

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 4.2014



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

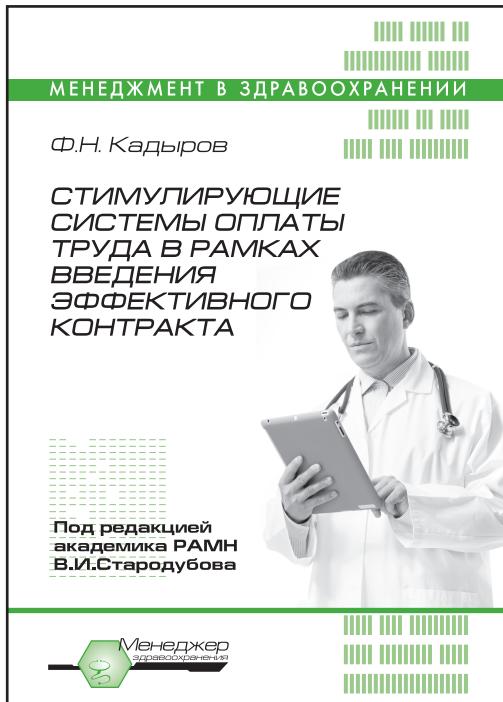
ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



Издательским домом
«Менеджер здравоохранения»
подготовлена к изданию книга



**СТИМУЛИРУЮЩИЕ
СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ
ТРУДА В РАМКАХ
ВВЕДЕНИЯ
ЭФФЕКТИВНОГО
КОНТРАКТА**

Автор: *Ф.Н. Кадыров*

Под ред. академика РАМН
В.И. Стародубова

В бюджетном послании от 28.06.2012 года Президент РФ Владимир Путин сформулировал базовую задачу в сфере здравоохранения на ближайшие годы: повысить качество государственных и муниципальных услуг в сфере здравоохранения. Предполагается, что важным шагом для реализации этой задачи станет переход от сметного финансирования учреждений к введению новой системы оплаты — эффективного контракта. В нем будут четко определены условия оплаты труда и социальный пакет работника в зависимости от качества и количества выполняемой им работы.

В книге содержатся ответы на ключевые вопросы, связанные с этой новацией:

- Что представляет собой эффективный контракт?
- Какова процедура его внедрения?
- Какие выплаты стимулирующего характера и системы оплат труда могут использоваться для решения конкретных задач, стоящих перед учреждениями здравоохранения при финансировании за счет различных источников?

КАК ПРИОБРЕСТИ

Приобрести книгу можно в издательстве ООО ИД «Менеджер здравоохранения»
Телефон/факс **(495) 618-07-92**, idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru, www.idmz.ru



**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:**

- Качество медицинской помощи или качество и безопасность медицинской деятельности: что же сегодня все-таки контролируется в медицинских организациях?
- Контроль качества диагностических исследований в медицинских организациях частной формы собственности
- Оценка достоверности мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи
- Анализ показателей смертности и тяжести последствий дорожно-транспортного травматизма в Российской Федерации
- Половозрастные показатели смертности и годы жизни, потерянные в результате преждевременной смертности в РФ в 2012 г.
- Медицинская информационная система как средство учета медицинских услуг и инструмент для расчета стимулирующей части оплаты труда



Менеджер здравоохранения

№ 4
2014

В номере:

СОЦИОЛОГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К вопросу об изучении удовлетворенности населения системой здравоохранения

И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева

6-12

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Сравнение показателей смертности в субъектах РФ: роль возрастной структуры населения

С.А. Бойцов, И.В. Самородская

13-19

Современное состояние нормативно-правовой базы по нормированию труда врача-офтальмолога

В.И. Стародубов, И.М. Сон,
М.А. Иванова, Т.А. Соколовская,
М.Н. Бантьева

20-30

Некоторые вопросы нормативного регулирования организации реанимационной помощи в медицинских организациях

В.И. Горбачев

31-38

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

Понятие медицинской экспертизы в российском праве

О.В. Романовская

39-45

Главный редактор:

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

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., зав. отделением научно-технологического прогнозирования ФГБУ «ЦНИИОЗ»
Минздрава России

Заместитель главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОЗ» Минздрава России

Редакционная коллегия:

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

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОЗ» 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

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 рекламируемый.

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

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:

Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — 20102

Полугодовая — 82614

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

Дата выхода в свет 01 апреля 2014 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Модернизация первичной медицинской документации службы охраны здоровья матери и ребенка (по ведению новорожденных на этапах акушерского и детского стационаров)

С.А. Леонов, И.С. Цыбульская,
Н.М. Зайченко

46-49

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мобильные технологии в здравоохранении (mHealth): концепция и перспективы. Часть III.

Рынок для мобильных систем здравоохранения
С.Г. Панкратов, Т.Ю. Знаменская

50-66

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Правовые и практические аспекты снижения размера оплаты труда (в том числе выплат стимулирующего характера) в рамках введения эффективного контракта

Ф.Н. Кадыров

67-73

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

74-76

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2014

77-79

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

80-81

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

82-96



№ 4
2014

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

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

Contents:

SOCIOLOGY OF HEALTH CARE

On the question of a study on public's satisfaction with health care system

I.A. Geht, G.B. Artemieva

6-12

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Comparison of mortality indexes in subjects of Russian Federation: role of population's age structure

S.A. Boytsov, I.B. Samorodskay

13-19

Up-to-date state of normative-legal base of rate setting of an eye care specialist's work

V.I. Starodubov, I.M. Son, M.A. Ivanova,
T.A. Sokolovskaya, M.N. Bantyeva

20-30

Several questions of normative regulation of organizing intensive care in medical institutions

V.I. Gorbachev

31-38

HEALTHCARE AND LAW

The concept of medical expertise in the Russian law

O.V. Romanovskaya

39-45

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

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

FIRST MEDICAL AID DOCUMENTATION

Modernization of the primary medical documentation Maternity and the child health services (On conducting newborns at stages of obstetrical and children's hospitals)

S.A. Leonov, I.S. Tsybulskaja, N.M. Zajchenko

46-49

IT-MANAGEMENT

Mobile Health (mHealth): A Conceptual View. Part 3

Market of health care mobile systems
S. Pankratov, T. Znamenskaya

50-66

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Legal and practical aspects of decreasing amount of labor compensation (including the amounts of incentive pay outs) in the frames of introducing an efficient contract

F.N. Kadirov

67-73

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov

74-76

HEALTH CARE-2014

77-79

INNOVATIONS IN MEDICINE

80-81

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

82-96



И.А. Гехт,

д.м.н., профессор кафедр медицинского страхования и общественного здоровья и здравоохранения ИПО Самарского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия, geht@samtfoms.ru

Г.Б. Артемьева,

к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

Гехт И.А., Артемьева Г.Б. *К вопросу об изучении удовлетворенности населения системой здравоохранения* (Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия; Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань, Россия).

Аннотация. Удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи, ее организацией стало одним из важных критериев оценки деятельности системы здравоохранения в последнее время. Проведение социологических исследований требует научного подхода и высокой квалификации их организаторов. Социологическая оценка может быть одним из критериев комплексной оценки качества медицинской помощи.

Ключевые слова: удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи, социологические исследования, комплексная оценка качества медицинской помощи.

В последние годы при изучении состояния системы здравоохранения в отдельных регионах Российской Федерации все большее значение придается оценке доступности и качества медицинской помощи населением. Показатели удовлетворенности входят в критерии оценки деятельности не только медицинских организаций, но и органов управления здравоохранением, руководителей муниципальных образований и регионов. Поэтому актуальными становятся вопросы методологических подходов к организации и проведению изучения мнения населения о медицинской помощи, формулировке вопросов и составлению опросных листов и анкет, выбору контингента респондентов, а также времени и места для проведения исследований.

Не секрет, что в регионах стремятся добиться более высоких результатов удовлетворенности, беспокоятся, когда показатели оказываются хуже, чем средние по округу и в стране.

Странным выглядит рост показателей удовлетворенности населения здравоохранением на некоторых территориях при одновременном увеличении числа обоснованных жалоб на организацию и качество оказываемой медицинской помощи, при неснижающихся высоких показателях смертности, инвалидности, заболеваемости, при дорогоизнне и росте

© И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, 2014 г.



стоимости лекарств, снижении доступности санаторно-курортного лечения, увеличении диапазона и стоимости платных медицинских услуг, нехватке врачей-специалистов и т.д.

Несколько лет назад, готовясь к совещанию по модернизации здравоохранения в Приволжском федеральном округе, в котором должны были принять участие губернаторы, мы обнаружили, что в некоторых регионах удовлетворенность населения медицинской помощью превышает 90–95%, в то же время на этих территориях планомерно ухудшались показатели здоровья населения, в том числе и смертность населения. В других регионах удовлетворенность при сопоставимых демографических показателях не превышала 30%. На это было обращено внимание участников совещания, и показатели высокой удовлетворенности были признаны недостоверными.

Однако складывается и другая ситуация: например, в Самарской области за последние годы резко уменьшилось число обоснованных жалоб населения на организацию и качество медицинской помощи (2011 год — 951, 2012 г. — 576, 2013 г. — 238). Логичным было бы предположить, что удельный вес населения, удовлетворенного организацией и качеством медицинской помощи, увеличится. Но данные опросов свидетельствуют об обратном: в 2011 году граждане, полностью удовлетворенные медицинской помощью, составляли 62,9%, в 2012 году — 47,4%, в 2013 году — 43,7%.

Удивительным, на первый взгляд, иногда выглядит рост удовлетворенности населения качеством медицинской помощи при увеличении числа дефектов, обнаруживаемых при экспертизе, проводимой страховыми медицинскими организациями, с применением финансовых санкций к медицинским организациям.

В Самарской области показатель удовлетворенности населения качеством медицинской помощи с 2011 года снизился на 30,5%. Эта тенденция сопоставима с ростом выявленных нарушений при экспертизе качества медицинской помощи (на 25%). За этот же

период размер финансовых санкций, примененных к медицинским организациям страховыми компаниями по результатам экспертизы качества медицинской помощи, вырос на 92,4% (с 18,5 до 35,6 млн. руб.).

Таким образом, при определении достоверности и адекватности показателей изучения удовлетворенности населения системами здравоохранения и обязательного медицинского страхования следует, по нашему мнению, сопоставлять полученные результаты с другими показателями, характеризующими состояние здоровья населения, организацию медицинской помощи, ее ресурсное обеспечение, динамику роста оплаты труда медицинских работников, доступности различных видов медицинской помощи и лекарственного обеспечения, результаты внутренней и внешней экспертизы. Оценивая ситуацию в здравоохранении, следует вырабатывать комплексный подход, в котором изучение удовлетворенности населения выступает как один из значимых компонентов.

Изучая мнения пациентов об оказанной медицинской помощи, следует помнить, что оценка пациента зависит от целого ряда субъективных факторов, которые иногда не имеют отношения к процессу оказания медицинской помощи. Не зная природы патологического процесса, пациент не может в полной мере оценить правильность и своевременность назначения лечебно-диагностических мероприятий, соответствие их утвержденному стандарту, выбор оптимального метода лечения и т.д. Более понятна для него оценка отношения к нему медицинского персонала, условия, в которых проводится лечение, состояние охранительного режима, доступность медицинской помощи, ее бесплатность, качество питания и главным образом совпадение результата лечения с его ожиданиями (выздоровление, улучшение самочувствия, сохранение или улучшение качества жизни и т.п.).

Нередко безукоризненное профессиональное выполнение врачами своей работы с





достижением максимального результата не приводит к реализации ожиданий пациента, в результате чего оценка медицинской помощи со стороны пациента остается низкой. И, наоборот, положительная оценка пациентов иногда отмечается там, где были допущены серьезные ошибки в лечении, но хорошие условия пребывания, питание, добродушный, внимательный и отзывчивый медицинский персонал обеспечивают высокую удовлетворенность оказанием медицинской помощи. Часто при оценке оказанной медицинской помощи пациент сравнивает условия и отношения к нему в других лечебных учреждениях, где он побывал до этого, и это может стать определяющим при вынесении окончательного вердикта.

На показатели удовлетворенности качеством медицинской помощи часто влияет выбор контингента для обследования и место, где оно проводится. Например, в г. Рязани среди одного и того же контингента (пенсионеры по возрасту) было проведено социологическое исследование во время пребывания их в стационаре и спустя несколько месяцев, в период, когда никакого лечения не проводилось. Доля респондентов, полностью удовлетворенных медицинской помощью, почти в 3 раза оказалась выше среди пациентов, находящихся на стационарном лечении. У них же намного выше были показатели, характеризующие отношение к ним медицинского персонала, затраты из собственных средств на приобретение медикаментов и различные манипуляции.

Результаты проведенного в Рязанской области опроса населения показали, что качеством и доступностью амбулаторно-поликлинической помощи удовлетворены 55,4% респондентов, не удовлетворены 19,3%, стационарной помощью удовлетворены 71,8%, не удовлетворены 9,4%, стационарозамещающей помощью удовлетворены 79,2%, не удовлетворены 8,5%, то есть, у населения больше всего претензий к организации амбулаторно-поликлинической помощи. Хотя нельзя недооценивать большую психологическую зависимость пациентов от медицин-

ского персонала в период пребывания их в круглосуточном стационаре.

На результаты опроса могут повлиять, на первый взгляд, незначительные обстоятельства. Например, состояние здоровья и настроение соседей по палате, страдающих тяжелыми заболеваниями, могут привести к снижению удовлетворенности, и, наоборот, выздоравливающий состав соседей ведет к появлению оптимистического настроения у респондентов, что положительно может отразиться на результатах опроса.

Значительное влияние на уровень удовлетворенности населения медицинской помощью оказывают средства массовой информации, формирующие в представлении граждан образ врача, систему оказания медицинских услуг, не всегда соответствующие действительности.

Удовлетворенность населения медицинской помощью играет большую роль в повышении эффективности системы здравоохранения, так как является «каналом обратной связи», по которому медицинское сообщество получает от общества информацию о проблемах в сфере оказания медицинских услуг. Но, являясь важным индикатором качества медицинской помощи, удовлетворенность населения не может быть единственным критерием оценки качества медицинской помощи.

По нашему мнению при оценке качества медицинской помощи в стационарных медицинских учреждениях целесообразно использовать комплексную оценку. Ее основа была предложена самарскими учеными при оценке качества гериатрической помощи, но, к сожалению, метод не получил дальнейшего распространения. Разработанная нами методика может быть использована во всех медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь как в условиях круглосуточного стационара, так и в стационарах дневного пребывания.

Суть комплексной оценки качества медицинской помощи заключается в том, что она базируется на результатах внутренней экс-





пертизы качества медицинской помощи, внешней экспертизы (страховых медицинских организаций) и оценке пациентов.

Внутренняя и внешняя экспертиза проводятся по заданным алгоритмам, а их результаты выражаются в баллах. Метод позволяет более объективно оценить работу лечебного учреждения в целом и каждого из его лечебных подразделений в отдельные временные промежутки. Это дает возможность установить рейтинг подразделений, что может использоваться при распределении стимулирующих надбавок. В то же время он позволяет вовремя выявить снижение уровня качества медицинской помощи, проанализировать причины и принять необходимые меры.

Мы исходили из того, что в основу комплексной оценки качества медицинской помощи независимо от ведомственной принадлежности эксперта должна быть положена единая методика. При формировании подходов к экспертной оценке качества медицинской помощи применяются целевые критерии, рекомендованные ВОЗ:

- уровень выполнения стандарта (технологии) лечебно-диагностических процессов;
- риск для пациента (степень минимизации риска осложнений и негативных исходов);
- удовлетворенность пациента исходом лечения;
- степень достижения ожидаемого результата лечения (степень максимизации достижения цели).

Экспертная оценка качества медицинской помощи в стационарном учреждении предполагает оценку следующих параметров по причинам:

- обоснованность и своевременность госпитализации;
- расхождение диагноза направившего учреждения и приемно-диагностического отделения;
- расхождение диагноза при поступлении и клинического диагноза;
- расхождение клинического и послеоперационного диагноза;

- расхождение клинического диагноза и диагноза при выписке больного;
- расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов;
- обоснованность видов проведенных инструментальных, лабораторных диагностических исследований;
- проведение инструментальных, лабораторных диагностических исследований (полнота и своевременность);
- обоснованность назначения лечебных мероприятий;
- обоснованность проведения фармакотерапии (показания, доза, путь введения, режим применения, условия применения);
- обоснованность и своевременность назначения операции;
- своевременность проведения операции;
- осложнения после проведения инструментальных и лабораторных диагностических исследований, лечебных манипуляций, операций;
- обоснованность и своевременность направления пациента на специализированное лечение или для получения высокотехнологичной медицинской помощи;
- длительность пребывания больного в стационаре;
- степень достижения запланированного исхода лечения.

Для оценки лечебно-диагностического процесса экспертом заполняется специальная карта экспертного контроля. При этом следует принимать во внимание, повлияла ли допущенная ошибка на состояние пациента, привела ли к риску утяжеления течения заболевания или возникновения осложнения.

Неотъемлемой составляющей комплексной оценки качества медицинской помощи является изучение удовлетворенности полученными медицинскими услугами. Для этой цели рекомендуется воспользоваться методикой С.С. Смирнова и О.В. Трофимовой (1991 г.).

При выписке из стационара проводится анкетирование пациентов. Анкета состоит всего из одного вопроса «Удовлетворены ли Вы оказанной Вам медицинской помощью?»





Таблица 1

Комплексная оценка качества медицинской помощи

Оценка в единицах	Компонент	Оценка в баллах
1,0	Ведомственная экспертиза	10
0,75–0,99		8
0,5–0,74		6
0,25–0,49		3
0,01–0,25		2
	Внедомственная экспертиза	
1,0		8
0,75–0,99		6
0,5–0,74		4
0,25–0,49		3
0,01–0,25		2
	Удовлетворенность пациентов	
1,75–2,0		4
1,5–1,74		3
1,25–1,49		2
1,0–1,24		1
менее 1,0		0

и четырех вариантов ответа, из которых выбирается один: «А» — удовлетворен полностью, «Б» — скорее удовлетворен, чем не удовлетворен, «В» — скорее не удовлетворен, чем удовлетворен, «Г» — не удовлетворен. При выборе вариантов «В» и «Г» пациенту следует дать возможность указать причину неудовлетворенности оказанием медицинской помощи.

Для определения коэффициента удовлетворенности пациента (*KU*) необходимо подсчитать число ответов «А», «Б», «В», «Г» и вычислить его по формуле:

$$KU = \frac{(2A + B - V - 2G)}{(A + B + V + G)}$$

Максимальное значение *KU* может равняться 2.

Указанный коэффициент позволяет сравнивать степень удовлетворенности пациентов в различных медицинских организациях, отде-

лениях одной медицинской организации за разные периоды времени.

Весомость каждой оценки, составляющей комплексную, предлагается оценивать по десятибалльной шкале. Значимость каждого компонента комплексной оценки была определена с учетом мнения экспертов.

1. Ведомственная экспертная оценка — 10 баллов.
2. Внедомственная экспертная оценка — 8 баллов.
3. Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью — 4 балла.

Таким образом, максимально возможная комплексная оценка качества медицинской помощи — 22 балла, что условно может быть принято за 1,0. Поскольку все составляющие комплексной оценки качества медицинской помощи, кроме степени удовлетворенности пациента, имеют коэффициент от 0 до 1,0, то эти показатели для удобства расчета можно перевести в баллы (таблица 1).



Рекомендуется расценивать результаты комплексной оценки качества медицинской помощи следующим образом:

- от 1,0 до 0,75 — уровень качества медицинской помощи хороший,
- от 0,5 до 0,75 — уровень качества медицинской помощи удовлетворительный,
- менее 0,5 — уровень качества медицинской помощи неудовлетворительный.

Пример 1.

При оценке качества медицинской помощи в стационаре А: ведомственная экспертная оценка составила 0,8, внедомственная экспертная оценка — 0,65, удовлетворенность пациентов медицинской помощью — 1,5.

При переводе полученных оценок в баллы могут быть получены следующие результаты:

- ведомственная экспертная оценка — 8 баллов,
- внедомственная экспертная оценка — 4 балла,
- удовлетворенность пациентов медицинской помощью — 3 балла.

Всего: 8 + 4 + 3 = 15 баллов.

Таким образом, комплексная оценка качества медицинской помощи (КО) в стационаре А составит:

$КО = 15/22 = 0,68$ — удовлетворительный уровень качества медицинской помощи.

Изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью целесообразно дополнить мониторингом выполнения норма-

тивов тарифного соглашения на питание и медикаменты в системе обязательного медицинского страхования.

В Самарской области на протяжении 10 лет мониторинг средств на питание проводится по данным ежедневных меню медицинских организаций, что позволяет установить фактические расходы на питание пациента в расчете на один койко-день и сравнить их с контрольными показателями, утвержденными в тарифном соглашении. В ряде территорий аналогичный мониторинг осуществляется в отношении медикаментов посредством персонифицированного учета назначаемых лекарственных средств.

Не менее важную роль в оценке системы здравоохранения и повышении качества медицинской помощи играет изучение мнения врачей об их удовлетворенности организацией медицинской помощи; возможностью повышения квалификации, творческого и служебного роста; уровнем и системой оплаты труда. Изучение удовлетворенности медицинских работников сферой здравоохранения поможет понять причины низкой удовлетворенности качеством медицинской помощи, которую демонстрирует население.

Наконец, в комплексной социологической оценке здравоохранения большое значение имеет изучение состояния здоровья населения с помощью его самооценки. Но это тема для отдельного обсуждения.

Литература

1. Аверьянов Л.Я. Социология: искусство задавать вопросы (принципы построения программы социологического исследования и правила по разработке анкеты). — М., 1998. — 368 с.
2. Антонова Н.Л., Белавин В.А., Беляевских О.В., Каракев П.Д. Реализация прав пациентов в системе ОМС (опыт социологического исследования)//Социология медицины. — 2004. — № 1. — С. 45–48.





- 3.** Артемьева Г.Б., Гехт И.А., Манухина Е.В. Комплексная оценка качества медицинской помощи в системе управления деятельностью медицинской организации: Методические рекомендации. — Рязань, 2011. — 20 с.
- 4.** Каракевичева М.А., Чавлецов В.Ф., Михайлов С.М. Левый Д.О., Гуринов П.В. Методы оценки качества процесса медицинской помощи и их информационные возможности (аналитический обзор). — Санкт-Петербург: Территориальный фонд ОМС, 2003. — 33 с.
- 5.** Ларионов Ю.К. Организация медицинской помощи в системе ОМС глазами пациентов и врачей. — Самара, 2004. — 168 с.
- 6.** Павлов В.В., Гехт И.А., Яковлев О.Г. Комплексная оценка качества гериатрической и медико-социальной помощи в стационарах. — Самара, 2000. — 17 с.
- 7.** Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. — М., 2002. — 976 с.
- 8.** Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи//В кн. Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием/Под ред. М.А. Садового, И.Ю. Бедорева. — Новосибирск, 2007. — 88 с.
- 9.** Суслин С.А. Характеристика основных показателей оценки медицинской деятельности стационарных учреждений//Заместитель главного врача. — 2009. — № 11. — С. 16–27.
- 10.** Цыцорина И.А. Разработка и научное обоснование системы экспертиз оценок в управлении здравоохранением на территориальном уровне (на примере Новосибирской области)//Автореферат дис... канд. мед.наук. — Новосибирск, 2003. — 18 с.
- 11.** Чавлецов В.Ф., Михайлов С.М., Каракевичева М.А., Левый Д.О., Гуринов П.В. Организация экспертизы качества медицинской помощи и использование результатов для подготовки и оформления управленческого решения. Методическое пособие, часть 2. — Санкт-Петербург, 2009. — 53 с.
- 12.** Чавлецов В.Ф., Михайлов С.М., Каракевичева М.А., Гуринов П.В. Основы экспертизы качества медицинской помощи и автоматизированная технология его оценки. Методическое пособие, часть 1. — Санкт-Петербург, 2010. — 47 с.
- 13.** Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха//Медицинские новости. — 2009. — № 12. — С. 6–12.

UDC 614.2

Geht I.A., Artemieva G.B. On the question of study on public's satisfaction with health care system (Samara State Medical University, Samara, Russia; Ryazan State I.V. Pavlov Medical University, Ryazan, Russia).

Abstract. Satisfaction of public having accessibility and quality of medical care, as well as its organization became one of the main criteria of valuating the system of health care in the recent time. Conducting sociological research requires a scientific approach and high qualification from its organizers. Sociological valuation can become of the criteria of complex valuation of medical care quality.

Keywords: *satisfaction valuation of public by accessibility and quality of medical care, sociological research, complex valuation of medical care quality.*



С.А. Бойцов,

д.м.н., профессор, директор ГНИЦ профилактической медицины, г. Москва, Россия,
prof.boytsov@gmail.com

И.В. Самородская,

д.м.н., профессор, руководитель лаборатории изучения прикладных вопросов демографии и экономики здравоохранения в аспекте профилактики ХНЗ, г. Москва, Россия,
samor2000@yandex.ru

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ В СУБЪЕКТАХ РФ: РОЛЬ ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ

УДК 614.2

Бойцов С.А., Самородская И.В. Сравнение показателей смертности в субъектах РФ: роль возрастной структуры населения (ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России», г. Москва, Россия)

Аннотация. Значительные географические различия показателей смертности обусловлены многими факторами (социально-экономическими, климатическими, эффективностью функционирования и объемами финансирования системы здравоохранения, половозрастной структурой населения). В данной статье рассмотрена роль и значимость возрастной структуры населения в оценке региональных показателей смертности. Выдвинута гипотеза о том, что ни фактические, ни стандартизованные показатели смертности не являются надежными критериями для мониторинга и оценки эффективности программ здравоохранения.

Ключевые слова: смертность от всех причин, субъекты Российской Федерации.

Коэффициенты смертности — важные показатели здоровья населения. Хорошо известно, что уровень смертности зависит от возраста, и общий коэффициент смертности, рассчитанный для популяции с высокой долей молодого населения, может оказаться ниже, чем для более благополучной популяции, но с высокой долей пожилого населения, что делает сомнительным сравнение смертности в популяциях с различной возрастной структурой населения [1, 2]. Поэтому использование нестандартизованных коэффициентов смертности не позволяет провести полноценный сравнительный анализ показателей смертности в субъектах Российской Федерации. Стандартизованные показатели смертности могут отличаться от фактических весьма значительно в связи различиями в показателях смертности в отдельных возрастных группах, демографической структурой населения субъекта и миграционными процессами.

Кроме того, стандартизованные показатели зависят от выбора «стандарта».

Цели данной статьи: на примере сравнения фактических и стандартизованных показателей смертности в субъектах РФ за 2012 год наглядно представить их различия, на примерах продемонстрировать влияние возрастной структуры населения и уровня смертности в отдельных возрастных группах в субъекте Федерации; а также популяции населения, используемой для расчета стандартизованных показателей на ранги и коэффициенты смертности в субъектах РФ.

Материал и методы исследования

Данные Росстата о численности населения и числе умерших в годичных возрастных группах в РФ и субъектах РФ. Для каждой пятилетней возрастной группы рассчитаны показатели смертности. Стандартизованные показатели рассчитаны в соответствии с методикой, опи-

© С.А. Бойцов, И.В. Самородская, 2014 г.





санной на сайте Росстата, прямым способом. В качестве стандарта использованы 2 возрастные структуры населения **1) Европейский стандарт возрастной структуры; 2) возрастная структура населения г. Москвы.**

Возрастная структура населения РФ в целом не использована в качестве стандарта по двум причинам. Первая — возрастную структуру населения страны (региона) целесообразно использовать для оценки динамики происходящих процессов. В этом случае первый год наблюдения целесообразно взять за стандарт и в дальнейшем проводить стандартизацию показателей в соответствии с возрастной структурой населения, которая была зарегистрирована в первый год наблюдения. Вторая причина связана с тем, что субъекты РФ значительно отличаются по возрастному составу, и в такой ситуации для сравнительной оценки более целесообразно принимать за стандарт возрастной состав самого большого региона. Возрастная структура населения Москвы использована в качестве стандарта в связи с тем, что это самый крупный по численности населения субъект РФ. Преимуществами метода являются максимально реальные получаемые значения, которые можно сопоставлять с фактическими. Кроме того, в Москве, как столице государства, используются наиболее передовые технологии медицинской помощи, более высокий уровень жизни и соответственно можно предположить, что Москва является «стандартом» для сравнения субъектов по уровню смертности.

Результаты исследования

В таблице 1 представлены фактические и стандартизованные показатели общей смертности в регионах РФ, также ранги субъектов РФ по уровню фактических и стандартизованных показателей смертности.

Как видно из данной таблицы, коррекция влияния на показатель смертности возрастного распределения состава населения субъекта РФ приводит к значительному изменению рангов уровня смертности в части субъектов

РФ, а также изменению выводов о соотношении показателей смертности в значительной части субъектов РФ. Исключением является республика Ингушетия, в которой регистрируются самые низкие показатели смертности и стандартизованные коэффициенты смертности. Практически не изменяется ранг субъекта при ранжировании по уровню фактической смертности и стандартизованным коэффициентам смертности в таких субъектах, как Республика Дагестан, Кабардино-Балкарская Республика. В других субъектах ранг уровня смертности, оцениваемый на основании фактической смертности и стандартизованных показателей, значительно варьирует, в то же время ранги субъектов РФ по уровням стандартизованных коэффициентов смертности вне зависимости от использованного метода стандартизации очень близки. Если ранги субъекта по фактическому коэффициенту смертности и стандартизованному коэффициенту могут различаться более чем на 10 позиций, то ранги субъектов при использовании двух разных возрастных структур населения для стандартизации коэффициентов варьируют менее значительно, а по ряду субъектов отмечается их полное совпадение.

