуоденальной артерии) эти врачебные ошибки обусловили наступление летального исхода. Приговором суда П. назначено наказание в виде 1,6 лет ограничения свободы.

В Тульской области детский хирург признан виновным в причинении смерти по неосторожности малолетнему ребенку. Собранные Следственными органами Следственного комитета РФ по Тульской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора детскому хирургу ГУЗ «Детская областная больница» Д. Он обвиняется в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что в августе 2010 года во время оказания медицинской помощи доставленному в учреждение трехлетнему мальчику Д. не провел надлежащей диагностики, выставил ребенку неправильный диагноз и необоснованно не принял решение о проведении оперативного вмешательства и необходимых терапевтических мероприятий. В результате неоказания Д. квалифицированной медицинской помощи мальчик скончался. Приговором суда Д. назначено наказание в виде ограничения свободы сроком на 3 года с лишением права заниматься медицинской деятельностью 2 года, от наказания он освобожден в связи с истечением сроков давности привлечения к уголовной ответственности.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре вынесен приговор в отношении двух врачей-хирургов, признанных виновными в причинении смерти по неосторожности. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора в отношении врачей «Нефтеюганской окружной клинической больницы имени В.И. Яцкив», которые признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что двое врачей-хирургов указанного лечебного заведения допустили дефекты при лечении 16-летней жительницы города Нефтеюганска. Вследствие ненадлежащего оказания медпомощи последняя в апреле 2016 года скончалась. В рамках расследования уголовного дела следователями проведен большой объем работы, в том числе допрошено более 50 свидетелей, назначено 3 комплексных судебно-медицинских экспертизы. Приговором суда мужчинам назначено наказание в виде двух лет ограничения свободы каждому.

В Брянской области хирург признан виновным в причинении по неосторожности смерти своему пациенту. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Брянской признаны судом достаточными для вынесения приговора 48-летнему О. Он признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). По версии следствия, 7 февраля 2012 года Орехов, являясь врачом-хирургом хирургического отделения Брянской областной больницы № 1, допустил преступную небрежность при проведении операции 46–летнему мужчине. В результате неправильно выбранной методики операционного вмешательства у пациента в двух местах был поврежден кардиальный отдел желудка. Впоследствии врач не организовал надлежащий контроль за состоянием прооперированного мужчины, в связи с чем не смог своевременно диагностировать указанные повреждения. Спустя три дня после операции потерпевший скончался. Приговором суда О. назначено наказание в виде 2 лет ограничения свободы с лишением права заниматься хирургией на этот же срок.

В Ульяновской области хирург осужден за причинение смерти пациенту по неосторожности.

Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Ульяновской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора врачу хирургического торакального отделения Ульяновской областной больницы 45-летнему К. Он признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что 10 февраля 2010 года врач при проведении медицинских манипуляций (пункции грудной клетки) повредил пациенту межреберную артерию, что вызвало массивное кровотечение и явилось причиной смерти потерпевшего. Приговором суда К. назначено наказание в виде 7 месяцев лишения свободы с отбыванием в колонии-поселении. Кроме того, он лишен права занимать должности, связанные с хирургической деятельностью сроком на 2 года.

В Новосибирской области врач признан виновным в причинении смерти по неосторожности несовершеннолетней пациентке. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Новосибирской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора в отношении врача-хирурга (консультанта) государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2». Он признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что 3 февраля 2014 года в «Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи № 2» поступила несовершеннолетняя с жалобами на боли в правом подреберье и тошноту. Ответственным хирургом после осмотра пациентки было принято решение об оперативном вмешательстве. Проведение операции оказалось неэффективным, и было принято решение о проведении повторного вмешательства после спадания отека. Однако впоследствии без проведения дополнительного обследования при наличии противопоказаний – выраженного отека медицинскими работниками вновь было проведено оперативное вмешательство, которое привело к тяжелым осложнениям. Через несколько дней пациентка скончалась. Результаты судебно-медицинской экспертизы дали возможность следователям установить, в действиях какого лица имелись дефекты оказания медицинской помощи, которые впоследствии и привели к смерти потерпевшей. Приговором суда врачу-хирургу назначено наказание в виде ограничения свободы сроком на 1 год. В соответствии со ст. 78 УК РФ от назначенного наказания он освобожден в связи с истечением сроков давности привлечения к уголовной ответственности.

В Чувашской Республике медицинские работники осуждены за причинение смерти больному по неосторожности. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по Чувашской Республике доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора 36-летнему врачу-хирургу одного из местных лечебных учреждений и 59-летнему врачу скорой медицинской помощи. Они признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей). Следствием и судом установлено, что 26 июля 2015 года в городе Чебоксары врач-хирург по результатам осмотра 34-летнего пациента, доставленного в больницу бригадой скорой медицинской помощи, недооценил тяжесть его состояния и при наличии у того отягощенного анамнеза жизни в виде хронического панкреатита и язвенной болезни желудка не провел обязательные к исполнению диагностические мероприятия и необходимые исследования, чтобы правильно поставить ему диагноз. В то же время имевшиеся признаки свидетельствовали о возможном ухудшении состояния здоровья больного из-за острого панкреатита. Вместо этого врач провел неадекватные тяжести состояния пациента лечебные мероприятия (анальгетики, спазмолитики) в приемно-диагностическом отделении больницы, тогда как больные не только с установленным диагнозом, но и с подозрением на острый панкреатит должны быть экстренно госпитализированы в хирургическое отделение, в чем, однако, пациенту было отказано. Когда больной вернулся домой и его состояние не улучшилось, его супруга вновь позвонила в службу 03, однако врач скорой медицинской помощи, прибыв по вызову, при наличии у потерпевшего жалоб, являвшихся показаниями для его госпитализации в стационар, оказывающий специализированную медицинскую помощь по профилю «хирургия», также не принял мер по его экстренной госпитализации. Таким образом, из-за ненадлежащего исполнения осужденными своих профессиональных

обязанностей потерпевший не был экстренно госпитализирован для установления правильного диагноза и оказания необходимой медицинской помощи, в результате чего утром 29 июля 2015 года он скончался у себя дома от крупноочагового геморрагически-жирового панкреонекроза с осложнениями. В целях установления объективной истины по уголовному делу назначены и проведены три комиссионные судебно-медицинские экспертизы, в том числе силами Российского центра судебной экспертизы, которые подтвердили выводы следствия относительно наличия прямой причинно-следственной связи между смертью потерпевшего в неосторожными действиями осужденных. По результатам расследования уголовного дела следователем в вышеуказанные лечебные учреждения внесены представления о принятии мер по устранению обстоятельств, способствовавших совершению преступления. Приговором суда врачу-хирургу и врачу скорой медицинской помощи назначено наказание в виде полутора лет и одного года ограничения свободы соответственно.

Правовой нигилизм участников круглого стола выразился в отрицании как уголовной ответственности в отношении хирургов, так и любой другой: гражданской ответственности медицинской организации – работодателя хирурга, административной и дисциплинарной со ссылкой на определение врачебной ошибки академика И.В. Давыдовского и ее ненаказуемости, высказанной в марте 1941 года, так как в официальной доктрине Советского государства не было места возможности нанесения вреда жизни и здоровью советского гражданина советским врачом. По этой же причине до принятия Гражданского Кодекса РФ в 1994 году невозможной была и гражданская ответственность медицинской организации перед ее пациентом за нанесенный его жизни и здоровью ущерб [3].

Отрицая возможность уголовного преследования врача, зрелое правовое мышление должно предложить альтернативу – быстрое досудебное или судебное гражданско-правовое решение о возмещении ущерба жизни и здоровью пациента. Только в этом случае пострадавшая сторона (пациент или родственник умершего пациента) не станет обращаться в следственные органы, не будет следствия и суда [4–12]. Исключение из правоприменительной практики одного вида ответственности (уголовного наказания врача) в соответствие с демократическим принципом сдержек и противовесов должно быть компенсировано широким внедрением другого вида ответственности – гражданской или административной, но не в ущерб законным правам и интересам пациента, а, следовательно, в пользу справедливого баланса прав и интересов врача и пациента.

В качестве примера следует привести безобидное для рядового врача, его имущества и здоровья, разрешение спора с пациентом в гражданском суде.

Апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Самарского областного суда от 04 октября 2016 г. по делу № 33–13261/2016). Из материалов дела следует, что в родильный дом ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 2 имени Н.А. Семашко» поступила мать малолетнего истца – И. для проведения кесарева сечения. Врач дала указание медицинской сестре-анестезисту выполнить И. инъекцию препарата Трамадол 50 мг/мл. – 2 мл. внутримышечно на фоне продолжавшегося действия обезболивающего препарата Маркаин, использованного ею ранее в максимально допустимой дозировке, не учитывая, что согласно инструкции к препарату Трамадол, одним из побочных действий этого препарата со стороны сердечно-сосудистой системы является коллапс. Вследствие чего констатирована смерть пациентки от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Между смертью И. и дефектом оказания медицинской помощи, выразившимся во введении лекарственного препарата (Трамадола) без достаточных медицинских показаний, прослеживается наличие причинно-следственной связи. Суд, в своем решении отметил, что смертью матери ребенку причинены физические, нравственные и душевные страдания, вызванные потерей самого близкого и самого любимого по жизни человека – матери. Малолетний истец остался без материнской любви на всю жизнь. После смерти матери состояние здоровья ребенка существенно ухудшилось, он перестал нормально есть и спать, находился в непрерывном подавленном, апатичном и депрессивном состоянии, его мучали кошмары, головные боли, панически атаки. С учетом указанного, судебная коллегия находит, что суд первой инстанции пришел к правильному выводу о необходимости удовлетворения иска – взыскании с ответчика в пользу истца, в лице его законного представителя, в счет компенсации морального вреда – 1000000 рублей и взыскании с ответчика в доход соответствующего бюджета государственной пошлины.

