ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№4.2016

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Продолжается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2016 г.

Периодичность — 10 выпусков в 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 — **660 руб.**
- на полугодие – **3300 руб.**
- **5800 руб. – годовая** *(стоимость 1 номера по годовой подписке — 580 руб.)*

НДС не облагается.
Доставка включена в стоимость подписки.

Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11.
Тел./факс: (495) 618-07-92, E-mail: idmz@mednet.ru, kolin@mednet.ru, **http://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 2016 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.

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

ООО «Агентство «Урал-Пресс» http://www.ural-press.ru/ Тел.: (495) 789-86-36

В Н И М А Н И Е !!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису. Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы. Вопросы принимаются по факсу *(495) 618-07-92* и электронной почте *idmz@mednet.ru.*

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Анализ показателей деятельности и пути реформирования здравоохранения села
- ☑ Оценка качества и эффективности медицинской помощи по медицинской реабилитации
- ☑ Об особенностях реализации порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»
- ☑ Нормативно-правовое регулирование внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- ☑ Информационные менеджмент-системы в лабораторной медицине
- ☑ Современные подходы к проектированию учреждений здравоохранения как основа применения современных технологий, безопасности и качества медицинской помощи
- ☑ Новации системы ОМС 2016: экстенсивный путь развития экспертной деятельности

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№4
2016

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

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

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

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

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства

В.И. Стародубов, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, А.В. Короткова, С.А. Леонов, М.С. Цешковский, В.А. Евдаков, А.А. Бондаренко 6–13

Анализ опыта организации лечения больных туберкулезом по программе «стационар на дому»

Т.Ч. Касаева, А.В. Белостоцкий, Б.Я. Казенный 14-24

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Ограничения, налагаемые на медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности, и предотвращение конфликта интересов медицинского работника: действия медицинской организации

Д.В. Пивень, И.С. Кицул 25-32

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Качество медицинской помощи как инструмент ресурсосбережения в родовспомогательном учреждении в условиях обязательного медицинского страхования

В.О. Атласов, В.К. Ярославский, К.В. Ярославский 33-39

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Регрессионные модели прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи семей детей после хирургического лечения врожденных пороков сердца

Л.А. Бокерия, Е.Б. Милиевская, С.М. Крупянко, В.В. Козлов **40-47**

ПРАВО

К вопросу о легитимности осуществления аудио- и видеозаписи при оказании медицинских услуг

Д.О. Рощин, С.М. Саяпина **48-57**

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Медицинская документация: для прокурора или для адвоката, для пациента или для врача?

А.А. Старченко **58-68**

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Актуальные проблемы внедрения профессиональных стандартов

Ф.Н. Кадыров, Л.Ю. Кулбужева **69-77**

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров **78-80**

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

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

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

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:
Н.А.Гераскина

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

Отпечатано в ООО
«Красногорская типография»:
143405, Московская обл.,
Красногорский р-н, г. Красногорск,
Коммунальный кв-л, д. 2
Тел. (495)562-04-33

Дата выхода в свет 01 мая 2016 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№4
2016

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Public Health and Formation of the Uniform Preventive Space

V.I. Starodubov, I.A. Son, A.S. Senenko, A.V. Korotkova, S.A. Leonov, M.S. Cheshkovsky, V.A. Evdakov, A.A. Bondarenko 6-13

The analysis of the experience of the organization of treatment of TB patients under the program «hospital at home»

T.Ch. Kasaeva, A.V. Belostotsky, B.Y. Kazenny 14-24

STAFF MANAGEMENT

Restrictions on medical stuff in the exercise of professional activity and the prevention of conflicts of their interests: medical organization actions

D.V. Piven, I.S. Kitsul 25-32

QUALITY OF HEALTH CARE MANAGEMENT

The quality of medical care as a tool of resource-saving in obstetric institutions in conditions of compulsory health insurance

V.O. Atlasov, V.K. Yaroslavskiy, K.V. Yaroslavskiy 33-39

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

MEDICAL INFORMATIONAL SYSTEMS

Regression models predict families' satisfaction with availability of cardiac care of their children after surgical treatment of congenital heart defects

L.A. Bockeria, E.B. Milievskaja, S.M. Krupjanko, V.V. Kozlov 40-47

LAW

The legitimacy of the audio and video recording during a medical examination

D.O. Roshchin, S.M. Sayapina 48-57

SPECIAL OPINION

Medical records: for the prosecutor or for the lawyer, for the patient or for the doctor?