Вне зависимости от способа расчета в ряде субъектов показатели смертности значительно выше, чем в Москве. Исключение составляет Республика Ингушетия, в которой показатели смертности ниже, чем в Москве. Фактические показатели смертности в 2012 г. были ниже, чем в Москве, в таких субъектах, как Ямало-Ненецкий авт. округ, Чеченская Республика, Республика Дагестан, Ханты-Мансийский АО, Тюменская область, Кабардино-Балкарская Республика, Республика Саха (Якутия), Карачаево-Черкесская Республика. Однако стандартизованные коэффициенты смертности (вне зависимости от используемой в качестве стандарта возрастной структуры) выше, чем в Москве. Следует отметить, что среди перечисленных регионов стандартизованные показатели существенным образом различаются: в Республике Дагестан



Таблица 1

Ранги, фактические и стандартизованные показатели общей смертности в субъектах РФ (2012 год)

Регион	Фактические показатели смертности на 100 тыс.	Ранг 1	Смертность на 100 тыс. (в пересчете на европейский возрастной стандарт)	Ранг 2	Смертность на 100 тыс. (в пересчете на возрастную структуру населения г. Москвы)	Ранг 3
Республика Ингушетия	360,7	1	629,6	1	868,9	1
г. Москва	982,5	10	728,6	2	982,5	2
Республика Дагестан	564,9	4	812,1	3	1120,1	3
г. Санкт-Петербург	1233,6	23	892,8	5	1203,1	4
Республика Северная Осетия-Алания	1065,7	13	891,1	4	1209,5	5
Карачаево-Черкесская Республика	981,9	9	918,4	6	1256,5	6
Кабардино-Балкарская Республика	897,5	7	919,7	7	1257,7	7
Республика Татарстан	1212,9	21	1000,3	9	1342,4	8
Ставропольский край	1201,4	20	1000,1	8	1363,5	9
Краснодарский край	1309,8	29	1018	10	1382,5	10
Волгоградская область	1361,1	37	1038,6	13	1389,8	11
Ханты-Мансийский АО	630,4	5	1023,7	11	1404,8	12
Белгородская область	1401,8	48	1037,2	12	1413	13
Республика Калмыкия	1010,1	11	1046	14	1414,2	14
Республика Адыгея	1333	33	1046,2	15	1423,6	15
Воронежская область	1564,5	65	1072,2	18	1441,4	16
Астраханская область	1268,5	25	1082,8	21	1442,6	17
Ростовская область	1400,8	47	1068,7	16	1448,8	18
Тюменская область	836,7	6	1069,3	17	1448,9	19
Пензенская область	1498,8	59	1078	19	1449,9	20
Ульяновская область	1422,9	53	1078,2	20	1453,4	21
Тамбовская область	1622,9	72	1093,6	23	1467,4	22
Чувашская Республика	1335,6	34	1103,5	27	1472,4	23
Саратовская область	1431,9	54	1099,3	25	1473,5	24
Республика Мордовия	1456,8	55	1095,6	24	1475,4	25
Самарская область	1393,9	46	1107,1	28	1480,5	26
Ленинградская область	1459,6	56	1113,1	31	1482,9	27
Калининградская область	1313,8	31	1107,8	29	1484,9	28
Томская область	1188,4	19	1115,2	32	1494,9	29
Рязанская область	1644,3	75	1119,8	34	1495,3	30
Новосибирская область	1353,6	36	1118,1	33	1495,5	31
Ямало-Ненецкий АО	533,4	2	1099,7	26	1504,9	32
Липецкая область	1539,5	64	1122,4	35	1505,9	33
Московская область	1418,5	50	1112	30	1506	34





Таблица 1, продолжение

Регион	Фактические показатели смертности на 100 тыс.	Ранг 1	Смертность на 100 тыс. (в пересчете на европейский возрастной стандарт)	Ранг 2	Смертность на 100 тыс. (в пересчете на возрастную структуру населения г. Москвы)	Ранг 3
Чеченская Республика	542,9	3	1087,6	22	1513,2	35
Ярославская область	1587,4	68	1133,2	36	1513,7	36
Республика Башкортостан	1320,5	32	1140,3	38	1514,1	37
Свердловская область	1393,8	45	1139,1	37	1526,8	38
Удмуртская Республика	1286,6	27	1148,3	39	1535,7	39
Архангельская область (вкл. НАО)	1370,1	40	1154,6	40	1541,2	40
Кировская область	1565,5	66	1158,7	41	1547,2	41
Калужская область	1577,8	67	1158,8	42	1547,6	42
Ненецкий АО	1019	12	1187,7	50	1547,8	43
Мурманская область	1135,6	15	1159,2	43	1560,9	44
Челябинская область	1421,5	51	1169,5	44	1562,9	45
Республика Марий Эл	1368,7	39	1179,3	49	1570,9	46
Алтайский край	1464,6	57	1177,9	48	1574	47
Орловская область	1644,3	74	1177,4	47	1574,6	48
Омская область	1381,2	42	1177,4	46	1576,7	49
Курская область	1664,2	76	1177,2	45	1584,8	50
Оренбургская область	1409,3	49	1192,3	51	1588	51
Брянская область	1629,9	73	1195,1	53	1591,3	52
Нижегородская область	1610,4	69	1194,3	52	1593,3	53
Вологодская область	1509,7	60	1196,7	55	1594,4	54
Тульская область	1781,7	80	1200,9	56	1600,6	55
Костромская область	1611	70	1196,6	54	1607,1	56
Курганская область	1611,5	71	1211,1	59	1608	57
Владимирская область	1674,6	77	1209,5	58	1609,9	58
Красноярский край	1297,3	28	1214,2	60	1612	59
Ивановская область	1692,7	79	1202	57	1612,6	60
Пермский край	1421,7	52	1222,7	61	1619,9	61
Республика Коми	1229,8	22	1244,4	63	1640,2	62
Смоленская область	1681,1	78	1235,1	62	1644,7	63
Республика Хакасия	1339	35	1256,2	64	1662,9	64
Республика Карелия	1539,3	63	1260,8	66	1668,9	65
Республика Саха (Якутия)	933,3	8	1256,7	65	1669,7	66
Приморский край	1373,4	41	1268,8	67	1686,2	67
Тверская область	1830,7	82	1275,5	68	1694,4	68
Республика Алтай	1148,6	17	1295,2	70	1705,5	69
Хабаровский край	1365,1	38	1300,5	71	1707	70
Новгородская область	1797,9	81	1292	69	1708	71



Таблица 1, окончание

Регион	Фактические показатели смертности на 100 тыс.	Ранг 1	Смертность на 100 тыс. (в пересчете на европейский возрастной стандарт)	Ранг 2	Смертность на 100 тыс. (в пересчете на возрастную структуру населения г. Москвы)	Ранг 3
Кемеровская область	1517,4	61	1305,8	72	1721,1	72
Республика Бурятия	1241,4	24	1315,9	73	1722,1	73
Иркутская область	1388,9	43	1326,2	74	1742,7	74
Камчатский край	1163,9	18	1340,6	75	1773,5	75
Псковская область	1966	83	1388,1	76	1827	76
Забайкальский край	1312,4	30	1388,5	77	1831,5	77
Сахалинская область	1390,2	44	1409,2	78	1865,2	78
Амурская область	1478,7	58	1465,7	79	1929,3	79
Еврейская АО	1530,1	62	1525,7	81	1979,4	80
Магаданская область	1279,9	26	1488	80	1993,9	81
Республика Тыва	1118	14	1756,5	82	2245,9	82
Чукотский АО	1142,2	16	1927,3	83	2610,2	83

стан, Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской Республиках стандартизованные коэффициенты значительно ниже, чем в Ханты-Мансийском АО, Тюменской области, Республике Саха (Якутия).

Влияние возрастной структуры населения и смертности в отдельных возрастных группах на ранги, фактические и стандартизованные показатели смертности можно рассмотреть на примере нескольких вышеперечисленных субъектов РФ.

Пример 1. Два национальных похожих по возрастной структуре округа. Различия в возрастной структуре населения Ханты-Мансийского АО и Ямало-Ненецкого АО в 5-летних возрастных группах не превышают 1%. Доля детского населения выше (20%), чем в Москве (12%), различие в возрастной группе до 1 года составляет 0,7–0,6%, в других возрастных группах — на 2–2,5%. Доля населения старше 60 лет значительно ниже, чем в Москве (в Москве 21%, в Ямало-Ненецком АО — 6% и Ханты-Мансийском АО — 5,7%). В Ямало-Ненецком АО показатели смертности во всех возрастах более высокие, чем в Москве (в том числе смертность до 1 года — 1023 на 100 тыс.; в Москве 801), но за счет

возрастной структуры населения в целом фактический показатель смертности в субъекте значительно ниже, чем в Москве (рис. 1), и соответственно значительно возрастает при пересчете на возрастную структуру г. Москвы и Европейский стандарт возрастной структуры. В Ханты-Мансийском АО смертность в возрасте до года составила 441 на 100 тыс., что почти в 2 раза ниже, чем в Москве. В возрастах от 1 года до 30 лет показатели смертности близки к показателям смертности в Москве и, начиная с 40 лет, показатели смертности превышают показатели смертности в Москве. Если сравнивать Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский АО, то в детских возрастах смертность в Ямало-Ненецком АО выше, чем в Ханты-Мансийском АО, в возрастах 25–44 года ниже в Ханты-Мансийском, и, начиная с 45-летнего возраста, показатели смертности сопоставимы (в отдельных возрастах чуть выше, в других чуть ниже). Фактический показатель смертности в Ямало-Ненецком АО составлял в 2012 г. (см. таблицу 1) 533 на 100 тыс. населения, то есть ниже, чем в Ханты-Мансийском АО (630 на 100 тыс.). Однако при пересчете показателей смертности на



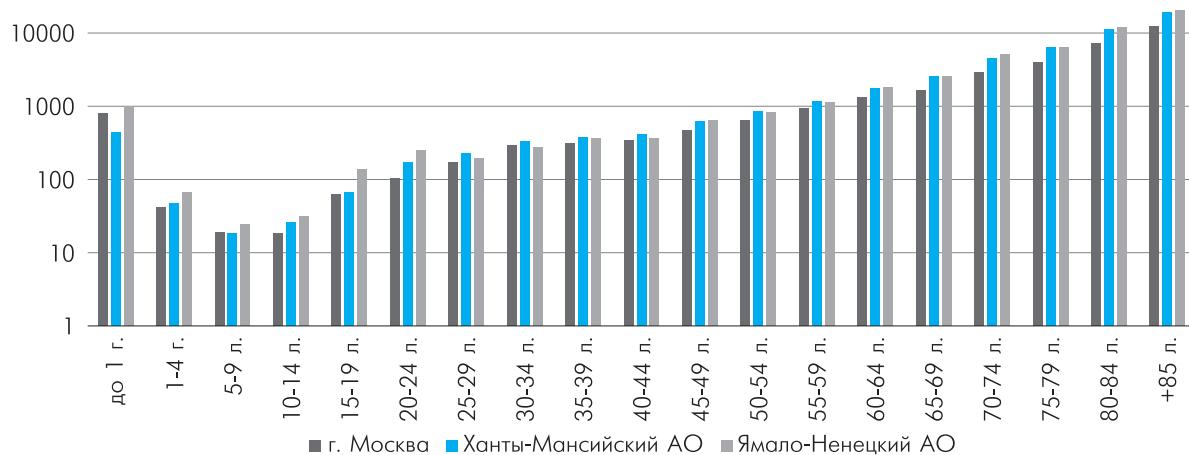


Рис. 1. Коэффициенты смертности в отдельных возрастных группах в 3 регионах РФ (логарифмическая шкала)

возрастную структуру населения Ханты-Мансийского АО показатель смертности в Ямало-Ненецком АО составит 665, что выше, чем в Ханты-Мансийском АО. Таким образом и небольшие различия возрастной структуре населения могут играть существенную роль в показателях смертности.

Пример 2 (рис. 2). Сравнение близкорасположенных, но отличающихся по общим, возрастным и стандартизованным коэффициентам смертности республик Северного Кавказа.

В отличие от Москве, Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого АО, в республике Ингушетия (29,3%, детей до 1 года — 2,1%) и Чеченской Республике (33%, детей до 1 года — 2,5%) доля детского населения значительно выше. В Республике Дагестан доля детского населения — 14,1% (детей до 1 года — 1,8%). Доля населения старше 60 лет также значительно ниже, чем в Москве (в Москве — 21%, Республике Ингушетия — 7,4%, в Чеченской Республике — 6,4%; в Республике Дагестан — 9,2%). В Республиках Ингушетия, Дагестан и Чеченской Республике по сравнению с Москвой отмечается более высокая смертность в детских возрастных группах, но, начиная с возрастной группы 15–19 лет и до 60-летнего возраста, смертность в Москве выше, чем в Республиках Кавказа. Начиная с 60-летнего

возраста, смертность в Чеченской Республике и Республике Дагестан выше, чем в Москве, в то время как в Республике Ингушетия во всех возрастных группах, за исключением возрастной группы до 1 года, смертность ниже, чем в Москве. В итоге фактические и стандартизованные показатели смертности в Республике Ингушетия самые низкие и ее ранг уровня смертности среди всех субъектов РФ не изменяется.

Различия в рангах между стандартизованными показателями зависят от расчетного числа умерших, определяемых на возрастную структуру популяции, которая используется для вычисления стандартизованного коэффициента. Так, фактическое число умерших в Республике Ингушетия составляет 1595; расчетное число на Европейский стандарт популяции — 2784, в пересчете на возрастной состав популяции г. Москвы — 3542. Аналогичные цифры для Республике Дагестан составляют: 16 642, 23 924 и 32 998; для Чеченской Республики — 7192, 14 408 и 20 045. В итоге, несмотря на то, что в Республике Дагестан стандартизованные на Европейскую и Московскую популяцию показатели смертности отличаются (812 и 1120 на 100 тыс.), ранг субъекта (3) при ранжировании не изменяется. Аналогичная ситуация и в Ханты-Мансийском АО: ранг изменяется с 11 на

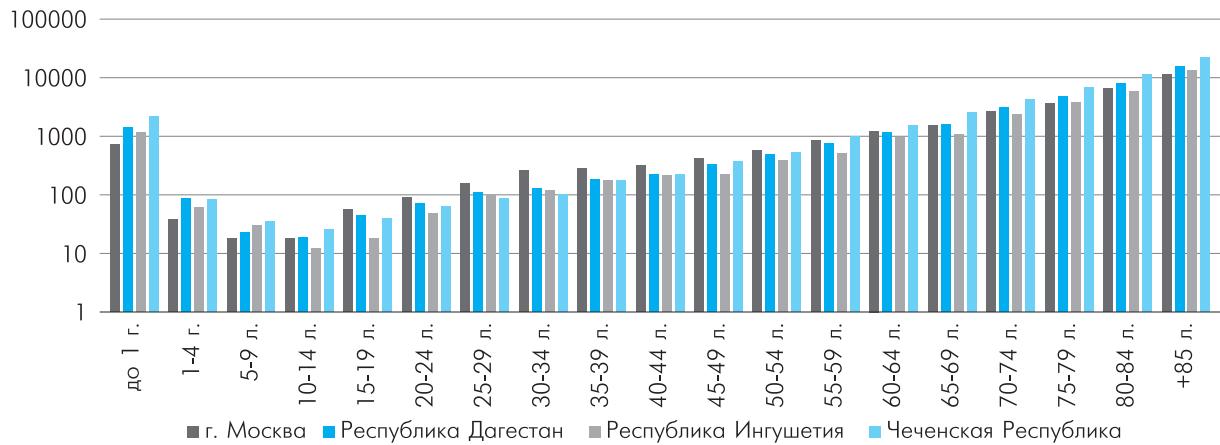


Рис. 2. Коэффициенты смертности в отдельных возрастных группах в 4 регионах РФ
(логарифмическая шкала)

12 (1023 и 1404 на 100 тыс.). В то же время в Чеченской Республике ранг изменяется значительно с 22 при стандартизации на Европейскую популяцию на 35 при стандартизации на Московскую возрастную популяцию, так как в процессе пересчета несколько меняется расчетное число умерших во всех регионах. В итоге на показатели смертности влияют как различия в возрастной структуре населения региона, так и показатели смертности в отдельных возрастных группах. При расчете на стандартизованную возрастную структуру коэффициенты смертности и ранги изменяются в зависимости от пересчитываемого на эту стандартную популяцию числа умерших.

Таким образом, представленные результаты свидетельствуют о том, что фактические показатели смертности не могут быть основой или критерием оценки результатов мер, направленных на снижение смертности населения субъекта Федерации. Для этих целей более целесообразен анализ смертности в половозрастных группах (до 1 года, от 1 года до 17 лет, 18–44 года, 45–59 лет, 60–75 лет, старше 75 лет) с последующим сопоставлением показателей между регионами и разработкой целевых программ первичной и вторичной профилактики, медико-социальной помощи для незащищенных и уязвимых слоев населения с учетом демографической структуры населения региона.

Литература

1. Вишневский А.Г. Избранные демографические труды: в 2 т. — М.: Наука, 2005. — 368 с.
2. Рыбаковский Л.Л. Прикладная демография (монография). — М.: ИСПИ РАН, 2003. — 206 с.

UDC 614.2

Boytssov S.A., Samorodskay I.B. Comparison of mortality indexes in subjects of Russian Federation: role of population's age structure (State scientific-research center of preventive medicine of Ministry of health care of Russia, Moscow, Russia)

Abstract. Significant geographical discrepancies in mortality indexes are stipulated by many factors (social-economic, climate, efficiency of functioning and amount of health care system funding, sex-age structure of population). In this article there is studied the role and significance of age structure of population in regards of regional mortality indexes. There is presented a hypothesis that neither factual nor standardized mortality indexes do not represent solid criteria for monitoring and valuating the health care efficiency programs.

Keywords: mortality due to all reasons, subjects of Russian Federation.



В.И. Стародубов,

академик РАМН, профессор, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, г. Москва, Россия

И.М. Сон,

д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, г. Москва, Россия

М.А. Иванова,

д.м.н., профессор, руководитель отделения «Нормирования труда медицинских работников» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, г. Москва, Россия, maisa961@mail.ru

Т.А. Соколовская,

к.м.н., главный специалист отделения «Нормирования труда медицинских работников» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, г. Москва, Россия, sota-73@inbox.ru

О.В. Армашевская,

к.м.н., заместитель заведующей отделением «Нормирования труда медицинских работников» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, г. Москва, Россия, ova19@yandex.ru

М.Н. Бантьева,

к.м.н., заместитель заведующей отделением «Нормирования труда медицинских работников», ведущий научный сотрудник отделения «Научных основ муниципального здравоохранения» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, г. Москва, Россия, bamani@list.ru

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ ПО НОРМИРОВАНИЮ ТРУДА ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА

УДК 331(075.8), 614.2

Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А., Соколовская Т.А., Бантьева М.Н. Современное состояние нормативно-правовой базы по нормированию труда врача-офтальмолога (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, г. Москва, Россия)

Аннотация. Существующая нормативная база не соответствует современным требованиям по оказанию специализированной медицинской помощи и нуждается в пересмотре. Одним из главных инструментов для достижения этой задачи в процессе модернизации здравоохранения является обоснование норм труда врача и среднего медицинского персонала с учетом изменившихся социальных условий жизни общества и эпидемиологической ситуации, а также существенным улучшением материально-технической базы медицинских организаций и новых требований к организации лечебно-диагностического процесса. Модернизация медицинских организаций, внедрение инновационных методов диагностики, предполагающих высокую квалификацию специалистов при недоукомплектованности кадрового состава и роста нагрузки на врача, требуют пересмотра существующих нормативов.

Ключевые слова: приказ, нормативы, деятельность, помощь, штаты, офтальмология.

органы чувств являются сложной иерархической системой, обеспечивающей контакт с окружающим миром. Около 95,0% всей информации человек получает через зрительный анализатор.

Поэтому сохранение его функциональной способности и органической целостности является одной из приоритетных задач современного здравоохранения и входит в деятельность врача-офтальмолога. В современных условиях оказания офтальмологической помощи появились новые технологии и требования к ведению пациентов, что обуславливает необходимость пересмотра существующих нормативно-правовых доку-

© В.И. Стародубов, И.М. Сон, М.А. Иванова, Т.А. Соколовская, О.В. Армашевская, М.Н. Бантьева, 2014 г.



ментов, регламентирующих деятельность специалистов, и обеспечивать доступность специализированной медицинской помощи для населения.

Попытки определения норм времени на обслуживание одного пациента в амбулаторных условиях, а также норм нагрузки и нормативов численности медицинского персонала отдельных врачебных специальностей с учетом современных требований уже предпринимались некоторыми исследователями [1–8]. На сегодняшний день требуется пересмотр устаревших норм труда всех медицинских работников с закреплением полученных в современных условиях нормативов в приказах.

Целью исследования явился анализ существующих нормативно-правовых документов, нормирующих труд врача-офтальмолога с последующей разработкой предложений по оптимизации офтальмологической помощи населению.

Материал и методы: проведен аналитический обзор нормативно-правовых документов, касающихся нормирования труда врача-офтальмолога более чем за 30-летний период.

Результаты и их обсуждение

Офтальмологическая помощь — вид медицинской помощи, оказываемой профильными врачами в специализированных лечебных учреждениях, отделениях, кабинетах с применением специальной лечебно-диагностической аппаратуры, инструментария и оборудования [9]. В структуру офтальмологической помощи входят амбулаторно-поликлиническая (участковая) и стационарная (экстренная и плановая) службы.

Амбулаторно-поликлиническое звено представлено: амбулаториями, поликлиниками по месту жительства или отделениями территориального медицинского объединения; поликлиническими подразделениями областных офтальмологических больниц; офтальмологическими диспансерами; специализированными офтальмологическими поликлиниками;

поликлиническими отделениями научно-исследовательских институтов и консультативными офтальмологическими поликлиниками региональных центров.

Соответственно имеется и несколько уровней оказания офтальмологической помощи: районный, городской, межрайонный и республиканский (областной), что определяет материально-техническую базу и кадровый состав учреждения.

По данным профессора В.В. Нероева, главного внештатного специалиста-офтальмолога Министерства здравоохранения РФ, директора МНИИ ГБ им. Гельмгольца [10], на начало 2013 г. насчитывалось 13 677 врачей-офтальмологов (что на 3,0% меньше, чем в 2012 г.) и 6335 офтальмологических кабинетов. За период 2011–2013 гг. укомплектованность штатами в медицинских организациях снизилась с 92,0 до 91,0%, а в амбулаторно-поликлиническом звене — с 91,0 до 89,0%. При этом в среднем в Российской Федерации показатель коэффициента совместительства составляет 1,3. На этом фоне за период 2012–2013 гг. возросли число посещений к врачам-офтальмологам на 73 000 человек и функция врачебной должности на 32 посещения в год (7836 против 7868, хотя по расчетным показателям, согласно Программе государственных гарантий, эта цифра должна составлять 5970 посещений в год). При этом имеется диспропорция между ростом штатных должностей и реальным числом врачей-офтальмологов, что ведет к снижению укомплектованности штатов и соответственно увеличению нагрузки на амбулаторный прием. Несмотря на рост числа офтальмологических кабинетов, доступность медицинской помощи остается на низком уровне. При высокой активности населения в отношении профилактических осмотров (34,0–35,0% от всех посещений) они являются нерезультивными с низким уровнем регистрации случаев заболеваний из-за отсутствия механизма межведомственной преемственности между медицинскими организациями.





1. Должностные инструкции врача-офтальмолога

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 541н от 23.07.2010 [11] (зарегистрирован в Минюсте РФ 25.08.2010, регистрационный № 18 247), согласно пункту 5.2.52 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития РФ, утвержденного Постановлением Правительства РФ № 321 от 30.06.2004, был утвержден Единый квалификационный справочник должностей.

Согласно этому документу, **в должностные обязанности врача-офтальмолога** входят: сбор информации о заболевании с выполнением перечня работ и услуг для его диагностики; оценка состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи; экспертиза временной нетрудоспособности, направление пациентов на медико-социальную экспертизу; разработка программы послеоперационного ведения пациентов и профилактика послеоперационных осложнений; эпидемиологические исследования и разработка мероприятий по снижению заболеваемости населения; санитарно-просветительная работа; проведение диспансеризации и оценка ее эффективности; работа с документацией; организация и контроль за деятельностью среднего медицинского персонала; повышение профессиональной квалификации.

Работа врача-офтальмолога регламентируется **Инструкцией по охране труда**. Данная Инструкция разработана с учетом требований ст. 212 Трудового кодекса Российской Федерации, пп. 13 ч. 1 ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В Инструкции определены общие требования безопасности, охраны труда перед началом, во время и по окончании работы, а также требования охраны труда в аварийных ситуациях.

2. Нормативная база деятельности врача-офтальмолога

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ [12] (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) Министерством здравоохранения РФ были приняты Приказы № 902н от 12.11.2012 [13] и № 442н от 25.10.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».

Приказом № 902н утверждался новый Порядок оказания офтальмологической помощи взрослому населению и одновременно отменялся аналогичный Приказ Министерства здравоохранения и социального развития № 115н от 27.02.2010 (зарегистрированный Министерством юстиции Российской Федерации 26.03.2010, регистрационный № 16741).

Приказ № 902н определял: **1)** функции первичной медико-санитарной помощи больным с заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты, заключающиеся в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации данных патологий, формировании здорового образа жизни, санитарно-гигиеническом просвещении; **2)** ее структуру: первичная доврачебная медико-санитарная помощь (средний медицинский персонал); первичная врачебная медико-санитарная помощь (врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики), первичная специализированная медико-санитарная помощь. Оказание данного вида медицинской помощи осуществляется в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

На должность врача-офтальмолога назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 415н от 07.07.2009 (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 26.12.2011



Таблица 1

Рекомендуемые штатные нормативы офтальмологического кабинета

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1	Врач-офтальмолог	1 на 10 000 человек прикрепленного населения
2	Медицинская сестра	1 на каждую должность врача-офтальмолога
3	Санитар	0,25 на кабинет

* Для организаций и территорий, подлежащих обслуживанию Федеральным медико-биологическим агентством, согласно распоряжению Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. № 1156-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 35, ст. 3774; № 49, ст. 5267; № 52, ст. 5614; 2008, № 11, ст. 1060; 2009, № 14, ст. 1727; 2010, № 3, ст. 336; № 18, ст. 2271; 2011, № 16, ст. 2303; № 21, ст. 3004; № 47, ст. 6699; № 51, ст. 7526; 2012, № 19, ст. 2410), количество должностей врача-офтальмолога устанавливается вне зависимости от численности прикрепленного населения.

№ 1644н) по специальности «офтальмология». Кроме этого, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 210н от 23.04.2009 «О номенклатуре специальностей с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ № 94н от 09.02.2011) врачи-офтальмологи являются выпускниками факультета «Лечебное дело» и имеют основную специальность «Офтальмология».

Офтальмологический кабинет (в соответствии с Приложением № 4 к Приказу № 902н МЗ РФ) оказывает профилактическую, консультативную, лечебную и реабилитационную медицинскую помощь, динамическое диспансерное наблюдение соответствующей категории пациентов; осуществляет профилактические осмотры прикрепленного населения; направляет на дополнительное обследование, консультацию, стационарное лечение или медико-социальную экспертизу пациентов с офтальмологической патологией; ведет учетную и отчетную документацию, сбор данных для регистров, предусмотренных законодательством.

Для офтальмологического кабинета в Приложении № 5 данного Приказа МЗ РФ представлены рекомендованные штатные нормативы (табл. 1).

Поскольку первичная медицинская помощь может оказываться и в дневных стационарах,

то в Приложении № 10 Приказа № 902н МЗ РФ даны Правила организации деятельности офтальмологического дневного стационара. Согласно этим Правилам, офтальмологический дневной стационар должен выполнять следующие функции: **а)** оказание медицинской помощи пациентам: — не требующим круглосуточного наблюдения; — выписанным из стационаров, но продолжающих лечебные мероприятия; — имеющим хроническое заболевание и требующим повторных курсов лечения; — для проведения хирургического (в том числе лазерного) лечения; — нуждающимся в ежедневном наблюдении для осуществления реабилитационных и профилактических мероприятий; **б)** внедрять в практику современные методы диагностики, лечения и реабилитации пациентов; **в)** проводить экспертизу временной нетрудоспособности; **г)** вести учетную и отчетную документацию.

Структура и штатные нормативы офтальмологического дневного стационара устанавливаются руководителем медицинского учреждения с учетом объема лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения. Рекомендованные штатные нормативы представлены в Приложении № 11 данного Приказа (табл. 2)

Приказом МЗ РФ от 25.10.2012 № 442н [14] утверждался новый Порядок оказания офтальмологической помощи детскому населению и отменялся действующий до этого времени Приказ Министерства здравоохранения





Таблица 2

Рекомендуемые штатные нормативы офтальмологического дневного стационара

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1	Заведующий офтальмологическим дневным стационаром — врач-офтальмолог	1
2	Врач-офтальмолог	1 на 20 пациенто-мест
3	Старшая медицинская сестра	1 на 20 пациенто-мест
4	Медицинская сестра процедурная	1 на 20 пациенто-мест
5	Медицинская сестра	1 на 10 пациенто-мест
6	Санитар	1 на 20 пациенто-мест

* Для организаций и территорий, подлежащих обслуживанию Федеральным медико-биологическим агентством, согласно Распоряжению Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. № 1156-р, количество штатных единиц врача-офтальмолога устанавливается вне зависимости от численности населения.

Таблица 3

№ п/п	Наименование должности	Количество штатных единиц
1	Врач-офтальмолог	1 на 10 000 прикрепленного детского населения
2	Медицинская сестра	1 на 1 врача-офтальмолога
3	Санитар	1 на 3 кабинета

Таблица 4

Рекомендуемые штатные нормативы офтальмологического кабинета охраны зрения детей

№ п/п	Наименование должности	Количество штатных единиц
1	Врач-офтальмолог	0,5 на 10 000 прикрепленного детского населения
2	Медицинская сестра	1 на 0,5 врача-офтальмолога
3	Санитар	1 на 3 кабинета

нения и социального развития № 791н от 22.07.2011 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» (зарегистрированный Министерством юстиции Российской Федерации 13 сентября 2011 г., регистрационный № 21 784).

Объем специализированной медицинской помощи детскому населению аналогичен таковому для взрослого населения, но более расширен на ранних этапах роста и развития ребенка, особенно в реанимационных неонатологических отделениях.

Также в структуре первичной помощи предусмотрена организация офтальмологических кабинетов с рекомендуемыми штатными нормативами и его комплектацией (табл. 3).

Детский офтальмологический кабинет осуществляет консультативную, диагностическую и лечебную помощь детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты.

Кроме этого, согласно Приказу № 442н (Приложение № 7), организуется кабинет охраны зрения детей, который создается для осуществления консультативной, диагностической и лечебной помощи детям с глазо-



Таблица 5

Рекомендуемые штатные нормативы медицинских работников консультативно-диагностического кабинета для выявления и наблюдения детей с ретинопатией недоношенных

№ п/п	Наименование должности	Количество штатных единиц
1	Врач-офтальмолог	0,2 на 10 000 детского населения
2	Медицинская сестра	1 на 1 врача-офтальмолога
3	Санитар	1 на 3 кабинета

Таблица 6

Штатные нормативы врачебного персонала

Наименование должности врача	Число должностей на 1000 человек населения					
	Проживающих в населенном пункте, где расположена больница, и непосредственно обслуживаемые ею		Проживающих вне населенного пункта, где расположена больница, но непосредственно обслуживаемые ею (приписной участок)		Проживающих на остальной территории района, обслуживаемых больницей (для ЦРБ без учета населения на территории деятельности РБ)	
	взрослое	детское	взрослое	детское	взрослое	детское
Врач-офтальмолог	0,04	0,08	0,02	0,08	0,01	0,01

двигательной патологией и нарушением бинокулярного зрения, патологией рефракции (близорукостью, косоглазием, нистагмом). В Приложении № 8 данного Приказа приведены рекомендуемые штатные нормативы (табл. 4).

С учетом специфики детского населения, помимо вышенназванных структур, предполагается создание консультативно-диагностических кабинетов для оказания медицинской помощи недоношенным детям группы риска по развитию ретинопатии недоношенных и детям с ретинопатией недоношенных. В Приложении № 11 приводятся рекомендуемые штатные нормативы данного кабинета (табл. 5).

По Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 543н от 15.05.2012 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-стационарной помощи взрослому населению» штатные нормативы врача-офтальмолога в поликлинике определяются 0,6 должности на 10 000 прикрепленного населения.

Наряду с последними приказами, до сих пор действуют нормативные акты, принятые Министерством здравоохранения СССР и Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

1) Приказ Министерства здравоохранения СССР № 900 от 26.09.1978 (в ред. Приказов Минздрава СССР от 24.07.1979 № 754, от 10.04.1981 № 387, от 24.06.1981 № 685, от 25.06.1981 № 693, от 23.10.1981 № 1095, от 26.02.1982 № 185, от 11.10.1982 № 999, от 11.07.1985 № 920, от 06.12.1985 № 1567-ДСП, от 30.05.1986 № 770, от 10.11.1986 № 1470, от 23.12.1986 № 1263).

Несмотря на то, что Приказом Министерства здравоохранения СССР №504 от 31.08.1989 данный нормативный акт признан рекомендательным, на сегодняшний день представленные в нем штатные нормативы не отменены. Согласно данному приказу, амбулаторная помощь населению оказывается из расчета, приведенного в таблице 6.

2) Приказом Министерства здравоохранения СССР № 999 от 11.10.1982 (в ред.





Приказов Минздрава СССР от 10.01.1983 № 16, от 16.04.1984 № 420, от 30.05.1986 № 770, от 10.11.1986 № 1470, от 29.09.1989 № 555, Приказов Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154, от 16.10.2001 № 371) были определены штатные нормативы врачей и заведующих в поликлиниках (Приложения №№ 1 и 2).

Так, должности врачей-офтальмологов поликлинического звена устанавливались из расчета 0,6 на 10 000 человек взрослого (15 лет и старше) и 0,7 на 10 000 детского городского населения, прикрепленного к поликлинике. Для использования данных специалистов в медицинских комиссиях при военкомате — из расчета 0,15 должности суммарно на 10 000 взрослого населения города или городского административного района. При этом как во взрослых, так и в детских поликлиниках должности заведующих специализированными отделениями (кабинетами) устанавливались из расчета 1 должность на 3,5 должностей врачей (ранее 0,5) по каждому из профильных отделений.

И хотя, в Приложении № 1 Приказа Министерства здравоохранения СССР № 1470 от 10.11.1986 «Об усилении медико-санитарного контроля за условиями обучения и состояния здоровья детей 6-летнего возраста» вносились поправки к штатным нормативам, принятым Приказом № 999: в частности, на 10 000 детей до 14 лет включительно (14 лет 11 мес. 29 дней), прикрепленных к поликлинике, вводилась 1 должность врача-офтальмолога, данный нормативный акт был отменен Приказом Министерства здравоохранения РФ № 398 от 23.12.2002 «Об утверждении перечня приказов Министерства здравоохранения СССР, признанных не действующими на территории Российской Федерации, по разделу «Охрана материнства и детства». Таким образом, штатные нормативы для врачей-офтальмологов остались прежними.

3) По Приказу № 391 Министерства здравоохранения СССР от 04.07.1989 (*который также не отменен*) и в соответствии с Постановлением Совета Министров

СССР от 31.07.1984 № 731 «О дополнительных мерах по улучшению обеспечения населения очками» предполагались модернизация и расширение оптической помощи населению. На основании этих законодательных актов на базах амбулаторно-поликлинических офтальмологических учреждений предполагалось создание кабинетов сложной и специальной коррекции зрения; кабинетов оптометрии и подготовка средних медицинских работников-оптометристов, в должностные обязанности которых вменялись подбор очков и выявление лиц, нуждающихся в коррекции зрения, что частично разгрузило работу врачей-офтальмологов. Кроме этого, к каждому кабинету планировалось прикрепление базового оптического предприятия, обеспечивающего прикрепленный контингент очками, разной модификации и сложности и территориальных магазинов «Оптика». Однако эта модель не нашла широкого применения в клинической практике.

Штатные нормативы данных кабинетов определены в Приложении № 9 (но уже Приказом Минздрава СССР № 504 от 31.08.1989 признаны рекомендательными) (табл. 6). Согласно этому приказу на 1 кабинет сложной и специальной коррекции зрения предполагалось по одному следующему сотруднику: заведующий (врач-офтальмолог), врач-офтальмолог, оптометрист, медсестра, санитарка, оптик.

4) До сих пор действует Приказ Министерства здравоохранения СССР № 1000 от 23.09.1981 (в ред. Приказов Минздрава СССР от 16.04.1984 № 420, от 21.12.1984 № 1440, от 22.01.1986 № 117, от 25.04.1986 № 590, от 30.05.1986 № 770, от 22.07.1987 № 902, от 24.02.1988 № 140, от 22.12.1989 № 673, с изм., внесенными Приказом Минздрава СССР от 04.05.1990 № 188). Но приведенные в нем штатные нормативы для врачей (табл. 7) утратили силу в связи с Приказом Минздрава СССР № 902 от 22.07.1987 «Об отмене планирования и оценке работы амбулаторно-поликлинических учреждений по числу посещений».