Решение Северского городского суда Томской области от 17.12.13 г. При оказании медицинских

услуг ФГБУЗ КБ № 81 ФМБА России, в теле истца был оставлен катетер, который мигрировал в верхнюю полую вену. В организме истца, а именно в сосудах верхней полой вены находится инородное тело. Проведение оперативного вмешательства по удалению инородного тела из верней полой вены Р. противопоказано, поскольку риск удаления катетера хирургическим путем многократно превышает риск развития осложнений при консервативной тактике. Служебная проверка ФГБУЗ КБ № 81 никаких нарушений не выявила. Сам Р. себе ввести катетер не мог. В период госпитализации не было проблемы отрыва катетера. От катетера могла отломиться верхняя часть, этот момент не был отражен в истории болезни. При удалении катетера часть катетера могла мигрировать. Медицинская услуга Р. оказана качественно, пациент выписан после проведенной операции в удовлетворительном состоянии. Качественность оказанной медицинской услуги выражается в том, что пациент «жив-здоров». Заключение комиссии СМЭ: Угроза развития осложнений от нахождения инородного тела в виде дальнейшей миграции катетера с попаданием его в полость сердца существует, пока инородное тело находится в организме. Реализация угрозы будет зависеть как от внешних, так и внутренних факторов организма (изменение положения катетера внутри сосуда, состояния, приводящие к изменению гомеостаза и т.д.). Спрогнозировать возникновение данных факторов не представляется возможным. В представленной истории болезни на имя Р. не содержится сведений ни о проведении катетеризации центральной вены, ни об обнаружении медицинскими работниками факта отрыва катетера. В случае обнаружения факта отрыва тела катетера, при его удалении из организма, а также других обстоятельствах, медицинские работники должны предпринять попытку зафиксировать проксимальный конец оторвавшегося фрагмента катетера на уровне кожи или подкожной клетчатки швом или инструментом, с дальнейшим извлечением катетера хирургическим путем. Учитывая изложенное, суд приходит к выводу о том, что действиями медицинских работников ФГБУЗ КБ № 81 ФМБА России были причинены физические и нравственные страдания Р., связанные с посягательством на его личные нематериальные блага (здоровье). МКБ-Х: «Y61 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при катетеризации». В связи с чем, суд приходит к выводу о законности и обоснованности исковых требований о взыскании с ответчика в пользу истца компенсации морального вреда. Определяя размер компенсации морального вреда, причиненного истцу, суд учитывает характер и объем, причиненных ему моральных страданий, а также фактические обстоятельства дела, суд находит разумным, соразмерным и справедливым определить размер компенсации морального вреда, подлежащий взысканию с ответчика в пользу Р. в размере 140000 руб.

Предложение полной отмены уголовного преследования врача за причинение смерти по неосторожности вряд ли будет легко и смиренно принято обществом, т.к. судебная практика наказаний за всего лишь письменное опубликование крамольных мыслей в блогах Интернета без вреда для жизни и здоровью граждан, не говоря уже об их смерти, насчитывает пятилетние сроки реального лишения свободы в колонии общего режима.

Участники круглого стола один за одним, демонстрируя незрелость правового мышления, призывали отказаться от определения качества медицинской помощи по степени достижения ее результата, от критериев оценки качества медицинской помощи, от стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций [13–17].

Один из юристов призвал к отказу от уголовной ответственности хирургов, сравнивая хирурга и пациента в операционной с боксерами на ринге (!): боксер, ударивший другого боксера, в результате чего наступила смерть второго боксера, не подвергается уголовной ответственности. Таким образом, юрист с юридическим образованием отрицает наличие слабой стороны пациента в системе правоотношений врач-пациент, приравнивая пациента в наркозе на операционном столе к боксеру или может быть все же боксерской груше (!?).

Отдельно присутствовавшие на заседании руководители крупнейших медицинских организаций ратовали за присвоение рядовому врачу правового статуса, преследуя меркантильную цель избавить руководимые ими медорганизации, а, следовательно, себя лично и свой кошелек, от обязанности выплат по решениям гражданских судов об удовлетворении исков пациентов о возмещении морального и материального вреда. Конституция РФ объявила Россию социальным государством, поэтому подобный перенос гражданской ответственности за причиненный вред жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи на плечи рядовых врачей представляется не соответствующим Конституции РФ. Правовой статус

рядового врача подразумевает его абсолютное равенство с руководителем медицинской организации, что не имеет никаких перспектив в отечественной модели управления: рядовой врач никогда не сможет открыть ногой дверь в кабинет главного врача, чтобы потребовать обеспечить его необходимыми ресурсами для оказания медпомощи пациенту. Главный принцип управления «Я – начальник, ты – дурак» не позволит рядовому врачу сравняться со статусом главного врача. Поэтому вся ответственность за необеспеченность ресурсами ляжет на рядового врача с правовым статусом, который и будет отвечать перед пациентом своим доходом и имуществом. Отличная перспектива для руководителей медицинских организаций – управляй – не отвечай!

При этом присутствующие в зале хирурги должны понимать, что застраховать преступление нельзя, а, следовательно, врач, признанный судом преступником, не сможет воспользоваться страховкой профессиональной ответственности и будет расплачиваться доходом и имуществом перед пострадавшей стороной.

Печальным обстоятельством явилось полное игнорирование выступавшими прав и законных интересов пациентов, о которых практически никто даже не обмолвился. Однако следует отметить послесловие председателя Комитета проф. Д. Морозова, справедливо заметившего, что надо помнить: «Хирурги – для общества, а не общество – для хирургов». В этом ключе необходимо было создаваемую Комитетом по охране здоровья рабочую группу по защите прав врачей назвать рабочей группой по защите справедливого баланса прав и законных интересов врачей и пациентов.

Хочется напомнить народным избранникам, что без справедливого баланса прав и законных интересов врачей и пациентов-избирателей-налогоплательщиков невозможно решить поставленные круглым столом задачи, без этого хирургия останется «Зоной...».

Литература

1. *Аптекарь П.* Врачи и вредители //Ведомости. 14.03.2019. – С. 6.

2. *Багмет А.М.* Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод, пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция». – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. – 159 с.

3. *Давыдовский И.П.* Врачебные ошибки //Советская медицина. – 1941. – № 3. – С. 3–10.

4. *Старченко А.А., Зинланд Д.А., Фуркалюк М.Ю., Рыкова И.В., Гончарова Е.Ю., Комарец С.А., Курило И.Н.* Иски пациентов: кто несет ответственность? // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 4. – С. 50–62.

5. *Старченко А.А.* Возмещение вреда медицинской организацией за ненадлежащее качество медицинской помощи – реальная альтернатива приговору уголовного суда невиновному врачу // Новости анестезиологии и реаниматологии-2012. – № 1. – С. 46–56

6. *Старченко А.А.* Судебные хроники: возможна новая правовая реальность – введение рентгеноконтрастного вещества – криминальная медицинская услуга // Russian electronic journal of radiology. 2012. – Т. 2. – № 1. – С. 44–75.

7. *Старченко А.А., Ноздряков К.В.* Конфликтология в акушерстве: попытка обвинить анестезиолога обыденна и очевидна //Новости анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – № 2. – С. 48–57.

8. *Старченко А.А., Ноздряков К.В.* Уроки уголовного преследования анестезиолога-реаниматолога акушерского учреждения //Новости анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – № 2. – С. 58–75.

9. *Старченко А.А.* Причинение смерти по неосторожности при ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей: попытка осудить невиновного // Новости анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – № 1. – С. 51–72.

10. *Старченко А.А.* Профессиональные преступления в сфере здравоохранения: отказ от судебных тяжб или репутация // Новости анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – № 1. – С. 48–51.

11. *Старченко А.А.* «Абортарий»- реальная опасность для свободы анестезиолога-реаниматолога //Новости анестезиологии и реаниматологии. – 2015. – № 1. – С. 38–64.

12. *Старченко А.А.* Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности. М.: Бином, 2016. – 944 с.

13. *Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В., Комарец С.А., Сергеева Л.А.* Требования к клиническим рекомендациям ФАР с точки зрения защиты баланса прав пациента и врача //Тезисы XV Съезда Федерации анестезиологов и реаниматологов. М., 2016. – С. 440–442.

14. *Старченко А.А.* Ятрогении в России теперь «попутные издержки» или «благо» для пациента? // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 7. – С. 61–69.

15. *Старченко А.А.* Дефекты оформления медицинской документации – умаление прав и законных интересов пациентов, в том числе на судебно-медицинскую экспертизу надлежащего качества // Судебная медицина. – 2017. – Т. 3, № 3. – С. 40–41.

16. *Старченко А.А.* Медицинская документация: для прокурора или для адвоката, для пациента или для врача? // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 4. – С. 58–68.

17. *Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д.* Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи, 4 издание, доп. М., 2019. – 506 с.

От редакции:

Целый ряд последних поручений Президента России посвящен оплате труда в сфере здравоохранения. Предстоит очередная ее реформа. И связана она, в первую очередь, с обострением кадровых проблем, с тем, что зачастую происходила подмена целей «майских» Указов Президента 2012 года и путей их достижения.

Наш журнал еще в 2015 году (№ 6 «Мифы эффективного контракта») писал о предстоящей угрозе: «Не секрет, что в большинстве регионов проблему повышения оплаты труда сотрудников при недостатке средств пытаются решать путем сокращения численности работников. Это, действительно, очень эффективный вариант, но прямо противоречащий логике эффективного контракта и закономерно порождающий недовольство медицинских работников. Как уже отмечалось выше, «майские» Указы принимались с целью сохранения кадрового потенциала. Поэтому нельзя повышать зарплату путем сокращения кадров. Но логика проста: за что строже спрашивают, на то и нацеливаются регионы и сами учреждения. Сейчас строже спрашивают за зарплату, а не за кадровое обеспечение. Итог: риск получить обратное тому, чего хотели достичь! Действительно, что первично: рост зарплаты или решение кадровых проблем? Конечно же, решение кадровых проблем! Поэтому нельзя допускать перегибы: добиваться повышения заработной платы любой ценой – нужно учитывать конечную цель».

Прогнозы сбылись. Это подтверждает высокий профессионализм наших экспертов, но вызывает сожаление сам результат.

Сегодняшний материал посвящён оценке перспектив реформирования системы оплаты труда в здравоохранении.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,
д.э.н., заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия
А.М. Чилилов,
к.э.н., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва, Россия
Ю.В. Куфтова,
младший научный сотрудник, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России; НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия

ОСНОВНЫЕ КОНТУРЫ ОЧЕРЕДНОГО РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТРАСЛЕВОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УДК 614.2

Кадыров Ф.Н., Чилилов А.М., Куфтова Ю.В. ***Основные контуры очередного реформирования отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении*** *(ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; НИУ «Высшая школа экономики»; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Особое внимание, уделяемое ныне кадровому обеспечению, не случайно – это закономерная реакция государства на ухудшение положения с численностью медицинских работников в государственных (муниципальных) учреждениях. В свою очередь, кадровый дефицит усилился из-за того, что в сложных экономических условиях многие учреждения пошли по пути сокращения работников ради повышения заработной платы оставшимся.

Эти шаги прямо противоречили логике «майских» Указов Президента 2012 года, но упростили задачу достижения заработной платы медицинских работников на уровне, предусмотренном данными Указами.

© Ф.Н. Кадыров, А.М. Чилилов, Ю.В. Куфтова, 2019 г.

Поэтому в целом ряде документов, отражающих стратегию развития здравоохранения, а также в Поручениях Президента содержатся меры, направленные на исправление сложившейся ситуации, в том числе путем реформирования системы оплаты труда работников государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.
При этом важно не просто выполнение предусмотренных в этих документах мер, но и конкретный механизм реализации, поэтому в статье дается анализ возможных положительных и негативных последствий различных вариантов реализации мер, предусмотренных Поручениями и другими документами.