A.A. Starchenko 58-68

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Actual problems of the introduction of professional standards

F.N. Kadyrov, L.Yu. Kulbuzheva 69-77

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov 78-80

В.И. Стародубов,
д.м.н., академик РАН, директор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, starodubov@mednet.ru

И.М. Сон,
д.м.н., профессор, заместитель директора по науке, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, son@mednet.ru

А.Ш. Сененко,
к.м.н., заведующая отделением анализа кадрового обеспечения в здравоохранении, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, senenko@mednet.ru

А.В. Короткова,
к.м.н., заместитель директора по международным вопросам, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, korotkova_anna@mednet.ru

С.А. Леонов,
д.м.н., профессор, заведующий отделением медицинской статистики и документалистики, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, leonov@mednet.ru

М.С. Цешковский,
д.м.н., заведующий отделением развития международного сотрудничества, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, mtsechkovski@mednet.ru

В.А. Евдаков,
д.м.н., профессор, заведующий отделением научных основ организации амбулаторно-поликлинической помощи, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, evdakov41@mail.ru

А.А. Бондаренко,
научный сотрудник отделения методологии стратегического планирования и мониторинга развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, er.cao@ya.ru

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ЕДИНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА

УДК 614.2

Стародубов В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш., Короткова А.В., Леонов С.А., Цешковский М.С., Евдаков В.А., Бондаренко А.А. ***Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства*** *(ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации)*

Аннотация. В последнее десятилетие актуальной стала задача объединения усилий всех участников профилактического процесса, всего общества в целях создания единого профилактического пространства. В качестве такого объединяющего начала предлагается развитие системы общественного здравоохранения. Неоднократное

© В.И. Стародубов, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, А.В. Короткова, С.А. Леонов, М.С. Цешковский, В.А. Евдаков, А.А. Бондаренко, 2016 г.

обсуждение проблематики общественного здравоохранения на различных уровнях позволило сформулировать определение и основные функции общественного здравоохранения. Принципиально важным является понимание системы общественного здравоохранения и как совокупности различных структур, и как их целенаправленной скоординированной деятельности. Особое значение имеет муниципальный уровень как место непосредственного контакта населения, органов местного самоуправления, место реализации мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, при активном участии самих граждан.

Ключевые слова: *общественное здравоохранение; функции общественного здравоохранения; укрепление здоровья; формирование здорового образа жизни; органы местного самоуправления; межведомственное взаимодействие; единое профилактическое пространство.*

Введение

Понятие «единое профилактическое пространство» в последнее время становится всё более популярным, а усилия по его формированию – всё более актуальными. Становится очевидным, что охрана здоровья населения только усилиями медицинских работников не может обеспечить желаемые результаты. Обусловлено это прежде всего тем, что как в формировании, так и в охране здоровья человека определяющую роль играют социальные и экономические детерминанты, образ жизни, экологические факторы, в меньшей степени – генетическая предрасположенность и в ещё меньшей степени – собственно деятельность системы здравоохранения. В связи с этим в последнее десятилетие актуальной стала задача объединения усилий всех участников профилактического процесса, всего общества в целях создания единого профилактического пространства [7].

Как возможный вариант такого объединяющего начала мы рассматриваем систему общественного здравоохранения. В связи с этим **целью данной работы** явилось обсуждение понятия и определение основных функций общественного здравоохранения применительно к российским условиям.

Материалы и методы

Анализ основных международных и российских документов, относящихся к тематике общественного здравоохранения.

Результаты и обсуждение

В 2012 году на 62 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ всеми государствами-членами были приняты документы «Европейская политика «Здоровье-2020» и «Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения». В этих документах общественное здравоохранение определено как «наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом» [3,4]. Было прямо указано, что «системы здравоохранения могут быть эффективны, если только включают мощный компонент, связанный с услугами общественного здравоохранения» – системы, объединяющей усилия и компетенции

всех структур, ведомств, общественных организаций, деятельность которых так или иначе оказывает влияние на здоровье человека. И в то же время очевидно, что необходимым условием успеха является активное участие самих граждан как неотъемлемого элемента системы общественного здравоохранения.

Были определены десять основных оперативных функций общественного здравоохранения, из которых пять первых собственно являются услугами и тесно связаны с деятельностью системы здравоохранения, но не ограничиваются её рамками: эпидемиологический надзор и оценка состояния здоровья населения; мониторинг и реагирование на опасности для здоровья при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения; защита здоровья, включая обеспечение безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов и др.; укрепление здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты и сокращение неравенств по показателям здоровья; профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья.

Пять других: обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия; обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности; обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования; информационно-разъяснительная деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья; содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики – фактически представляют собой средства обеспечения выполнения первых пяти функций.

Для оперативного контроля и принятия решений была разработана методика самооценки состояния и исполнения оперативных функций общественного здравоохранения в государствах-членах Европейского регионального комитета ВОЗ.