Таблица 7

Нормативы для врача-офтальмолога амбулаторно-поликлинического учреждения

Наименование должности врача	Число посещений на 1 час работы		
	в поликлинике на приеме	при профилактических осмотрах населения на выделенные дни или часы (в поликлинике и на выездах)	по обслуживанию больных на дому
Врач-офтальмолог	8	16	1,25

Таблица 8

Средние показатели, рекомендуемые для расчета территориального норматива для врача-офтальмолога в год на 1000 жителей, согласно ПГГ на 2012 год

Вид норматива	Число посещений в год		
	всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Лечебно-диагностические посещения, включая связанные с неотложной медицинской помощью	454,5	367,2	87,3
Число посещений с профилактической целью	52,4	–	52,4
Число пациенто-дней лечения в дневных стационарах всех типов	8,2	4,1	4,1

Помимо приказов, в настоящее время действуют постановления Правительства РФ и информационные письма Министерства здравоохранения и социального развития, регламентирующие деятельность врача-офтальмолога.

- Постановление Правительства РФ № 101 от 14.02.2003 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» (в ред. Постановлений Правительства РФ № 49 от 01.02.2005 и № 882 от 04.09.2012), согласно которому, рабочая неделя для врачей-офтальмологов составляет 33 часа.

- Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 20-2/10/1-8234 от 22.12.2011 «О формировании и экономическом обосновании Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» (ПГГ), в котором при-

водятся рекомендуемые нормативы посещений в год на 1000 жителей по специальностям (табл. 8).

- В Информационном письме Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-9/10/2-8309 от 08.11.2013 «О формировании и экономическом обосновании Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», приводятся новые рекомендуемые объемы по специальностям (табл. 9).

Таким образом, при обзоре нормативных актов выявлено, что в настоящее время действуют несколько разных штатных нормативов (табл. 10), что затрудняет возможность планирования и может существенно влиять на качество и объемы специализированной амбулаторно-поликлинической помощи на территории.

Из данных, представленных в таблице 10 видно, что наибольшее число должностей врачей-офтальмологов предусматривается в





Таблица 9

Средние показатели, рекомендуемые для расчета территориального норматива для врача-офтальмолога в год на 1000 жителей, согласно ПГГ на 2013 год

Вид норматива	Число посещений на 1000 жителей		
	всего	в том числе для взрослых	детей
Число посещений с профилактической целью	68,1	–	68,1
Число пациенто-дней лечения в дневных стационарах всех типов	8,2	4,1	4,1

Таблица 10

Штатные нормативы офтальмологических кабинетов

Должность	Население	Приказ МЗ РФ № 902н от 12.11.2012	Приказ МЗ РФ № 442н от 25.10.2012	Приказ МЗ СССР № 900 от 26.09.1978	Приказ МЗ СССР № 999 от 11.10.1982
Врач-офтальмолог	взрослое	1 на 10000 населения	–	0,04 на 1000 населения* 0,02 на 1000 населения** 0,01 на 1000 населения***	0,6 на 10000 населения
	детское	–	1 на 10000 населения	0,08 на 1000 населения* 0,08 на 1000 населения** 0,01 на 1000 населения***	0,7 на 10000 населения

* Проживающих в населенном пункте, где расположена больница, и непосредственно обслуживаемые ею.

** Проживающих вне населенного пункта, где расположена больница, но непосредственно обслуживаемые ею (приписной участок).

*** Проживающих на остальной территории района, обслуживаемых больницей (для ЦРБ без учета населения на территории деятельности РБ).

последних приказах Минздрава, но это не означает, что на уровне субъекта расчеты штатных нормативов будут производиться именно по ним. Следовательно, это диктует необходимость пересмотра предшествующих нормативных актов с последующей их отменой и корректировкой уже существующих в зависимости от потребности населения в данных специалистах.

Заключение

Анализ существующей нормативной базы по специальности врач-офтальмолог выявил наличие существенных противоречий в регламентирующих документах. Наряду с новыми нормативными актами, продолжают действовать приказы, принятые еще 20–30 лет назад и рассчитанные на другое ресурсное обеспечение амбулаторно-поликлинической службы.

Разные штатные нормативы вносят диссонанс в работу медицинских организаций, что затрудняет проведение адекватного научного исследования их деятельности.

Кроме этого, принятый еще в 1989 г. Министерством здравоохранения Приказ № 391 «Об организации кабинетов сложной и специальной коррекции зрения» предполагал создание клинико-диагностического комплекса офтальмологической помощи на базе амбулаторно-поликлинического звена с присоединением к нему специализированных промышленного и торгового предприятий. Однако за прошедшие 25 лет данная модель не реализовалась, что свидетельствует о несостоятельности вышеуказанного Приказа в существующих условиях.

Модернизация медицинских организаций, внедрение инновационных методов диагно-



стистики, предполагающих высокую квалификацию специалистов при недоукомплектованности кадрового состава и роста нагрузки на врача, требуют пересмотра существующих нормативов.

Предложения по нормированию труда врача-офтальмолога

1. Провести комплексное научное и клиническое исследование реальной ситуации по штатному нормированию должностей врачей-офтальмологов.

2. Разработать единые штатные нормативы для врачей-офтальмологов, отвечающие потребностям населения, и с учетом возрастных параметров и рабочего места (офтальмологический кабинет, кабинет коррекции зрения и т.д.).

3. Определить на местах функциональные возможности конкретных учреждений, оказывающих амбулаторную помощь по данной специальности, а именно: имеются ли в их структуре кабинеты сложной и специальной коррекции зрения; офтальмологические кабинеты охраны зрения детей; консультативно-диагностические кабинеты для выявления и наблюдения детей с ретинопатией недоношенных или только офтальмологические кабинеты.

4. Пересмотреть с возможной корректировкой или полной отменой следующие нормативные акты:

— Приказ Министерства здравоохранения СССР № 900 от 26.09.1978 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов» (в неоднократной редакции Приказов Минздрава СССР).

— Приказ Министерства здравоохранения СССР № 999 от 11.10.1982 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек» (в неоднократной редакции Приказов Минздрава СССР).

— Приказ № 391 «Об организации кабинетов сложной и специальной коррекции зрения».

5. Определить средние показатели для расчета территориальных нормативов лечебно-диагностических и профилактических посещений в год на 1000 детского населения.



Литература

- 1.** Иванова М.А. К вопросу о нормировании труда в дерматовенерологии//В кн. Материалы V съезда дерматовенерологов Республики Беларусь. — Минск, 2006. — С. 35–41.
- 2.** Иванова М.А., Бендриковская И.А., Никифорова Н.З., Темирджанов С.Ю. Нормирование труда врача-дерматовенеролога с учетом новых медицинских технологий как фактор повышения качества оказания медицинской помощи населению//В кн. Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении». — М., 2007. — Часть 2. — С. 224–229.
- 3.** Иванова М.А. Нормирование труда — один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным//Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. — 2007. — № 3. — <http://vestnik.mednet.ru/content/view/42/30/>.





- 4.** Иванова М.А. Ресурсное обеспечение и оптимизация медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, в условиях модернизации здравоохранения//Автореферат дис.... д.м.н.: 14.00.11, 14.00.33. — Москва, 2007. — 42 с.
- 5.** Бантьева М.Н. Научное обоснование мероприятий по оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи и ее нормативного обеспечения//Автореферат дисс... к.м.н. — Москва, 2011. — 28 с.
- 6.** Бантьева М.Н., Суханова Л.П. Вопросы оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической службы//Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. — 2011. — № 3. — URL: <http://vestnik.mednet.ru/> /content/view/309/30/.
- 7.** Бантьева М.Н., Прилипко Н.С. Нормативное обеспечение амбулаторного этапа оказания помощи по медицинской реабилитации взрослому населению России//Здравоохранение РФ. — 2013. — № 6. — С. 15–21.
- 8.** Основы нормирования труда в здравоохранении: Учебное пособие/Под ред. В.М. Шипова, О.П. Щепин. — М.: Гранть, 1998.
- 9.** Офтальмология. Национальное руководство/Под ред.: С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мoshетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахиди. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 944 с.
- 10.** Нероев В.В. Анализ современного состояния офтальмологической службы Российской Федерации, URL: <http://glaucoma.eye-portal.ru/neroev-vv-analysis-current-state-ophthalmologic-service-russia-federation> — 2013 (дата обращения 20.01.2014).
- 11.** Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
- 12.** Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 13.** Приказ Министерства здравоохранения РФ № 902н от 12.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».
- 14.** Приказ Минздрава Российской Федерации № 442н от 25.10.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».

UDC 331(075.8), 614.2

Starodubov V.I., Son I.M., Ivanova M.A., Sokolovskaya T.A., Bantyeva M.N. Current rules and law regulations for the labor of ophthalmologist [Federal research institute for health organization and informatics of ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia]

Abstract. Existing normative base does not correspond with modern requirements on providing specialized medical aid and is in need of re-consideration. One of the main instruments for achieving this objective in the process of health care modernization is objectivation of physician's work norms and of the middle-level medical staff with the regards of changed social life conditions of the society and epidemiological situation, as well as significant improvement of material-technical base of medical organizations and new requirements towards organization of aid-diagnostics process. Modernization of medical organizations, implementing innovative methods of diagnostics, suggesting high qualification of specialists along with understaffing of personnel set, and the growth of pressure on physician, require re-consideration of existing normatives.

Keywords: *order, normatives, activity, aid, states, ophthalmology.*



В.И. Горбачев,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования МЗ РФ», г. Иркутск, Россия, gorbachevvi@yandex.ru.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

УДК 614.2

Горбачев В.И. *Некоторые вопросы нормативного регулирования организации реанимационной помощи в медицинских организациях* [ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования МЗ РФ», г. Иркутск, Россия]

Аннотация. В обзоре представлены варианты организации палат реанимации и интенсивной терапии в современных профильных порядках оказания медицинской помощи взрослому населению.

Ключевые слова: порядки, приказы, палата (блок) интенсивной терапии, штатное расписание, анестезиология и реанимация

Внедрение новых порядков оказания медицинской помощи по различным профилям происходит в течение последних трех лет. За это время Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 апреля 2011 г. № 315н «Об утверждении Порядка оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению», был заменен новым Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология». Вступил в силу и Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «Анестезиология и реаниматология». Кроме этого, в большом количестве новых порядков также регламентируется деятельность службы реанимации и интенсивной терапии по соответствующему профилю, особенно в части, касающейся штатного расписания палат интенсивной терапии и реанимации (ПИТиР).

37 статья Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» гласит:

1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

© В.И. Горбачев, 2014 г.



2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

1) этапы оказания медицинской помощи;

2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);

3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;

4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;

5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Об обязательном соблюдении порядков и стандартов говорится и в первой части 79 статьи, 7-й части 80 статьи и 4-й части 81 статьи данного Закона. О соблюдении стандартов и порядков указывается и в 4-й части 35 статьи Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 11.02.2013) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В соответствии с 4 пунктом 3 части 37 статьи штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений являются рекомендуемыми, то есть формируемыми по решению руководства медицинской организации. Подходы к структурированию реанимационных служб по специальностям достаточно различны по большинству специальностей. Этот факт, порой, вызывает определенные сложности у администрации медицинских учреждений по организации палат реанимации и интенсивной терапии. Специфика в их организации есть как в порядках помощи взрослому, так и детскому населению. В данной работе попытаемся провести сравнение взглядов на организацию палат реанимации и интенсивной тера-

пии в порядках помощи взрослому населению.

В действующем в настоящее время Приказе № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология» приводятся основные штатные нормативы, которые касаются обеспечения операционных столов и палат реанимации и интенсивной терапии, реализуемые в виде отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии или отделения реанимации и интенсивной терапии, регламентированные данным порядком (табл. 1). Палата реанимации и интенсивной терапии на 6 коек обеспечиваются врачом анестезиологом-реаниматологом — 5,14 для обеспечения круглосуточной работы (2 на 6 коек); медицинская сестра-анестезист — 15,5 (то есть один круглосуточный пост на 2 койки); младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75 и санитар — 4,75 для обеспечения круглосуточной работы. Особенностью этого приказа является полная замена должности палатной медицинской сестры в отделениях анестезиологии и реанимации на должность медицинской сестры-анестезиста.

Операционная, манипуляционная, диагностический кабинет (на 1 пациенто-место): Врач-анестезиолог-реаниматолог — 5,14 для обеспечения круглосуточной работы, 1 для дневной работы; медицинская сестра-анестезист — 7,75 для обеспечения круглосуточной работы, 1,5 для дневной работы; младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75 для обеспечения круглосуточной работы и санитар — 4,75 для обеспечения круглосуточной работы; 1 для дневной работы.

Определенные отличия выявляются в Приказе № 922н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия».

В приложении № 5 по штатному расписанию хирургического дневного стационара



Таблица 1

Предлагаемое штатное расписание на 6 коек палаты реанимации и интенсивной терапии

№	Приказ МЗ РФ, специальность, нозологическая форма	Врачебные ставки	Средний медицинский персонал	Младший медицинский персонал
1	№ 919н от 15 ноября 2012 г. «Аnestезиология и реаниматология»	врач-анестезиолог-реаниматолог — 5,14 должности (2 на 6 коек)	медицинская сестра-анестезист — 15,5	младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75 и санитар — 4,75
2	№ 931н от 15 ноября 2012 г. «Нейрохирургия»	врач-нейрохирург — 5,14	медицинской сестры палатной (постовой) — 1 должность для обеспечения круглосуточной работы	санитар — 9,75 должностей для обеспечения круглосуточной работы
3	№ 898н от 12 ноября 2012 г. «Торакальная хирургия»	врач-анестезиолог-реаниматолог — 5,14	медицинская сестра-анестезист — 5,14 на 3 койки	младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75 и санитар — 4,75
4	№ 918н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Кардиологическое отделение	врач-анестезиолог-реаниматолог — 5,14	медицинская сестра-анестезист — 7,75	младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75 и санитар — 4,75
5	№ 918н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Кардиохирургическое отделение	врач-анестезиолог-реаниматолог — 5,14	медицинская сестра-анестезист — 7,75	младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75 и санитар — 4,75
6	№ 916н от 15 ноября 2012 г. «Пульмонология»	врач-анестезиолог-реаниматолог — 5,14	медицинская сестра — 5,14	младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75
7	№ 930н от 15 ноября 2012 г. «Гематология»	врач-анестезиолог-реаниматолог — 5,14; врач-гематолог — 4,75; врач-трансфузиолог — 4,75	палатная (постовая) медицинская сестра — 4,75; медицинская сестра процедурной — 1	младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75 (6 ставок санитаров на все отделение)
8	№ 928н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»	Врач-невролог — 4,75; врач-анестезиолог-реаниматолог — 0,5	1 на 3 койки медицинской сестры палатной (постовой), 0,5 на 6 коек БИТ медицинской сестры процедурной	младшая медицинская сестра по уходу за больными — 1; санитар — 2

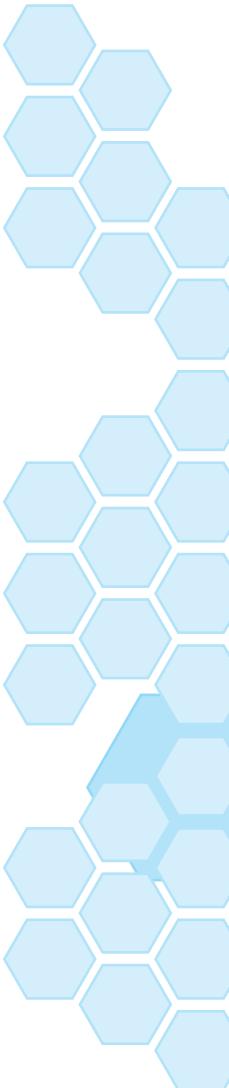




Таблица 1, окончание

№	Приказ МЗ РФ, специальность, нозологическая форма	Врачебные ставки	Средний медицинский персонал	Младший медицинский персонал
9	№ 929н от 15 ноября 2012 г. «Наркология»	врач-анестезиолог- реаниматолог — 5,14	медицинская сестра- анестезист — 5,14 на 2 койки	младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75; санитар — 2 (для работы в смену).
10	№ 915н 15 ноября 2012 г. «Онкология»	врач-анестезиолог- реаниматолог — 5,14	медицинская сестра палатная — 4,75 на 3 койки; медицинский технолог (фельдшер-лаборант) — 4,75, медицинская сестра перевязочной — 2 на 12 коек	младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75; сестра-хозяйка — 1 и санитар — 1

при отсутствии в структуре медицинской организации общего операционного блока и анестезиологической службы предусмотрены одна должность врача-анестезиолога-реаниматолога не на операционный стол, а на операционный блок, должность медицинской сестры-анестезиста по 1 на 1 операционный стол и не менее одного санитара на операционный блок. Следовательно, если в операционном блоке более одного операционного стола, то врач остается все равно одним. В приложении № 8, посвященном штатному расписанию хирургического отделения, также при отсутствии в структуре медицинской организации общего операционного блока и анестезиологической службы для обеспечения круглосуточной работы предлагается 5,14 должности на операционный блок врача-анестезиолога-реаниматолога и 5,14 должности медицинской сестры-анестезиста на операционный стол. Структура палаты реанимации и интенсивной терапии в этом порядке не рассматривается.

Следует отметить, что в ряде профильных приказов организация анестезиолого-реанимационной помощи не представлена. Так, в Приказе № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Травматология и ортопедия» от

12 ноября 2012 г. в структуре отделения травматологии и ортопедии рекомендуется предусматривать: палату интенсивной терапии (при необходимости) без конкретных рекомендаций по штатному расписанию, хотя логично предусматривается необходимое анестезиолого-реанимационное оборудование. Аналогичное рекомендовано Приказом от 12 ноября 2012 г. № 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Урология».

Достаточно разнообразны идеологии организации палаты реанимации и интенсивной терапии в составе профильных отделений, выдвинутых в порядках по другим специальностям. Рассмотрим рекомендации по штатному расписанию палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии Приказа № 931н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Нейрохирургия». В приложении № 1 по правилам организации деятельности нейрохирургического отделения говорится: в структуре отделения рекомендуется предусматривать: палату (блок) реанимации и интенсивной терапии, составляющую не менее 20% коечного фонда отделения (пункт 7); в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии направ-



ляются больные с заболеваниями и состояниями нейрохирургического профиля и с нарушениями сознания, требующие аппаратной вентиляции и постоянного мониторирования жизненно важных функций (пункт 9). А вот в приложении № 2, посвященном штатному расписанию для обеспечения круглосуточной работы в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии, предусмотрено 5,14 должности на 6 коек врача-нейрохирурга, но не анестезиолога-реаниматолога, в отличие от других порядков, одна должность на 6 коек (для обеспечения круглосуточной работы в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии) медицинской сестры палатной (постовой). И в помощь палатной сестре 9,75 на 6 коек (для обеспечения круглосуточной работы) должности санитара.

Наиболее близко к анестезиолого-реанимационному порядку (Приказ № 919н) штатное расписание палаты реанимации и интенсивной терапии отделения хирургического торакального специализированного (приложение № 9) порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Торакальная хирургия», утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 898н. Для обеспечения работы данной палаты предусмотрено 5,14 должности на 6 коек врача-анестезиолога-реаниматолога, медицинской сестры-анестезиста — 5,14 на 3 койки, 4,75 на 6 коек младшей медицинской сестры по уходу за больными и 4,75 должности санитара на 6 коек палаты реанимации и интенсивной терапии.

Штатное расписание, рекомендуемое для палат реанимации и интенсивной терапии в составе кардиологического и особенно кардиохирургического отделения, в соответствии с Приказом от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» можно поставить особняком. Для обеспечения круглосуточной работы палаты реанимации на 6 коек пре-

дусмотрено 5,14 должности врача анестезиолога-реаниматолога, 7,75 медицинской сестры-анестезиста, 4,75 младшей медицинской сестры по уходу за больными и столько же ставок санитара (приложения № 12 и № 26). Необходимо отметить, что рекомендуемое количество ставок среднего медицинского персонала в два раза меньше, чем в Приказе № 919н. В этом порядке в структуре диспансера предусмотрено и наличие отдельного отделения анестезиологии-реанимации.

Палата реанимации и интенсивной терапии предусмотрена и в Порядке оказания медицинской помощи населению по профилю «Пульмонология», утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 916н. Для обеспечения круглосуточной работы палаты реанимации предусмотрено 5,14 должности врача анестезиолога-реаниматолога на 6 коек, 5,14 — медицинской сестры и 4,75 — младшей медицинской сестры по уходу за больными на каждые 3 койки ПИТИР, санитаров нет.

Интересное соотношение врачей и среднего медицинского персонала предлагается в блоке интенсивной терапии Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Гематология», утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 930н (приложение № 13). На 6 койках блока интенсивной терапии круглосуточно должны работать врач анестезиолог-реаниматолог (5,14 должности), врач-гематолог (4,75) и врач-трансфузиолог (4,75). А вот среднего медицинского персонала значительно меньше: палатная (постовая) медицинская сестра — 4,75 на 6 коек, 1 на 6 коек БИТ медицинская сестра процедурной и 4,75 младшей медицинской сестры по уходу за больными также на 6 коек. Кроме этого, предусмотрено 6 должностей санитара, но на все отделение.

И, наверное, последний из терапевтических порядков, описывающих деятельность





палаты реанимации и интенсивной терапии, заслуживающий особое внимание, — это Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 929н). В соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, в структуре которого создана палата (блок) реанимации и интенсивной терапии (приложение № 2) для обеспечения круглосуточной работы в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии, предусмотрено 4,75 должности врача-невролога, 1 на 3 койки медицинской сестры палатной (постовой), 0,5 на 6 коек БИТ медицинской сестры процедурной, 1 на 6 коек младшей медицинской сестры по уходу за больными и 2 ставки санитара. Кроме этого, рекомендуется предусматривать должность врача-анестезиолога-реаниматолога из расчета 0,5 на 6 коек блока интенсивной терапии (БИТ). В блоке интенсивной терапии должны быть предусмотрены и другие специалисты: врач по лечебной физкультуре, врач по медицинской реабилитации, врач-физиотерапевт, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии, инструктор-методист по лечебной физкультуре из расчета 0,25 на 6 коек палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии, логопед, медицинский психолог, социальный работник из расчета 1 на 12 коек для палаты (блока) интенсивной терапии и реанимации. По решению руководителя медицинской организации палата (блок) реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения может являться самостоятельным структурным подразделением медицинской организации.

В рекомендуемых штатных нормативах палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии отделения неотложной наркологической помощи (Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Наркология»

утвержен Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 929н) введена даже должность заведующего палатой (не отделением???) — врач-анестезиолог-реаниматолог (1 ставка). Штатное расписание: врач-анестезиолог-реаниматолог — 5,14 для обеспечения круглосуточной работы на 6 коек; медицинская сестра-анестезист — 5,14 на 2 койки; младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75 на 6 коек; санитар — 2 (для работы в смену).

В пункте 5 приложения №11 данного приказа предусмотрено следующее: в медицинских организациях, имеющих в своем составе палату (блок) реанимации и интенсивной терапии отделения неотложной наркологической помощи, рекомендуется предусматривать дополнительно должности врача клинической лабораторной диагностики, медицинского лабораторного техника из расчета 4,75 на 6 коек для обеспечения круглосуточной работы палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии отделения неотложной наркологической помощи.

В Приказе № 915н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Онкология» рассмотрены уже не палаты (блоки) интенсивной терапии и реанимации (приложение № 8 «Рекомендуемые штатные нормативы отделений онкологического диспансера»), а отделения анестезиологии и реанимации и реанимации и интенсивной терапии.

Отделение анестезиологии и реанимации онкологического диспансера: заведующий отделением анестезиологии-реанимации — врач анестезиолог-реаниматолог — 1 на отделение, врач анестезиолог-реаниматолог — 1,5 должности на 1 операционный стол, 5,14 на 250 коек для обеспечения, 1 для обеспечения работы отделения радиохирургических методов диагностики и лечения, 1 на 10 коек или 20 пациенто-мест (для обеспечения работы дневного стационара), старшая



медицинская сестра — 1 для обеспечения работы отделения радиохирургических методов диагностики и лечения (цит. по тексту Приказа), медицинская сестра-анестезист — 2 на 1 врача-анестезиолога-реаниматолога, 1 на 10 коек или 20 пациенто-мест (для обеспечения работы дневного стационара), сестра-хозяйка — 1, санитар — 1.

Отделение реанимации и интенсивной терапии онкологического диспансера. Несмотря на название данной структуры отделением, должности заведующего не предусмотрено. Далее: врач анестезиолог-реаниматолог — 4,75 на 6 коек для обеспечения круглосуточной работы, старшая медицинская сестра — 1 на отделение, медицинская сестра палатная — 4,75 на 3 койки, медицинский технолог (фельдшер-лаборант) — 4,75 на 6 коек, медицинская сестра перевязочной — 2 на 12 коек, младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,75 на 6 коек, сестра-хозяйка — 1 и санитар — 1.

Ну, и совершенно колossalный как по объему, так и по наполнению порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н. Как уже и было обозначено, штатное расписание палат реанимации для новорожденных мы не рассматриваем.

В приложении № 7 предложена штатная структура родильного дома (отделения). Пункт 1 (акушерский стационар): заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии — врач-анестезиолог-реаниматолог — 1 должность, врач-анестезиолог-реаниматолог — 4,75 должности: на 6 индивидуальных родовых; на 2 операционных и дополнительно 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств; на 6 коек в отделении анестезиологии-реаниматологии (палате интенсивной терапии) для женщин; в акушерском дистанционном консультативном центре; в выездной

анестезиолого-реанимационной акушерской бригаде для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи; 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств (цит. по тексту Порядка), старшая медицинская сестра — 1 должность в отделении анестезиологии-реаниматологии для женщин, медицинская сестра палатная (постовая) — 4,75 должности на 2 койки в отделении анестезиологии-реаниматологии (палате интенсивной терапии) для женщин, медицинская сестра-анестезист — 1,5 должности на каждую должность врача-анестезиолога-реаниматолога; 4,75 должности в выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригаде для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, санитар — 4,75 должности: на 6 коек в отделении анестезиологии-реаниматологии (палате интенсивной терапии) для женщин и санитар (уборщица) — 1 должность в отделении анестезиологии-реаниматологии для женщин.

В приложении № 9 изложены правила организации деятельности перинatalного центра. Штатная структура анестезиолого-реанимационной службы практически не отличается от расписания родильного дома (отделения) (приложение № 10). В гинекологическом же отделении с операционными предусмотрено 4,75 должности врача-анестезиолога-реаниматолога на 2 операционные и дополнительно 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств и медицинская сестра-анестезист — 1,5 должности на каждую должность врача-анестезиолога-реаниматолога. В гинекологическом отделении дневного стационара центра охраны здоровья семьи и репродукции (приложение № 23) количество врачей-анестезиологов-реаниматологов зависит от количества коек (1 должность на 10 коек), медицинской сестры-анестезиста — соответственно 1,5 должности на каждую должность врача-анестезиолога-реаниматолога. Необходимо сказать, что только в данном профильном порядке нами были найдены правила органи-





зации деятельности отделения анестезиологии-реаниматологии перинатального центра и родильного дома (приложение № 12).

Заключение

В большинстве стран в профильных блоках интенсивной терапии работают врачи по конкретной специальности, так как, анестезиология зачастую реализована только для обеспечения анестезиологических пособий. В нашей стране эта специальность является двуединой — анестезиология-реаниматология, и именно

это накладывает особенности на подготовку данных специалистов и, естественно, организацию службы. Представленный анализ анестезиолого-реанимационного обеспечения, а именно, штатного расписания ряда профильных порядков, показывает неоднозначность подходов и отсутствие унифицированности по структуре данной службы. Это вызывает определенные сложности по ее организации в многопрофильных стационарах и порой требует дополнительных разъяснений и нестандартных управленческих решений.

UDC 614.2

Gorbachev V.I. Several questions of normative regulation of organizing intensive care in medical institutions
(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkutsk, Russia)

Abstract. The review presents options for organization of chambers of resuscitation and intensive therapy in advanced profile orders of rendering medical assistance to adult population.

Keywords: orders, leadings, intensive care unit (ICU), manning table, anesthesiology and intensive care.

Разъяснение

ФАС РОССИИ РАЗЪЯСНИЛА НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К РЕКЛАМЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ



Федеральная антимонопольная служба России напоминает, что, согласно изменениям, принятым 317-ФЗ от 25 ноября 2013 года, с 1 января 2014 года реклама ЛС в формах и дозировках, отпускаемых по рецептам, медизделий, использование которых возможно при получении спецподготовки, а также медуслуг, в том числе методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, возможна лишь в местах проведения медицинских и фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий. Что касается печатной рекламы, то реклама перечисленных товаров и услуг возможна в специализированных изданиях для медицинских и фармацевтических работников.

При этом с учетом мнения ФАС, сама по себе реклама медучреждения, не содержащая указаний на конкретные медуслуги, не подпадает под действие перечисленных условий.

«На рекламу медицинской деятельности, например, стоматологии, психиатрии, офтальмологии и пр., не содержащую указания на конкретные медицинские услуги, требования ч. 8 ст. 24 ФЗ «О рекламе» не распространяются», отмечается в сообщении ФАС.

Источник: <http://vademec.ru>



О.В. Романовская,

д.ю.н., профессор кафедры частного и публичного права Пензенского государственного университета, г. Пенза, Россия, vlad93@sura.ru

ПОНЯТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РОССИЙСКОМ ПРАВЕ¹

УДК 347.948.2

Романовская О.В. Понятие медицинской экспертизы в российском праве (Пензенский государственный университет, г. Пенза, Россия)

Аннотация: В статье анализируются понятие медицинской экспертизы (его особенности и юридико-технические недостатки), видовая классификация, а также перспективы появления биомедицинской экспертизы. Рассматриваются правовые основы осуществления контроля за порядком производства медицинской экспертизы. Уделается внимание регулированию осуществления независимой экспертизы.

Ключевые слова: медицинская экспертиза, биомедицинская экспертиза, независимая экспертиза, контроль.

Наконец-то давно принят Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»² (далее — Закон об основах охраны здоровья граждан), который по праву можно считать системообразующим в области здравоохранения. Данный закон содержит специальную главу 7, посвященную медицинской экспертизе и медицинскому освидетельствованию. Статья 58, «открывающая» главу, устанавливает общее понятие медицинской экспертизы, представляет классификацию ее видов (содержательная характеристика изложена в последующих статьях главы 7), а также закладывает общие положения независимой экспертизы. Однако уже к базовым нормам есть некоторые претензии юридико-технического характера.

Так, нельзя признать удачным само понятие медицинской экспертизы. Недостатки лучше всего видны при проведении компаратористского исследования. Анализ законодательных актов, принятых в странах СНГ, показывает, что в них отсутствует стандартное понятие медицинской экспертизы, которое бы охватывало все ее виды. Например, статья 57 Кодекса Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения содержит лишь общее указание, что экспертиза в области здравоохранения является составной частью обеспечения охраны здоровья граждан. А далее перечислены виды экспертиз в области здравоохранения:

- 1) экспертиза качества медицинских услуг;
- 2) экспертиза временной нетрудоспособности;
- 3) военно-врачебная экспертиза;
- 4) судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая экспертизы;
- 5) санитарно-эпидемиологическая экспертиза;

¹ Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 13-03-00132.

² Собрание законодательства РФ. — 2004. — № 31. — Ст. 3215.



6) экспертиза лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

7) научно-медицинская экспертиза.

Российское определение заключается в следующем: Медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина. С первых же строк видно, что медицинская экспертиза не обозначена как вид медицинской деятельности, осуществляющейся на профессиональной основе. В то же время в статье 2 Закона об основах охраны здоровья граждан представлено понятие медицинской деятельности, под которой понимается «профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований...». Получается, связь от деятельности к экспертизе выстроена, но обратная последовательность не соблюдена. Исходя же из определения медицинской экспертизы, неясно, относится ли она вообще к виду медицинской деятельности, и вправе ли ее осуществлять только медицинские работники? Цели медицинской экспертизы также выражены в обтекаемых выражениях, которые призваны охватить всю возможную палитру медицинских экспертиз: «...в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина». Соотношение же с целями, которые представлены в самостоятельных статьях, посвященных конкретным видам экспертиз, показывает, что в зависимости от видовой принадлежности появляются новые цели, не закрепленные в общем понятии. Например,

весьма широко трактуется целевая направленность военно-врачебной экспертизы. Статья 61 Закона об основах охраны здоровья граждан предусматривает:

«1. Военно-врачебная экспертиза проводится в целях:

1) определения годности к военной службе (приравненной к ней службе), обучению (службе) по конкретным военно-учетным специальностям (специальностям в соответствии с занимаемой должностью);

2) установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих (приравненных к ним лиц, граждан, призванных на военные сборы) и граждан, уволенных с военной службы (приравненной к ней службы, военных сборов), с прохождением военной службы (приравненной к ней службы);

3) решения других вопросов, предусмотренных законодательством Российской Федерации».

Как видно, в законе используется широкая формула — «решение других вопросов», которые, в принципе, могут охватывать проблемы немедицинского характера.