***Ключевые слова**: оплата труда, кадровое обеспечение, кадровый дефицит, эффективный контракт, структура заработной платы, государственные (муниципальные) учреждения.*

Введение

В целом ряде последних Поручений Президента России В. Путина обозначены задачи по реформированию отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении. На первый взгляд, это выглядит странным – ведь только-только был введен эффективный контракт, предусматривающий, в том числе, совершенствование системы оплаты труда. Ключевой документ – распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р так и назывался «Об утверждении Программы поэтапного ***совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях*** на 2012–2018 годы».

Тем не менее, при внимательном рассмотрении становится очевидным, что это закономерная реакция государства на ухудшение положения с численностью медицинских работников в государственных (муниципальных) учреждениях, а также на участившиеся протесты медицинского персонала. А это, в свою очередь, связано с рядом перекосов, возникших в ходе реализации «майских» Указов Президента 2012 года.

Следует отметить, что последние Поручения Президента не определяют конкретные меры по совершенствованию системы оплаты труда, а ставят определенные задачи, обозначают вопросы, которые предстоит проработать и по которым Правительству и Минздраву России необходимо выработать предложения.

В связи с этим попробуем проанализировать причины сложившегося положения и возможные направления реформирования отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении.

Зарплату повысили – тогда почему бастуют медицинские работники?

Действительно, часто возникает вопрос, почему недовольны медицинские работники, если их зарплаты в рамках реализации «майских» Указов Президента от 2012 года выросли?

Во-первых, далеко не во всех учреждениях достигнут уровень зарплаты, установленный «дорожными картами». Более того, такой задачи Указами Президента и не ставилось.

Дорожные карты устанавливают усредненный уровень заработной платы по субъекту Российской Федерации. Начальный же (стартовый) уровень заработной платы по учреждениям был различен, что связано как с различиями в специализации учреждений, с различными условиями оказания медицинской помощи и т.д., так и с разным уровнем достигнутых результатов по выполнению государственного (муниципального) задания, объемов помощи в системе ОМС и т.д. Реализация Указов Президента и принятых в связи с ними дорожных карт не предполагает выравнивания заработной платы по всем учреждениям. Это означает, что часть учреждений могла превысить уровень зарплаты, предусмотренный дорожными картами, а другая – не достичь его. Расчет берется в среднем по региону.

Но если субъект Российской Федерации в среднем вышел на уровень заработной платы врачей 200% от среднерегиональной (для среднего и младшего персонала – 100%), то требования Указов Президента считаются выполненными, хотя зарплата различных врачей может серьезно колебаться.

Это является причиной того, что не все учреждения вышли на средний уровень, предусмотренный дорожными картами.

Во-вторых, и в рамках одного учреждения различия в уровне заработной платы врачей могут быть весьма различными. В Распоряжении Правительства № 2190-р говорится: «Достижение показателей, определенных указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и от 1 июня 2012 г. № 761, осуществляется в отношении соответствующей категории работников в целом. При этом ***сохраняется обусловленная различиями в сложности труда дифференциация в оплате труда работников***, занимающих различные должности, относящиеся к одной категории».

То есть, если мы возьмем такую категорию, как врачи, то врачи-хирурги, как правило, будут и далее получать более высокую зарплату, чем врачи других специальностей. Поэтому зарплата врача-хирурга с высоким стажем и квалификацией может оказаться на уровне, например, 250–300% и более от среднего по региону, а у врачей некоторых других специальностей, у начинающих врачей – всего 150–175% от среднего по региону.

В вышеуказанном распоряжении говорится также: «***Заработная плата конкретного работника*** зависит от его квалификации, сложности, количества и качества выполняемой работы и ***может быть*** *как выше, так и* ***ниже целевого значения, установленного указами Президента*** Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и от 1 июня 2012 г. № 761 для соответствующей категории работников».

То есть, кто-то из врачей (кто хорошо работает, имеет высокую квалификацию или выплаты компенсационного характера) получит более высокую зарплату, а кто-то – гораздо ниже, если работал плохо и т.д. И в 2 раза выше, чем в среднем по субъекту Российской Федерации, никто плохо работающему врачу платить не обязан.

Во-третьих, эту зарплату еще нужно заработать. В Указе Президента № 597 четко говорится: «***обусловив повышение оплаты труда достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг***».

Таким образом, вовсе не все работники получат заработную плату на уровне, предусмотренном указами Президента.

То есть, государство не дает никаких гарантий, никаких обещаний всем работникам. Оно дает им возможность заработать. При этом должна быть обеспечена дифференциация в оплате труда в целях обеспечения ее высоких стимулирующих качеств. Но вот дифференциация-то как раз многим работникам не нравится.

Превратное понимание Указов как необходимости безусловного повышения заработной платы всем ведет к тому, что работники начинают саботировать, бастовать – требовать обещанный уровень оплаты в расчете на ставку, отказываясь при этом от совместительства, дежурств и т.д.

Поэтому, конечно, в каждой конкретной ситуации с недовольством работников нужно разбираться отдельно и вовсе не всегда нужно идти им навстречу, если они получают низкую зарплату из-за низких результатов своего труда.

Связаны ли протесты медицинского персонала с невыполнением Указов Президента?

С середины 2019 года по стране прокатилась волна протестов и увольнений медицинских работников, недовольных своей заработной платой. Связано ли их недовольство с невыполнением Указов 2012 года?

Нередко считают, что недовольство высказывают прежде всего медицинские работники тех регионов, в которых уровень заработной платы ниже предусмотренного Указами Президента. Однако это не так. Проведенный нами анализ показывает, что отсутствует четка корреляция между выполнением Указов Президента и проявлением протестов в регионах.

В *таблице* представлены 12 субъектов Российской Федерации с зарегистрированными протестами и отношение средней заработной платы медицинских работников к средней по субъекту Российской Федерации (в соответствии с данными федерального статистического наблюдения). Красным выделены показатели, не соответствующие необходимым уровням Указа.

В четырёх из 12 указанных субъектов РФ полностью был выполнен Указ по исследуемым параметрам за I полугодие 2018 и 2019 гг., а в 2019 году среди данных субъектов вообще нет не достигших необходимого по Указу уровня зарплат врачей и только один субъект (Пермский край), не достигший нужного уровня зарплат среднего медицинского персонала.

Таким образом, нет чёткой связи между протестами врачей и медсестёр и невыполнением Указа Президента. Так в чём же причина данных протестов?

Необходимо учитывать и такой фактор, как напряженность труда – коэффициент совместительства медицинского персонала и, соответственно, размер оплаты труда в расчете на 1 ставку, а не на 1 физическое лицо.

Другими словами, если даже зарплата врачей и т.д. достаточно высокая, но достигается она за счет совместительства (дополнительных дежурств и т.д.), совмещения профессий (должностей) и т.д., то врачи уже не рассматривают ее как «достойную» с точки зрения соотношения с затрачиваемым трудом. Кроме того, они видят, что зачастую такой же уровень зарплаты в этом же или в другом учреждении достигается и при работе на 1 ставку без всякий совместительств, переработок. Неслучайно в ряде регионов недовольство врачей было вызвано

Таблица

Отношение заработной платы медицинских работников к средней заработной плате по субъектам Российской Федерации, в которых зафиксированы протесты

	Отношение средней заработной платы врачей к средней зарплате по соответствующему субъекту РФ, %		*Отношение средней заработной платы среднего медицинского персонала к средней зарплате по соответствующему субъекту РФ,%*		*Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала к средней зарплате по соответствующему субъекту РФ,%*	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**
Владимирская область	200%	216%	102%	107%	100%	104%
Московская область	200%	220%	113%	116%	98%	101%
Новгородская область	203%	205%	102%	107%	101%	90%
Орловская область	200%	209%	105%	100%	101%	99%
Пензенская область	217%	228%	106%	111%	104%	107%
Пермский край	193%	207%	97%	99%	92%	91%
Республика Карелия	198%	225%	103%	105%	97%	97%
Самарская область	198%	205%	103%	100%	97%	94%
Свердловская область	201%	225%	101%	105%	97%	100%
Ставропольский край	214%	226%	111%	110%	103%	102%
Удмуртская Республика	203%	217%	105%	104%	100%	100%
Челябинская область	208%	229%	104%	109%	99%	97%

не уровнем заработной платы, а именно высокой (чрезмерной) нагрузкой.

Зарплату повысили – тогда почему численность медицинских работников сократилась?

Распространено ошибочное мнение по поводу того, что «майские» Указы Президента 2012 года принимались с целью повышения оплаты труда. Однако это не так. В Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ № 597) четко определено: ***«в целях дальнейшего совершенствования государственной социальной политики»***.

Подпункт е) пункта 1 Указа, посвященный повышению заработной платы работникам бюджетной сферы, гласит: «***в целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики*** принять до 1 декабря 2012 г. программу поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики, ***обусловив повышение оплаты труда достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг***».

Подпункт г) пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» поручает Правительству Российской Федерации «г) разработать до 1 мая 2013 г. ***комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами***, предусмотрев принятие в субъектах Российской Федерации программ, ***направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров***, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей».

Итак, ***цель принятия «майских» Указов – сохранение и улучшение кадрового потенциала, призванного обеспечить укрепление здоровья населения и т.д.*** А повышение заработной платы – только средство достижения этой цели, причем зарплата должна быть заработана и должна зависеть от результатов труда.

Но столкнувшись с экономическими сложностями многие учреждения пошли по самому простому для себя пути – сокращению кадров для повышения зарплаты оставшимся. То есть, действовали прямо

противоположно целям Указа. Результаты не заставили себя ждать. По данным Минздрава России численность врачей (физических лиц) в Российской Федерации снизилась с 594743 чел. в 2012 году [5] до 548414 чел. в 2017 году [6]. И это при том, что в данные 2017 года была включена численность врачей Республики Крым и Севастополя.

Поскольку нужно было выводить заработную плату на предусмотренный Указами уровень в расчете на физическое лицо, то принимать новых работников вместо увольняющихся (а также принимать молодых специалистов) стало не выгодно. Тем более, что вакантные ставки посокращали еще на начальном уровне реализации Указов.

Почему обострились кадровые проблемы именно в первичном звене?

Перечень поручений Президента от 02.09.2019 г. № Пр-1755 (по итогам совещания по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения, состоявшегося 20 августа 2019 года) предусматривает анализ уровня заработной платы медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

И это не случайно – именно в первичном звене кадровые проблемы ощущаются наиболее сильно. Особенно это касается участковой службы.