Медико-социальная экспертиза проводится в целях определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, которые не ограничиваются сферой охраны его здоровья, а затрагивают различные вопросы оказания социальной помощи.

Кратка статья 62 Закона об основах охраны здоровья граждан, указывающая, что судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами. Содержится также ссылка к законодательству Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности. Назначенная судом экспертиза может носить комплексный характер, что отражается в нормах процессуальных кодексов — ГПК РФ и УПК РФ. Так, вред здоровью может быть причинен во время



нахождения в медицинской организации на лечении, но действиями как медицинского, так и немедицинского работника.

В статье 58 Закона об основах охраны здоровья граждан ничего не сказано о контроле за порядком производства медицинской экспертизы, который осуществляется в соответствии с подзаконным актом — Административным регламентом Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения³. В нем специально закрепляется, что Регламент разработан в целях обеспечения контроля за соблюдением организациями, осуществляющими производство медицинской экспертизы, требований к производству медицинской экспертизы, установленных законодательством РФ, и распространяется на осуществление контроля за порядком организации и производства экспертизы временной нетрудоспособности, судебно-медицинской экспертизы, судебно-психиатрической экспертизы, военно-врачебной экспертизы и независимой военно-врачебной экспертизы. В соответствии с данным документом Росздравнадзор осуществляет:

- планирование исполнения государственной функции по контролю за порядком производства медицинской экспертизы, в том числе Управлениями Росздравнадзора по субъектам РФ;

- получение и анализ сведений о результатах проведенных Управлениями Росздравнадзора по субъектам РФ плановых и внеплановых проверок соблюдения обязательных требований субъектами производства медицинской экспертизы;

- плановые и внеплановые проверки соблюдения обязательных требований субъектами производства медицинской экспертизы.

Управления Росздравнадзора по субъектам РФ осуществляют:

- плановые⁴ и внеплановые проверки

соблюдения обязательных требований субъектами производства медицинской экспертизы;

- предоставление сведений о результатах проведенных плановых и внеплановых проверок соблюдения обязательных требований субъектами производства медицинской экспертизы.

Внеплановые проверки порядка организации и производства медицинской экспертизы проводятся в целях:

- проверки сведений о фактах угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан или причинения такого вреда субъектами производства медицинской экспертизы;

- проверки выполнения предписаний Росздравнадзора (Управлений Росздравнадзора по субъектам РФ).

Основанием для проведения внеплановой проверки являются:

- истечение срока исполнения субъектом производства медицинской экспертизы ранее выданного предписания об устранении выявленного нарушения обязательных требований;

- поступление в Росздравнадзор (Управления Росздравнадзора по субъектам РФ) обращений и заявлений граждан, организаций, информации от органов государственной власти, органов местного самоуправления, из средств массовой информации о фактах угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан, причинения вреда жизни, здоровью граждан;

- приказ руководителя Росздравнадзора, изданный в соответствии с поручениями Президента РФ, Правительства РФ и на основании требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям.

Предметом государственного контроля за порядком производства медицинской экспер-

³ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 7 ноября 2011 г. № 1330н//Российская газета. — 2011. — № 296. — 30 декабря.

⁴ Сведения о проведении плановых проверок размещаются на официальном сайте Росздравнадзора. Плановая проверка проводится не более чем один раз в три года.





тизы является проверка соблюдения субъектами производства медицинской экспертизы обязательных требований, соответствующих конкретному виду медицинской экспертизы.

Особо следует отметить, что статья 58 Закона об основах охраны здоровья граждан закладывает правовые основы независимой медицинской экспертизы. Условием ее проведения выступает несогласие гражданина с заключением медицинской экспертизы, осуществляющей в общем порядке. Закон устанавливает, что Положение о независимой медицинской экспертизе должно быть утверждено Правительством РФ. Данный документ до настоящего времени не принят. Само же правило о независимой экспертизе вступает в силу с 1 января 2015 г. (ч. 5 статьи 101 Закона об основах охраны здоровья граждан). В то же время Положение о независимой военно-врачебной экспертизе утверждено Постановлением Правительства РФ от 28 июля 2008 г. № 574⁵ и действует по настоящее время (ч. 4 статьи 58 Закона об основах охраны здоровья граждан действует на общих основаниях). Ранее действовавшие Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан предусматривали, что независимая медицинская экспертиза проводится также, когда оспаривается заключение о причине смерти и диагнозе заболевания, выдаваемое по результатам патолого-анатомического вскрытия. Сейчас же предполагается, что будет единое положение о независимой медицинской экспертизе.

Некоторые ведомственные акты также предусматривают проведение независимой медицинской экспертизы. В частности, согласно Приказу Минздравмедпрома РФ № 369, Минобразования РФ № 641 от 25 декабря 1995 г. «О медицинском освидетельствовании детей, передаваемых на воспитание в семью»⁶, кандидаты в усыновители

имеют право на независимую экспертизу в медицинских учреждениях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность по вопросам, связанным с освидетельствованием состояния здоровья ребенка, передаваемого на воспитание в семью. Приказ уточняет, что независимое медицинское освидетельствование осуществляется при участии медицинского работника учреждения, из которого ребенок передается на воспитание в семью.

В юридической науке высказывалось мнение о неточности наименования «независимая экспертиза». «В соответствии с действующей правовой доктриной и законодательством России, — отмечают А.А. Мохов и А.А. Меденцов. — эксперт — это самостоятельная и независимая процессуальная фигура, призванная содействовать направлению правосудия. Его отличительным признаком является объективная незаинтересованность в исходе дела. Более того, дача объективного заключения по делу — основная обязанность эксперта (ч. 1 ст. 85 ГПК РФ, ст. 57 УПК РФ), невыполнение которой может повлечь за собой применение различных мер юридической ответственности»⁷. Авторы также ссылаются на статью 7 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»: «При производстве судебной экспертизы эксперт независим, он не может находиться в какой-либо зависимости от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела... Не допускается воздействие на эксперта со стороны судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров, а также иных государственных органов, организаций, объединений и отдельных лиц в целях получения заключения в пользу кого-либо из участников процесса или в интерес-

⁵ Собрание законодательства РФ. — 2008. — № 31. — Ст. 3744.

⁶ Российские вести. — 1996. — № 77.

⁷ Мохов А.А., Меденцов А.А. К вопросу о назначении «независимых» экспертиз при направлении правосудия//Арбитражный и гражданский процесс. — 2005. — № 12.



сах других лиц». Поскольку, по мнению ученых, экспертиза не может быть иной, кроме как независимой, в законе идет речь об «альтернативной» экспертизе (дополнительной, повторной), что и следует указать в самом законе.

Проблема независимой медицинской экспертизы неоднократно поднимается в связи с ведомственной подчиненностью медицинских учреждений органам управления здравоохранением, а также с «духом корпоративности» врачей. Наибольшую актуальность данный аспект приобретает по «врачебным» делам, причем как гражданского-правового, так и уголовно-правового характера. Следует отметить, что до реального формирования независимых служб, способных давать объективную профессиональную экспертизу, еще, по-видимому, далеко. Как отмечает А.А. Мохов: «Чиновниками от здравоохранения чинятся всевозможные препятствия, чтобы не допустить развития частной судебной медицинской экспертной деятельности. Государственная монополия при всей ее неэффективности удобнее в управлении и позволяет длительное время скрывать от «непосвященных» имеющиеся проблемы»⁸. Есть также объективные опасения, не станет ли платная экспертиза следовать принципу: «кто платит, тот и музыку заказывает».

Некоторые авторы считают, что российское законодательство позволяет выступать в суде независимым специалистам при производстве судебно-медицинской экспертизы, ссылаясь на код по ОКВЭД 85.14.6 — Деятельность судебно-медицинской экспертизы⁹. Данная точка зрения является ошибочной. Врач из частной системы здравоохранения будет выступать в суде, по общему правилу, в качестве специалиста (а не эксперта) и только в том случае, если суд согласится с

заявленным ходатайством сторон или оформит привлечение к процессу по собственной инициативе. Аналогичный порядок присутствует в уголовном судопроизводстве. «При выборе врачей, — отмечает И.В. Гецманова. — в качестве экспертов особое значение приобретает выполнение требований уголовно-процессуального закона (ст. ст. 61, 69, 70 УПК РФ), касающихся незаинтересованности, независимости экспертов. В идеальной ситуации полноценную правовую оценку их деятельности могли бы дать юристы с высшим медицинским образованием, однако достичь такого положения в существующих условиях крайне сложно... В настоящее время на практике данная проблема решается посредством приглашения одной из сторон в суд специалиста для оценки проведенной судебно-медицинской экспертизы и дачи заключения, и нередки случаи, когда суды соглашаются с его выводами»¹⁰.

При этом необходимо учитывать различия в процессуальном статусе специалиста и эксперта. Так, в гражданском судопроизводстве статья 79 ГПК РФ устанавливает: «При возникновении в процессе рассмотрения дела вопросов, требующих специальных знаний в различных областях науки, техники, искусства, ремесла, суд назначает экспертизу. Проведение экспертизы может быть поручено судебно-экспертному учреждению, конкретному эксперту или нескольким экспертам». Статья 85 ГПК РФ закрепляет обязанности и права эксперта, статья 86 ГПК РФ устанавливает требования к заключению эксперта. Статья 188 ГПК предусматривает: «В необходимых случаях при осмотре письменных или вещественных доказательств, воспроизведении аудио- или видеозаписи, назначении экспертизы, допросе свидетелей, принятии мер по обеспечению доказательств суд может

⁸ Мохов А.А. Организационно-правовые проблемы судебно-медицинской экспертизы по «врачебным» делам//Арбитражный и гражданский процесс. — 2002. — № 6.

⁹ Федосюткин Б.А. Некоторые аспекты медицинской криминалистики//Адвокат. — 2007. — № 7.

¹⁰ Гецманова И.В. Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи//Медицинское право. — 2007. — № 2.





привлекать специалистов для получения консультаций, пояснений и оказания непосредственной технической помощи (фотографирования, составления планов и схем, отбора образцов для экспертизы, оценки имущества). Закон дополняет, что специалист дает суду консультацию в устной или письменной форме, исходя из профессиональных знаний, без проведения специальных исследований, назначаемых на основании определения суда.

В любом случае при возникновении сомнений в правильности или обоснованности результатов судебно-медицинской экспертизы или ее недостаточной ясности, неполноты в процессуальных кодексах устанавливается возможность назначения повторной или дополнительной экспертизы (которая не является независимой по смыслу статьи 58 Закона об основах охраны здоровья граждан). При этом ходатайства сторон будут недостаточно, так как назначение альтернативной экспертизы является правом, но не обязанностью суда. «С нашей точки зрения, отказ суда в назначении повторной судебной экспертизы, когда сам истец на ней настаивает и намеревается ее оплачивать, следует расценивать как воспрепятствование представлению стороной доказательств, что в соответствии со статьей 56 ГПК РФ является ее процессуальной обязанностью»¹¹.

В условиях развития биомедицинских технологий к экспертной деятельности могут предъявляться особые требования. Однако понятие медицинской экспертизы «расплывается» в проекте Федерального закона «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов»¹², вынесенного на обсуждение общественности Министерством здравоохранения России¹³. В нем содержится указание на проведение «биомедицинской экспертизы» биомедицинских клеточных продуктов. Закрепля-

ется также понятие этической экспертизы. Проект устанавливает, что биомедицинская экспертиза биомедицинских клеточных продуктов проводится поэтапно:

1) на первом этапе — экспертиза безопасности биомедицинского клеточного продукта, состава образцов и методов контроля качества биомедицинских клеточных продуктов и экспертиза документов для получения разрешения на проведение клинического исследования биомедицинского клеточного продукта;

2) на втором этапе — экспертиза эффективности применения биомедицинского клеточного продукта и экспертиза отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения биомедицинского клеточного продукта, осуществляемые после проведения клинического исследования биомедицинского клеточного продукта.

В соответствии со статьей 16 законопроекта биомедицинская экспертиза биомедицинских клеточных продуктов проводится комиссией экспертов экспертного учреждения, назначенной его руководителем, на основании задания на проведение биомедицинской экспертизы биомедицинских клеточных продуктов, выданного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Руководитель экспертного учреждения обеспечивает надлежащее проведение биомедицинской экспертизы биомедицинских клеточных продуктов в соответствии с заданием, выданным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и организует подготовку сводного заключения этой комиссии. Проект определяет статус эксперта (права, обязанности, запреты). Несмотря на то, что этическая экспертиза имеет существенные отличия от медицинской, проект определяет, что экспертами могут быть представители медицинских, научных организаций.

¹¹ Козьминых Е. Быть ли судебно-медицинской экспертизе независимой? // ЭЖ-Юрист. — 2005. — № 46.

¹² См.: URL: http://www.rosminzdrav.ru/docs/doc_projects/905.

¹³ См.: Романовский Г.Б. Правосубъектность граждан в условиях развития современных биотехнологий // Гражданин и право. — 2012. — № 9. — С. 18–25; Романовский Г.Б. Правовое регулирование биомедицинских технологий: проблемы и перспективы // Правоведение. — 2011. — № 4. — С. 111–127.



На основе вышеизложенного можно представить общий вывод: формулирование общего понятия медицинской экспертизы (статья 58 Закона об основах охраны здоровья граждан) представляется излишним. Определение не охватывает все возможные признаки и всегда будет страдать тем или иным недостатком, вытекающим из специфики той или иной разновидности медицинской экспертизы. Расширение же понятия приве-

дет к утрате «самобытности», к превращению в набор общих слов, не имеющих узко-отраслевого смысла. Законодателю необходимо было сосредоточиться на видовой классификации медицинской экспертизы, дополнив уже сложившийся традиционный перечень таким видом, как научно-медицинская экспертиза, которая бы охватывала новые разновидности: биомедицинская и биоэтическая экспертизы.



Литература

- 1.** Гецманова И.В. Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи//Медицинское право. — 2007. — № 2. — С. 33–40.
- 2.** Козьминых Е. Быть ли судебно-медицинской экспертизе независимой?//ЭЖ-Юрист. — 2005. — № 46.
- 3.** Мохов А.А. Организационно-правовые проблемы судебно-медицинской экспертизы по «врачебным» делам//Арбитражный и гражданский процесс. — 2002. — № 6. — С. 10–13.
- 4.** Мохов А.А., Меденцов А.А. К вопросу о назначении «независимых» экспертиз при отправлении правосудия//Арбитражный и гражданский процесс. — 2005. — № 12. — С. 7–9.
- 5.** Романовский Г.Б. Правовое регулирование биомедицинских технологий: проблемы и перспективы//Правоведение. — 2011. — № 4. — С. 111–127.
- 6.** Романовский Г.Б. Правосубъектность граждан в условиях развития современных биотехнологий//Гражданин и право. — 2012. — № 9. — С. 18–25.
- 7.** Федосюткин Б.А. Некоторые аспекты медицинской криминалистики//Адвокат. — 2007. — № 7. — С. 28–37.



UDC 347.948.2

Romanovskaya O.V. *The concept of medical expertise in the russian law* (Penza State University, Penza, Russia)

Abstract: This article analyzes the concept of the medical expertise (its characteristics and legal and technical constraints), species classification, as well as the prospects for the emergence of biomedical expertise. Examines the legal framework for the implementation of control procedures for the production of medical expertise. Paid attention to the regulation of the independent expertise.

Keywords: medical expertise, biomedical expertise, independent expertise, control.



С.А. Леонов,

д.м.н., профессор, руководитель отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия

И.С. Цыбульская,

д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия, mch@mednet.ru

Н.М. Зайченко,

заведующая отделением статистики специализированных служб ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия

МОДЕРНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА (ПО ВЕДЕНИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ЭТАПАХ АКУШЕРСКОГО И ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРОВ)

УДК 614.2

Леонов С.А., Цыбульская И.С., Зайченко Н.М. *Модернизация первичной медицинской документации службы охраны здоровья матери и ребенка (по ведению новорожденных на этапах акушерского и детского стационаров) (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В статье излагается концепция построения учетной документации по ведению новорожденных в условиях акушерского стационара (в родильном отделении, физиологическом отделении новорожденных и отделении реанимации и интенсивной терапии) — с соответствующими вкладными листами — по оценке состояния и ведения недоношенных и больных новорожденных. Приводятся проекты документации обменного характера, предназначенные для передачи данных о течении беременности и состоянии матери и плода из женской консультации в акушерский стационар и из акушерского стационара в женскую консультацию (сведения о женщинах и ее потомстве), в детскую поликлинику. В связи с особенностями оценки состояния и ведения недоношенных и больных детей в условиях детской больницы (на втором этапе) разработан и представлен в статье проект нового учетного документа «Медицинская карта новорожденного, получающего медицинскую помощь в условиях стационара второго этапа выхаживания».

Ключевые слова: мать, новорожденный, недоношенный, больной ребенок, акушерский стационар, второй этап выхаживания, интенсивное наблюдение, оценка зрелости, центильная таблица, антропометрические показатели, гестационный возраст.

Настоящая статья является продолжением одноименной статьи, опубликованной в предыдущем номере журнала «Менеджер здравоохранения», и посвящена первичной медицинской документации по оценке состояния и ведения новорожденных детей на последовательных этапах акушерского и детского стационаров, а также обменной документации между женской консультацией, акушерским стационаром и детской поликлиникой.

В детских документах («Медицинская карта новорожденного, находящегося в акушерском стационаре» и «Медицинская карта новорожденного, находящегося в стационаре второго этапа») соблюдаены описанные в предыдущей статье требования единобразия, полноты необходимых сведений, прописывания алгоритма последовательных действий персонала, компактного изложения и формализованности, компьютерной ориентированности и возмож-

© С.А. Леонов, И.С. Цыбульская, Н.М. Зайченко, 2014 г.



ности двойкого использования (базовый вариант для нормативного течения новорожденности и дополнительных модулей-вкладышей для ведения глубоко недоношенных и больных детей). Все медицинские документы сопровождаются описанием «Порядка» их ведения.

Структура документации, предназначеннай для детей, соответствует структуре материнской документации: 1 лист — титульный, 2 лист — анамнестические сведения о здоровье и социальном статусе родителей, акушерском анамнезе, течении данной беременности и родоразрешении матери; 3 стр. — наблюдение за ребенком в период острой адаптации; 4–5 стр. — наблюдение за ребенком в отделении новорожденных; 6 стр. — предназначена для записи дополнительных исследований и консультаций специалистов; 7 стр. — данные наблюдения медицинской сестры за новорожденным; 8 стр. — эпикриз.

Принципиально новым в предлагаемом *проекте «Медицинской карты новорожденного, находящегося в акушерском стационаре»*, является совмещенная на одной странице регистрация первичных осмотров ребенка в родзале и в отделении новорожденного, что дает возможность зарегистрировать объективные показатели последовательных постнатальных адаптационных проявлений и оценить их динамику. Вводится также обязательная регистрация температуры воздуха в родзале и повторная регистрация температуры тела ребенка — в период максимальной потери энергии (максимальное снижение температуры тела на 40–60-й минуте жизни) и на 2–4-м часу жизни, когда температура тела при нормальном течении адаптационного процесса должна восстановиться.

Регистрируются также факт выкладывания ребенка на живот матери и время первого прикладывания к груди матери. В блоке ежедневной регистрации основных параметров состояния новорожденного введена фиксация показателей состояния матери, характера лактации и жалоб матери о замеченных ею нарушениях в состоянии и поведении ребен-

ка. При тяжелом состоянии ребенка регистрация патологических изменений и их динамика регистрируются в свободной форме на отдельных листах, которые затем вклеиваются в Медицинскую карту новорожденного.

Эпикриз формализован и состоит из блоков, несущих информацию о патологии матери и родов, а также исходах внутриутробного развития и акта рождения для ребенка (характеристика новорожденного, первичная помощь в родзале, сведения о заболеваний и итоговые данные о ребенке — выписке, переводе, летальном исходе).

Приводится ряд вкладных листов:

- 1.** Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале.
- 2.** Дополнительные листы наблюдения за ребенком в отделении новорожденных.
- 3.** Выписка из медицинской карты новорожденного.
- 4.** Ежедневный лист интенсивного наблюдения за больным новорожденным и учета выполнения назначений.
- 5.** Протокол операции заменного переливания крови.
- 6.** Центильная таблица определения соответствия антропометрических показателей и гестационного возраста ребенка.
- 7.** Оценка степени физической зрелости новорожденного по шкале Ballard (включает потомство от 20 до 44 недель гестации).

Наряду с медицинскими картами беременной в женских консультациях, рожениц и родильниц, а также новорожденных в акушерских стационарах, специалистов давно не удовлетворяет формат «Обменной карты» образца 1980 г. Поэтому на местах в разных субъектах РФ вводятся свои разработки взаимной передачи информации между женскими консультациями, акушерскими стационарами и детскими поликлиниками.

Мы предлагаем вместо устаревшей формы «Обменной карты» апробированный и получивший положительную оценку *проект трех обновленных документов: «Книжка динамического наблюдения за беремен-*





ной», «Сведения родильного дома (отделения) для женской консультации о родильнице и новорожденном» и «Сведения родильного дома (отделения) для детской поликлиники о матери и новорожденном». При этом «Книжка диспансерного наблюдения за беременной» состоит из 8 страниц размером А5 и содержит все необходимые официальные сведения о женщине: на титульном листе: о ее рабочем, семейном социальном и аллергическом статусе, состоянии здоровья, о подготовке к родам, результатах обязательных дородовых обследований. На 2 стр. представлены особенности репродуктивной сферы и контрацептивного поведения, сведения о размерах таза, предыдущих беременностях, прегравидарной подготовке, дата и срок беременности при взятии на учет и о предполагаемом сроке родов. На 3 стр. отведены места для фиксации данных о состоянии здоровья женщины до беременности (раздельно экстрагенитальных, гинекологических и инфекционных заболеваний) и во время беременности (данные осмотра специалистов). На 4–5 стр. представлены блоки для записи информации о течении беременности по триместрам (раздельно острые заболевания и обострения хронических заболеваний). Фиксируется также информация о госпитализации беременной — также по триместрам. На 6–7 стр. регистрируются данные дополнительных методах исследования матери (масса тела, отеки, параметры клинического анализа крови и гемостаза, сахара крови и мочи) и плода (положение, предлежание, частота сердцебиений, двигательная активность, УЗИ, допплерометрия и КТГ). На 8 стр. (итоговой) фиксируется выявленная пренатально патология плаценты, пуповины, околоплодных вод, показателей биохимического скрининга, а также комплексные диагнозы при направлении на госпитализацию и на родоразрешение. Предусмотрена запись рекомендаций о месте (уровне учреждения) и методе родоразрешения, особые замечания.

В «Сведениях...» акушерского стационара для женской консультации и детской поликлиники предлагаются в формализованном виде расширенный перечень необходимых данных о родителях, плоде и ребенке.

Одним из новшеств в системе первичных документов, предназначенных для регистрации состояния новорожденных детей в стационарных условиях, является *разработка (проект) новой формы первичного учета для недоношенных и больных детей, поступающих из акушерского стационара в отделения второго этапа патологии новорожденных и выхаживания недоношенных* в детских больницах и перинатальных центрах (разработчики: сотрудники ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ при участии Чубаровой А.И. — профессора, д.м.н., заместителя главного врача по медицинской части Тушинской детской городской больницы, профессора кафедры госпитальной педиатрии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова и Монаховой О.А. — заведующей отделением патологии новорожденных и недоношенных детей Тушинской ДГБ).

Создание специального учетного документа для данной категории детей обусловлено утяжелением контингента недоношенных детей после признания в России детьми плодов от 500 г и 22 недель гестации и расширением в связи с этим требований к сведениям о родителях, неврологическом статусе и офтальмоскопии ребенка, других параметров его состояния.

Структура «Медицинской карты новорожденного, получающего медицинскую помощь в условиях стационара второго этапа выхаживания» такова:

1 лист — титульный; 2 лист — сведения о матери и о состоянии плода и новорожденного; 3 лист — данные первичного осмотра ребенка; 4 лист — заключение по данным анамнеза и первичного осмотра ребенка (включает краткие анамнестические сведения, основные патологические проявления, выявленные при осмотре, обоснование предвари-



тельного диагноза, план обследования и ведения ребенка, назначения); 5 лист — осмотр ребенка врачом-неврологом. На 6 и 8 листах располагается построчная регистрация объективных данных по органам, заканчивающаяся оценкой динамики состояния ребенка во время его пребывания в отделении патологии новорожденных (каждый лист рассчитан на пять суток пребывания ребенка в отделении). На 7 и 9 листах фиксируются этапные эпикризы. Первый эпикриз оценивает динамику состояния ребенка за время пребывания его в стационаре, представляет данные последнего осмотра, заключение и обоснование необходимости его дообследования, а также план дальнейшего ведения ребенка. Второй этапный эпикриз не только фиксирует динамику состояния ребенка, но и включает развернутый клинический диагноз, а также рекомендации, включающие коррекцию режима и лечения. На 10 стр. фиксируют результаты функциональных методов обследования, а на 11 — результаты лабораторных исследований (место для вклеивания анализов) и данные обязательного осмотра ребенка офтальмологом. Выписной эпикриз располагается на 12 стр. Он включает данные о матери, плоде, ребенке и подробные сведения о проведенной терапии и ее эффективности, об исходах заболевания и рекомендации при выписке о дальнейшем ведении ребенка.

UDC 614.2

Leonov S.A., Tsybulskaja I.S., Zajchenko N.M. Modernization of the primary medical documentation Maternity and the child health services (On conducting newborns at stages of obstetrical and children's hospitals) /FSBI «the Central scientific research institute of the organization and information of public health services Ministry of Health of the Russian Federation», Moscow, Russia)

Abstract. The concept of construction of the registration documentation on conducting newborns in conditions of obstetrical hospital (in delivery room, physiological branch of newborns and branch of resuscitation and intensive therapy) — with corresponding supplementary sheets to estimate state of health and conducting of premature babies and sick newborns — is stated. Projects of the documentation of the exchange character intended for data transmission about a current of pregnancy and a state health of mother and a fruit from female consultation in obstetrical hospital and from obstetrical hospital to female consultation (data on the woman and its posterity), in children's polyclinic are resulted. In connection with peculiarities of features of an estimation of state of health and conditions of conducting of premature babies and sick children in the conditions of children's hospital (at the second stage) the project of the new registration document «Medical card of the newborn receiving medical care in the conditions of a hospital of the second stage» is developed and presented in article.

Keywords: mother, the newborn, of premature babies, the sick child, an obstetric hospital, the second stage of nursing, intensive supervision, a maturity estimation, the centil table, anthropometrical indicators, gestational age.

На втором этапе рекомендуется пользоваться следующими вкладными листами:

- Лист ежедневного наблюдения за ребенком
- Протокол определения группы крови
- Протокол гемотрансфузии
- Осмотр детей из групп риска развития ритинопатии

Кроме того, на втором этапе можно использовать ряд вкладышей для «Медицинской карты новорожденного, находящегося в акушерском стационаре»:

- Ежедневный лист интенсивного наблюдения за больным новорожденным и учета выполнения назначений.
- Протокол операции заменного переливания крови.
- Центильная таблица определения соответствия антропометрических показателей и гестационного возраста ребенка.
- Оценка степени физической зрелости новорожденного по шкале Ballard.
- Выписка из медицинской карты новорожденного.

Полный вариант проектов предлагаемой для обсуждения первичной медицинской документации для новорожденных представлен на сайте журнала «Менеджер здравоохранения».

Ваши суждения и предложения просьба присыпать по E-mail: mch@mednet.ru.





С.Г. Панкратов,

профессор факультета информатики Мюнхенского технического университета, Мюнхен, Германия

Т.Ю. Знаменская,

аналитик в области здравоохранения Microsoft Центральная Европа, Мюнхен, Германия

МОБИЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (mHEALTH): КОНЦЕПЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ. ЧАСТЬ III. РЫНОК ДЛЯ МОБИЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

Панкратов С.Г., Знаменская Т.Ю. *Мобильные технологии в здравоохранении (mHealth): концепция и перспективы. Часть III. Рынок для мобильных систем здравоохранения* (Мюнхенский технический университет, Мюнхен, Германия; Microsoft Центральная Европа, Мюнхен, Германия)

Аннотация: В статье обсуждается значение мобильных технологий для развития здравоохранения.

Прогнозируется, что мобильные технологии могут радикально изменить сегодняшнее состояние медицины. В частности, мобильные ИКТ-решения позволяют осуществлять более точную и быструю диагностику, лучше определять границы устойчивости организма и стадии развития заболеваний. В статье рассматриваются возможности, предоставляемые быстро развивающимися технологиями, такими как миниатюрные (квантовые и нано) датчики, беспроводные сенсорные сети, а также мобильная передача и обработка сигналов, основанная на новых программных решениях. В статье также обсуждается принцип биологической обратной связи, реализуемой с помощью мобильных сенсорных технологий. Кроме того, концепции мобильного здравоохранения дают повод рассмотреть понятие здоровья и отклонения от него, интерпретируемые как заболевания. Системы мобильного здравоохранения оказываются особенно полезными для поддержания состояния здоровья. Приводятся примеры эффективного использования мобильных ИКТ-решений (case studies), в частности, повсеместного мониторинга пациентов с помощью мобильных систем. Статья разделена на две части: в первой речь идет о здоровье как выделенном состоянии организма; во второй описываются некоторые технологии, позволяющие контролировать и поддерживать здоровье.

Ключевые слова: гомеостаз, сенсор, измерения, системы обратной связи.

Окончание. Начало статьи см. в М3-2-2014 и М3-3-2014

Компьютерная сеть на теле человека

Сеть, состоящая из миниатюрных устройств, в частности, сенсоров, закрепляемых на человеческом теле или имплантируемых в него, обычно известна как BAN (body area network). На самом деле такая сеть связывает отдельные сенсоры, которые могут общаться друг с другом, в частности, беспроводным образом, в единую систему. Как правило, подобные сети управляются некоторым центральным элементом (центральным процессорным устройством — CPU) и, по существу, представляют собой распределенный по телу компьютер, служащий для регистрации, измерения, визуализации и передачи физиологических характеристик функционирующего организма, в идеале без нарушения его привычных жизненных навыков. Объединение отдельных изолированных сенсоров в сеть, в частности, BAN, влечет за собой специфические сетевые проблемы, такие как масштабируемость, латентность, надежность работы, устойчивость по отношению к изменениям

© С. Панкратов, Т. Знаменская, 2014 г.



топологии и перегрузкам сети, проблемы ее безопасности, которые могут оказаться очень ресурсоемкими, и т.д. В случае массивного развертывания сетей на людях могут возникнуть также проблемы с электромагнитной совместимостью (EMC). Сегодня самая удобная сетевая коммуникация, по-видимому, достигается при использовании беспроводных каналов, что оправдывает термины WBAN (wireless body area network) и WSN (wireless sensor network) [14], и, в частности, выбор рабочей частоты может оказаться препятствием при большой плотности WBAN/WSN, поскольку требования электромагнитной совместимости и процедуры присвоения частот меняются от страны к стране и могут оказаться очень громоздкими. Часто возникающие вопросы о воздействии высокочастотных электромагнитных полей на здоровье человека обычно не имеют под собой почвы при уровнях мощности, на которых работают WBAN/WSN.

Сенсорные сети для mHealth мобильны по определению, так что такие сети должны работать устойчиво при переменных межузловых расстояниях (edges или data links) и перемещающихся узлах. С физической точки зрения, это означает, что выходные сигналы мобильных сетей должны быть инвариантными относительно изменения состояния движения (преобразований Галилея), что накладывает серьезные ограничения на их архитектуру. Короче говоря, дизайн устойчиво работающей мобильной сенсорной сети, содержащей много узлов, может оказаться весьма сложной инженерной задачей, причем ее сложность повышается с учетом требований энергетической эффективности. Трудно себе представить, например, чтобы пожилые пациенты с энтузиазмом заряжали или меняли бы элементы питания (батарейки) каждые два дня.

Когда узлы нательной сети расположены очень плотно, то есть среднее расстояние между узлами становится меньше рабочей длины волн излучения, а также меньше кор-

реляционного расстояния между критически-ми точками на теле (в частности, такое расстояние может определяться длиной передачи нервного импульса), сеть способна регистрировать почти непрерывное распределение параметров человеческого организма — своего рода физиологическое «поле». В пределе очень малых расстояний между узлами (в непрерывных математических моделях бесконечно малых) такое физиологическое поле представляет собой пространственно-временное распределение физиологических переменных, описывающих функциональное состояние организма в данный момент времени. Подобный непрерывный предел может показаться нереалистичным, тем не менее, переход к таким пределам — неотъемлемый инструмент в любой точной науке. При этом важно, что распределенное состояние (поле) физиологических параметров состоит из набора непосредственно измеримых величин, каждая из которых характеризуется своим числовым значением и ошибкой измерения.

Сеть приборов, размещаемых на теле человека, может, разумеется, состоять не только из пассивных или полупассивных (регистрирующих и передающих полученную информацию) сенсоров. Среди них могут также быть актуаторы, включенные в нательную сеть, которые способны преобразовывать внешние сигналы в действия, тем самым влияя на функционирование тела или даже управляя им. Стремительно развивающаяся область квантовых приборов, в частности, создаваемых в рамках нанотехнологии, все больше переходит от исследовательских разработок к промышленному производству — к примеру, миниатюрных связанных между собой приборов, которые способны общаться друг с другом. Предполагается, что сеть квантовых приборов, совместимых с мобильностью и беспроводными технологиями, должна быть в высшей степени адаптивной, работать на низких уровнях мощности и практически не требовать человеческого внимания или поддержки.