Можно выделить ряд причин такого положения. Прежде всего, это ухудшение соотношения заработной платы работников участковой службы с зарплатой других работников. В 2006 году, когда врачам участковой службы были установлены дополнительные выплаты в размере 10 тыс. руб., это привело к фактическому удвоению их заработной платы. Их зарплата стала одной из самых высоких в отрасли. Но за прошедшие годы инфляция практически «съела» эти 10 тыс. руб. – их доля в общем размере заработной платы заметно уменьшилась. Попытки ряда регионов индексировать эти выплаты не изменили ситуацию кардинально. Работники участковой службы давно перестали быть лидерами в уровне заработной платы. С учетом условий их труда это привело к оттоку кадров. Это в полной мере касается и медсестер врачей-участковых (врачей общей практики и т.д.).

Поэтому государство вновь вернулось к идее резко повысить им заработную плату. Поэтому Поручения от 02.09.2019 предусматривают:

- проведение анализа эффективности применяемых систем оплаты труда в первичном звене;
- установление ежемесячных дополнительных денежных выплат медицинским работникам медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- введение дополнительного повышающего коэффициента к единовременным компенсационным выплатам медицинским работникам, соответствующим установленным критериям и прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населённые пункты, либо рабочие посёлки, либо посёлки городского типа, расположенные в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, Арктической зоне, а также на удалённых территориях с низкой транспортной доступностью.

Но проблемы первичного звена не ограничиваются одной только зарплатой. Необходимо решение социальных проблем медицинских работников, особенно в сельской местности. И нужно отдать должное, Поручения Президента не обошли эти вопросы стороной.

Так Поручения от 02.09.2019 предусматривают:

- обеспечение их служебными жилыми помещениями с возможностью передачи этих помещений в собственность после 10 лет работы медицинских работников (не менее, чем на одной ставке) в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- приоритетное предоставление медицинским работникам в соответствии с критериями нуждаемости служебных жилых помещений, земельных участков для индивидуального жилищного строительства, а также предоставление ипотечных кредитов на льготных условиях;
- предоставление в первоочередном порядке мест детям в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях.

Функции заработной платы

Когда речь заходит о совершенствовании (реформировании и т.д.) систем оплаты труда, необходимо учитывать, что заработная плата выполняет достаточно широкий спектр различных функций. Обычно выделяют следующие функции:

- Воспроизводственная (получение работниками средств к существованию). Эту функцию выполняет, в первую очередь, оклад.
- Компенсаторная, направленная на компенсацию вредных и/или опасных условий труда

и т.д. Эту функцию выполняют выплаты компенсационного характера.

- Стимулирующая, направленная на создание определенной мотивации работников. Эту функцию выполняют выплаты стимулирующего характера. Однако стимулирующую функцию в ряде случаев могут выполнять и выплаты компенсационного характера (за расширение зоны обслуживания, увеличение объема работ и т.д.).
- Социальная функция, направленная на признание определенных заслуг и т.д. Примером могут выступать надбавка за квалификационную категорию, ученую степень, почетное звание и т.д. Это так называемые «статусные» выплаты.
- Фискальная, обеспечивающая пополнение различных бюджетов. Эта функция обеспечивается тем, что налог на доходы физических лиц (НДФЛ), страховые взносы и т.д. уплачиваются пропорционально заработной плате.
- и т.д.

Реализация Указов 2012 года, на наш взгляд, в наибольшей степени обеспечила реализацию воспроизводственной функции – рост ее общего уровня позволил в значительной степени нивелировать снижение покупательной способности рубля в результате как ежегодной инфляции, так и резкого роста цен на продукты питания и предметы первой необходимости, который произошел в результате введения санкций против России и т.д.

Автоматически это привело и к росту НДФЛ, взносов в государственные внебюджетные фонды. Тем самым достаточно эффективно была реализована и фискальная роль заработной платы.

Компенсаторная функция заработной платы получила свою реализацию в гораздо меньшей степени – лишь по мере роста окладов (которые, правда, под нажимом Минздрава России росли относительно быстрее, чем общий размер зарплаты). Серьезных специальных мер в этом плане Указы не предусматривали. Тем не менее, в рамках проведения специальной оценки условий труда (СОУТ) компенсационные выплаты у ряда категорий работников несколько выросли. Но это не носило масштабного характера.

Социальная функция в целом ряде случаев снизилась. Так, некоторые регионы отменили выплаты за стаж непрерывной работы, квалификационную категорию и т.д.

С точки зрения целей Указов ключевой являлась стимулирующая функция заработной платы. Именно на нее ориентировался эффективный контракт. Однако на практике эта функция была реализована далеко не в полной мере. Причиной явилось и уменьшение доли выплат стимулирующего характера в общем размере заработной платы, и недостаточно эффективные системы оплаты труда в конкретных учреждениях.

Всегда ли эффективный контракт является эффективным?

Как уже отмечалось выше, Перечень поручений Президента от 02.09.2019 г. требует проведения анализа эффективности применяемых систем оплаты труда в первичном звене. Здесь мы имеем дело с очередным парадоксом. Все учреждения, регионы отчитались о введении эффективного контракта. А теперь вдруг решили проверить – действительно ли эффективный контракт всегда предусматривал эффективную систему оплаты труда. И правильно решили! Хотя бы по следующей причине: эффективный контракт предполагал наличие целого ряда предпосылок, ни одна из которых к настоящему времени в полном объеме не реализована:

- введение профессиональных стандартов в качестве основы пересмотра должностных инструкций – однако профессиональные стандарты разработаны только на часть должностей медицинских работников, да и официальный срок их введения – 01.01.2020 года;
- проведение нормирования труда в учреждениях (нормы труда должны были стать основой для установления показателей и критериев оценки деятельности работников) – эта работа в основном находится в зачаточном состоянии;
- введение аккредитации как основы для оценки квалификации медицинских работников – аккредитацию к настоящему моменту прошла только часть медицинских работников;
- аттестация на соответствие квалификации работника занимаемой им должности или выполняемой работе – Перечень поручений Президента по реализации Послания Федеральному Собранию от 27 декабря 2013 года предусматривал проведение аттестации специалистов в качестве предпосылки их перевода на эффективный контракт. Это поручение также практически нигде не было выполнено.

Естественно, что если предпосылки не были реализованы, то в большинстве случаев эффективный контракт был реализован формально. Поэтому его

придется пересматривать вновь. Но теперь уже в рамках новой отраслевой системы оплаты труда.

Снижение уровня совместительства

В рамках Национального проекта «Здравоохранение» реализуется Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». Целевые показатели данного проекта предусматривают укомплектованность врачебных должностей, а также должностей среднего медицинского персонала в подразделениях оказывающих медицинскую помощь в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2) – 95%.

Насколько достижимы эти цели? С одной стороны, позитивная тенденция в последние годы в этом направлении имеется. Несмотря на сокращение численности врачей, коэффициент совместительства врачей снизился с 1,54 в 2012 году до 1,38 в 2017 [7].

С другой стороны, этот довольно парадоксальный результат связан с тем, что в последние годы произошло значительное сокращение вакантных ставок. Для того, чтобы по статистике фигурировало меньше должностей, чтобы повысить заработную плату в расчете на 1 физическое лицо, оплата по совместительству (там, где это было возможно), замещалась выплатами стимулирующего характера за дополнительно выполняемую работу (ранее оформлявшуюся как совместительство). Причиной этому послужило то, что число врачебных ставок (должностей) в штатных расписаниях сократилось на большую величину, чем число врачей.

Как видим, снижение совместительства может быть достигнуто как увеличением числа физических лиц, так и сокращением числа ставок.

Итак, самый простой вариант – снизить число штатных должностей. Что сейчас и происходит – региональные органы управления здравоохранением начинают контролировать это.

Однако, что является первичным, а что – вторичным; что является целью и что – средством? Чего мы хотим: увеличить численность медицинских кадров или ограничить объем их работы? Действительно, кому будет лучше от того, что единственный врач, работавший на 1,5 ставки, начнет работать только на 1,25 ставки? Объем медицинской помощи уменьшится, зарплата врача снизится. Кто от этого выиграет? Как нужно оценивать эту ситуацию? С точки зрения отчетов – хорошо, а по сути – плохо.

Логика контролирующих органов достаточно проста: оценить реальный дефицит кадров достаточно сложно, поскольку для этого нужно поверить: сколько конкретному учреждению необходимо врачей и т.д., а вот проверить коэффициент совместительства гораздо проще. Поэтому есть большие риски того, что в погоне за статистикой контролирующие органы будут отслеживать прежде всего уровень совместительства, а учреждения снижать его, оформляя совместительство в виде совмещения профессий, должностей и т.д.

Все это нужно учитывать при реализации еще одного Поручения Президента от 02.09.2019 г.: установить максимально допустимый для медицинских работников, в том числе первичного звена здравоохранения, уровень совместительства.

Единая структура заработной платы

Поручения Президента от 02.09.2019 года предусматривают требование к Правительству представить предложения о совершенствовании отраслевой системы оплаты труда медицинских работников, предусмотрев при этом единую структуру заработной платы медицинских работников на всей территории Российской Федерации.

Реализация данного поручения также может быть сопряжена с чрезмерной зарегламентированностью. Действительно, может ли быть единой структура заработной платы:

- у молодого специалиста (не имеющего стажа и квалификационной категории) и опытного специалиста;
- у специалиста, работающего во вредных или опасных условиях труда (и имеющего, соответствующие выплаты компенсационного характера) и работающего в нормальных условиях?
- у специалиста, имеющего совмещение профессий (должностей), расширение зон обслуживания и т.д., и у не имеющего всего этого?
- у специалиста, достигающего наилучших результатов (и имеющего наивысший размер выплат стимулирующего характера) и у отстающего специалиста?

Сопоставление можно продолжить.

Поэтому, очевидно, следует установить единые требования к тарификации работников (исходя из того, что размер и структура заработной платы работников, работающих в равных условиях, имеющих равную квалификацию, стаж и т.д., в рамках тарификации должны быть одинаковыми). При

этом мы должны понимать, что размер и структура заработной платы конкретных работников может и будет отличаться между собой с учетом стажа, квалификации, условий и результатов труда.

Как должна изменяться доля окладов в общем размере заработной платы?

По этому поводу есть разные точки зрения. Сошлемся лишь на одну из них. В статье В. Путина «Строительство справедливости. Социальная политика для России», опубликованной в «Комсомольской правде» 13 февраля 2012 г., послужившей предпосылкой введения эффективного контракта, говорится: «...при этом механическое повышение зарплаты всем и каждому неэффективно. Необходимо гораздо полнее учитывать в зарплате квалификацию и профессиональные достижения работника. Это значит, что ***рост базового уровня оплаты должен сочетаться с еще более быстрым увеличением фонда стимулирующих надбавок и доплат».***

Реализация этого предложения означает, что доля окладов в общем размере оплаты труда должна не повышаться, а снижаться.

При этом следует иметь в виду, что необоснованное завышение доли окладов может привести к фактической невозможности реализации эффективного контракта – на выплаты, связанные с объемом или качеством оказанных услуг может просто не остаться средств (имея в виду, что к окладу добавляются пропорционально выросшие выплаты компенсационного характера, выплаты за стаж непрерывной работы, за квалификационную категорию и другие, не связанные напрямую с результатами труда).

Другими словами, повышение доли окладов ведет к автоматическому увеличению выплат компенсационного характера (они обычно устанавливаются в % к окладу). Тогда доля выплат стимулирующего характера уменьшится (как за счет роста доли окладов, так и за счет роста доли выплат компенсационного характера). Тем самым снижаются стимулирующие качества (функции) заработной платы.

Поэтому доля оклада должна учитывать наличие и размер выплат компенсационного характера, «статусных» выплат и т.д.

Минимальный уровень оплаты труда

Поручения Президента от 02.09.2019 года предусматривают разработку нормативов минимального должностного оклада медицинского работника. Безусловно, это правильная мера, направленная на преодоление имеющегося разнобоя в этой сфере. Это будет способствовать и повышению доли окладов в общем размере заработной платы.

Однако следует напомнить, что статья 144 Трудового кодекса уже с 2007 года предусматривает, что Правительство Российской Федерации может устанавливать базовые оклады (базовые должностные оклады), базовые ставки заработной платы по профессиональным квалификационным группам. При этом заработная плата работников государственных и муниципальных учреждений не может быть ниже установленных Правительством Российской Федерации базовых окладов (базовых должностных окладов), базовых ставок заработной платы соответствующих профессиональных квалификационных групп.

Статья 129 Трудового кодекса устанавливает, что базовый оклад (базовый должностной оклад), базовая ставка заработной платы – минимальный оклад (должностной оклад), ставка заработной платы работника государственного или муниципального учреждения, осуществляющего профессиональную деятельность по профессии рабочего или должности служащего, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Очевидно, что многих перекосов в оплате труда медицинских работников можно было избежать, если бы базовые оклады были своевременно установлены еще на этапе подготовки введения эффективного контракта.

Единая система выплат

Поручения Президента предполагают также:

- единые правила установления в системе здравоохранения надбавок медицинским работникам, в том числе надбавок стимулирующего характера;
- утверждение требований к структуре заработной платы медицинских работников, включая установление доли гарантированных выплат по должностным окладам в структуре заработной платы, предусмотрев при этом неснижение компенсационных и иных выплат;
- установление единого перечня выплат стимулирующего характера и единого перечня компенсационных выплат, а также условий назначения указанных выплат медицинским работникам.

В настоящее время имеются приказы, утверждающие перечень соответствующих выплат.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.12.2007 № 818 установил Перечень видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях:

1. Выплаты за интенсивность и высокие результаты работы.
2. Выплаты за качество выполняемых работ.
3. Выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет.
4. Премиальные выплаты по итогам работы.

Приказом Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2007 г. № 822 был установлен следующий Перечень видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных учреждениях:

1. Выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда.
2. Выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями.
3. Выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), сверхурочной работе, работе в ночное время и при выполнении работ в других условиях, отклоняющихся от нормальных).

Поручения Президента предполагают, что, во-первых, перечни будут пересмотрены с учетом опыта введения эффективного контракта, а во-вторых, они будут касаться всех государственных учреждений (а не только федеральных), а также – муниципальных.

Пересмотр выплат, действительно, требуется. Так, указанные выше «Выплаты за интенсивность и высокие результаты работы» сочетают в себе сразу два основания для выплат:

- за интенсивность труда, то есть за дополнительные затраты труда (которые на практике могут и не вылиться в лучшие результаты труда);
- за результаты труда.

Очевидно, что эти выплаты нужно выделить в отдельные группы, отдавая предпочтение выплатам за результаты труда. При этом следует избегать чрезмерной регламентации выплат стимулирующего характера, оставляя учреждениям право самостоятельно определять показатели, критерии и размер выплат стимулирующего характера в рамках централизовано установленных видов выплат.

Дифференциация уровней заработной платы

Реформирование отраслевой системы оплаты труда должно устранить ложное понимание, возникшее у многих медицинских работников, по поводу того, что им гарантирован уровень заработной платы, предусмотренный Указами Президента.

В соответствии со статьей 129 Трудового кодекса «Заработная плата (оплата труда работника) – вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы...».

Поэтому необходимо установить связь стимулирующих выплат с показателями эффективности деятельности медицинских организаций и работников, установленных нормативными правовыми актами на федеральном, региональном, локальном уровнях.

Кроме того, положения Трудового кодекса – это основание для того, чтобы вновь «развести» уровни оплаты труда среднего и младшего медицинского персонала.

Единая отраслевая система оплаты труда

Перечень поручений Президента от 02.10.2019 года предусматривает внесение в Трудовой кодекс Российской Федерации изменений, направленных на наделение Правительства Российской Федерации полномочиями по установлению требований к отраслевым системам оплаты труда.

В настоящее время Правительство РФ такими полномочиями не обладает. Оно вправе определять лишь требования к системам оплаты труда федеральных учреждений. В соответствии со статьей 144 Трудового кодекса системы оплаты труда работников других учреждений устанавливаются субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления.

Тем самым мы возвращаемся к централизации в вопросах оплаты труда в сфере здравоохранения. Следует напомнить, что это не первая мера по централизации. Одной из таких мер явилась, например, централизация всех средств в Федеральном фонде ОМС (ранее основную часть взносов в ОМС собирали территориальные фонды ОМС).

Общие контуры новой отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении

На основе последних Поручений президента, а также Постановления Правительства Российской Федерации от 9 октября 2019 года № 1304

«Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» довольно явственно просматриваются основные контуры новой отраслевой системы оплаты труда работников государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения. Их можно отразить следующим образом:

1. Единая структура заработной платы медицинских работников на всей территории Российской Федерации.
2. Установление нормативов минимального должностного оклада медицинского работника.
3. Единые правила установления в системе здравоохранения надбавок медицинским работникам, в том числе надбавок стимулирующего характера.

Потребует ли реформа дополнительных средств?

Безусловно, проведение любой реформы заработной платы неизбежно требует дополнительных ресурсов – ведь при всем желании общие размеры зарплаты работников не останутся неизменными. Изменение системы оплаты труда будет сопровождаться тем, что чья-то зарплата вырастет (для этого потребуются дополнительные средства), а чья-то снизится, но государство обязано сохранить уровень оплаты труда таких работников не ниже прежнего и вынуждено будет доплачивать им (на что тоже потребуются средства).

Поэтому неслучайно Поручение от 02.10.2019 г. требует от Правительства Российской Федерации совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации провести оценку дополнительных расходов бюджетов всех уровней на осуществление поэтапного перехода к новой отраслевой системе оплаты труда в сфере здравоохранения, сформированной на основе установленных Правительством Российской Федерации требований.

Посчитать-то посчитают, а вот выделят ли на это реальные средства? Не получится ли, что просто скажут: «За счет средств ОМС – там есть деньги»?

Другими словами, мы имеем риск того, что реформа оплаты труда во многих регионах не будет подкреплена необходимыми ресурсами, и мы опять получим ухудшение финансового положения учреждений и новое их желание сэкономить, избавляясь от части сотрудников.

Выводы и предложения:

1. Цель Указов, а также Последних Поручений Президента – улучшение кадрового потенциала. Зарплата – это лишь средство достижения этой цели.
2. Формальное завершение сроков реализации майских Указов 2012 года, новая реальность и новые Поручения Президента в этой сфере дают основания для пересмотра сложившейся системы оплаты труда, в том числе – системы контроля за уровнем заработной платы. Необходимо уйти от контроля за уровнем заработной платы на 1 физическое лицо в среднем по субъекту Российской Федерации. Нужно контролировать уровень гарантированной части заработной платы в расчете на отработанную ставку.
3. Для этого необходимо ввести давно предусмотренные Трудовым кодексом базовые оклады и «отвязать» зарплату от среднего уровня заработной платы по регионам.
4. Новая система оплаты труда автоматически обнулит и требования к обеспечению заработной платы санитарок на уровне 100% от средней заработной платы по субъекту Российской Федерации. Основанием для этого, в частности, являются положения Трудового кодекса, который устанавливает, что заработная плата зависит от сложности и квалификации выполняемой работы.
5. Необходимо внести изменения в Трудовой кодекс, установив зависимость уровня зарплаты не только (и не столько) от затрат труда, сколько от результатов труда.
6. Мы в сфере здравоохранения возвращаемся к централизации в вопросах оплаты труда.
7. Реализация реформы системы оплаты труда сопровождается большим числом рисков, которые необходимо предвидеть и учесть, чтобы результаты оказались теми, на которые рассчитывает государство.

Литература

1. Приказ Росстата от 14.04.2016 № 188 «Об утверждении Методики расчета среднемесячной начисленной заработной платы наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячного дохода от трудовой деятельности)».

2. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за I полугодие 2018 года// Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor04–18.html (Дата обращения: 16.11.2019).

3. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за I полугодие 2019 года// Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor02–19.html (Дата обращения: 16.11.2019).

4. Оценка среднемесячной начисленной заработной платы наёмных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (оценка среднемесячного дохода от трудовой деятельности)// Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/sr-zarplata/ocenka-doxod.htm (Дата обращения: 16.11.2019).

5. https://www.rosminzdrav.ru/documents/8029.

6. https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god.

7. https://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2017-godu-i-zadachah-na-2018-god.

8. *Кадыров Ф.Н.* Мифы эффективного контракта, ч. 1. // Менеджер здравоохранения. 2015. – № 6. – С. 57–69.

9. *Кадыров Ф.Н.* Мифы эффективного контракта, ч. 2. // Менеджер здравоохранения. 2015. – № 7. – С. 6–71.

UDC 614.2

Kadyrov F.N., Chililov A.M., Kuftova Yu.V. ***The main contours of the next reform of sectoral wage system in public health*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; North-western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia; HSE University, Moscow, Russia; The A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscow, Russia)*

Abstract. The special attention paid to staffing is not accidental – it is a natural reaction of the state to the deterioration of the situation with the number of medical workers in state (municipal) institutions. In turn, the personnel deficit has increased due to the fact that in difficult economic conditions, many institutions have taken the path of reducing workers in order to increase the wages of the remaining.

These steps directly contradicted the logic of the "May" presidential Decrees of 2012, but simplified the task of achieving the salaries of medical workers at the level stipulated by these Decrees.

Therefore, a number of documents reflecting the strategy of development of health care, as well as the Instructions of the President contain measures aimed at correcting the situation, including by reforming the system of remuneration of employees of state (municipal) health care institutions.

At the same time, it is important not just to implement the measures provided for in these documents, but also a specific implementation mechanism. Therefore, the article analyzes the possible positive and negative consequences of various options for the implementation of measures provided for by the Instructions and other documents.