Обращать внимание на латентные симптомы, которые могут улавливаться только чувствительными сенсорами или их сетями, может оказаться жизненно важным — именно в этом, по существу, и состоит подход мобильного здравоохранения, основанного на сенсорных системах.

Таким образом, при развитой натальной сети необходимость вводить гипотетические понятия, которые якобы характеризуют функциональный статус организма, такие как биоэнергия, волны биоинформации, каналы, экстрасенсорное восприятие, аура и т.п., устраняется, и эти ненаблюдаемые понятия становятся ненужными. Иными словами, mHealth становится измеримой системой (Measurable Health). Заметим, что по мере того, как число взаимосвязанных и автономно работающих сетевых приборов станет сравнимо с глобальным населением ($\sim 10^{10}$), можно будет себе представить реально работающий Интернет вещей.

Биологическая обратная связь

Сенсорные сети, используемые в мобильном здравоохранении, могут дополнять и даже улучшать сенсорную (рецепторную) систему человека, которая развивалась как инструмент выживания вида *homo sapiens*. Сенсорные сигналы в сложных системах, таких как организмы млекопитающих, всегда связаны с биологической обратной связью. Любое устройство, к примеру, прибор, снабженный такой обратной связью, должен получать информацию о текущем состоянии организма и переадресовывать ее сенсорным исполнительным механизмам. Например, зрительные сенсоры, благодаря цепи обратной связи, помогают нам координировать движения, управлять автомобилем, защищаться от нападения и т.д. Другие естественные сенсоры на теле, в частности, реагирующие на локальное повышение температуры кожи, позволяют избегать ожогов и т.д.

В конечном итоге искусственная сеть на человеческом теле может эмулировать соб-

ственную сенсорную систему, то есть создавать своего рода аватар, обладающий тем преимуществом перед врожденной сенсорной системой организма, что получающийся аватар способен использовать биологическую обратную связь по электромагнитному (радио) каналу. Беспроводные мобильные сенсорные сети можно интерпретировать как прокси для естественных рецепторных систем. Существенное различие между объединенными в сеть биологическими сигнальными каналами в функционирующем организме и искусственными сенсорными сетями на теле заключается в том, что биологическое «программное обеспечение», которое управляет собственными (врожденными) сенсорами организма, то есть его рецепторами, закодировано в ДНК, а «аппаратное обеспечение» главным образом состоит из синаптических каналов и биологических средств преобразования сигналов, таких как в веществе головного мозга, тогда как искусственные сенсорные мобильные сети работают под управлением кодов, написанных людьми. Это различие приводит к тому, что сложность биологических сенсорных сетей на много порядков величины выше, чем что-либо созданное человеком. По мере совершенствования сенсорных технологий и техники программирования искусственные сети на теле человека (и других млекопитающих), по-видимому, будут стремиться к естественным — процесс, изучаемый в современной нейрофизиологии.

Биологическую обратную связь можно усиливать или ослаблять, используя специальные сенсорные устройства [15] или специально развитую для этого технику. Например, йога на протяжении нескольких столетий занималась эмпирическим развитием обратной связи в человеческом организме и достигла в этом заметных успехов [16]. Простейшим прибором, использующим биологическую обратную связь, служит обычное зеркало: оно создает наше отражение и, следовательно, предоставляет нам информа-



цию о самих себе с целью лучшего контроля над поведением и большей точности движений, например, когда мы причесываемся или бреемся. Неслучайно помещения для отработки тех навыков, которые требуют высокой точности движений, например, для занятий балетом или некоторыми восточными единоборствами, нередко снабжены зеркалами или видеокамерами. Мышечная активность, опирающаяся на сенсорные механизмы и биологическую обратную связь, предоставляет хороший пример синергетического функционирования различных подсистем тела, таких как головной мозг, автономная нервная система, исполнительные органы, в частности, конечности, и т.д.

Беспроводные технологии для здравоохранения

Большинство решений в мобильном здравоохранении основаны на дуплексной радиосвязи, когда сенсоры преобразуют данные, собираемые с разных участков тела, в подходящим образом модулируемые сигналы и передают (а также принимают) их, используя крошечные антенны. Беспроводной маршрутизатор или даже находящийся поблизости смартфон получает эти сигналы, декодирует их и перенаправляет информацию через Интернет (скажем, через VPN) или через реально существующую частную сеть, например, лечащему врачу или в клинику. Такая процедура, разумеется, может выполняться в обратном порядке, когда маршрутизатор получает информацию из Интернета, преобразует ее в модулированные сигналы и отправляет на сенсоры и/или актуаторы, расположенные на теле. Описанный двусторонний (дуплексный) процесс приема-передачи данных, хотя и выглядит концептуально простым, в действительности оказывается весьма затратным, требуя высоконадежных и «чистых» каналов передачи данных, быстрой их доставки (что обычно регламентируется высоким времененным разрешением), возможной поддержки каждого узла мобильной

сети, пересчета в реальном времени его актуального положения и т.д. Заметим также, что мобильная сеть должна все время обмениваться информацией с сервером баз данных, где хранятся конфиденциальные данные о здоровье каждого пользователя. Авторизованные клиенты могут получить доступ к этим данным после аутентификации: например, семейный или домашний доктор может скачать и проанализировать (скажем, онлайн) физиологическую информацию о пациенте. Разработка подходящего программного обеспечения (как правило, это так называемое middleware) представляет отдельную проблему для фирм, разрабатывающих программное обеспечение [17].

Главная цель мобильных сенсорных сетей (WBAN/WSN), состоящих из дискретного набора взаимосвязанных узлов, заключается в том, чтобы собирать данные с разных участков тела и передавать их по беспроводному каналу на базовую станцию, а затем и дальше, где они будут обрабатываться (онлайн или офлайн). На основе такой обработки будут предложены рекомендации, предупреждения или сигналы тревоги, которые могут высыпаться обратно. В таком контексте термин «базовая станция» не должен вызывать недоумение — на самом деле такой станцией может служить любое процессорное устройство, используемое, чтобы принимать и агрегировать данные от сети. Подобным устройством может служить персональный компьютер, ноутбук, планшет, персональный ассистент (PDA), смартфон и т.п. Базовая станция в мобильных системах здравоохранения работает в режиме маршрутизатора между локальной сенсорной сетью (объединенными микроузлами) и удаленным сервером, используя беспроводные каналы связи.

Можно заметить существенную разницу между сенсорными сетями общего назначения, например, используемыми для экологического мониторинга и нательными сетями мобильного здравоохранения. В последнем случае мобильность представляет собой клю-





чевое требование, тогда как сенсорные сети общего назначения обычно состоят из распределенных по некоторой территории узлов с фиксированным позиционированием. Кроме того, мобильные сенсорные сети, используемые в здравоохранении, как правило, должны гарантировать более высокую скорость передачи данных, в частности, вследствие более высокой частоты выборки при физиологических измерениях, даже таких сравнительно элементарных, как ЭКГ, ЭЭГ, измерение артериального давления, содержания сахара в крови, ее способности к коагуляции (МНО) и т.д. Помимо этого, нательные сенсорные сети должны допускать более частую манипуляцию узлами и изменение топологии.

Ниже приводится краткое неформальное описание организации и принципов работы беспроводных нательных сенсорных сетей (WBAN/WSN). Такие сети, часто известные как персональные медицинские сети, PAN — personal area network, могут быть организованы как обычные локальные сети (LAN), в которых пакеты данных — блоки байтов — перемещаются от сенсорных устройств и вообще от сетевых узлов на теле к процессорному устройству, собирающему и маршрутизирующему получаемые сообщения, содержащие физиологическую информацию. Попутно заметим, что, в отличие от стандартных локальных сетей, строгое разделение на уровни для локальных (персональных) сетей типа WBAN/WSN все еще отсутствует, и регламентация общепринятого форматирования WBAN/WSN сообщений остается одной из насущных задач для организаций, вырабатывающих сетевые стандарты для передачи данных, в частности, IEEE и EMBS (Engineering in Medicine and Biology Society). Пока еще существует много открытых инженерных вопросов, в частности, в отношении ответов на WBAN/WSN-сообщения, однозначной идентификации отправителей, корректного оформления адресов как отправителей, так и получателей, кодирования сообщений, их безопасности и т.д. Можно к

тому же напомнить, что сообщения, посылаемые и принимаемые нательными сенсорами, могут оказаться критически важными (mission critical) и требующими просмотра, снабжения комментариями или редактирования перед их дальнейшей пересылкой. Поэтому должна быть предусмотрена возможность конвертирования передаваемого блока байтов в легко читаемые человеком текстовые структуры, по крайней мере, на определенных этапах транспортировки пакетов данных.

Все носимые на теле или имплантированные в него сенсоры могут обращаться к одному и тому же маршрутизатору, чтобы выходить в Интернет, — при условии, конечно, что они способны к беспроводной связи, то есть обладают антенной и усилителем. Маршрутизация всех сенсоров через IP на самом деле подразумевает единую сеть, что весьма важно с точки зрения ее поддержки и расширения. Если же, однако, сенсорная сеть оказывается очень плотной или же, например, все ее узлы (сенсоры и актуаторы) работают одновременно, полоса передаваемых частот может быстро исчерпаться. При этом станут заметны эффекты типа интерференции и биений, приводящие к заметной деградации полезного сигнала и даже потере соединения, что, очевидно, недопустимо для критических приложений, которые постоянно встречаются в мобильных системах (mHealth) и телемедицине. Кроме того, более высокий диапазон рабочих частот, необходимых для передачи плотного трафика, требует, как правило, большей потребляемой мощности, что способно заметно ограничивать работу нательных сенсорных сетей.

Проблемы безопасности сетей мобильного здравоохранения

Хотя вопросы здоровья, в частности, рекомендации, получаемые пациентом через мобильные каналы, имеют явный приоритет по сравнению с проблемами информационной безопасности, пользователям индивидуальных мобильных сетей, включая пациентов,



не следует пренебрежительно относиться к безопасности своих данных. Действительно, хакерские атаки с использованием протоколов беспроводной передачи данных, таких как Bluetooth, ZigBee, UWB, NFC и других, способны сильно искажать работу систем мобильного здравоохранения. Заметим, что беспроводные сети по самой их физической природе вообще очень уязвимы, если не принимать специальных мер безопасности. Помимо стандартных угроз безопасности, таких как киберсквоттинг или нелегальное подключение к беспроводному соединению (piggybacking), существует длинный список «подрывных действий», которые способны причинять много вреда пользователям мобильных систем [18]. Скажем, человек может потерять работу или лишиться медицинской страховки из-за утечки информации о ее/его состоянии здоровья. Хуже того, может даже возникнуть угроза жизни, когда, например, радиоуправляемый инсулиновый насос на теле пациента станет вдруг увеличивать или уменьшать поступление инсулина в организм до потенциально опасного уровня, причем ни пациент, ни его лечащий врач этого не заметят. Управляемые по радио кардиостимуляторы или даже дефибрилляторы тоже могут оказаться подверженными хакерским атакам. Кроме того, нечестные работодатели, конкуренты, политические противники и другие возможные недоброжелатели могут использовать социальные сети (такие, как Facebook), чтобы раскрыть нежелательную для человека информацию о ее или его здоровье, полученную через «дыры» в системах безопасности мобильного здравоохранения.

Несмотря на то, что ныне существующие системы защиты беспроводных сетей, основанные, например, на WPA/WPA2 (Wi-Fi Protected Access) стандартах, снабженные либо защитным AES (advanced encryption standard), либо TKIP (temporal key integrity protocol) кодами — эти стандарты к тому же поддерживаются почти всеми коммерческими маршрутизаторами, способны, как считается,

предотвращать проникновение в систему, их все же можно взломать с помощью специального программного обеспечения. Как AES, так и TKIP криптокоды предназначены для того, чтобы предотвратить перехват и декодирование беспроводного сигнала. Можно, однако, вспомнить, что предыдущий широко используемый (и даже обязательный в ряде стран) протокол защиты беспроводного доступа, WEP (wired equivalent privacy), оказался много раз взломан, в частности, с помощью программного обеспечения, основанного на сравнительно несложных алгоритмах поиска, главным образом потому, что WEP был протоколом с фиксированным ключом доступа. Именно это обстоятельство послужило главной причиной его замены на WPA/WPA2 — последние протоколы защиты основаны на переменном ключе, который меняется по прошествии заранее обусловленного промежутка времени.

Можно также вспомнить, что любое беспроводное (в частности, Wi-Fi) устройство, точнее любая его NIC-карта (network interface control), имеет свой собственный MAC-адрес (media access control), то есть 48-битное число, которое обычно записывается как последовательность шести шестнадцатеричных октетов. Всякое сетевое устройство идентифицирует себя в сети с помощью NIC-карты, и поэтому подмена MAC-адреса аналогична краже персональных данных в обычном пространстве. MAC-адрес, как правило, присваивается производителем оборудования, и поэтому MAC-адрес можно считать неотъемлемой характеристикой (сигнатурой) прибора — точно так же, как домашний адрес может считаться неотъемлемой характеристикой жилого дома. Тем не менее, MAC-адрес можно обойти или переписать, чаще всего с помощью процедуры, известной как MAC спуфинг (spoofing — обманное действие). Такие обманные приемы особенно популярны и легко удаются в Linux- и других Open Source-системах. Например, операционная среда Linux, которую можно интерпре-





тировать как коллекцию программ, просто содержит приложение, которое предоставляет пользователю приоритет по отношению к фабрично присвоенному MAC-адресу. Другой популярный способ изменения MAC-адреса основан на использовании скриптовых команд в Linux, в частности, ifconfig и других. Короче говоря, изменять по своему произволу MAC-адрес в Open Source гораздо проще, чем в Windows.

Как уже упоминалось, можно подумать, что вопросы безопасности беспроводных систем здравоохранения играют незначительную роль по сравнению с гораздо более существенными медицинскими проблемами. В принципе, это так — безопасность имеет подчиненное значение по сравнению с вопросами здравоохранения, однако утечка или искажение информации, передаваемой по беспроводному каналу, в сочетании с неуклонно возрастающей частотой Интернет-атак способны, как уже отмечалось, нанести заметный вред пациенту. Поэтому к проблемам безопасности следует относиться серьезно, даже несмотря на то, что соответствующие программные средства могут в отдельных случаях мешать беспроводной работе Wi-Fi сетей. Обзор вопросов безопасности мобильных систем здравоохранения можно найти, например, в [19].

Протоколы и стандарты

Здесь, может быть, было бы уместно сказать несколько слов о протоколах и стандартах, используемых для беспроводной передачи данных. Беспроводные сети — быстро развивающаяся область коммуникационных технологий, и поэтому в ней можно встретить удручающее много протоколов и стандартов, значительная часть которых еще далека от своей завершенной формы. В этой связи полезно грубо охарактеризовать критерии выбора того или иного протокола или стандарта передачи данных в мобильном здравоохранении и кратко остановиться на различиях между такими стандартами.

Мобильное здравоохранение должно в конце концов выйти на регулярный режим использования, и одно из препятствий этому состоит в отсутствии стандартов или в их неполноте. Это препятствие, в частности, касается менеджмента беспроводных медицинских сетей, их взаимодействия, надежности и безопасности. Так, в системах, основанных на сочетании сенсоров и смартфона, сегодня применяются как минимум четыре конкурирующих спецификации: Wi-Fi, Bluetooth, NFC и ZigBee. При этом выбор между протоколом Bluetooth и другими оказывается особенно критическим, поскольку представляется, что Bluetooth чаще всего используется для соединения нательных сенсоров с мобильной базовой станцией, например, смартфоном или ноутбуком. Bluetooth — стандарт беспроводной связи на малых расстояниях; его начальное предназначение было в том, чтобы заменить довольно ненадежный инфракрасный канал, и теперь он часто используется в персональных, в частности, нательных, сетях. Что же касается семейства протоколов IEEE 802.11, известного как набор протоколов Wi-Fi, то эта обобщенная спецификация позволяет использовать Интернет столь же повсеместно, как используется мобильная (сотовая) связь. Заметим, что Wi-Fi не проектировалась специально для мобильных приложений — это был просто беспроводной вариант локальной сети (в частности, Ethernet). Сам термин Wi-Fi можно рассматривать как некоторое обобщенное понятие, скорее обозначающее альтернативу кабельной сети, нежели конкретную спецификацию.

Между протоколами Bluetooth и ZigBee существует много похожего: к примеру, они оба работают вблизи частоты 2,4 ГГц и принадлежат к одному и тому же семейству беспроводных спецификаций IEEE 802.15. Тем не менее, эти два стандарта различаются в том, что касается их возможного применения, а также приборов, которые они призваны связывать в единую сеть. Если Bluetooth всегда



был ориентирован на то, чтобы заменить высокочастотной радиосвязью кабельные и инфракрасные каналы, соединяющие друг с другом персональные устройства — первоначально мобильные телефоны, ноутбуки и персональные ассистенты (PDA), то ZigBee был предназначен для связи между домашними электроприборами, такими как осветительные и обогревательные устройства, холодильники, кондиционеры и т.д. Соответственно большие скорости передачи данных не были приоритетом для ZigBee — в отличие от Bluetooth, который был предназначен для обмена документами и поэтому, в принципе, должен был содержать возможности для передвижения значительно больших пакетов данных. Это различие между двумя стандартами уравновешивается более низким потреблением энергии ZigBee-приборами, так что, например, сенсоры, соединенные друг с другом по протоколу ZigBee, могут дольше работать. Кроме того, ZigBee имеет тенденцию работать на больших расстояниях и, таким образом, способен объединять больше устройств, чем Bluetooth. Однако это различие, как правило, становится несущественным для сетей, расположенных на теле человека. Что действительно важно, это относительно большое запаздывание подсоединения к сети Bluetooth — вплоть до нескольких секунд, что может оказаться неприемлемым для критически важных приложений, встречающихся в медицине.

Как мы видим, ни Bluetooth, ни ZigBee не предназначены для того, чтобы предоставлять беспроводные услуги на больших расстояниях. Для больших телекоммуникационных «плеч» сегодня в мобильном здравоохранении используются стандарты WiMAX (worldwide interoperability for microwave access) IEEE 802.16e/m. Стандарты WiMAX используются главным образом в качестве предоставляющих доступ в Интернет на уровне города (например, в MAN — metropolitan area networks). Однако WiMAX требует особой инфраструктуры, в частности,

ретрансляционных вышек, крупногабаритных приемников и передатчиков и т.д., и поэтому обращаться с WiMAX-системами может лишь специально обученный персонал. WiMAX первоначально был предназначен, чтобы комбинировать беспроводную связь и широкополосный доступ, так что WiMAX может предоставлять высокоскоростное соединение на больших расстояниях, в частности, в больших сетях (WAN — wide area network). Тем не менее, можно предвидеть, что технология WiMAX для мобильного здравоохранения будет быстро развиваться, особенно в совокупности с антенными микросистемами типа MIMO (multiple input — multiple output).

Один из кардинальных вопросов в организации сетей мобильного здравоохранения состоит в том, как достичь баланса между мобильностью, надежностью, масштабируемостью, минимизацией потребления энергии и бесперебойной коммуникацией без того, чтобы вносить дополнительную — и вместе с тем избыточную — сложность в мобильные устройства и тем самым жертвовать простотой использования. Хотя применяемые в приборах технологические принципы могут быть сколь угодно изощренными, пользователи таких приборов — в первую очередь больные и пожилые пациенты и их врачи — не должны этого замечать. Кроме того, сервис и поддержка мобильного оборудования на стороне пользователя должны быть как минимум настолько же удобными и незаметными, как в современной мобильной телефонии. Отсутствие постоянной и бесперебойной связи, а также хорошо развитой технической поддержки в мобильных персональных системах приведет к заметному сокращению их доли рынка.

Рынок для мобильных систем здравоохранения

Согласно довольно подробному отчету «Стареющий мир» (Aging World) [20], доля пожилых людей (свыше 65 лет) уже составляет примерно 10% населения и, как предпо-





лагается, к 2040–2050 гг. достигнет 14–15% населения мира, то есть около полутора миллионов человек. Если пожилой человек вынужден или предпочитает жить самостоятельно, то она или он будет нуждаться в непрерывном и недорогом мониторинге здоровья, к тому же не нарушающем его привычного образа жизни. В этом смысле зарождающиеся мобильные технологии потенциально могут изменить стиль жизни в пожилом возрасте, делая стареющую компоненту популяции более здоровой при сохранении требуемого уровня комфорта [21]. В связи с этим нисколько не удивительно, что объем рынка мобильных приложений в соответствии с исследованием [22] должен возрасти с примерно 200 миллионов долларов в 2010 году до приблизительно 400 миллионов в 2015 году, то есть практически удвоиться за пять лет. При этом следует различать собственно здравоохранение (healthcare) и лечение на дому (homescare), поскольку первое больше концентрируется на превентивных мерах и мониторинге здоровья, тогда как второе не исключает радикального медицинского вмешательства.

Заметим, что вопросы точности измерений и снятия медицинских данных тоже влияют, хоть и не впрямую, на восприятие мобильных систем рынком оборудования для здравоохранения. Так, вышеупомянутые физиологические характеристики, регистрируемые или измеряемые сенсорами, далеко не всегда сводятся к непосредственно измеримым физическим величинам, таким как длина или ее вариации, пространственные координаты (то есть положение в пространстве), частота колебаний, электрическое напряжение, проводимость, давление и т.д. Этот факт, на который люди, никогда, по существу, не имевшие дела с измерениями, часто не обращают внимания, на самом деле очень важен для оценки надежности и пригодности прибора для неинвазивного мониторинга здоровья, поскольку эти два «рыночных» фактора основаны на его точности — действительно, кому нужен прибор,

который неизвестно что показывает? К примеру, неудача на рынке формально весьма привлекательных оптических измерителей глюкозы в крови, по-видимому, была следствием низкой точности таких приборов по сравнению с традиционными инвазивными методами, основанными на взятии проб крови из проколотого пальца. Портативные круглосуточные мониторы артериального давления постигла та же участь: такие устройства используются только в медицинских учреждениях, и редко кому придет в голову приобрести эти довольно неудобные тонометры для повседневного ношения. Пока не существует коммерчески привлекательных, миниатюрных и надежных тонометров постоянного действия — по крайней мере, таких, которые не мешали бы нормальной повседневной деятельности.

Кроме того, постоянно действующие системы мобильного здравоохранения должны быть удобными и привлекательными при ношении на теле — может быть, даже с некоторой претензией на модные атрибуты, как наручные часы или украшения.

Важным фактором, как всегда, оказывается время: с помощью мобильных устройств можно почти мгновенно получить информацию относительно своего здоровья — например, мнение независимых экспертов, тогда как добить мнение еще одного врача традиционным способом гораздо сложнее: это, как правило, сопряжено с утомительными околоврачебными процедурами записи, очередей, повторных анализов и т.д., и все это может растянуться на несколько недель. Врачебное сообщество обычно противится нововведениям, которые направлены на упрощение взаимодействия «доктор-пациент», поскольку поддержание дистанции между врачами и как бы противостоящими им «всего-навсего» пациентами повышает самооценку врачей и приводит к вполне ощутимым преимуществам в виде повышенной зарплаты, бонусов и т.д. В этом контексте противостояния двух сообществ — вра-



чей и пациентов — становится важен и экономический фактор: высокая стоимость здравоохранения, на которую любят ссылаться представители фондов медицинского страхования в оправдание постоянно увеличивающихся расходов на здравоохранение, а также многочисленные планирующие и контролирующие организации, заметно снижается при массовом исключении избыточных очных контактов пациентов с врачами.

Уже упоминалось, что для широкого признания на рынке и вообще для коммерческого успеха мобильных систем должны разрабатываться специальные программные приложения и предоставляться необходимые технические услуги, например, быстрая поддержка и удобный сервис для WBAN/WSN систем. Заметим, что особенность таких систем состоит в том, что соответствующие приложения должны получать данные одновременно от многих узлов персональной сети, а пользователю системы, в частности, врачу, должна быть предоставлена возможность видеть как всю агрегированную информацию, так и ее элементарные составляющие, причем по простому запросу. При этом физиологические и другие данные медицинского характера должны быть представлены в любом удобном для пользователя (например, врача) формате: в виде текста, двумерной (2d) и трехмерной (3d) графики, видео, мультимедиа, «расширенной реальности» (enhanced reality) и т.д. Такие данные могут быть структурированными или нет. Если данные от мобильных сетей доставляются в форме стриминг видео, то для них может потребоваться не более одной секунды, чтобы вызвать автоматический отклик. Могут также понадобиться аналитические программные средства (скажем, для статистики или генерации отчетов), а также инструменты, предназначенные для интерпретации неструктурированных данных и для выявления или понимания состояния организма. Разумеется, такие тривиальные приложения, как напоминание о приеме пациента, журнал назначений, оповещение об экстренных слу-

чаях или об ухудшающемся состоянии пациента и т.п., могут быть включены по умолчанию в технические требования к программному обеспечению для мобильных систем здравоохранения.

Заметим, что неотъемлемым свойством таких систем оказывается автоматическая и объективная регистрация данных о пациенте и о его контактах с врачами. Такое документирование, разумеется, идет на пользу пациентам, но может встречать скепсис, вежливое сопротивление и даже отторжение со стороны врачей и медицинского персонала. Имеет смысл также отметить, что мобильные решения могут не только способствовать улучшению здоровья пациента, но и безопасности других людей. Так, человек должен быть вполне здоров, чтобы оказаться пригодным для управления автомобилем или для работы с движущимися механизмами. Тем не менее, состояние здоровья всех водителей транспортных средств или всех операторов промышленных установок сегодня трудно и крайне дорого проверить. Известно, что многие несчастные случаи происходят из-за внезапно наступающих сердечных приступов, инфарктов миокарда, инсультов, эпилептических припадков, резкого падения концентрации глюкозы в крови у диабетиков [23] и т.д. Подобные факты приводят к юридически трудным разбирательствам, поскольку человек, создавший из-за внезапного ухудшения своего состояния опасную ситуацию (возможно, повлекшую за собой материальный ущерб,увечья или даже смерть), вероятно, и не подозревал о быстром наступлении патологического состояния, не совместимого с управлением опасным предметом.

Для предотвращения таких событий можно использовать сенсорные персональные системы , что начинают делать некоторые производители автомобилей (например, Ford совместно с Microsoft [24]). Например, сенсорные сети WBAN/WSN могут генерировать сигнал тревоги для водителя либо для автомобиля, как только какой-нибудь из





параметров, характеризующих состояние организма, попадет в опасную зону за пределами области здоровья. Подобный контроль в реальном времени должен в конце концов повсеместно использоваться в любой профессии, сопряженной с опасностью для других людей: для водителей автобусов, машинистов локомотивов, капитанов-судоводителей, авиапилотов, операторов промышленных установок, хирургов и т.д.

Одно из препятствий для быстрого развития систем мобильного здравоохранения может быть связано с неохотным переобучением и подстраиванием устоявшихся профессиональных привычек к требованиям новых технологий. Более конкретно, врачи и вообще медицинский персонал обычно используют новые технологии, в частности, устройства мобильного здравоохранения, лишь в той степени, в которой соответствующие последним процедуры представляют ощутимые преимущества. Поэтому развитие рынка мобильных систем здравоохранения может существенно замедляться необходимостью массового обучения клиницистов, медицинских техников и врачей высшего звена (заведующих отделениями, главных врачей и т.д.) как бы «впрок» — без быстрого предъявления осязаемых преимуществ. Заметим, что в соответствии с многочисленными медико-социологическими исследованиями (в частности, проводимыми в Германии и США) большая часть врачей в целом довольна своей ролью и работой, несмотря на часто отмечаемые перегрузку, общую усталость и избыток бюрократических процедур, см., например, [25]. Кстати, и в этом отношении мобильное здравоохранение вполне способно помочь, предоставляя возможности для уменьшения нагрузки на врачей и тем самым освобождая больше времени для каждого отдельного пациента.

Отдельные примеры мобильных систем

Можно заметить, что медики часто думают в терминах отдельных случаев, а не общих тезисов. Поэтому примеры, демон-

стрирующие функционирование каких-либо систем, в частности, в исторической перспективе, могут иметь для медицинских работников особую привлекательность. Прототипом современных систем мобильного здравоохранения можно считать изделия, выпущенные на рынок в начале 1980-х годов канадской компанией Biosig Instruments [15]. Правда, это был не медицинский рынок, а рынок приборов для фитнес-упражнений и спорта, поскольку Biosig Instruments пыталась избежать регистрации своих изделий в FDA — и вообще контактов с этой могущественной правительственной организацией. Тем не менее, компания Biosig разработала и произвела большое число приборов, измерявших параметры здоровья, причем некоторые такие измерения использовали оригинальные балансные электронные схемы вычитания погрешностей, тем самым существенно снижавшие ошибки измерений. Компания Biosig также применяла эффективные алгоритмы, в частности, для регистрации мгновенной частоты пульса, квантификации уровня стресса и предоставления телеметрических услуг, то есть передачи измеряемых биосигналов на заметные расстояния.

Например, инженеры Biosig Instruments измеряли уровень стресса, снимая ЭМГ (электромиограмму) активности мышц лба (фронталис), а также по измерению ЭМГ-сигнала с лицевых и шейных мышц, если сигнала от фронталиса оказывалось недостаточно. Техника таких измерений основывалась на эмпирических данных, свидетельствующих об однозначной взаимосвязи между электрическими сигналами, возбуждаемыми в нейронах, которые управляют мышечным тонусом фронталиса, и стрессом, воспринимаемым человеком как физиологическое (или психосоматическое) состояние. Компания Biosig Instruments даже использовала принципы биологической обратной связи для снижения уровня стресса, причем в качестве канала обратной связи использовалась слуховая система человека — сложный, довольно мед-



ленный (~10 Kbit/s), но эффективный канал передачи данных.

Таким образом, отчасти благодаря компании Biosig Instruments в 1980-х появилась гамма портативных приборов, контролировавших состояние здоровья, работа которых была основана на использовании сенсоров, телеметрии, принципов биологической обратной связи, специально созданных алгоритмов и программном обеспечении — и все это было разработано (в первую очередь компанией Biosig Instruments) с целью поддержания состояния здоровья и определения его границ. Подобные приборы совсем не обязательно должны были применяться в медицине, то есть для записи параметров организма, отклоняющихся от области здоровья и характеризующих какое-либо заболевание. Тем не менее, физиологические параметры, связанные с возникающими патологическими состояниями, могли регистрироваться такими приборами, как естественное продолжение измерений параметров внутри области здоровья — так аритмии могут быть неожиданно обнаружены при интерпретации ЭКГ-сигналов, казалось бы, здорового человека. Кстати, Biosig Instruments предлагала измерять ЭКГ довольно простыми методами, использующими балансные схемы — от правой и левой руки, причем руки могли не обрабатываться специальным проводящим гелем, применяемым в кардиографии. Точность снятия кардиографических сигналов при этом, как утверждает Biosig Instruments, не страдает. Проводящий гель нужен для того, чтобы улучшить весьма слабый ЭКГ-сигнал на поверхности тела (обычно в диапазоне от 0,1 до 3,0 милливольт). Такой гель, однако, часто содержит пропиленгликоль, который способен вызывать аллергии. Заметим, что малогабаритные ЭКГ-устройства в большинстве случаев делают ненужным повсеместное применение довольно громоздких стандартных 12-канальных медицинских кардиографов, которые могли бы использоваться лишь в больницах и специализированных кардиоцентрах.

Поскольку мобильное здравоохранение — быстро развивающаяся область, ее стандарты еще далеки от завершения. Тем не менее, многие исследовательские учреждения и фирмы сегодня используют уже имеющийся набор средств (без хорошего метрологического обеспечения и привязки к стандартам) для получения мобильных решений, например, с целью диагностики. Примеры, приведенные ниже, демонстрируют мобильные решения для здравоохранения, в которых эффективно применяются доступные сегодня технологии. Такие примеры могут служить моделями, отражающими современные тенденции снятия многоканальной информации с тела человека, в частности, в рамках концепции мобильного здравоохранения. Миниатюризация сенсорных измерительных систем, наряду с удешевлением и повсеместным распространением популярных компьютерных устройств обработки информации, таких как ноутбук, смартфон, таблет-ПК и т.д., делают мобильное здравоохранение доступным для большинства людей и к тому же создают возможности для персонализации медицинских услуг.

В качестве примера можно привести стандартные кардиомониторы, обладающие изрядной массой и содержащие много подключений. Такие приборы могут использоваться только в условиях клиник или — и то далеко не всегда — в частных врачебных кабинетах. Сегодня можно себе представить трансформацию тяжелых кардиографов в набор маленьких «заплаток», которые прикрепляются к сухой коже и могут соединяться по радиоканалу — при помощи крошечных, почти невидимых антенн — с мобильными устройствами, скажем, смартфонами. Последние способны маршрутизировать электромагнитный сигнал, получаемый от сердца и свидетельствующий о какой-либо патологии, кардиологу или другому подходящему специалисту. Вспомним, что та или иная сердечная недостаточность остается первой по значимости причиной смерти в Европе. Минимизация числа случаев сердечной недо-





статочности, включающей практически все болезни сердца — инфаркт миокарда, пороки клапанов, кардиомиопатии, ИБС, атеросклероз и сужение просвета коронарных сосудов и т.д., и своевременная реакция на сердечные патологии становятся особенно актуальными по мере того, как население стареет, а также в связи с быстрой урбанизацией и возрастанием уровня стресса. Предполагается, что сердечная недостаточность в ближайшие десятилетия останется основной причиной смерти среди взрослого населения. Так, в соответствии с отчетом ВОЗ [26], датированным 16 мая 2012 года, примерно 23,6 миллиона человек умрут к 2030 году от сердечной недостаточности того или иного вида.