Keywords: *salaries, staffing, personnel deficiency, effective contract, salary structure, state (municipal) institutions*

От редакции:

В третьем номере нашего журнала за этот год в данной рубрике мы писали о том, что в соответствии с поручением Минздраву России было предписано проработать вопрос о внесении изменений в Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг в части включения в них исчерпывающего перечня оснований предоставления платных медицинских услуг (а по сути – установления ограничительных мер).

Мы обещали следить за судьбой этого проекта. Сегодня наш эксперт рассказывает о том, чем закончились попытки внесения изменений в этот документ, а также о других актуальных проблемах оказания платных медицинских услуг.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,
заместитель директора, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Судьба проекта о внесении изменений в Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг

В целях дальнейшего улучшения регулирования оказания платных медицинских услуг в соответствии с поручением Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 21 декабря 2018 г. № ТГ-П12-9218, Минздраву России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти было предписано проработать вопрос о внесении изменений в Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 (далее – постановление № 1006), в части включения в них исчерпывающего перечня оснований предоставления платных медицинских услуг.

Проект был опубликован на сайте: *https://regulation. gov. ru/projects#npa=89244* и внесен в установленном порядке для рассмотрения в Правительство Российской Федерации.

Чем все закончилось?

Проект Постановления о внесении изменений в Постановление № 1006 был возвращен в Минздрав России 27.09.2019 со следующей резолюцией Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т. Голиковой (ТГ-П12-8275): «Возвращается проект постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» для доработки в части проведения соответствующих расчетов дополнительной потребности в средствах обязательного медицинского страхования, возникающей при реализации данного проекта, в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи и определения источников их финансирования».

И это решение не случайно – ограничения, предусматриваемые законопроектом, создают риски, связанные со снижением общей величины доходов государственных (муниципальных) учреждений и необходимостью замещения выпадающих доходов за счет бюджета или

© Ф.Н. Кадыров, 2019 г.

средств ОМС (как минимум в части потери прибыли, а также имеющего место частичного возмещения коммунальных платежей и других видов расходов за счет доходов от платных медицинских услуг).

Снижение части доходов учреждений в условиях их недофинансирования – это серьезная угроза. В Бюллетене Счетной палаты № 2 (февраль) 2019 г. опубликован отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ формирования в 2017 и 2018 годах и исполнения в 2017 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая их финансовое обеспечение»[1]. В нем отмечается, что по итогам реализации Территориальных программ на 2017 год отмечаются значительные объем и рост кредиторской задолженности медицинских организаций.

Анализ аудиторами счетной палаты данных субъектов Российской Федерации показал, что основные причины образования кредиторской задолженности следующие:

• недофинансирование территориальных программ за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации;

• низкие тарифы ОМС, которые не покрывают реальные затраты на оказание медицинской помощи.

Снижение доходов от платных медицинских услуг автоматически приводит к невозможности поддержания заработной платы медицинских работников (как минимум, оказывающих хотя бы частично платные медицинские услуги), предусмотренного «майскими» Указами Президента 2012 года, к оттоку части кадров, потерявших свой доход, к снижению возможности улучшения оказания бесплатной медицинской помощи за счет платных услуг и другим негативным последствиям.

Поскольку в нынешних экономических условиях никто не будет изыскивать общественные ресурсы для восполнения выпадающих доходов от платных услуг, резолюция Т. Голиковой фактически означает «замораживание» собственных требований.

Тем не менее, в рамках разработки проекта были подняты многие важные проблемы, связанные с необходимостью решения вопросов о порядке использования материальных ресурсов для оказания платных медицинских и иных услуг, приобретенных за счет бюджета или ОМС (помещение, оборудование, лекарственные препараты и т.д.), возможности оказания платных медицинских услуг в основное рабочее время и т.п. Поэтому очевидно, даже вне связи с Постановлением № 1006, необходимо обеспечить методологическое и нормативное урегулирование данных вопросов.

К числу подобных вопросов относится и порядок регламентации оплаты труда при оказании платных медицинских услуг на уровне медицинских организаций.

Внутриучрежденческие документы, регулирующие вопросы оплаты труда при оказании платных медицинских и иных услуг

Рассмотрим конкретную ситуацию. В учреждении разработаны два положения, касающиеся оплаты труда:

1. «Положение об условиях оплаты труда работников учреждения здравоохранения» (Положение 1).

2. Положение о распределении средств на оплату труда работников учреждения здравоохранения, задействованных при оказании платных медицинских услуг (Положение 2).

Возникают вопросы:

– Следует ли в Положение 2 вносить размеры окладов по должностям, установленные для работников подразделений, в которых оказываются платные услуги, если они внесены в Положение 1?

[1] www.ach.gov.ru/activities/bulleten/bulletin-no-2-feb-2019.php

– В какое положение надо внести критерии для выплат стимулирующего характера за интенсивность и высокие результаты работы и для премиальной выплаты по итогам работы для сотрудников хозрасчетных подразделений?

– Подразумевается ли, что Положение 1 действует как для работников, оплата труда которых финансируется из средств бюджета и средств ОМС, так и для работников, оплачиваемых полностью из средств от приносящей доход деятельности и работающих в хозрасчетных подразделениях?

Постараемся ответить на эти вопросы.

Федеральными нормативными правовыми актами не предусмотрена обязательность наличия «Положения о распределении средств на оплату труда работников учреждения здравоохранения, задействованных при оказании платных медицинских услуг или аналогичного документа» (далее – Положение о распределении доходов). Правда это требование может быть установлено региональными нормативными правовыми актами (в случае, если соответствующие органы имеют на это полномочия, прямо предусмотренные законодательством или положениями об этих органах).

Поэтому в общем случае при разработке Положения о распределении доходов учреждение самостоятельно определяет его содержание. Данное Положение устанавливает механизм формирования фонда оплаты труда по подразделениям в зависимости от объема оказанных платных услуг. А порядок оплаты труда конкретных работников определяется общим по учреждению Положением об оплате труда, в том числе и порядок осуществления выплат стимулирующего характера (включая премии).

Что касается размера окладов, порядка проведения тарификации и т.д. – он, на наш взгляд, должен быть единым по учреждению независимо от источника финансирования. А вот конкретный порядок оплаты труда за счет различных источников может различаться.

Вместе с тем, не запрещен вариант, когда в учреждении принимается специальное Положение об оплате труда при оказании платных медицинских и иных услуг (далее – Положение об оплате труда при оказании платных услуг).

При этом в общем Положении об оплате труда делается ссылка на то, что порядок оплаты труда при оказании платных и иных услуг регулируется соответствующим Положением об оплате труда при оказании платных услуг.

Итак, целесообразно использовать один из следующих вариантов:

1. При наличии единого Положения об оплате труда за счет всех источников:
   - выделить в Положении об оплате труда порядок оплаты труда при оказании платных медицинских услуг (в качестве отдельного раздела);
   - отразить в разделе, посвященном оплате труда при оказании платных услуг конкретный порядок оплаты труда при оказании платных медицинских и иных услуг;
   - сделать ссылку на то, что порядок формирования фондов оплаты труда подразделений в целях оплаты труда при оказании платных услуг осуществляется в соответствии с Положением о распределении доходов от оказания платных услуг.
2. При наличии в учреждении общего Положения об оплате труда и дополнительно Положения об оплате труда при оказании платных услуг:
   - в Положении об оплате труда отразить, что вопросы оплаты труда при оказании платных услуг регулируются Положением об оплате труда при оказании платных услуг;
   - отразить в Положении об оплате труда при оказании платных услуг порядок оплаты труда при оказании платных медицинских и иных услуг;
   - сделать ссылку на то, что порядок формирования фондов оплаты труда подразделений в целях оплаты труда при оказании платных услуг осуществляется в соответствии с Положением о распределении доходов от оказания платных услуг.

И еще одна важная рекомендация: необходимо систему оплаты труда при оказании платных медицинских услуг «вписать» в эффективный контракт.

Дополнительные полномочия Росздравнадзора по контролю за оказанием платных медицинских услуг

В соответствии с проектом внесения изменений в Постановление № 1006, пункт 33 предполагалось изложить в следующей редакции: «Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в части осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности и Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей в части защиты прав потребителей».

В действующем Постановлении № 1006 в качестве контролирующего органа указывался только Роспотребнадзор. Данные предлагаемые изменения можно считать оправданными – порядок осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности не должен зависеть от источника финансирования.

Несмотря на то, что принятие проекта заморожено, Росздравнадзор все же получил определенные полномочия в контроле оказания платных медицинских услуг в соответствии с принятым Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 27.12.2018 № 511-ФЗ. В соответствии с этим законом внесен ряд изменений в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Так, часть 2 статьи 88 изложена в следующей редакции: «2. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности включает в себя: ...8) проведение контрольных закупок в целях проверки соблюдения медицинской организацией порядка и условий предоставления платных медицинских услуг».

При этом сами правила проведения контрольной закупки содержатся в Федеральном законе от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Если в штатном расписании работник входит в подразделение, финансируемое за счет средств ОМС, а есть и отделение платных услуг, то как заставить работника оказывать платные услуги?

Если работник оформлен на 1,0 ставки в подразделении, финансируемом за счет средств ОМС, то заставить работника оказывать платные медицинские услуги в другом подразделении нельзя.

Есть другие варианты. Если есть возможность сократить его ставку с 1,0 до 0,75 (например, в связи с уменьшением объема оказываемых услуг в рамках ОМС), то можно предложить ему дополнительно оказывать платные услуги на 0,25 ставки.

Еще один возможный вариант: создать материальные стимулы для работника. В рамках эффективного контракта устанавливаются не только показатели и критерии оценки эффективности деятельности работника (в соответствии с ними работник получает дополнительную оплату), но и условия осуществления выплат стимулирующего характера (отсутствие взысканий за отчетный период, жалоб пациентов и т.д.). В качестве подобного условия получения определенных выплат стимулирующего характера за счет средств ОМС можно установить и требование оказания определенного объема платных медицинских услуг. При отказе работника он потеряет часть выплат стимулирующего характера за счет средств ОМС.

Пришел пациент к урологу на платный прием. Он направил его на платное обследование. Это законно? Ведь пациент обратился только за платным приемом, но остальное хотел бесплатно

Да, гражданин России (например, застрахованный по ОМС) имеет право на бесплатные исследования. Но оказание платных и бесплатных услуг должно быть разделено. Поэтому при бесплатном приеме врач назначает исследования на бесплатной основе, а при платном приеме врач дает назначения на другие платные услуги (исследования и т.д.).

Статья 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) устанавливает порядок получения медицинской помощи в рамках программы госгарантий: «1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача».

В соответствии с этой статьей для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, а в выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера.

Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию с учетом порядков оказания медицинской помощи.

Порядки содержат этапы оказания медицинской помощи в соответствии со сложившейся иерархической системой оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (включая порядок направления на диагностические исследования).

То есть бесплатным дальнейшее обследование (выполнение исследований и т.д.) будет только при жестком следовании этому порядку.

Это подтверждается и частью 5 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ: «Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:...

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 настоящего Федерального закона».

То есть, если пациент желает получить медицинскую помощь вне требований рассмотренной выше статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ (например, по направлению врача, оказывающего платные услуги) медицинская помощь для пациента должна быть платной.

Поэтому, если гражданин желает, чтобы ему соответствующее исследование было выполнено бесплатно, он должен обратиться в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в рамках программы госгарантий и лишь по направлению врача этой организации, оказывающего помощь в рамках программы госгарантий (либо в соответствии с этапностью оказания медицинской помощи, предусмотренной порядками оказания медицинской помощи) он получит направление на бесплатное исследование (если, конечно, врач сочтет это необходимым).

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ В 2019 Г.

МЗ-1–2019

Номинации

Определены победители в номинации «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2018 года» Издательского дома «Менеджер здравоохранения» . . . . . стр. 6–9

Фокус проблемы

Пивень Д.В., Кицул И.С. О недопустимости перевода всех главных врачей и их заместителей в немедицинские работники и допуска к управлению медицинскими организациями в качестве первых руководителей лиц без медицинского образования . . стр. 10–14

Менеджмент в здравоохранении

Запевалин П.В., Кицул И.С. Методические подходы к оценке соответствия деятельности медицинских организаций порядкам оказания медицинской помощи . . . . . стр. 15–23

Жигулева Л.Ю., Петрова Н.Г., Романенко Н.А. Анализ показателей заболеваемости населения Санкт-Петербурга гемобластозами за период 1990–2016 г.г. и прогноз до 2026 года. . . . . стр. 24–34

Максикова Т.М., Калягин А.Н. К вопросу о сокращении объёма диспансеризации и профилактических осмотров . . стр. 35–41

Лопушов Д.В., Юзлибаева Л.Р., Фазулзянова И.М., Шайхразиева Н.Д., Локоткова А.И. Организация специфической профилактики инфекционных заболеваний для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения . . . . . стр. 42–45

Население и здравоохранение

Щепин В.О., Шишкин Е.В. Основные тенденции заболеваемости от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействий внешних причин в субъектах Российской Федерации . . . . . стр. 46–55

Финансовый менеджмент

Стерликов С.А., Русакова Л.И., Обухова О.В. Методология оценки расходов на выявление, диагностику и лечение туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью . . . . . стр. 56–63

Кадровый менеджмент

Кобякова О.С., Деев И.А., Бойков В.А., Шибалков И.П., Холопов А.В., Несветайло Н.Я. Комплексный подход к определению потребности во врачебных кадрах на модели Томской области. . . . . стр. 64–69

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Брутова А.С. Финансирование здравоохранения в 2019 году: новые приоритеты и каналы движения средств . . . . . стр. 70–78

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.В. Вопросы применения клинических рекомендаций . . . . . стр. 79–80

МЗ-2–2019

Население и здравоохранение

Сон И.М., Леонов С.А., Савина А.А., Фейгинова С.И., Кураева В.М. Динамика показателей заболеваемости в период реформирования системы здравоохранения Российской Федерации с 2006 по 2016 год . . . . . стр. 6–13

Менеджмент в здравоохранении

Чолоян С.Б., Екимов А.К., Павловская О.Г., Шеенкова М.В., Данилова Л.В., Байгазина Е.Н. Управление медицинской организации на основе цепей Маркова с оценками . . . . . стр. 14–22

Команенко А.А., Авдеева М.В., Филатов В.Н., Гарифуллин Т.Ю. Организационно-методические основы предварительного анализа деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения на старте реализации проекта «Бережливая поликлиника» . . . . . стр. 23–31

Социальные аспекты здравоохранения

Ходакова О.В., Евстафьева Ю.В. Влияние социально-экономического уровня жизни населения региона на рынок платных медицинских услуг . . . . . стр. 32–40

Ефремова Т.А., Коробов Н.В., Лошаков Л.А. Социальная значимость применения лекарственных препаратов при лечении хронического гепатита С. . . . . стр. 41–47

Китаева Э.А., Суетина Т.А., Китаев М.Р. Система подталкивающих воздействий (Nudge) как фактор повышения эффективности формирования у населения приверженности к здоровому образу жизни . . . . . стр. 48–52

Кадровый менеджмент

Бугаев Д.А. Кадровое обеспечение травматолого-ортопедической службы субъекта Российской Федерации в условиях реализации программы «Земский доктор» . . . . . стр. 53–58

Особое мнение

Старченко А.А. Отказ онколога от сопровождающей и поддерживающей терапии – оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности онкопациента . . . . . стр. 59–67

Консультирует «МЗ»

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Как правильно оформить оказание платных медицинских услуг анонимно . . . стр. 68–72

Чилилов А.М. О некоторых практических аспектах применения профессиональных стандартов в сфере здравоохранения . . . . . стр. 73–77

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.В. Вопросы оформления информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства . . . . . стр. 78–80

МЗ-3–2019

Менеджмент в здравоохранении

Хайруллин И.И., Камашева А.В., Жаворонков В.В. Корпоративная модель компетенций в деятельности медицинской организации как фактор повышения ее качества . . . . . стр. 6–12

Стилиди И.С., Дорошев И.А., Кулушев В.М., Рябчиков Д.А., Крохина О.В., Груздьев В.Е., Артемьев С.А., Ильин С.Н., Казаков А.М., Дудина И.А., Гетажеева Л.А. Оптимизация работы операционного блока в условиях высокого пациентооборота с применением бережливых технологий . . . . . стр. 13–23

Чолоян С.Б., Екимов А.К., Павловская О.Г., Шеенкова М.В., Дмитриева И.В., Байгазина Е.Н, Данилова Л.В. Формирование новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Обращения пациентов в поликлинику: анализ и моделирование . . . . . стр. 24–36

Борщук Е.Л., Чупров А.Д., Канюков В.Н., Кадникова О.В. Стоимостные характеристики селективной лазерной трабекулопластики у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой . . . . . стр. 37–43

Ваньков Д.В., Дьяков С.В. Роль санитарной авиации в снижении летальности при остром инфаркте миокарда в Вологодской области. . . . . стр. 44–47

Социальные аспекты здравоохранения
Курбанисмаилов Р.Б., Наркевич А.Н., Виноградов К.А., Миронова А.А. Распространенность социально-биологических факторов риска у беременных Красноярского края и их влияние на неблагоприятные исходы беременности . . . . . стр. 48–53

Зарубежный опыт
Элланский Ю.Г., Ильюхин Р.Г., Айвазян Ш.Г. Модели гериатрической помощи в России и Европе: предпосылки формирования, современный этап, перспективы . . . . . стр. 54–59

История организации здравоохранения
Найговзина Н.Б., Сон И.М., Зимина Э.В., Сененко А.Ш., Терентьева Д.С. Исторические предпосылки научной организации труда в здравоохранении: опыт начала XX века. . . стр. 60–66

Особое мнение
Старченко А.А. Экспертиза качества медпомощи в системе ОМС: где твое место? . . . . . стр. 67–69

Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н. Вопросы оплаты медицинской помощи, оказанной сверх установленных объемов предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. . . . . стр. 70–78

Вопросы и ответы
Кадыров Ф.Н. Вопросы оказания платных медицинских услуг государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения . . . . . стр. 7–80

МЗ-4–2019

Фокус проблемы
Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций: что делать и чего ждать медицинским организациям. . . стр. 6–12

Менеджмент в здравоохранении
Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Столбов А.П. О критериях оценки деятельности медицинских организаций в новой пациентоориентированной системе здравоохранения . . . . . стр. 13–16
Линденбратен А.Л., Гришина Н.К., Атаева Н.Б. О маломобильных гражданах в контексте здравоохранения . . . . . стр. 17–21
Дементьев И.М., Гуров А.Н. Совершенствование специализированной медицинской помощи в процессе лечения пациентов, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, на основе информационных технологий . . . . . стр. 22–27
Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Бойков В.А., Титова М.А., Осихов И.А., Сиволобова Т.В., Обуховская В.Б., Выскочков В.С., Варламова А.Г. Опыт и результаты внедрения принципов бережливого производства в здравоохранение . . . . . стр. 28–33
Максикова Т.М., Калягин А.Н. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в России: возможности оптимизации . . . . . стр. 34–40
Толмачев Д.А. Деятельность отделений и кабинетов функциональной диагностики в Российской Федерации, 2012–2017 гг. . . . . стр. 41–48
С.М. Милехин, Д.П. Дербенев Наличие хронических заболеваний у молодых врачей в связи с характеристиками профессиональной социализации . . . . . стр. 49–53

Социальные аспекты здравоохранения
Ходакова О.В., Дударева В.А. Организация медико-социальной помощи детскому населению на уровне субъекта РФ . . . . . стр. 54–59

Кадровый менеджмент
Федоренко А.С., Бурбелло А.Т., Сычев Д.А., Покладова М.В. Врач-клинический фармаколог: основные трудовые функции и их необходимость в медицинской организации . . . . . стр. 60–68

Особое мнение
Старченко А.А. Независимая экспертиза медицинской документации пациента в новом законопроекте . . . . . стр. 69–70

Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.В. Обзор судебной практики по вопросам оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования . . . . стр. 71–76

Вопросы и ответы
Кадыров Ф.Н. Некоторые вопросы оказания платных медицинских услуг . . . . . стр. 77–79

МЗ-5–2019

Менеджмент в здравоохранении
Маношкина Е.М., Матвеев Э.Н., Бантьева М.Н. Основные тенденции заболеваемости юношей (15–17 лет) в условиях роста хронической патологии . . . . . стр. 6–15
Толмачев Д.А. Число обследованных врачами функциональной диагностики в расчете на одного жителя Российской Федерации, 2012–2017 гг. . . . . стр. 16–22
Загдын З.М. Организационные и клинико-эпидемиологические подходы к проведению антиретровирусной терапии и химиопрофилактике туберкулеза и заболеваемость туберкулезом среди людей, живущих с ВИЧ. . . . . стр. 23–29
Мельникова В.В. Современные аспекты маркировки лекарственных препаратов: организационная модель внедрения маркировки «DataMatrix» лекарственного препарата . . . стр. 30–34

Финансовый менеджмент
Обухова О.В., Сененко А.Ш., Ниценко Д.И., Цыдыпов В.Ч., Чилилов А.М. Приносящая доход деятельность как осознанная необходимость для функционирования государственного (муниципального) медицинского учреждения. . . . . стр. 35–44

Социальные аспекты здравоохранения
Ходакова О.В., Кошевая Н.В. Удовлетворенность населения организацией диспансеризации определенных групп взрослого населения на примере субъекта Российской Федерации . . . . . стр. 45–52

Право
Комаров И.А., Александрова О.Ю., Нагибин О.А. Современная организация лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Федеральные и региональные особенности . . . . . стр. 53–60