Другой областью, в которой мобильное здравоохранение может быстро прогрессировать и приносить ощутимую пользу, оказывается борьба с диабетом. В соответствии с тем же отчетом ВОЗ диабет считается одним из самых быстрорастущих незаразных заболеваний. Сегодня около десяти процентов взрослого населения в развитых странах страдают диабетом. Диабет — один из серьезных факторов риска, который влечет за собой многие серьезные заболевания, такие как уже упомянутую сердечную недостаточность, гипертонию, закупорку сосудов нижних конечностей, почечную недостаточность, ретино-, невро- и энцефалопатию и многие другие. Диабет представляет собой довольно сложное расстройство эндокринной регуляторной системы «глюкоза-инсулин-глюкагон», которое в первую очередь характеризуется гипергликемией.

Иными словами, диабет — это серьезное метаболическое нарушение, которое требует специального описания и моделирования, в частности, динамики различных биохимических компонентов, участвующих в метаболизме. К сожалению, прямые измерения выбросов и поступления в кровь трех наиболее существенных компонентов, влияющих на уровень глюкозы в плазме крови, — инсулина (продуцируется бета-клетками поджелудочной железы), глюкагона (продуцируется альфа-клетками поджелудочной железы) и гликогена (полисахарид, который запасается и выбрасывается в кровоток печенью, приводя к возрастанию уровня глюкозы в крови) — для каждого отдельного пациента либо слишком дороги, либо малоэффективны. Поэтому во врачебной практике используются измерения концентрации глюкозы в крови по взятой пробе, причем наименее инвазивным методом оказывается прокалывание подушек пальцев. При этом многим диабетикам приходится сдавать кровь несколько раз в день — довольно болезненная процедура, например, для детей, которые и составляют большинство среди пациентов с диабетом первого типа.

Возможное неинвазивное решение для диагностики уровня сахара в крови было разработано в Университете штата Вашингтон (США) совместно с исследовательским подразделением корпорации Microsoft (Microsoft Research). Дело в том, что концентрацию глюкозы в крови можно установить не только по взятию проб крови, но и практически по любой жидкости в теле. Предлагаемое решение основано на мониторинге уровня глюкозы в слезе с помощью датчиков, вмонтированных в контактные линзы, которые при этом не освобождаются от регулярной функции оптической коррекции зрения [27]. Можно отметить, что такое решение отражает новую тенденцию в мобильных технологиях, известную как создание естественного интерфейса пользователя (natural user interface — NUI).

Многофункциональные контактные линзы сделаны из специального пластика и содержат маленькие встроенные приемопередаточные устройства (трансиверы), питающие крошечные антенны. Прибор в целом представляет собой плод междисциплинарных усилий, поскольку в его создании участвовали специалисты, представляющие различные области науки и технологий: радиоинженеры, электронщики, программисты, эксперты по сенсорным устройствам, антенно-фидерным системам, новым материалам и врачи-офтальмологи.

Многофункциональные контактные линзы сделаны из специального пластика и содержат маленькие встроенные приемопередаточные устройства (трансиверы), питающие крошечные антенны. Прибор в целом представляет собой плод междисциплинарных усилий, поскольку в его создании участвовали специалисты, представляющие различные области науки и технологий: радиоинженеры, электронщики, программисты, эксперты по сенсорным устройствам, антенно-фидерным системам, новым материалам и врачи-офтальмологи.



тальмологи. Как сообщается в [27], такая инженерная коллаборация планировала снабдить многофункциональные контактные линзы петлей обратной связи и программными компонентами, которые вырабатывали бы сигнал тревоги, когда концентрация глюкозы выходила бы за границы области здоровья («нормы») в пределах поля зрения пользователя, что представляет собой разновидность так называемой расширенной реальности (enhanced reality solution).

Строго говоря, при лечении диабета необходим постоянный (24/7/365) мониторинг пациентов. Действительно, традиционный способ стабилизации и лечения диабета предполагает инъекции различных комбинаций инсулина краткосрочного (типа Humalog) и долгосрочного (типа Lantus) действия, часто совместно с другими диабетическими препаратами, такими как Metformin, Glimepirid и т.д., а также с антигипертензивными медикаментами: бета-блокаторами, ACE-ингибиторами и т.п., если, как это часто бывает, диабету сопутствует гипертония. Однако все эти субстанции, особенно при совместном действии, могут приводить к выраженному негативному влиянию на здоровье пациента. К примеру, бета-блокаторы могут быть противопоказаны для пациентов, склонных к брадикардии или частичной атриовентрикулярной блокаде. Между тем, уже сегодня на рынке существует ряд мобильных решений, существенно облегчающих прямой контакт между врачом и пациентом и постоянное наблюдение за ходом лечения. Такие мобильные решения, в частности, позволяют больным и их семьям беспрепятственно связываться с врачами по радиоканалу (с помощью смартфонов, ноутбуков, PDA и других мобильных устройств). Например, лондонский University College, используя стандартные программные средства (Microsoft CRM Dynamics), разработал технологии мобильного доступа, чтобы помочь больным соблюдать предписанный режим приема медикаментов, осуществлять назначенные процедуры, контролировать

реакцию пациента на медикаменты — в частности, в режиме 24/7/365 и т.д. Можно сказать, что таким способом реализуется обратная связь с участием терапевтов, особенно с целью их быстрого информирования о негативных побочных эффектах назначенных препаратов, возрастании или падении уровня сахара в крови пациента как отклик на терапевтические мероприятия и т.п.

Уже упоминалось, что многие исследовательские учреждения и предприятия используют доступный им готовый набор средств для создания весьма продвинутых мобильных решений. Так, группа студентов Университета Беркли в Калифорнии (University of Berkeley) в сотрудничестве с Microsoft Research разработала простой, но полезный прибор, скомбинировав фотокамеру мобильного телефона с обычным микроскопом [28] (более точно, этот прибор первоначально объединял 40-линзовую систему с трехмегапиксельной камерой мобильного телефона) [28]. Получившийся двухкомпонентный прибор легко может превращаться в мобильную лабораторию, способную передавать изображения из любого удаленного пункта. Этот прибор уже успешно применялся в Африке для идентификации образцов крови с целью диагностики малярии и туберкулеза.

Как мы видели на примере кепки «Нейрокипер», существенным оказывается то обстоятельство, что сенсоры способны регистрировать локальные параметры и их вариации. Например, изменения метаболизма в какой-либо части тела, как правило, вызывают перераспределения потоков крови в подкожной области, что приводит к небольшим (с точки зрения малочувствительных методов) модуляциям локальных значений температуры и электропроводности кожи. Таким образом, некоторые измеримые с хорошей точностью физические характеристики: локальная температура, электрическая проводимость кожи, локальные распределения электрического и магнитного полей вблизи тела, тепловое (инфракрасное) излучение отдельных его





участков и т.д., могут служить хорошими индикаторами метаболических процессов, протекающих внутри организма. Соответственно можно описать состояние здоровья или установить его границы по отношению к нарушениям метаболизма и таким путем предоставить средства для неинвазивного удаленного мониторинга метаболических процессов. Такой удаленный мониторинг отчасти напоминает динамическую компьютерную картографию, служащую, например, основой ГИС — географических информационных систем. Можно заметить, что хотя состояние здоровья, как мы обсуждали в первой части статьи, оказывается глобальным, то есть относящимся ко всему организму, проявления этого состояния или отклонения от него могут носить локальный характер. Именно такие локальные эффекты отображаются сенсорами в системах мобильного здравоохранения (mHealth решений).

Заключение

Предложенный краткий обзор технологий мобильного здравоохранения, наряду с ассоциативными комментариями к этим технологиям, приводит к ряду нетривиальных вопросов. Фактически данную статью можно рассматривать как некую развернутую постановку задачи, в первую очередь для ИТ-индустрии. Таким образом, данная статья не вполне про медицину — скорее про высокотехнологичные методы поддержания здоровья, которое интерпретируется как некоторое равновесное состояние всего организма. Это состояние может потерять устойчивость, и такое отклонение от устойчивого состояния воспринимается как заболевание. Если организм возвращается к состоянию здоровья, то это состояние может рассматриваться как аттрактор соответствующей динамической системы (например, отдаленно напоминающий предельный цикл — на самом деле некоторое предельное многообразие).

Динамическая система, описывающая последовательность состояний функционирующего организма, эволюционирует в фазовом

пространстве физиологических переменных, таких как температура тела, артериальное давление, масса тела, рост человека, BMI, частота (скважность) и амплитуда пульса, зависимость от времени электрических потенциалов, создаваемых сердечной мышцей, мозгом и другими органами, электрическую проводимость различных участков кожи (как принято говорить в медицине, гальванический отклик кожи — GSR), частота дыхания, оксигениация и объем выдыхаемого воздуха, другие переменные, характеризующие газообмен, парциальные концентрации глюкозы, кислорода, углекислого газа и других веществ в крови, pH ее артериальной компоненты, прочие гемодинамические переменные, ряд параметров окружающей среды, влияющих на состояние организма (давление, температура, влажность), и т.д.

На самом деле физиологические переменные целиком сводятся к физическим переменным и соответственно измеряются (с определенной точностью) физическими приборами; можно сказать, что физиологические переменные — это некоторые комбинации физических, хотя и не обязательно линейные. Поэтому можно представить себе ситуацию в будущем, когда вся медицина будет формулироваться на физическом языке и в измеримых физических терминах. Главная задача здравоохранения — не допускать необратимых процессов как на уровне отдельного организма, так и на уровне популяции. Другими словами, постоянство среды — гомеостаз — должен поддерживаться, в частности, с помощью медицинских технологий, на всех уровнях биологической иерархии: внутри клеток, в отдельных органах тела, их функциональных группах (подсистемах организма), в организме как целое, в сообществе людей и т.д.

Поддерживать устойчивое состояние здоровья и сигнализировать об отклонениях от него можно с помощью довольно изощренной системы датчиков, объединенных в беспроводные сети и использующих, в частности, биологическую обратную связь. Сети из датчиков на



человеческом теле в каком-то смысле эмулируют естественные сенсоры человеческого тела, хотя и организованы как самые настоящие компьютерные сети со всеми протоколами, маршрутизаторами, свичами и прочей сетевой атрибутикой. Преимущество таких сетей перед сенсорными системами функционирующего организма состоит в том, что генерируемые организмом сигналы могут передаваться в режиме беспроводной связи (или по проводам — не столь важно) к лечащему врачу, в клинику или в другую организацию, связанную со здравоохранением, например, в страховую компанию. Короче говоря, системы мобильного здравоохранения, в своем пределе эмулирующие функционирующий организм и к тому же снабженные эффективной системой обмена данными о нем, позволяют регистрировать и анализировать динамическое поведение организма как метаболического реактора, взаимодействующего с

окружением. Такие мобильные системы требуют существенно интердисциплинарных подходов и реальных естественнонаучных, инженерных и компьютерных знаний — не таких, какими традиционно обладали медики. Сейчас это междисциплинарное направление в медицине, отчасти индуцируемое потребностями мобильного здравоохранения, очень быстро развивается, несмотря на довольно ожесточенное сопротивление некоторой части медиков-традиционалистов.

Поскольку мобильные подходы в здравоохранении имеют выраженный интердисциплинарный характер, можно ожидать, что интеграция различных технологий приведет к смене стандартной медицинской парадигмы, при которой акцент ставится на патологиях и нарушениях работы отдельных органов, а не на отклонениях от устойчивого функционирования организма в целом, то есть от состояния, воспринимаемого как здоровье.



Литература

- 1.** Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. — Washington, DC: National Academy Press, 2000; см. также McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J. et al. The quality of health care delivered to adults in the United States//N. Engl. J. Med. — 2003. — № 348. — P. 2635–2645.
- 2.** Singh S., Edzard E. Trick or Treatment. — New York, W.W. Norton, 2008.
- 3.** Semple D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntosh A. Oxford Handbook of Psychiatry. — New York, Oxford University Press, 2005.
- 4.** <http://www.cdc.gov/omhd/amh/factsheets/mental.htm>.
- 5.** Haig S. When the Patient is a Googler//<http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1681838-2,00.html>
- 6.** Stevenson R., Umachandran V., Ranjadayalan K., Wilkinson P., Marchant B., Timmis A.D. Exercise-induced Adverse Effects//Br. Heart J. — 1993. — № 70. — P. 415–420; см. также <http://www.medicalhealthtests.com/articles/126/medical-tests/treadmill-test-risks.html> и ACC/AHA Clinical Competence Statement. <http://circ.ahajournals.org/content/102/14/1726.full>.
- 7.** Chyka P.A. et al. Salicylate poisoning: an evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management//Clinical toxicology. — 2007. — № 45 (2). — P. 95–131; см. также <http://www.freemed.com/aspirin-overdose/overview.htm>.
- 8.** http://www.redorbit.com/news/video/health_2/1112546197/z_pak_health_warning.
- 9.** Weill A. et al. Benfluorex and valvular heart disease: a cohort study of a million people with diabetes mellitus//Pharmacoepidemiology and Drug Safety. — 2010. — V. 19 (12). — P. 1256–1262; см. также <http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-12155639>.





10. Harmon K. What Is Propofol and How Could It Have Killed Michael Jackson?//<http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=propofol-michael-jackson-doctor>.
11. <http://www.orientalmedicine.com/diagnostic-methods>.
12. Andre L. Doctors of Deception. — N.J., Rutgers Univ. Press, 2009.
13. Urban G.A. Micro- and nanobiosensors — state of the art and trends//Measurement Science and Technology. — 2009. — V. 20. — № 1.
14. Ko B.J.G., Lu C., Srivastava M.B., Stankovic J.A., Terzis A., Welsh M. Wireless sensor network for healthcare//Proc. IEEE. — 2010. — Vol. 98. — P. 1947–1960.
15. <http://www.biosigunstruments.com>.
16. <http://www.researchingmeditation.org/blog/category/meditation/sahaja-yoga-meditation>.
17. Waluyo A.B., Pek I., Chen X., Yeoh W.-S. Design and evaluation of lightweight middleware for personal wireless body area network//Pers. Ubiquit. Comput. — 2009. — V. 13. — P. 509–525.
18. Pardue J.H., Patidar P. Threats to healthcare data: a threat tree for risk assessment//Issues in Information Systems. — 2011. — V. 12. — № 1. — P. 106–113.
19. Kumar P., Lee H.-J. Security issues in healthcare applications using wireless medical sensor networks: a survey//Sensors. — 2012. — V. 12. — P. 55–91.
20. An Aging World, <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p-95-09-1.pdf>.
21. Koch S., Hagglund M. Health informatics and the delivery of care to older people//Maturitas. — 2009. — V. 63. — P. 195–199.
22. Frost and Sullivan Research, <http://www.prnewswire.com/news-releases/frost--sullivan-what-next-for-mobile-health-157181195.html>.
23. Epilepsy and Driving, http://en.wikipedia.org/wiki/Epilepsy_and_driving.
24. Cars that can monitor your health, <http://www.telegraph.co.uk/motoring/road-safety/10013373/Cars-that-can-monitor-your-health.html>; http://www.computerworld.com/s/article/9216842/Ford_developing_in_car_health_monitoring_tech.
25. http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR439.html.
26. World Health Organization Europe, <http://www.euro.int/en/what-we-do/health-topics/non-communicable-diseases/obesity/news/news/2012/5/world-health-statistics-2012-report-increase-of-hypertension-and-diabetes>.
27. http://research.microsoft.com/en-us/collaboration/stories/nui_contactlens_cs.pdf.
28. Attachment turns mobile phone into microscope//Computer. — 2009. — V. 42. — № 12. — P. 23–25. <http://research.microsoft.com/en-us/collaboration/focus/health/cellscope.pdf>.

UDC 614.2

Pankratov S., Znamenskaya T. **Mobile Health (mHealth): A Conceptual View** (Technische Universität München, Germany; Microsoft Europe, Middle East and Africa, München, Germany)

Abstract: The value of mHealth for sustainable healthcare is discussed. It is projected that mHealth can become a disruptive technology that is set out to radically transform the current state of medical disciplines. In particular, the mHealth solutions can provide better understanding of the organism stability margins and of the emergence of diseases as well as ensure more patient safety under drug and physiotherapy prescription. The issue of measuring the physiological quantities is addressed, with the conventional yet complex task of quantitative accuracy evaluation being discussed. The concept of complexity and its relevance for the physiological parameters defining both the health state and disorders is accounted for. The principles of body area networking and the relevant standards are briefly overviewed, with a focus on security issues. The concept of biofeedback implemented through mHealth sensor technologies is examined. Basic requirements to facilitate market acceptance and response are analyzed. Selected case studies of pervasive health monitoring are presented. Possible current and future mHealth applications are considered. Since some general problems of healthcare are touched upon in the article, it is intended to provoke a controversy.

Keywords: homeostasis, sensor, networking, measurement, biofeedback.



→ **От редакции:**

Эффективный контракт нацеливает на ужесточение требований к результатам труда, в том числе снижение выплат стимулирующего характера при ухудшении показателей. Но только ли выплаты стимулирующего характера? Не праздным в связи с этим является вопрос о том, насколько это может быть обеспечено на практике? Насколько трудовое законодательство позволяет снижать заработную плату? И позволяет ли вообще? Эти вопросы рассматриваются в публикуемом материале.

Обращаем внимание наших читателей на то, что более подробно с вопросами введения эффективного контракта Вы сможете ознакомиться в книге под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова, подготовленной к публикации нашим Издательским домом «Стимулирующие системы оплаты труда в рамках введения эффективного контракта».

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

ПРАВОВЫЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРА ОПЛАТЫ ТРУДА (В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫПЛАТ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА) В РАМКАХ ВВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА

УДК 331.2; 614.2

Кадыров Ф.Н. Правовые и практические аспекты снижения размера оплаты труда (в том числе выплат стимулирующего характера) в рамках введения эффективного контракта (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Введение эффективного контракта предусматривает установление более тесной зависимости оплаты труда от его результатов. Это предполагает не только повышение заработной платы по мере достижения лучших результатов, но и уменьшение оплаты при ухудшении значения соответствующих показателей. Однако существуют законодательные ограничения на снижение размеров оплаты труда. В работе рассматриваются проблемы снижения размеров оплаты труда при недостижении предусмотренных значений показателей с соблюдением требований действующего законодательства.

Ключевые слова: эффективный контракт, трудовой договор, фонд оплаты труда, оклад, выплаты стимулирующего характера, материальное стимулирование, коллективный договор.

Mаксимальная эффективность систем оплаты труда обеспечивается тогда, когда соблюдаются ряд условий. В частности, должна быть обеспечена двухсторонняя направленность стимулирования: как возможность повышения оплаты труда, так и ее снижение. Рассмотрим эти вопросы более детально.

В соответствии с действующим трудовым законодательством установлены определенные гарантии в вопросах оплаты труда, в том числе касающиеся вопросов уменьшения оплаты.

© Ф.Н. Кадыров, 2014 г.



Так, в соответствии со статьей 136 Трудового кодекса при выплате заработной платы работодатель обязан извещать в письменной форме каждого работника:

1) о составных частях заработной платы, причитающейся ему за соответствующий период;

2) о размерах иных сумм, начисленных работнику, в том числе денежной компенсации за нарушение работодателем установленного срока соответственно выплаты заработной платы, оплаты отпуска, выплат при увольнении и (или) других выплат, причитающихся работнику;

3) о размерах и об основаниях произведенных удержаний;

4) об общей денежной сумме, подлежащей выплате.

В свою очередь статья 137 Трудового кодекса определяет ограничения случаев, в которых могут осуществляться удержания из заработной платы. Удержания из заработной платы работника производятся только в случаях, предусмотренных Трудовым кодексом и иными федеральными законами.

Удержания из заработной платы работника для погашения его задолженности работодателю могут производиться:

— для возмещения неотработанного аванса, выданного работнику в счет заработной платы;

— для погашения неизрасходованного и своевременно не возвращенного аванса, выданного в связи со служебной командировкой или переводом на другую работу в другую местность, а также в других случаях;

— для возврата сумм, излишне выплаченных работнику вследствие счетных ошибок, а также сумм, излишне выплаченных работнику в случае признания органом по рассмотрению индивидуальных трудовых споров вины работника в невыполнении норм труда (часть третья статьи 155 Трудового кодекса) или простое (часть третья статьи 157 Трудового кодекса);

— при увольнении работника до окончания того рабочего года, в счет которого он уже

получил ежегодный оплачиваемый отпуск, за неотработанные дни отпуска. Удержания за эти дни не производятся, если работник увольняется по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 или пунктами 1, 2 или 4 части первой статьи 81, пунктах 1, 2, 5, 6 и 7 статьи 83 Трудового кодекса.

В случаях, предусмотренных абзацами вторым, третьим и четвертым части второй данной статьи, работодатель вправе принять решение об удержании из заработной платы работника не позднее одного месяца со дня окончания срока, установленного для возвращения аванса, погашения задолженности или неправильно исчисленных выплат, и при условии, если работник не оспаривает оснований и размеров удержания.

Заработная плата, излишне выплаченная работнику (в том числе при неправильном применении трудового законодательства или иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права), не может быть с него взыскана, за исключением случаев:

— счетной ошибки;

— если органом по рассмотрению индивидуальных трудовых споров **признана вина работника в невыполнении норм труда** (часть третья статьи 155 Трудового кодекса) **или простое** (часть третья статьи 157 Трудового кодекса);

— если заработка плата была излишне выплачена работнику в связи с его неправомерными действиями, установленными судом.

Статья 138 определяет ограничения **размера удержаний** из заработной платы. Общий размер всех удержаний при каждой выплате заработной платы не может превышать 20%, а в случаях, предусмотренных федеральными законами, — 50% заработной платы, причитающейся работнику.

При удержании из заработной платы по нескольким исполнительным документам за работником во всяком случае должно быть сохранено 50% заработной платы.

Ограничения, установленные данной статьей, не распространяются на удержания



из заработной платы при отбывании исправительных работ, взыскании алиментов на несовершеннолетних детей, возмещении вреда, причиненного здоровью другого лица, возмещении вреда лицам, понесшим ущерб в связи со смертью кормильца, и возмещении ущерба, причиненного преступлением. Размер удержаний из заработной платы в этих случаях не может превышать 70%.

Не допускаются удержания из выплат, на которые в соответствии с федеральным законом не обращается взыскание.

Итак, существует целый ряд ограничений на уменьшение оплаты труда. Казалось бы, они не позволяют (за исключением вышеприведенных ситуаций) снижать размер оплаты труда и поэтому препятствуют внедрению стимулирующих систем оплаты труда (в части ее уменьшения при снижении показателей). Однако это не совсем так.

В вышеприведенных положениях Трудового кодекса речь шла о недопустимости снижения **уже начисленной заработной платы**. Существуют ли **ограничения по начислению заработной платы**? Да, существуют.

Минимальный размер оплаты труда устанавливается одновременно на всей территории Российской Федерации федеральным законом и не может быть ниже величины прожиточного минимума трудоспособного населения (статья 133 Трудового кодекса). То есть формально ниже МРОТ платить нельзя. Однако не во всех случаях минимальной границей является МРОТ. Статья 144 Трудового кодекса определяет, что «заработка 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».

Означает ли это, что заработка плата работника не может быть ниже приведенных выше значений? Нет, не означает. Статья 129 Трудового кодекса поясняет, что представляют собой вышеуказанные базовый

оклад (базовый должностной оклад), базовая ставка заработной платы — это «минимальные 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**».

Как видим, стимулирующие выплаты при этом не гарантируются, что вполне логично.

Кроме того, вышеуказанные положения касаются ситуаций **выполнения работником норм труда**. Действительно, статья 133 Трудового кодекса определяет: «Месячная заработная плата работника, **полностью отработавшего за этот период норму рабочего времени и выполнившего нормы труда** (трудовые обязанности), не может быть ниже минимального размера оплаты труда».

Ситуациям же **оплаты при невыполнении норм труда** посвящена статья 155 Трудового кодекса, которая называется «Оплата труда при невыполнении норм труда, неисполнении трудовых (должностных) обязанностей **по вине работодателя**»: оплата труда производится в размере **не ниже средней заработной платы** работника, рассчитанной пропорционально фактически отработанному времени.

При невыполнении норм труда, неисполнении трудовых (должностных) обязанностей **по причинам, не зависящим от работодателя и работника**, за работником сохраняется **не менее двух третей тарифной ставки, оклада** (должностного оклада), рассчитанных пропорционально фактически отработанному времени.

При невыполнении норм труда, неисполнении трудовых (должностных) обязанностей **по вине работника** оплата нормируемой части заработной платы производится **в соответствии с объемом выполненной работы**.





Заметим, что в зависимости от применяемых систем оплаты труда нормами труда могут выступать:

— отработанное время — при повременных системах оплаты труда;

— объем произведенной продукции (оказанных услуг, выполненных работ, число обслуживаемых пациентов на участке или в стационаре, стоимость оказанных услуг и т.д.) — при различных разновидностях сдельных систем оплаты труда.

Казалось бы, все ясно: не выполнил норму труда при использовании сдельной системы оплаты труда — не оказал плановый объем услуг или не выполнил финансовый план по доходам (при оказании платных услуг или в системе ОМС) — оплата труда осуществляется в соответствии с достигнутым объемом (пропорционально степени выполнения установленной нормы труда).

На практике же все сложнее. Если установлена сдельная оплата труда (или даже ее элементы в виде выплат стимулирующего характера) и работник не выполнил норму труда, то как оценить, по чьей вине это произошло? По вине работодателя; по причинам, не зависящим от работодателя и работника, или по вине самого работника? Проще говоря, чья вина в отсутствии (недостатке) пациентов, желающих попасть к данному врачу: работника или работодателя? Чья вина в том, что к конкретному врачу не хотят идти пациенты? Ситуация неоднозначная, ведь в соответствии со статьей 22 Трудового кодекса работодатель обязан предоставлять работникам работу, обусловленную трудовым договором. Это можно понимать и так, что работодатель «за ручку» должен привести к каждому врачу необходимое количество пациентов. Эта проблема требует четкого законодательного решения.

Конечно, недопустимо буквальное понимание рассматриваемого положения как необходимость производить оплату труда работников, не выполнивших, например, плановое количество посещений, пропорционально

количеству фактически выполненных посещений. Все зависит от применяемых систем оплаты труда. При сдельной оплате труда (применяющейся редко) оплата труда, действительно, может быть привязана к таким объемным показателям, как посещения и т.д. При повременной же системе оплата производится пропорционально отработанному времени. Обращаем внимание на то, что речь идет о нормируемой части заработной платы. Выплаты стимулирующего характера могут не относиться к ней и выплачиваться в соответствии с другими принципами, в том числе и не начисляться вообще при определенных значениях показателей «условия получения выплат».

Тем не менее, порядок и условия осуществления выплат стимулирующего характера должны быть четко определены заранее в локальных нормативных актах, трудовых договорах. Не допустим субъективизм в их назначении и уменьшении.

Анализ судебной практики в вопросах оплаты труда показывает, что в случае уменьшения выплат стимулирующего характера тщательно изучаются следующие моменты:

— имеется ли в положениях об оплате труда, трудовых договорах с работниками (дополнительных соглашениях к трудовым договорам) четкое указание на то, за какие нарушения, за невыполнение каких конкретных требований предполагается уменьшение оплаты;

— указаны ли точные размеры (алгоритмы) уменьшения оплаты при невыполнении тех или иных условий.

Поэтому недопустимы в положениях об оплате труда, трудовых договорах фразы, например, такого содержания: «Работнику полагается дополнительная оплата (выплата стимулирующего характера) в размере 10 тысяч рублей, которая при невыполнении установленных требований (видов выполняемых работ) может быть частично или полностью снята».

Действительно, в этом случае закономерно возникает вопрос о том, при невыполнении каких конкретных требований или работ (из нескольких имеющихся), на какую кон-



крайне сумму может быть уменьшена соответствующая планировавшаяся выплата? Если конфликты в подобных случаях дойдут до суда, то он, скорее всего, будет рассматривать эту ситуацию как отсутствие четких оснований для уменьшения выплат на конкретную сумму (например, почему сняли 1000, а не 500 рублей?) и потребует отменить решение об уменьшении выплат.

Придется очень подробно прописывать в положениях об оплате труда, трудовых договорах: при каких значениях каких показателей на какую величину уменьшаются выплаты стимулирующего характера. Но это чрезмерно осложнит («перегрузит») систему оплаты труда.

Поэтому наиболее целесообразным является подход, использованный в «Примерной форме трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения», приведенной в Приложении № 3 к «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р. В ней нет понятия «уменьшение выплат стимулирующего характера» — в нем указаны «условия получения выплат» и «показатели и критерии оценки эффективности деятельности». Поэтому, если условия получения выплат не выполнены, установленные показатели не достигнуты, то учреждение имеет полное право не начислять соответствующие выплаты или начислять их в меньшем размере. Это, с юридической (с учетом действующего трудового законодательства) и с психологической точек зрения, является более оправданным.

Итак, в рамках существующих систем оплаты труда имеются возможности использовать оба направления стимулирования: не только повышение оплаты труда при достижении положительных результатов, но и снижение оплаты при негативных результатах работы. На это собственно и нацелен эффективный контракт. Это касается и

выплат стимулирующего характера за стаж непрерывной работы — они относятся к выплатам стимулирующего характера и при определенных условиях (определенных положениях об оплате труда, трудовыми договорами) могут быть уменьшены или не выплачиваться вообще.

Правда, пока мы рассмотрели это только в отношении выплат стимулирующего характера (да и то, как было показано ранее, не всех). Учитывая, что доля выплат стимулирующего характера в общем размере оплаты труда в целом невелика, это не позволяет создать эффективную систему стимулирования.

Другая проблема введения стимулирующих систем оплаты труда касается возможностей уменьшения не только выплат стимулирующего характера, но и всего размера оплаты труда, что характерно для сдельных систем оплаты труда. Но на практике сдельная оплата труда используется не часто, и даже сдельные системы оплаты труда, применяемые при оказании платных услуг, крайне редко используют эту возможность.

Закономерно встает вопрос о том, насколько возможно (и возможно ли вообще) уменьшать размер оплаты труда при ухудшении показателей в рамках повременных систем оплаты труда, наиболее распространенных в здравоохранении? На первый взгляд, возможности ограничиваются только выплатами стимулирующего характера. Тем не менее, имеются варианты, позволяющие и повременную оплату де-факто превратить в сдельную.

Речь идет об особом механизме использования выплат стимулирующего характера. Суть данного варианта заключается в следующем. При сохранении повременной системы оплаты труда с гарантированием полагающихся в соответствии с трудовым законодательством выплат одновременно производится расчет фонда оплаты труда (ФОТ) за объем или стоимость оказанных услуг. Фонд оплаты труда (ФОТ) находится по следующей формуле:





$$\Phi OT = P \times K,$$

где ΦOT — фонд оплаты труда, сформированный за объем оказанных услуг по сдельным расценкам; P — сдельная расценка; K — фактический объем оказанных услуг (посещения).

Аналогичным образом ΦOT может формироваться в зависимости от стоимости оказанных услуг (в этом случае вместо расценки будет использоваться норматив на оплату труда в процентах от стоимости оказанных услуг).

ΦOT — это тот размер оплаты труда, на которую претендует работник за соответствующий объем оказанных услуг. Тем не менее, ему по повременной системе начисляется определенная сумма в соответствии с тарификацией и отработанным временем ($\Phi ЗП$). Поэтому при сохранении повременной системы оплаты труда речь может идти только о дополнительной оплате труда, начисленной сверх $\Phi ЗП$.

Размер этой дополнительной оплаты труда (выплата стимулирующего характера за счет фонда материального поощрения — $\Phi МП$) находится по формуле:

$$\Phi МП = \Phi OT - \Phi ЗП$$

где $\Phi МП$ — фонда материального поощрения; ΦOT — фонд оплаты труда, рассчитанный в соответствии со сдельными расценками и фактическим объемом оказанных услуг; $\Phi ЗП$ — зароботная плата работника, начисленная ему по повременной системе за отработанное время.

Приведем условный пример. Допустим, что имеются следующие значения рассматриваемых показателей:

- сдельная расценка за 1 посещение (P) составляет 25 руб.;
- плановое количество посещений ($K_{пл}$) — 400;
- месячная оплата труда врача, взятая за основу при расчете сдельной расценки ($\Phi ЗП$), составляет 10 000 руб.;
- фактический объем (K) составил 500 посещений (при плановой нагрузке 400 посещений в месяц).

Тогда:

$$\Phi OT = 500 \text{ пос.} \times 25 \text{ руб./пос.} = 12500 \text{ руб.}$$

$$\Phi МП = 12500 \text{ руб.} - 10000 \text{ руб.} = 2500 \text{ руб.}$$

Итак, при достигнутых показателях работнику полагается дополнительная оплата ($\Phi МП$) в размере 2500 руб.

Рассмотрим обратную ситуацию: плановый объем услуг не выполнен и фактически составил не 400, а 300 посещений.