Зарубежный опыт
Калиев М.Т. Этапы становления и развития системы единого плательщика здравоохранения в Кыргызской Республике . . . . . стр. 61–66

Особое мнение
Старченко А.А. «Формирование системы защиты прав пациентов» – прикладная задача страховых медицинских организаций в рамках Национального проекта «Здравоохранение» . . . . . стр. 67–71

Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н. Порядок софинансирования заработной платы вновь принятым работникам в первичное звено. . . стр. 72–77

Вопросы и ответы
Кадыров Ф.Н. Вопросы документального оформления оказания платных медицинских услуг. . . . . стр. 78–80

МЗ-6–2019

Фокус проблемы
Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Контрольная закупка при предоставлении платных медицинских услуг: что необходимо знать медицинским организациям. . . . . стр. 6–10

Менеджмент в здравоохранении

Калининская А.А., Шакуров И.Г., Морозова Е.В., Мерекина М.Д. Совершенствование организационных форм работы в дерматовенерологии в условиях «бережливого производства» . стр. 11–15

Демьянова О.В., Абашев А.Р., Николаева А.А., Альмухаметов А.А. Сокращение времени предоставления медицинской услуги за счет реализации подхода «10 секунд». . . . . стр. 16–25

Валиев А.Ш., Шарафутдинова Н.Х., Галикеева А.Ш. Опыт практического использования SWOT-анализа при открытии медицинского подразделения на базе фитнес центра . . стр. 26–33

Население и здравоохранение

Щепин В.О., Шишкин Е.В. Основные тенденции смертности от травм среди лиц пожилого и старческого возраста . . стр. 34–38

Право

Перепелова О.В., Гришина Н.К., Гриднев О.В., Песенникова Е.В. Проблемы правового регулирования оказания платных медицинских услуг. . . . . стр. 39–43

Кадровый менеджмент

Масякин А.В. Кадровые ресурсы психиатрической службы Москвы во время проведения ее реформы . . . . . стр. 44–48

Медицинская наука

Стародубов В.И., Кураков Ф.А., Цветкова Л.А., Полякова Ю.В. Оценка достижимости пятого места в мировом рейтинге публикационной активности по приоритетным направлениям в области биомедицины . . . . . стр. 49–57

Зарубежный опыт

Мокина Н.А., Вдовенко С.А., Чертухина О.Б. Бережливое администрирование в современном менеджменте в зарубежном здравоохранении (обзор литературы) . . . . . стр. 58–64

Особое мнение

Старченко А.А. Контроль диспансерного наблюдения в системе ОМС: решение задачи формирования защиты прав пациента в рамках федерального направления «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» национального проекта «здравоохранение». . . . . стр. 65–71

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.В. Новые правила обязательного медицинского страхования: основные изменения . . . . стр. 72–77

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н. Соплатежи при оказании медицинской помощи в рамках программы госгарантий . . . . . стр. 78–80

МЗ-7–2019

Фокус проблемы

Сененко А.Ш., Савченко Е.Д., Сон И.М. К 10-летию создания центров здоровья . . . . . стр. 6–16

Менеджмент в здравоохранении

Стилиди И.С., Дорошев И.А., Быкова Е.А., Коновалов А.М., Сытенкова К.В., Морозова И.Н., Рябчиков Д.А., Кулушев В.М., Казаков А.М., Кобякова Е.А., Артемьев С.А., Ильин С.Н. Оптимизация работы приёмного отделения в условиях работы национального исследовательского онкологического центра с применением бережливых технологий . . . . . стр. 17–22

Золотарева Л.С., Масякин А.В. Совершенствование системы организации психиатрической помощи мегаполиса . . стр. 23–29

Гаджиев Р.С., Омарова О.А., Агаларова Л.С. Совершенствование информационного обеспечения и организационно-управленческих аспектов деятельности главных врачей центральных районных больниц. . . . . стр. 30–39

Мерекина М.Д. Стационарозамещающие технологии в дерматовенерологии . . . . . стр. 40–43

Социальные аспекты здравоохранения

Маношкина Е.М., Бантьева М.Н., Матвеев Э.Н. Основные тенденции заболеваемости девушек 15–17 лет на фоне высокого уровня хронической патологии . . . . . стр. 44–55

Гордеева Т.И., Голубева А.П. Роль коммуникативной деятельности менеджера по качеству органа инспекции в улучшении функционирования системы менеджмента качества . . . . . стр. 56–63

Особое мнение

Старченко А.А. Досудебное урегулирование споров в системе ОМС: эффективная экспертная деятельность и защита прав и законных интересов пациента в рамках Национального проекта «Здравоохранение» . . . . . стр. 64–70

Консультирует «МЗ»

Ивашикина Т.М., Кадыров Ф.Н., Пашкова В.П., Клименкова О.А. Некоторые подходы к нормированию труда в лабораторной диагностике. . . . . стр. 71–77

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.В. Вопросы составления и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения. . . . . стр. 78–80

МЗ-8–2019

Менеджмент в здравоохранении

Перхов В.И., Куделина О.В., Третьяков А.А. Оценка эффективности здравоохранения в субъектах Российской Федерации с использованием методологии Bloomberg. . . . . стр. 6–13

Чолоян С.Б., Екимов А.К., Павловская О.Г., Шеенкова М.В., Дмитриева И.В., Байгазина Е.Н., Данилова Л.В. Современное управление медицинской организацией на основе процессного подхода в российских научных публикациях . . . . . стр. 14–24

Морозов С.П., Владзимирский А.В., Ветшева Н.Н., Ледихова Н.В., Рыжов С.А. Референс-центр лучевой диагностики: обоснование и концепция . . . . . стр. 25–34

Санина Н.П., Приходько А.Н., Гуров А.Н. Организационно-методическая работа координационного совета главных внештатных специалистов в реализации регионального проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Московской области . . . . . стр. 35–42

Белостоцкий А.В., Тер-Исраелян А.Ю., Гришина Н.К., Ибрагимов А.И. К вопросу преобразований психиатрической помощи в городе Москве . . . . . стр. 43–48

Сажин В.Л. Управление общественным здоровьем в контексте реализации профилактических программ здравоохранения . . . . . стр. 49–54

Население и здравоохранение

Калининская А.А., Муфтахова А.В., Баянова Н.А., Сулькина Ф.А. Образ жизни и состояние здоровья сельского населения, проживающего в разных зонах доступности медицинской помощи . . . . . стр. 55–61

Особое мнение

Старченко А.А. Возможный пересмотр санкций в системе ОМС с позиции риска, здравого смысла и баланса интересов пациентов и врачей . . . . . стр. 62–69

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н. Возложение на региональные власти полномочий по определению потребности в частных клиниках: анализ перспектив и возможных последствий . . . . . стр. 70–77

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.В. Новые правила оказания медицинской помощи сотрудникам МВД. . . . . стр. 78–80

МЗ-9–2019

Фокус проблемы

Кицул И.С., Пивень Д.В. К вопросу об обучении медицинских работников в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности . . . . . стр. 6–8

Менеджмент в здравоохранении

Чолоян С.Б., Екимов А.К., Павловская О.Г., Шеенкова М.В., Трикоменас Н.Н., Дмитриева И.В., Байгазина Е.Н. Современные подходы к анализу оказания неотложной медицинской помощи детям. . . . . стр. 9–22

Данилов А.В. Реструктуризация региональной системы оказания стационарной медицинской помощи на основе средств инструментального бенчмаркинга . . . . . стр. 23–29

Деев И.А., Бойков В.А., Канонеркер Л.М., Кобякова О.С., Куликов Е.С., Новикова И.Ю., Осихов И.А., Сиволобова Т.В., Таранов А.А., Титова М.А., Шибалкова И.П. Применение инструментов бережливого производства при организации профилактических осмотров детского населения Томской области. . . . . стр. 30–36

Миронова А.В. Экономическая эффективность применения методов масс-спектрометрической идентификации микроорганизмов в условиях крупного многопрофильного хирургического стационара . . . . . стр. 37–42

Население и здравоохранение

Миронова А.А., Наркевич А.Н., Виноградов К.А., Курбанисмаилов Р.Б., Параскевопуло К.М. Динамика компонентов изменения ожидаемой продолжительности жизни населения Красноярского края . . . . . стр. 43–51

Мингазова Э.Н., Щепин В.О., Железова П.В. Особенности медико-демографического процесса в Костромской области как региона Центральной России . . . . . стр. 52–61

Кадровый менеджмент

Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Кукушкин С.К. Проблема кадрового дефицита врачей по медицинской профилактике . . . . . .стр. 62–71

Особое мнение

Старченко А.А. Экспертиза качества медпомощи в системе ОМС: прокрустово ложе? . . . . . стр. 72–76

Консультирует МЗ

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Работа с обращениями граждан и удовлетворение отдельных требований потребителя: что необходимо учитывать медицинским организациям. . . . . стр. 77–81

МЗ-10–2019

Номинации

Учреждены традиционные номинации Издательского дома «Менеджер здравоохранения» за лучшие публикации 2019 года. . . . . .стр. 6

Фокус проблемы

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности по приказу Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н: как обеспечить координацию работы службы по внутреннему контролю и врачебной комиссии . . . . . стр. 7–11

Перепелова О.В., Петрова И.А. Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности. . . . . стр. 12–17

Баранкина Т.А., Едунова Т.Е., Якименко О.Н. Регламент закупок лекарственных препаратов и медицинских изделий для многопрофильной медицинской организации . . . . . стр. 18–23

Курбанисмаилов Р.Б., Наркевич А.Н., Евминенко С.А., Виноградов К.А., Гараев Р.В. Система перинатального мониторинга в Красноярском крае . . . . . стр. 24–30

Кадровый менеджмент

Ниязова И.М. Профессиональные стандарты как инструмент повышения эффективности управления персоналом в медицинских учреждениях. . . . . стр. 31–36

Информационный менеджмент

Михайлова Ю.В., Пономарев С.Б., Пономарев Д.С., Полищук В.Е., Дюжева Е.В., Саенко С.С. К вопросу о разработке информационной системы для оценки тяжести течения ВИЧ-инфекции у осужденных. . . . . стр. 37–41

Зарубежный опыт

Китаева Э.А. Обзор межведомственных программ по охране здоровья населения. . . . . стр. 42–47

Особое мнение

Старченко А.А. Круглый стол «Хирургия – зона профессионального и юридического риска»: правовой нигилизм и игнорирование прав и законных интересов пациента... . . . . стр. 48–60

Консультирует МЗ

Кадыров Ф.Н., Чилилов А.М., Куфтова Ю.В. Основные контуры очередного реформирования отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении . . . . . стр. 61–71

Вопросы и ответы

Кадыров Ф.Н. Отдельные вопросы оказания платных медицинских услуг . . . . . .стр. 72–76

Менеджер
здравоохранения