Фонд оплаты труда при невыполнении плановых объемов составит:

$$\Phi OT = 300 \text{ пос.} \times 25 \text{ руб./пос.} = 7500 \text{ руб.}$$

Тогда фонд материального поощрения составит отрицательную величину:

$$\Phi МП = 7500 \text{ руб.} - 10000 \text{ руб.} = -2500 \text{ руб.}$$

Мы видим, что реально выплаченная работнику сумма оплаты труда ($\Phi ЗП$) оказалась на 2500 руб. больше, чем ему полагается в соответствии со значением показателя ΦOT . $\Phi МП$ имеет отрицательное значение — выплаты стимулирующего характера за счет $\Phi МП$ в данном месяце не будет. Но заплатить меньше 10 000 руб. невозможно. Штрафы (то есть уменьшение основной части оплаты труда) трудовым законодательством не допускаются. Таким образом, работник получил более высокую заработную плату, чем ему полагается за объем оказанных услуг, став, по сути, должником учреждения. Весь вопрос в том, «простит» ли этот долг учреждение или нет. Оптимальным в данном случае является вариант, когда в положении об оплате труда и/или в трудовом договоре устанавливается, что условием выплаты стимулирующего характера является отсутствие задолженности работника перед учреждением. Основанием для подобных формулировок может опять-таки служить «Примерная форма трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения», которой предусмотрен показатель «условия получения выплат». Этим условием и будет отсутствие задолженности работника перед учреждением по $\Phi МП$. При этом должно быть указано, что сумма задолженности вычитается из расчетного $\Phi МП$ следующих периодов. Кстати, это требование может быть условием осуществления и других выплат, а не только выплат за счет $\Phi МП$.



Поэтому, если, например, в одном месяце работник выполнил только 300 посещений и сформировал задолженность в размере 2500 руб., а в следующем выполнил 500 посещений и претендует на ФМП в размере 2500 руб., то он не получит этой суммы, а только покроет имеющуюся перед учреждением задолженность. По итогам двух месяцев он выполнил 800 посещений, то есть норму, установленную в расчете на два месяца, получит ровно 20 000 руб., то есть в строгом соответствии с объемом оказанных

услуг. Как видим, повременная оплата фактически превратилась в сдельную.

При отсутствии же такой системы учета задолженности работник, выполнив за два месяца норму на 100% (в расчете на месяц), получил бы дополнительную оплату (во втором месяце) 2500 руб., то есть его оплата при 100%-ном выполнении плана (в среднем за два месяца) составила бы 112,5%. Оправданность (точнее — неоправданность) такой дополнительной оплаты очевидна.



Литература

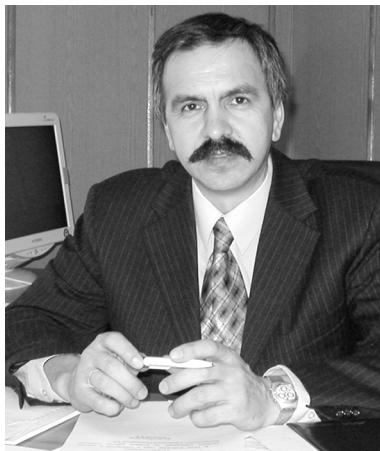
- 1.** Валова С. Стимулирующие и премиальные выплаты в бюджетных учреждениях// Бюджетные организации: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2010. — № 9.
- 2.** Иванов А.В., Буланов В.И. Эффективный контракт: логика управленческих решений//Здравоохранение. — 2013. — № 10. — С. 56
- 3.** Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в системе здравоохранения//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 66–77.
- 4.** Кадыров Ф.Н. Новая форма трудового договора в рамках внедрения эффективного контракта//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 4. — С. 54–59.
- 5.** Кадыров Ф.Н. Порядок осуществления денежных выплат медицинским работникам, финансовое обеспечение которых осуществлялось в 2012 году за счет средств федерального бюджета//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 6. — С. 63–68.
- 6.** Кадыров Ф.Н. Рекомендации по оформлению трудовых отношений с работниками при введении эффективного контракта//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 10.
- 7.** Кадыров Ф.Н. Процедура перехода на эффективный контракт//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 11.
- 8.** Путин В.В. Строительство справедливости. Социальная политика для России// Комсомольская правда. — 13 февраля 2012.
- 9.** Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Проблемы трансформации существующих систем оплаты труда в целях внедрения эффективного контракта в здравоохранение//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 6–15.
- 10.** Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 3. — С. 6–15.
- 11.** Эффективный бюджетник. <http://www.vz.ru/economy/2012/7/11/588045.html>.

UDC 331.2; 614.2

Kadirov F.N. Legal and practical aspects of decreasing amount of labor compensation (including the amounts of incentive pay outs) in the frames of introducing an efficient contract (Federal research institute for health organization and informatics of ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. Introduction of efficient contract suggests further close-bodied dependency of labor compensation from its outcome. It also considers not only raise of salaries as far as reaching best results, but a decrease of salaries in case of decline of corresponding indexes. However, there are legislative limitations directed on decrease of labor compensation amount. The study also considers problems of decreasing labor compensation amounts while not reaching foreseen indexes with meeting requirements of active legislation.

Keywords: efficient contract, labor contract, labor compensation fund, income, incentive pay outs, material stimulation, collective contract.



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

Каким образом может осуществляться оплата труда специалистов, оказывающих платные медицинские услуги в основное рабочее время (без ущерба для оказания бесплатной помощи, например, при выполнении небольшого числа платных лабораторных исследований одновременно с бесплатными)?

Оплата труда при оказании платных медицинских услуг в основное рабочее время подпадает под действие статьи 151 Трудового кодекса Российской Федерации, которая называется: «Оплата труда при совмещении профессий (должностей), расширении зон обслуживания, увеличении объема работы или исполнении обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором». В соответствии с этой статьей «При совмещении профессий (должностей), расширении зон обслуживания, увеличении объема работы или исполнении обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, работнику производится доплата. Размер доплаты устанавливается по соглашению сторон трудового договора с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы (статья 60.2 настоящего Кодекса)».

Кроме того, оплата труда в подобных случаях может производиться путем установления специальных выплат стимулирующего характера. Подробнее это будет рассмотрено в одном из ближайших номеров журнала.

Как быть в ситуации, когда в ходе оказания медицинской помощи потребовалось провести дополнительные исследования, процедуры и т.д., которые заранее не были предусмотрены? Должен ли пациент их оплачивать или он может потребовать оказать дополнительные услуги за счет самого учреждения? Освободит ли нас от обязанности оказывать дополнительные услуги за свой счет (за счет учреждения) ситуация, когда дополнительные услуги не могли быть предусмотрены заранее?

Все зависит от содержания договора на оказание платных медицинских услуг. В принципе, стороны могут договориться о любом варианте. Но важно, чтобы эта договоренность была четко прописана в тексте договора.



Более того, теоретически можно и не оговаривать подобную ситуацию отдельно. Дело в том, что Пункт 17 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 (далее — Правила), предусматривает, что договор должен содержать в том числе:

- «в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;
- г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты».

Соответственно медицинская организация обязана предоставить только те услуги и по той цене, которые прямо предусмотрены договором. Дополнительные услуги, не предусмотренные договором (за исключением ситуаций, когда потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний), медицинская организация предоставлять не обязана.

Пункт 20 Правил устанавливает: «В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе».

Казалось бы, особых проблем возникать не должно. Но на практике все может оказаться сложнее. Нередко возникают ситуации, когда оказание каких-либо услуг, предусмотренных договором, окажется невозможным без дополнительных исследований, процедур и т.д., направленных, например, на устранение воспалительного процесса, о наличии (возникновении) которого при подписании договора никто не предполагал.

Поэтому такие ситуации лучше оговорить заранее. Возможен, например, подобный пункт договора: «В случае, если в процессе оказания медицинской помощи выявились необходимость выполнения дополнительных видов работ (оказания услуг), не предусмотренных договором (которые не могли быть предусмотрены на момент заключения договора), они выполняются с согласия пациента при условии оплаты им этих дополнительных видов работ (услуг). Если пациент не дал согласие на выполнение и оплату дополнительных видов работ (услуг), медицинская организация (исполнитель) вправе отказаться от исполнения договора. В этом случае исполнитель может требовать от потребителя оплаты стоимости фактически выполненной работы (оказанной услуги)».

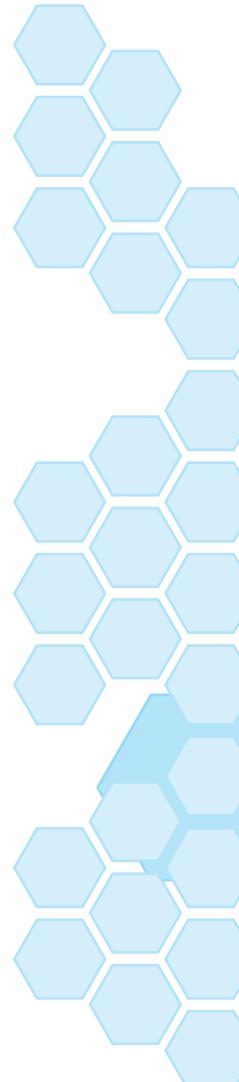
Пациент, подписавший договор, подтверждает тем самым свое согласие с этим условием.

Рассматриваемая проблема может возникнуть и в случае, если пациент настаивает на составлении сметы. В соответствии с п. 19 Правил: «На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора».

Если руководствоваться исключительно Правилами, то, казалось бы, можно просто ограничиться составлением сметы. Однако этот пункт отражает лишь часть положений статьи 33 Федерального закона «О защите прав потребителей» (далее — ЗоЗПП), и эти краткие выдержки могут сыграть плохую службу. Необходимо принимать во внимание все содержание данной статьи, которая предусматривает следующее:

«1. На выполнение работы (оказание услуги), предусмотренной договором о выполнении работы (оказании услуги), может быть составлена твердая или приблизительная смета.

Составление такой сметы по требованию потребителя или исполнителя обязательно.





2. Исполнитель не вправе требовать увеличения твердой сметы, а потребитель — ее уменьшения, в том числе в случае, когда в момент заключения договора исключалась возможность предусмотреть полный объем подлежащих выполнению работ (оказанию услуг) или необходимых для этого расходов. Исполнитель имеет право требовать увеличения твердой сметы при существенном возрастании стоимости материалов и оборудования, предоставляемых исполнителем, а также оказываемых ему третьими лицами услуг, которое нельзя было предусмотреть при заключении договора. При отказе потребителя выполнить это требование исполнитель вправе расторгнуть договор в судебном порядке.

3. Если возникла необходимость выполнения дополнительных работ (оказания дополнительных услуг) и по этой причине существенного превышения приблизительной сметы, исполнитель обязан своевременно предупредить об этом потребителя. Если потребитель не дал согласие на превышение приблизительной сметы, он вправе отказаться от исполнения договора. В этом случае исполнитель может требовать от потребителя уплаты цены за выполненную работу (оказанную услугу)».

Исходя из этой статьи ЗоЗПП, в случае, если учреждение составило смету без указания в договоре того, является ли смета твердой или приблизительной, пациент может настаивать на том, что смета была твердой и в соответствии с частью 2 этой статьи медицинская организация не вправе увеличивать сумму оплаты, даже если «в момент заключения договора исключалась возможность предусмотреть полный объем подлежащих выполнению работ (оказанию услуг) или необходимых для этого расходов».

Поэтому, если пациент настаивает на составлении сметы, следует четко закрепить в договоре, является ли она твердой или приблизительной.

Если зафиксировано, что смета является приблизительной, то целесообразно вставить в договор пункт примерно следующего содержания: «На момент подписания договора стоимость (смета) медицинских услуг составляет _____ руб. и является приблизительной в значении, используемом в статье 33 Федерального закона «О защите прав потребителей». Указанная сумма вносится пациентом при подписании договора в кассу исполнителя. Если возникла необходимость выполнения дополнительных работ (оказания дополнительных услуг) и по этой причине существенного превышения приблизительной стоимости (сметы), исполнитель обязан своевременно предупредить об этом пациента. Если пациент не дал согласие на превышение приблизительной сметы, исполнитель вправе отказаться от исполнения договора. В этом случае исполнитель может требовать от пациента оплаты стоимости за фактически выполненную работу (оказанную услугу)».

Обращаем внимание на то, что в ряде случаев и твердая смета может быть превышена (при существенном возрастании стоимости материалов и оборудования, предоставляемых исполнителем, а также оказываемых ему третьими лицами услуг, которое нельзя было предусмотреть при заключении договора).

Является ли допустимым использование бригадных форм оплаты труда в здравоохранении в настоящее время? О них давно не упоминается в официальных документах.

Бригадные формы организации и оплаты труда никто не отменял. Действовавшие при СССР нормативные акты, касающиеся бригадных (коллективных) форм организации и оплаты труда, сохраняют свое действие. Подробнее это будет рассмотрено в специальном материале.



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2014

ДЛЯ МОДЕРНИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ ФОНДОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НУЖНО БОЛЕЕ 1 ТРЛН. РУБЛЕЙ



M

одернизация основных фондов системы здравоохранения России требует инвестиций порядка 1 трлн. рублей. Такую оценку дал замглавы Минздрава Сергей Краевой в рамках Российской недели ГЧП. Несмотря на завершение программы модернизации здравоохранения, у нас сохраняется изношенность наших основных фондов — порядка 40–45%. Если брать те секторы, которые наиболее нуждаются в финансировании, то это рынок объемом порядка 200 млрд. рублей, — сказал он.

Сергей Краевой обратил внимание, что это та финансовая ниша, которую необходимо заполнить в самое ближайшее время. В этой сфере, по словам замминистра, Минздрав рассчитывает на партнерство с частными инвесторами. При этом основными нишами для инвесторов могут стать такие направления, как первичное звено системы здравоохранения (поликлиники) и высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП).

— Позиция Минздрава в вопросах ГЧП проста. ГЧП делается не ради ГЧП, а чтобы помочь государству выполнять свои обязательства перед гражданами страны в обеспечении своевременной, доступной, качественной медицинской помощью в полном объеме. Когда мы говорим о том, что ждем частного инвестора, подчеркиваем, что ждем его там, где у нас есть недостатки территориальной модели здравоохранения. Там, где государство и муниципалитет региона не могут своими силами залатать эту дыру, — отметил Сергей Краевой.

По мнению эксперта, основная задача на данный момент — создать универсальную нормативную базу по ГЧП. — У нас нет отдельно правил дорожного движения для Москвы и отдельно для Иванова. Так и не может быть отдельного закона ГЧП для здравоохранения и отдельного закона для другого направления. Закон должен быть общим. Министерство экономического развития РФ, с которым мы очень тесно сотрудничаем в этом вопросе, работает над законом по ГЧП. Надеемся, скоро документ попадет на второе чтение и будет принят.

Сергей Краевой считает, что сейчас необходимо создать условия для привлечения инвесторов: — Мы прекрасно понимаем, что бизнес не может быть без прибыли. Наша задача — создать условия для бизнеса, чтобы ему было интересно работать в тандеме с государством. Сейчас мы анализируем территориальные модели здравоохранения, чтобы создать базу данных направлений, куда мы ждем частного инвестора. От такого сотрудничества выигрывают все.

Сергей Краевой добавил, что проблемы в первичном звене состоят в первую очередь в правильном управлении и кадровом обеспечении, а в ВМП — обратная ситуация, там есть максимальная потребность в инвестициях в развитие современной инфраструктуры.



Источник: ИТАР-ТАСС



МИНФИН И МИНЗДРАВ СОГЛАСОВАЛИ ФИНАНСИРОВАНИЕ ВМП В 2014-2016 ГОДАХ

Министр здравоохранения Вероника Скворцова в ходе совещания Президента Владимира Путина с членами Правительства 19 марта сообщила, что в 2014 году финансирование высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) увеличится на 10%, а в 2015 году — на 23%. В 2016 году, согласно сообщению на сайте Кремля, дефицит финансирования ВМП удалось сократить «более чем в два раза». Скворцова рассказала, что Минздрав и Минфин «пришли к единой позиции» по этому вопросу. «Те оптимизационные мероприятия, которые сейчас начаты в отрасли, касающиеся, прежде всего, повышения эффективности стационаров и развития стационарно замещающих технологий, позволяют нам увеличивать объемы высокотехнологичной помощи в этом году примерно на 40 тысяч человек, на будущий год уже с 542 тысяч до 650 тысяч человек и через год — 750 тысяч человек», — отчиталась министр.

Слова Вероники Скворцовой подтвердил министр финансов Антон Силуанов, который заметил, что в настоящее время необходимо четко определить задачи и место федеральных медицинских учреждений, которые в первую очередь должны заниматься научными исследованиями. «На это деньги в бюджете в полном объеме предусмотрены. На те услуги в области медицины, которые осуществляются в рамках ОМС, необходимо и направление «комээсовских» ресурсов в федеральные учреждения. Именно такой подход мы согласовали с Министерством здравоохранения, так и будем двигаться», — заключил он.

В. Скворцова также отметила, что в отношении федеральных учреждений подготовлены механизмы доведения дополнительных ресурсов до уровня не менее 2013 года из нормированного страхового запаса Фонда обязательного медицинского страхования. «Проект постановления Правительства подготовлен, он обсуждается в Министерстве финансов и в ближайшее время будет внесен в Правительство. Мы планируем выделение дополнительных ресурсов по результатам первого полугодия 2014 года, это примерно конец июня — начало июля», — подчеркнула чиновница.

Источник: <http://vademec.ru>

ПРАВИТЕЛЬСТВО УТВЕРДИЛО ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СУБСИДИЙ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ГОСПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Установлением Правительства РФ № 203 от 18.03.2014 утверждены Правила предоставления и распределения субсидий на реализацию мероприятий госпрограммы «Развитие здравоохранения».

Федеральным законом «О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» предусмотрены в 2014 году субсидии бюджетам субъектов Федерации в размере 2,5 млрд. рублей на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Утвержденные Правила устанавливают порядок предоставления и распределения субсидий на софинансирование расходных обязательств субъектов Федерации, связанных с реализацией следующих мероприятий:

- обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий;
- финансовое обеспечение закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.



Оценка эффективности расходов бюджетов субъектов РФ, источником финансового обеспечения которых являются субсидии, осуществляется Минздравом России на основании сравнения установленных соглашением и фактически достигнутых по итогам отчетного года значений показателей результативности предоставления субсидий.

В случае, если в отчетном финансовом году субъектом РФ не достигнуты значения показателей результативности предоставления субсидии, установленные соглашением, размер субсидии, предусмотренной на текущий финансовый год, подлежит сокращению в порядке и размерах, которые предусмотрены настоящими Правилами.

Сокращение размера субсидии, предусмотренной на текущий финансовый год, производится пропорционально отклонению фактического значения показателя результативности предоставления субсидии от планового значения, но не более чем на 50% размера субсидии.

Источник: <http://government.ru/>

ЕВРОПА НЕ СПРАВЛЯЕТСЯ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Годным экспертов ВОЗ и Европейского центра профилактики и контроля болезней, Европа испытывает трудности в области диагностики и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза. Эксперты отмечают, что в Европе ежедневно заболевают туберкулезом около 1 тыс. человек. Около половины случаев заболевания не диагностируются должным образом, и только каждый третий пациент проходит успешное лечение.

По словам директора Европейского бюро ВОЗ Жужанны Якаб, задача органов здравоохранения состоит в том, чтобы охватить всех больных, а не половину и то частично. Согласно информации ВОЗ и Европейского центра профилактики и контроля болезней, за последнее десятилетие уровень заболеваемости туберкулезом ежегодно снижается на 5%.

Автор: Илья Дугин

ГОТОВИТСЯ НОВЫЙ ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РОССИЯН

Министерство здравоохранения РФ готовит новый порядок проведения диспансеризации российских граждан, сообщила вице-премьер Ольга Голодец на совещании у Председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева.

Ольга Голодец пояснила, что отныне диспансеризация будет более адресная.

— Будут выявлены те возрасты и виды обследований, по которым граждане РФ должны будут пройти диспансеризацию в обязательном порядке, — отметила она. Будет также предусмотрена «система стимулирования». Все эти вопросы будут предложены к обсуждению Правительству РФ, добавила вице-премьер.

По данным Ольги Голодец, в 2013 году был полностью выполнен план по диспансеризации, которая затронула свыше 34 млн. человек.

— Было выявлено почти 3 млн. человек с болезнями, связанными с кровообращением, а также 21 346 случаев злокачественных новообразований, — рассказала она. Вице-премьер подчеркнула, что именно эти два важных показателя влияют на продолжительность жизни населения, и раннее выявление этих болезней позволяет вовремя предпринять необходимые меры и вылечить людей. Среди тех граждан, у которых были выявлены онкологические заболевания, наиболее распространенным заболеванием оказался рак молочной железы (35,4%) и рак предстательной железы (17,6%).

Источник: ИТАР-ТАСС





ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ВПЕРВЫЕ ПРОВЕЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ ПО УДАЛЕНИЮ ЧАСТИ ПОЧКИ

Уникальную лапароскопическую операцию по удалению части почки у ребенка впервые провели врачи Детской городской клинической больницы №5 Кемеровской области. По словам медиков, у годовалого ребенка был обнаружен порок развития — полное удвоение правой почки. «Заболевание мешало ребенку жить полноценной жизнью из-за хронического пиелонефрита и инфекции мочевыводящих путей», — рассказали специалисты.

Они добавили, что прежде при подобных патологиях в региональных больницах проводились так называемые полостные операции. «Делался полноценный разрез, который просто неизбежен при подобном хирургическом вмешательстве. Само собой реабилитационный период при полостной операции гораздо более длительный, чем при лапароскопической», — отметили сотрудники больницы. На этот раз для того, чтобы удалить часть почки у пациента, врачам потребовалось сделать всего лишь 3 небольших прокола в области поясницы. Как рассказал хирург, проводивший операцию, основная сложность в проведении первого в истории кемеровской хирургии лапароскопического вмешательства состояла в том, чтобы не нарушить кровоснабжение нормально функционирующей почки. По словам специалистов, послеоперационный период проходит для годовалого пациента без осложнений.

Источник: «Интерфакс»

СИБИРСКИЕ УЧЕНЫЕ СОЗДАЛИ УНИКАЛЬНУЮ ОБОЛОЧКУ ДЛЯ ЛЕКАРСТВ

Облочка поможет доставить препарат именно туда, где он необходим. Причем полезность новейшего материала не ограничивается только этим — его планируют использовать и в хирургии, и в стоматологии, и при лечении ожогов. По воздействию на источник недуга такой препарат отличается от классической таблетки, как меткий выстрел снайпера от взрыва бомбы, поражающей не только врага, но и все вокруг. Нанотаблетка действует точечно и исключительно точно бьет в цель. «Когда контейнер оказался в нужном месте, в этот момент происходит активация данной лекарственной формы. Механизм запущен, и лекарственный препарат выходит из этой оболочки, тем самым действует внутри, убивает опухолевую клетку изнутри», — объясняет аспирант лаборатории новых биоматериалов СФУ **Анна Кузьмина**.

Наноконтейнеры — только одно из направлений. Сотрудники лаборатории новых биоматериалов Сибирского федерального университета разрабатывают и растворяющиеся хирургические нити, и не вызывающие отторжения имплантаты. Все на основе придуманного здесь же биопластика, вещества, способного заменять ткани человеческого тела.

«Это биосовместимый, бiorазрушаемый природный полимер. То есть он, не вызывая никаких негативных явлений внутри человеческого тела, разрушается в нем», — рассказывает профессор, заведующая кафедрой медицинской биологии Сибирского федерального университета, руководитель проекта **Екатерина Шишацкая**.

«Для прорыва в медицинских технологиях нужно иметь три вещи: наука, наличие конкретной разработки и умение ее внедрить. Но самое важное — иметь материал. Здесь мы делаем материал, мы сами его изобрели и сами доводим его до готовности», — рассказывает



профессор микробиологии Массачусетского технологического института, консультант проекта **Энтони Сински**. Стоимость лаборатории — сотни миллионов рублей. Пользу просто нельзя измерить деньгами. Благодаря государственному мегагранту, в таком направлении медицины, как новые биотехнологии, сибирские ученые могут составить зарубежным коллегам реальную конкуренцию. Изделий из отечественного биополимера в первую очередь ждут наши фармацевты. Пока они работают в основном на импортном сырье.

Источник: <http://www.1tv.ru>

СИБИРСКИЕ УЧЕНЫЕ РАЗРАБОТАЛИ КАРДИОИМПЛАНТАТ ДЛЯ БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Кардиоимплантат, не имеющий аналогов в России, разработали томские ученые. Зонтичный коронарный стент предназначен для лечения пациентов, страдающих мерцательной аритмией. По словам специалистов, покрытие стента на основе кремния позволит ускорить процесс заживления тканей. «Кремний дает очень высокие параметры биосовместимости: этот химический элемент близок живым клеткам и обеспечивает улучшенные свойства для размножения и развития живых тканей на поверхности таких имплантатов», — рассказала ведущий научный сотрудник Института физики прочности и материаловедения Сибирского отделения РАН **Людмила Мейнер**.

Производство кардиоимплантатов будет осуществляться резидентом Академпарка, компанией «Ангиолайн». По словам директора предприятия **Андрея Кудряшова**, до сегодняшнего дня зонтичные стенты выпускались только за рубежом. Он добавил, что стоимость российского аналога будет примерно в 5 раз ниже зарубежной, где цена одного кардиоимплантата составляет 500 тысяч рублей.

Источник: пресс-служба Технопарка новосибирского Академгородка

УСПЕШНО ИСПЫТАНО НОВОЕ ЛЕКАРСТВО ОТ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Новый препарат, способный увеличить продолжительность жизни больных раком поджелудочной железы вдвое, получил лицензию в Великобритании. Приобрести его можно только по рецепту. По некоторым данным, ежегодно 8% из 8 тыс. 500 человек, которые страдают данной формой рака, умирают в течение года. Клинические испытания препарата Abraxane, проведенные в прошлом году, показали, что он способен повысить выживаемость с 6 месяцев до 8–8,5. Продление жизни на год увеличилось с 22 до 25%, а на два года — с 4 до 9%.

— Рак поджелудочной железы является пятой по распространенности формой рака, однако прогресс в лечении этого заболевания был незначительным. Однолетняя выживаемость регистрируется у менее 20% больных, и мы в течение многих лет ждали альтернативы современным методам лечения. Сегодняшние новости — шаг вперед в лечении метастатического рака поджелудочной железы. Важно, чтобы Abraxane, продемонстрировавший увеличение общей выживаемости, стал доступным для пациентов с этой формой рака, — комментирует профессор **Дэвид Каннингем** из Royal Marsden hospital. Препарат был одобрен к применению в Европе месяц назад, в США его можно найти в продаже с осени 2013 года.

Исследование ученых опубликовано в журнале New England Journal of Medicine.

Источник: ИА РБК со ссылкой на The Telegraph





ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ОТЧЕТНОСТЬ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ НА РЕАЛИЗАЦИЮ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ФОРМА И ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 ноября 2013 г. № 237 «Об установлении порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» (не вступил в силу)
Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 декабря 2013 г. Регистрационный № 31 005.

Установлены форма отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения и порядок ее предоставления.

Отчетность подается ежемесячно в электронном виде и на бумажном носителе. Она составляется по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом, нарастающим итогом в рублях с точностью до второго знака после запятой.

Регионы подают отчетность в ТФОМС до 10 числа, ТФОМС подает отчетность в ФФОМС до 15 числа. Данные представляются отдельно по каждому объекту капитального строительства (перинатальному центру).

О КОДЕ ВИДОВ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ ПО ТРАНСФЕРТАМ НА ВЫЯВЛЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКУ ТУБЕРКУЛЕЗА

Письмо Минфина России от 5 ноября 2013 г. № 02-05-012/47112 «О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий»

Сообщается, что во исполнение Постановления Правительства РФ о финансировании мероприятий по выявлению, лечению и профилактике туберкулеза в Перечне кодов видов доходов бюджетов зарезервирован код 2 02 04064 02 0000 151.

Он предусматривает трансферты регионам на закупку антибактериальных и противотуберкулезных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулеза и мониторинга лечения указанных больных.

Расходы на предоставление трансфертов (целевая статья 481 04 00 «Мероприятия, направленные на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, профилактические мероприятия») отражаются разделу 09 00 «Здравоохранение», подразделу 09 01 «Стационарная медицинская помощь» классификации расходов бюджетов.

О ЗАЧИСЛЕНИИ ДОХОДОВ В БЮДЖЕТ ТФОМС

Письмо Минфина России от 27 ноября 2013 г. № 02-08-011/51194 «О применении Указаний о порядке применения бюджетной классификации бюджетов»

Минфин России пояснил, что органы Федерального казначейства должны зачислять доходы в бюджет ТФОМС в соответствии с кодами классификации доходов бюджетов, закрепленными законом региона о бюджете фонда.



О ФОРМИРОВАНИИ НА 2014 Г. ТРАНСФЕРТОВ ДЛЯ БЮДЖЕТОВ ТФОМС

Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 8 ноября 2013 г. № 7192/30-4 «Об учете в передаваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования трансферах на 2014 г. расходов, не входящих в структуру тарифа по базовой программе обязательного медицинского страхования»

Закон об ОМС предусматривает, что тариф на оплату медпомощи включает в себя, в частности, расходы на зарплату, на приобретение лекарств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, прочих материальных запасов, затраты на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии возможности сделать это в медорганизации), на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу.

Расходы на капремонт и на проектно-сметную документацию для него, на покупку оборудования большей стоимости, медицинской мебели покрываются за счет ассигнований соответствующих бюджетов. Они не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный Программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать показатель, предусмотренный базовой программой. Условия — установлен дополнительный объем страхового обеспечения по случаям, закрепленным базовой программой; прописаны дополнительные страховые случаи.

В таких ситуациях физическое обеспечение территориальной программы ОМС осуществляется за счет платежей регионов, вносимых в бюджет ТФОМС, в размере разницы между двумя нормативами с учетом количества застрахованных лиц.

Таким образом, в передаваемых в бюджет ТФОМС трансферах на 2014 г. должны предусматриваться и расходы, не входящие в структуру тарифа по базовой программе ОМС.

ЖЕЛАЮЩИМ УЧАСТВОВАТЬ ВО ВСЕРОССИЙСКОМ КОНКУРСЕ ВРАЧЕЙ: ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТА О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВЛАДЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ

*Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 ноября 2013 г. № 831н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2013 г. № 151н «О проведении Всероссийского конкурса врачей» (не вступил в силу)
Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 декабря 2013 г. Регистрационный № 30 953.*

Для участия во Всероссийском конкурсе врачей заинтересованное лицо представляет в том числе отчет о профессиональной деятельности, владении медицинскими технологиями (методиками), включающий статистические показатели за последние 3 года.

Разработаны рекомендации по оформлению такого отчета. На титульном листе указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), название отчета с указанием конкретной должности, наименование структурного подразделения и медорганизации, год подготовки документа.

Далее оформляются введение, основная часть и заключение. Основная часть отражает личный вклад в организацию профессиональной деятельности и содержит анализ работы врача-специалиста. Перечислены конкретные показатели.

Отчет печатается на сброшюрованных листах (формата А4). Объем — до 25 листов. Может содержать таблицы, графики или диаграммы.





СТАНДАРТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДПОМОЩИ ПРИ РВОТЕ БЕРЕМЕННЫХ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 декабря 2013 г. № 1071н «О внесении изменения в стандарт специализированной медицинской помощи при рвоте беременных, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. № 593н» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 27 января 2014 г. Регистрационный № 31 107.

Стандарт специализированной медицинской помощи при рвоте беременных.

Изменения коснулись Перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории России, с указанием средних суточных и курсовых доз. Из него исключены замещенные этилендиамины.

РЕЛИГИЯ И МЕДИЦИНСКОЕ/ПЕНСИОННОЕ СТРАХОВАНИЕ

Информация Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2014 г. «Возможно ли соблюдение равенства прав граждан, отказавшихся по религиозным убеждениям от использования документов с использованием новых информационных технологий (страховые идентификаторы, штриховое кодирование, микрочипы и пр.), при получении ими гарантированной медицинской помощи, пенсий и других социальных выплат?»

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Оно осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами страхования. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил его самостоятельно, получает страховой медицинский полис.

Отмечено, что страховой медицинский полис призван обеспечить адресность при предоставлении государственных услуг в области здравоохранения. Он является учетным документом. Каждый бланк полиса имеет соответствующий номер, идентифицирующий не человека, а непосредственно бланк. Это необходимо для ведения реестра бланков, находящихся на строгом учете, и осуществления контроля за их расходованием.

Получение страхового полиса входит в комплекс мер по реализации права гражданина на оказание бесплатной медицинской помощи на территории страны.

По проблеме внешних символов и знаков имеется позиция Московской Патриархии.

Священный Синод Русской Православной Церкви в специальном заявлении разъяснил, что «не следует бояться внешних символов и знаков», «никакой внешний знак не нарушает духовного здоровья человека, если не становится следствием сознательной измены Христу и поруганию веры».

Что касается назначения трудовых пенсий и других социальных выплат, отмечено следующее. На каждое застрахованное лицо ПФР открывается индивидуальный лицевой счет с постоянным страховым номером, содержащим контрольные разряды, позволяющие выявить ошибки при использовании этого страхового номера в процессе учета.

Застрахованный получает страховое свидетельство ОПС, которое содержит страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) и дату регистрации в этом качестве.

Разъяснено, что страховой номер присваивается индивидуальному лицевому счету, а не человеку, и используется наряду с анкетными данными гражданина в целях учета его пенсионных прав, не заменяя собой его имени. Присвоение СНИЛСа носит технологический характер и не нарушает законных прав и свобод верующих граждан. Права и свободы человека и гражданина не могут быть ограничены по мотивам, связанным с использованием различных способов обработки персональных данных, содержащихся в государственных или муниципальных информационных системах.



ОБ ОКАЗАНИИ МЕДПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ УЧАЩИМСЯ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 января 2014 г. Регистрационный № 31 045.

Установлены правила оказания медпомощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях.

Детям гарантируется предоставление медпомощи на основе ее стандартов в рамках программы госгарантii бесплатного оказания гражданам медпомощи.

Предусмотрены следующие виды медпомощи: первичная медико-санитарная, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная; паллиативная.

Организация охраны здоровья несовершеннолетних в период обучения и воспитания в учебных заведениях возложена на последних. При этом первичную медико-санитарную помощь, медосмотры и диспансеризацию осуществляют органы здравоохранения. Образовательная организация обязана безвозмездно предоставить им соответствующее помещение.

В школах открываются отделения организации медпомощи несовершеннолетним. Цель — оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, а также профилактика заболеваний. Утверждены положение о таком отделении, рекомендуемые штатные нормативы его работников, стандарт оснащения медблока. Прописано, как организуется деятельность врача-педиатра (фельдшера), врача по гигиене детей и подростков, медсестры (фельдшера) отделения.

При отсутствии отделения первичная медико-санитарная помощь может оказываться в кабинетах, здравпунктах медорганизации или иного юрилица, осуществляющего меддеятельность (наряду с основной (уставной)).

Для медицинского вмешательства необходимо получить информированное добровольное согласие несовершеннолетнего или иного законного представителя. Оно не требуется для оказания медпомощи по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни.

ЭНТЕРОБИОЗ: ЛУЧШАЯ ЗАЩИТА — ПРОФИЛАКТИКА!

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. № 57 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.2.3110-13 «Профилактика энтеробиоза» [не вступило в силу]

Зарегистрировано в Минюсте РФ 20 января 2014 г. Регистрационный № 31 053.

Разработаны новые санитарно-эпидемиологические правила СП 3.2.3110-13 «Профилактика энтеробиоза».

Данная инфекция имеет широкое распространение у детей. На игрушках, постельных принадлежностях, ковровых покрытиях и других предметах обихода возбудитель энтеробиоза сохраняет жизнеспособность до 21 дня, на объектах окружающей среды в верхних слоях почвы игровых площадок, песка из песочниц — до 14 дней, в водопроводной и сточной воде — до 7 дней.

Больных лиц, а также тех, у кого имеется подозрение на инфекцию, выявляют при обращении за медпомощью, при ее оказании на дому.

О каждом случае энтеробиоза врачи всех специальностей, медработники в течение 24 часов направляют экстренное извещение в органы санитарно-эпидемиологического надзора.





Закреплен ряд профилактических мероприятий. В их числе — обследование на энтеробиоз, мониторинг циркуляции возбудителя в группах повышенного риска заражения, санитарно-паразитологический контроль объектов внешней среды, гигиеническое воспитание населения.

СП 3.2.1317-03 «Профилактика энтеробиоза» признаны утратившими силу.

ФМБА РОССИИ: КАКИЕ СВЕДЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ ПО НОВЫМ ФОРМАМ СТАТНАБЛЮДЕНИЯ?

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 26 декабря 2013 г. № 341 «О представлении сведений по формам федерального статистического наблюдения и об утверждении форм отраслевого статистического наблюдения»

С отчета за 2013 г. в территориальных органах и центрах гигиены и эпидемиологии ФМБА России вводятся в действие новые формы федерального статнаблюдения.

Речь идет о следующих. Это «Сведения о санитарном состоянии субъекта Федерации» (ф. № 18). «Сведения о числе лиц с впервые установленными профессиональными заболеваниями (отравлениями)» (ф. № 24). «Сведения о дозах облучения лиц из персонала в условиях нормальной эксплуатации техногенных источников ионизирующих излучений» (ф. № 1-ДОЗ). «Сведения о дозах облучения лиц из персонала в условиях радиационной аварии или планируемого повышенного облучения, а также лиц из населения, подвергшегося аварийному облучению» (ф. № 2-ДОЗ). «Сведения о дозах облучения пациентов при проведении медицинских рентгенорадиологических исследований» (ф. № 3-ДОЗ). «Сведения о дозах облучения населения за счет естественного и техногенного измененного радиационного фона» (ф. № 4-ДОЗ). Все они являются годовыми.

С отчета за 2013 г. формы № 1-ДОЗ, № 2-ДОЗ и № 3-ДОЗ также вводятся в ЦМСЧ/МСЧ, клинических больницах и медицинских центрах ФМБА России.

Утверждены новые формы отраслевого статнаблюдения. Их 6. Среди них — «Сведения о деятельности территориальных органов ФМБА России» (№ 1-13-ф), «Сведения о проведении социально-гигиенического мониторинга» (№ 10-13-ф), «Сведения о вспышках инфекционных заболеваний» (№ 23-13-ф) и др. Они также применяются с отчета за 2013 г.

Ранее действовавшие аналогичные формы отраслевого статнаблюдения отменяются.

В РЕКЛАМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МОЖНО УКАЗАТЬ ПРОФИЛЬ ЕЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Письмо Федеральной антимонопольной службы от 20 января 2014 г. № АК/1193/14 «О внесении изменений в Федеральный закон «О рекламе»

С 1 января 2014 г. вводится запрет на рекламу рецептурных лекарств, медуслуг и медизделий, для использования которых требуется специальная подготовка. Реклама указанной продукции (услуг) допускается только в местах проведения медицинских/фармацевтических выставок, семинаров, конференций и подобных мероприятий, а также в специализированных печатных изданиях, предназначенных для медицинских и фармацевтических работников.

ФАС России обращает внимание на то, что понятие «медицинская деятельность» шире понятия «медицинская услуга» (данной позиции придерживается Пленум ВАС РФ). Соответственно, упомянутый выше запрет не распространяется на рекламу медицинской деятельности.

Таким образом, допускается реклама медучреждения, которая не содержит указаний на конкретные медицинские услуги. ФАС России разъясняет, что в рекламе медорганизации можно отражать профиль ее деятельности (например, стоматология, терапия, педиатрия и пр.).



КАК РАБОТНИКИ СИСТЕМЫ МИНЗДРАВА ОТЧИТЫВАЮТ О СВОИХ ДОХОДАХ И РАСХОДАХ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 июля 2013 г. № 463н «Об утверждении Порядка представления гражданами, претендующими на замещение должностей, и работниками, замещающими должности в организациях, созданных для выполнения задач, поставленных перед Министерством здравоохранения Российской Федерации, сведений о своих доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера, а также сведений о доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера своих супруги [супруга] и несовершеннолетних детей» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 декабря 2013 г. Регистрационный № 30 963.

Установлено, как отдельные работники организаций Минздрава России и лица, претендующие на их должности, отчитываются о доходах, расходах, имуществе и имущественных обязательствах (собственных, а также своих детей и супругов). Это делается в целях борьбы с коррупцией.

Сведения представляются при назначении на должность, а также ежегодно до 30 апреля.

Так, подается информация о приобретении недвижимости, транспортного средства, ценных бумаг, акций (долей участия, паев в уставных (складочных) капиталах) на сумму, превышающую общий доход лица и его супруги (супруга) за 3 последних года, предшествующих сделке. Об источниках получения средств, за счет которых она совершена.

Сведения направляются в отдел по профилактике, предупреждению коррупционных и иных правонарушений Департамента управления делами и кадров. Информация подается на бумажном носителе с личной подписью, а также по каналам электронной связи с учетом требований законодательства о персональных данных. Если отчитаться невозможно по объективным причинам, нужно написать заявление с их объяснением.

Полнота и достоверность сведений проверяются.

Разрешается представлять уточненные сведения (в случае обнаружения ошибок, неточностей и т. д.). Срок — до конца июля. В случае непредставления или подачи заведомо ложных сведений гражданин не назначается на должность, а работник привлекается к дисциплинарной ответственности вплоть до увольнения.

СКОЛЬКО РЕГИОНЫ ПОЛУЧАТ НА ПУТЕВКИ ЛЬГОТНИКАМ И ОПЛАТУ ИМ ПРОЕЗДА К МЕСТУ ЛЕЧЕНИЯ?

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 9 декабря 2013 г. № 722н «О внесении изменений в распределение в 2013 году субвенций, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных полномочий Российской Федерации по оказанию отдельным категориям граждан государственной социальной помощи в части предоставления при наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение, а также бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 декабря 2013 г. Регистрационный № 30 687.

Регионам выделяются субвенции на реализацию переданных полномочий по соцпомощи льготным категориям граждан. Речь идет о предоставлении при наличии медпоказаний путевок на санаторно-курортное лечение, а также бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

В новой редакции изложено распределение субвенций на 2013 г.

Общий объем увеличен с 2 265 978,1 тыс. до 2 408 685,9 тыс. руб. Перечень регионов-получателей средств при этом не изменился.





ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ФФОМС ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛЬЯ В 2013 Г. УТРАТИЛ СИЛУ

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. № 257 «О признании утратившим силу приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 января 2014 г. Регистрационный № 31 010.

В связи с завершением 2013 г. признан утратившим силу порядок предоставления работникам ФФОМС единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на этот период.

СУБВЕНЦИИ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛЕКАРСТВАМИ: НОВОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ

Распоряжение Правительства РФ от 21 декабря 2013 г. № 2464-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2516-р»

Регионам и Байконуру предоставляются субвенции на финансирование оказания отдельным категориям граждан соцслуги по обеспечению необходимыми лекарствами, медизделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов. В новой редакции изложено распределение данных ассигнований на 2013 г.

Общая сумма увеличена с 27 727 275,8 до 30 062 094,9 тыс. руб.

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ И РАСХОДАХ РАБОТНИКОВ СИСТЕМЫ МИНЗДРАВА РОССИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ДОСТОВЕРНЫМИ И ПОЛНЫМИ: КТО И КАК ЗА ЭТИМ СЛЕДИТ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 июля 2013 г. № 464н «Об утверждении Положения о проверке достоверности и полноты сведений, предоставляемых гражданами, претендующими на замещение отдельных должностей, и работниками, замещающими отдельные должности на основании трудового договора в организациях, созданных для выполнения задач, поставленных перед Министерством здравоохранения Российской Федерации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 декабря 2013 г. Регистрационный № 30 694.

Лица, претендующие на определенные должности в организациях Минздрава России и замещающие их, обязаны представлять сведения о доходах и расходах (собственных, а также своих супругов и несовершеннолетних детей).

Установлено, как проверяются полнота и достоверность указанных сведений, а также соблюдение работниками названных организаций требований к служебному поведению.

Проверка проводится Департаментом управления делами и кадров по решению Министра. Основанием для нее является письменная информация, представленная следующими субъектами: органами власти и их должностными лицами; работниками отдела по профилактике, предупреждению коррупционных и иных правонарушения; постоянно действующими руководящими органами политических партий и иных общероссийских общественных объединений; Общественной палатой России; общероссийскими СМИ.

Проверка занимает не более 60 дней. Этот срок может быть продлен до 90 дней.

Управление проверяет сведения самостоятельно или делает запрос о проведении оперативно-розыскных мероприятий.

В ходе самостоятельной проверки отдел вправе, в частности, наводить справки у физлиц и получать от них с их согласия информацию.



Прописаны права работника при проведении проверки. Так, он может представлять дополнительные материалы и давать по ним письменные пояснения.

О результатах проверки докладывается главе ведомства. Вносятся следующие предложения. О назначении гражданина на должность либо об отказе в этом. О применении к работнику мер юридической ответственности или об отсутствии оснований для этого. Если выявлены признаки преступления или административного правонарушения, уведомляются соответствующие органы.

КАК ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МЕДУСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ФАНО РОССИИ, И ПЛАТА ЗА НИХ?

Приказ Федерального агентства научных организаций от 26 декабря 2013 г. № 14н «Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые федеральными государственными бюджетными учреждениями, находящимися в ведении Федерального агентства научных организаций»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 27 декабря 2013 г. Регистрационный № 30 870.

Установлено, как определяются цены (тарифы) на медицинские услуги, оказываемые учреждениями ФАНО России.

Учреждение формирует перечень медуслуг с учетом их номенклатуры, утвержденной Минздравом России. Плата за их предоставление должна полностью покрывать обоснованные и документально подтвержденные затраты на их оказание.

Размер платы не может быть ниже финансового обеспечения услуг, оказываемых в рамках госзадания. Она определяется в том числе с учетом спроса и предложения.

Проект перечня медуслуг, включающего размер платы за их оказание, направляется учреждением на согласование в Агентство.

Копия утвержденного учреждением перечня (внесенных в него изменений) направляется в ФАНО России в течение 5 рабочих дней.

Учреждение обязано в доступном месте предоставлять гражданам и юридическим лицам необходимую и достоверную информацию о перечне платных медуслуг.

РЕКЛАМА АБОРТОВ ЗАПРЕЩЕНА, А ЦЕЛИТЕЛЬСТВА – ОГРАНИЧЕНА

Письмо Федеральной антимонопольной службы от 17 декабря 2013 г. № АД/51199/13 «О внесении изменений в статью 24 Федерального закона «О рекламе»

Рассмотрены некоторые изменения в законодательные акты по вопросам охраны здоровья граждан. Так, с 1 января 2014 г. запрещено рекламировать услуги по искусственному прерыванию беременности.

Вводятся требования к рекламе методов народной медицины. Она не должна содержать ссылки на конкретные случаи излечения, утверждения или предположения о наличии у потребителей тех или иных заболеваний либо расстройств здоровья, создавать впечатление ненужности обращения к врачу и др. Народная медицина – это методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья. Речь не идет об оккультно-магических услугах, о религиозных обрядах. Народной медициной вправе заниматься гражданин, получивший разрешение.

Рассмотрен вопрос о рекламировании методов профилактики, диагностики и медицинской реабилитации.





КАК ПРОВЕРЯЮТСЯ ДОСТОВЕРНОСТЬ И ПОЛНОТА СВЕДЕНИЙ О ДОХОДАХ РАБОТНИКОВ СИСТЕМЫ РОСЗДРАВНАДЗОРА?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 15 июля 2013 г. № 3173-Пр/13 «Об утверждении Положения о проверке достоверности и полноты сведений, предоставляемых гражданами, претендующими на замещение отдельных должностей, и работниками, замещающими отдельные должности на основании трудового договора в организациях, созданных для выполнения задач, поставленных перед Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 24 декабря 2013 г. Регистрационный № 30 760.

Лица, претендующие на определенные должности в организациях Росздравнадзора и замещающие их, обязаны представлять сведения о доходах и расходах (собственных, а также своих супругов и несовершеннолетних детей).

Установлено, как проверяются полнота и достоверность указанных сведений, а также соблюдение работниками названных организаций требований к служебному поведению.

Проверка проводится Управлением государственной службы, кадров, антикоррупционной и правовой работы по решению Службы. Основанием для нее является письменная информация, представленная следующими субъектами: органами власти и их должностными лицами; служащими управления; постоянно действующими руководящими органами политических партий и иных общероссийских общественных объединений; Общественной палатой России; общероссийскими СМИ.

Проверка занимает не более 60 дней. Этот срок может быть продлен до 90 дней.

Управление проверяет сведения самостоятельно или делает запрос о проведении оперативно-розыскных мероприятий.

В ходе самостоятельной проверки отдел вправе, в частности, наводить справки у физлиц и получать от них с их согласия информацию.

Прописаны права работника при проведении проверки. Так, он может представлять дополнительные материалы и давать по ним письменные пояснения.

О результатах проверки докладывается главе ведомства. Вносятся следующие предложения. О назначении гражданина на должность либо об отказе в этом. О применении к работнику мер юридической ответственности или об отсутствии оснований для этого. Если выявлены признаки преступления или административного правонарушения, уведомляются соответствующие органы.

ОПРЕДЕЛЕН ПЕРЕЧЕНЬ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В 2014 Г. В ПРЕДЕЛАХ СУММЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОПЛАТЫ РАСХОДОВ

Распоряжение Правительства РФ от 26 декабря 2013 г. № 2563-р «О перечне межбюджетных трансфертов из федерального бюджета в бюджеты субъектов РФ в форме субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, предоставление которых в 2014 г. осуществляется в пределах суммы, необходимой для оплаты денежных обязательств по расходам получателей средств бюджета субъекта РФ, источником финансового обеспечения которых являются данные межбюджетные трансферты»

На 2014 г. определен перечень межбюджетных трансфертов в бюджеты регионов в форме субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение. Они предоставляются в пределах суммы, необходимой для оплаты денежных обязательств по расходам получателей, источником финансового обеспечения которых являются данные трансферты.



Как отмечают на сайте Правительства РФ, применение такого порядка распределения позволит более эффективно планировать бюджетные ассигнования, минимизировать неиспользованные остатки, сократить период поступления целевых средств в регионы.

Перечень состоит из 36 целевых межбюджетных трансфертов, главными распорядителями по которым являются Минздрав России, Минобрнауки России, Минтруд России, Минфин России, Минобороны России и Минсельхоз России.

ЗА АБОРТ, ПРОВЕДЕНИЙ С НАРУШЕНИЕМ УСТАНОВЛЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ, МОГУТ НАКАЗАТЬ РУБЛЕМ?

Досье на проект федерального закона № 318821-6 «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и статью 56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [об установлении административной ответственности за незаконное проведение искусственного прерывания беременности] (внесен депутатами ГД А.Д. Жуковым, Е.Б. Мизулиной, О.Ю. Баталиной, О.Н. Епифановой)

17 января 2014 г. Государственной Думой ФС РФ в первом чтении принят законопроект, вводящий административную ответственность за незаконное искусственное прерывание беременности, выразившееся в нарушении медработником требований, предусмотренных Законом об охране здоровья граждан.

Устанавливаются следующие размеры штрафов. Для граждан — 3–5 тыс. руб., для должностных лиц — 10–50 тыс. руб., для юрлиц — 500 тыс.–1 млн. руб.

Действующее законодательство предусматривает только уголовную ответственность и исключительно за незаконный аборт, проводимый лицом без соответствующего высшего медобразования.

В Законе предполагается закрепить требования о проведении абORTа медработником, имеющим необходимое образование; положения об административной ответственности за незаконные действия.

РАЗВИТИЕм ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАЙМЕТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЙ КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 января 2014 г. № 6 «О Координационном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнерству»

Решено создать Координационный совет Минздрава России по государственному-частному партнерству.

В числе функций совета — рассмотрение предложений по снятию ограничений на привлечение частных инвестиций в сферу здравоохранения, по подготовке к реализации инвестпроектов, проведение мониторинга выполнения последних.

В совет входят представители федеральных и региональных органов власти, научных организаций, общественных и профессиональных объединений, государственных институтов развития, кредитных организаций, а также юрлиц, занимающихся предпринимательской деятельностью в сфере здравоохранения.

Для углубленного рассмотрения вопросов могут создаваться рабочие группы.

Заседания совета проводятся по плану, но не реже 2 раз в год. Возможны внеочередные мероприятия.





СУБСИДИИ РЕГИОНАМ В ЧАСТИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ: РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НА 2014 Г.

Распоряжение Правительства РФ от 26 февраля 2014 г. № 264-р «О распределении субсидий, предоставляемых в 2014 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам России»

Регионы из федерального бюджета получают субсидии на софинансирование их расходных обязательств, возникающих при оказании высокотехнологичной медпомощи гражданам России. Приведено распределение средств на 2014 г.

Всего выделяется 3 млрд. руб. Из них, в частности, Башкортостан получит 103 287,7 тыс. руб., Дагестан — 18 722,7 тыс., Карачаево-Черкесская Республика — 5988,6 тыс., Татарстан — 212 908,1 тыс., Брянская область — 1307,7 тыс., Курская — 840,6 тыс., Магаданская — 225,3 тыс., Москва — 318 806,6 тыс.

КОМИССИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ ПО РАССМОТРЕНИЮ ЗАЯВОК НА ПОСТАВКУ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 февраля 2014 г. N 62 «О внесении изменений в приложения № 1 и № 2 к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 января 2014 г. № 31 «О Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по рассмотрению заявок Федерального медико-биологического агентства и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»

Скорректировано положение о Комиссии Минздрава России по рассмотрению заявок ФМБА и региональных органов исполнительной власти на поставку некоторых лекарственных препаратов. Это лекарства, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

Так, ответственный секретарь Комиссии, во-первых, формирует план-график заседаний и представляет его на утверждение председателю. Во-вторых, обеспечивает подготовку заседаний Комиссии в соответствии с утвержденным планом-графиком и приглашение на такие лица в соответствии со списком, согласованным с председателем или его заместителем.

Исключено упоминание, что в отсутствие ответственного секретаря его полномочия выполняет другой член Комиссии по решению председателя (его заместителя).

УТОЧНЕНЫ ПРАВИЛА ВЫДЕЛЕНИЯ СУБСИДИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫМ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ МИНЗДРАВ РЕАЛИЗУЕТ ФУНКЦИИ И ПОЛНОМОЧИЯ УЧРЕДИТЕЛЯ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 ноября 2013 г. № 869н «О внесении изменений в Правила предоставления в 2013–2015 годах из федерального бюджета федеральным государственным бюджетным учреждениям, в отношении которых Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет функции и пол-



номочия учредителя, субсидий на цели, не связанные с возмещением нормативных затрат на оказание (выполнение) государственных услуг (работ), утвержденные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2013 г. № 37н» Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 декабря 2013 г. Регистрационный № 30 719.

Скорректированы правила предоставления в 2013–2015 гг. субсидий госучреждениям, в отношении которых Минздрав России реализует функции и полномочия учредителя. Средства выделяются на цели, не связанные с возмещением нормативных затрат на оказание (выполнение) государственных услуг (работ).

Так, дополнен перечень направлений расходования субсидий. Это реализация мероприятий, предусмотренных долгосрочными (федеральными, государственными) целевыми программами, за исключением капвложений в основные средства. Финансовое обеспечение расходов, связанных с содержанием и охраной строительной площадки. Обследование технического состояния объектов незавершенного строительства и тех, которые подлежат реконструкции или капремонту. Обеспечение исполнения судебных решений.

КАКОВА СТРУКТУРА МИНЗДРАВА РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2013 г. № 1160 «Об утверждении структуры Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Утверждена структура Минздрава России.

Отмечены руководство Министерства; помощники, советники федерального министра; 16 департаментов и 2 отдела (по защите гостайны; по мобилизационной подготовке и мобилизации).

Выделены следующие департаменты. Организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности. Организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела. Медицинской помощи детям и службы родовспоможения. Охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека. Мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. Инновационного развития и научного проектирования. Медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении. Лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий. Государственного регулирования обращения лекарственных средств. Международного сотрудничества и связей с общественностью. Учетной политики и контроля. Инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства. Информационных технологий и связи. Управления делами и кадров. Правовой. Финансово-экономический.

ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС ВРАЧЕЙ В МЕДОРГАНИЗАЦИЯХ ФМБА РОССИИ

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 20 февраля 2014 г. № 30 «Об участии Федерального медико-биологического агентства во Всероссийском конкурсе врачей в 2014 году»

Ежегодно (начиная с 2011 г.) выплачивается единовременное денежное поощрение лучшим врачам по результатам Всероссийского конкурса врачей.

Определены правила Конкурса в медицинских организациях ФМБА России. Здесь прописаны требования к проведению его I и II этапов, оформлению и представлению документов участниками.

Указано, какие врачи могут участвовать в Конкурсе. Для участия в конкурсе допускается врач, стаж работы которого по специальностям номинации составляет не менее 10 лет, при этом не менее 5 лет — в организации, которая его выдвигает.





Врачей на Конкурс по всем номинациям выдвигают коллеги организаций. При этом учитываются профессиональные и нравственные качества претендентов на звание «Лучший врач». Возможно и самовыдвижение.

Выдвижение врачей по некоторым номинациям может также осуществляться пациентами, их коллективами (группами), профессиональными общественными организациями, администрациями медорганизаций.

Всероссийский конкурс врачей проводится в три этапа. I этап проходит в медицинских организациях. Для проведения II этапа формируется Конкурсная комиссия ФМБА России. III этап проводится Центральной конкурсной комиссией.

Информация о результатах Конкурса размещается на официальном сайте Минздрава России в течение 10 календарных дней с даты вынесения решения Центральной конкурсной комиссией.

Время и место проведения торжественной церемонии награждения лучших врачей по результатам Конкурса определяются приказом Министерства.

Приведены рекомендуемые образцы заявления о самовыдвижении, протоколов общего собрания трудового коллектива, а также заседания Конкурсной комиссии ФМБА России о проведении II этапа Всероссийского конкурса врачей.

Перечислены документы, необходимые для участия в Конкурсе. Даны рекомендации по оформлению отчета участника о профессиональной деятельности, владения медицинскими технологиями (методиками).

До 1 апреля 2014 г. проводится I этап Конкурса. До 11 апреля 2014 г. подаются пакеты документов победителей в Конкурсную комиссию ФМБА России.

СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ВНЕБЮДЖЕТНЫЕ ФОНДЫ: НЮАНСЫ

Письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 февраля 2014 г. № 17-4/В-54 «О начислении страховых взносов в государственные внебюджетные фонды на выплаты в пользу работников»

Даны разъяснения по вопросам начисления страховых взносов в государственные внебюджетные фонды.

В силу Закона о страховых взносах в ПФР, ФСС России и ФФОМС объектом обложения страховыми взносами признаются выплаты и иные вознаграждения, начисляемые организациями в пользу физлиц, в частности, в рамках трудовых отношений и гражданско-правовых договоров, предметом которых является выполнение работ или оказание услуг.

Что касается обложения страховыми взносами суммы материальной выгоды, полученной от экономии на процентах в отношении беспроцентного займа, отмечено следующее.

Не относятся к объекту обложения страховыми взносами выплаты и иные вознаграждения, производимые, в частности, в рамках гражданско-правовых договоров, предметом которых является переход права собственности или иных вещных прав на имущество (имущественные права).

Соответственно, материальная выгода работника в части пользования беспроцентным займом, полученным от работодателя, не является объектом обложения страховыми взносами.

По вопросу обложения страховыми взносами среднего заработка, выплачиваемого организацией работникам-донорам за дни сдачи крови и последующего отдыха, разъяснено следующее.

Данные выплаты (в том числе предусмотренные коллективным договором) облагаются страховыми взносами в общем порядке.



КАКИЕ ЕЩЕ ДОХОДЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА АДМИНИСТРИРУЕТ МИНЗДРАВ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 декабря 2013 г. № 1162 «О внесении изменения в приложение № 1 к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1708 «Об осуществлении Министерством здравоохранения Российской Федерации бюджетных полномочий главного администратора (администратора) доходов федерального бюджета»

Скорректирован Перечень источников доходов федерального бюджета, администрируемых Минздравом России в качестве администратора таких доходов.

В него включили доходы от возврата остатков целевых межбюджетных трансфертов прошлых лет из федерального бюджета.

ПЕРЕЧЕНЬ КООРДИНАЦИОННЫХ И СОВЕЩАТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ МИНЗДРАВА РОССИИ: ЧТО НОВОГО?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 января 2014 г. № 4 «О внесении изменения в Перечень координационных и совещательных органов Министерства здравоохранения Российской Федерации, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 сентября 2012 г. № 157»

Скорректирован Перечень координационных и совещательных органов Минздрава России.

В него включена Межведомственная рабочая группа по совершенствованию организации деятельности государственных судебно-экспертных учреждений.

Группа готовит предложения по совершенствованию правовых, финансово-экономических и административных процедур организации и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы.

УТОЧНЕН ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МИНЗДРАВА РОССИИ ПРИ РАЗМЕЩЕНИИ ГОСЗАКАЗОВ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 декабря 2013 г. № 905 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 июня 2012 г. № 10 «Об утверждении Положения о порядке организации работы по взаимодействию структурных подразделений Министерства здравоохранения Российской Федерации при размещении государственных заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных нужд и Инструкции о подготовке, согласовании, заключении, расторжении, регистрации, учете и контроле исполнения государственных контрактов и иных гражданско-правовых договоров в Министерстве здравоохранения Российской Федерации»

Скорректирован порядок организации работы по взаимодействию структурных подразделений Минздрава России при размещении госзаказов.

Так, ответственное подразделение должно направлять техническое задание на размещение госзаказа в Департамент учетной политики и контроля, а не в Департамент имущественного комплекса. Проекты извещений, документации, контракта готовятся последним в течение 15 рабочих дней (ранее — 10).

Уточнены порядок визирования материалов при согласовании, процедура их утверждения.

Затронуты вопросы учета контрактов, контроля их исполнения в части соблюдения размеров оплаты, сроков и порядка расчетов.





О ПРОВЕРКАХ, ПРОВОДИМЫХ ФФОМС

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. № 260 «Об утверждении Порядка осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 февраля 2014 г. Регистрационный № 31 336.

Установлено, как ФФОМС следит за соблюдением законодательства об ОМС и за использованием средств ОМС.

Контроль проводится в отношении страхователей неработающих граждан, ТФОМС, медорганизаций, страховщиков, а также в отношении региональных органов и прочих юрлиц, получающих средства ОМС и (или) реализующих мероприятия, предусмотренные законодательством об ОМС.

Проверки и ревизии проходят по месту нахождения указанных субъектов или по месту фактического осуществления их деятельности.

План проверок на очередной календарный год утверждается председателем ФФОМС. Они проводятся, как правило, не реже 1 раза в 4 года.

Могут назначаться внеплановые проверки (ревизии)

По поручениям (обращениям) председателя Фонда, Аппарата Правительства РФ, Администрации Президента РФ, Минздрава России, Генпрокуратуры и иных правоохранительных органов могут назначаться внеплановые проверки.

Фонд издает приказ о проведении проверки. В нем должны быть отражены основания и объект контрольного мероприятия, его тема и срок проведения, проверяемый период, персональный состав комиссии ФФОМС.

Последняя формируется из состава работников Контрольно-ревизионного управления и (или) иных структурных подразделений Фонда для проведения каждой проверки. При необходимости в комиссию включаются работники ТФОМС по согласованию с руководителями этих органов.

Проверка не должна занимать более 15 рабочих дней. В исключительных случаях этот срок может продлен, но не более чем на 10 рабочих дней.

Приказ Фонда о плановой проверке доводится до руководителя объекта контроля не позднее чем за 3 рабочих дня до ее начала. О внеплановой — не менее чем за 24 ч. Также сообщается программа проверки.

Прописаны права и обязанности участников проверки. Закреплен порядок оформления ее результатов.

Выявленные нарушения должны быть устраниены в течение 1 месяца.

Прежний порядок проверок утратил силу.

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

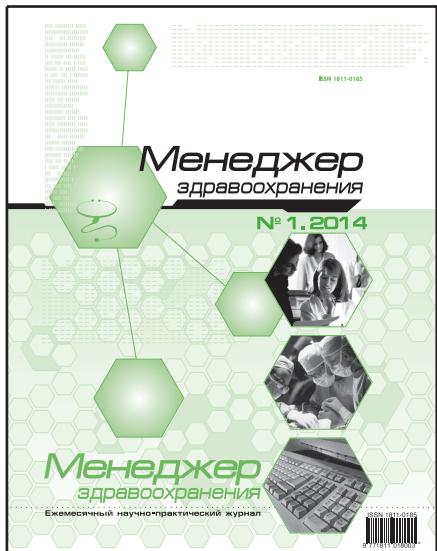


ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант»
и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: www.idmz.ru



**Продолжается подписка на ежемесячный
научно-практический журнал
«Менеджер здравоохранения» на 2014 год**



В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82614** на полугодие
20102 на год

**Подписка через редакцию
(с любого номера, на любой срок):**

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **560 руб.**
- на полугодие — **3360 руб.**
- **5760 руб. — годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 480 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

Адрес редакции: 127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11. Тел./факс: (495) 618-07-92
E-mail: idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru **www.idmz.ru**

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения» Сретенское отделение
Московского банка ОАО «Сбербанк России», г. Москва. ИНН 7715376090 КПП 771501001

Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва р/с: 40702810638050105256
к/с: 30101810400000000225 БИК 044525225 Код по ОКП 95200, Код по ОКПО 14188349

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2014 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

Уважаемые читатели!

В последнее время участились случаи невыполнения некоторыми альтернативными агентствами своих обязательств по доставке журналов нашим подписчикам. Просим Вас сообщать в редакцию о всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 618-07-92, или по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru.

Список альтернативных агентств, принимающих подписку на журнал «Менеджер здравоохранения»:

ООО «Урал-Пресс XXI»

<http://www.ural-press.ru/>, Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89

ООО «Артос-ГАЛ»

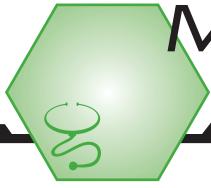
Т./ф. (495) 795-23-00, 788-39-88, E-mail: snezhana--86@mail.ru

ВНИМАНИЕ !!!

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

Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию вопросы.

Вопросы принимаются по факсу (495) 618-07-92 и электронной почте idmz@mednet.ru.



Менеджер

здравоохранения