Очевидно, что в каждой из стран система общественного здравоохранения имеет не только общие черты, но и различия, связанные с местными особенностями. При этом опыт проведения самооценки в некоторых странах европейского региона выявил целый ряд общих проблем: дефицит ресурсов, недостаточность подготовленных кадров, фрагментарный характер реализации функций. Недостаточная проработка вопросов стратегического руководства приводит к низкой эффективности межведомственного сотрудничества, различиям в подходах к оценке данных и нечетким принимаемым решениям [4].

Тем не менее, развитие и укрепление системы общественного здравоохранения, проводимое с учетом конкретных условий страны, может дать качественно более высокий результат, чем усилия только медицинских работников. Мы ожидаем, что такой подход позволит Российской Федерации существенно продвинуться в решении задачи формирования единого профилактического пространства.

Каждая страна, выполняя положения Европейского плана, конкретизирует мероприятия применительно к собственным условиям. Выполнение функций общественного здравоохранения происходит как непосредственно внутри отрасли здравоохранения, так и в других государственных отраслях, в рамках деятельности общественных организаций и на всех уровнях. Особое значение имеет муниципальный уровень (уровень местных сообществ), где решаются свои задачи и реализуются определенные мероприятия при активном участии граждан.

Для нас такой подход близок и понятен, так как он был реализован ещё в советском здравоохранении. Это нашло отражение в Алма-Атинской декларации в 1976 г [1]. Но в нашей современной законодательной базе в сфере здравоохранения компонент ответственности других секторов и общества в целом в деле охраны здоровья населения отражен слабо.

В 2011 году на Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям была принята Московская декларация, которая

легла в основу принятия Генеральной Ассамблеей ООН Политической декларации по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями [9]. Благодаря этому Россия вышла на ведущие позиции в глобальной борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Факт увеличения в России в течение пяти лет ожидаемой продолжительности жизни на четыре с половиной года привлек научный интерес к предпринятым для этого мерам: в системе здравоохранения (создание центров здоровья, диспансеризация населения) и на законодательном уровне – борьба с курением, потреблением алкоголя, дорожным травматизмом. Диспансеризация взрослого населения 2013–2014 годов показала, что среди факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний первые места по распространенности занимают поведенческие факторы риска: нерациональное питание, низкая физическая активность и тесно связанные с ними избыточная масса тела и ожирение, а также курение. И это лишь небольшая часть проблем, негативно влияющих на здоровье человека и при этом не связанных напрямую с оказанием медицинской помощи и не зависящих от деятельности системы здравоохранения.

Очевидно, что для успешного решения поставленных задач необходимо усовершенствовать нормативно-правовые рамки, которые дали бы возможность организации и направления имеющихся ресурсов на обеспечение условий для здорового образа жизни и формирования приверженности к здоровому образу жизни усилиями всего общества.

Вопросы межведомственного взаимодействия как основы формирования единого профилактического пространства требуют более четкого отражения в нашем законодательстве. Так, в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [2] в качестве соисполнителей указаны многие министерства и ведомства, однако их взаимодействие, критерии оценки и контроля результатов, а также ответственность недостаточно конкретизированы.

Во многих регионах России проблема поиска механизмов, обеспечивающих функционирование системы общественного здравоохранения, становится одной из наиболее актуальных. Такие механизмы должны обеспечивать консолидацию усилий в целях профилактики неинфекционных заболеваний путем целенаправленной реализации полномочий муниципального образования, не относящихся непосредственно к сфере здравоохранения, с учетом особенностей конкретной территории.

Федеральный закон от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления» [6] устанавливает ответственность муниципальных образований за обеспечение и практическую реализацию государственной политики в области охраны здоровья населения на своей территории. Согласно поправкам к 131-ФЗ, внесенным в 2014 году, муниципальные образования продолжают быть ответственными за создание всех необходимых условий обеспечения медицинской помощью населения муниципального образования. Но сколько-нибудь надежных механизмов, в том числе административных регламентов, регулирующих взаимодействие органов исполнительной власти и органов местного самоуправления в сфере охраны и укрепления здоровья населения, на сегодняшний день не существует. Также в должной мере не урегулированы гарантии финансового и ресурсного обеспечения такого взаимодействия. Муниципальный уровень управления не обладает какой-либо самостоятельной компетенцией в решении вопросов, связанных с установлением системообразующих связей и отношений в здравоохранении как отрасли экономики общественного сектора. При том, что именно на местном уровне наиболее перспективной и менее затратной становится реализация социально-экономических мероприятий по укреплению здоровья населения, созданию

условий и формированию приверженности здоровому образу жизни с учетом потребностей конкретной территории, а также особенностей и возможностей соответствующего муниципального образования. Необходимо также определить систему контрольных показателей, которая будет отражать реализацию мероприятий в конкретном регионе.

В частности, с января 2015 года муниципальные образования Московской области лишились полномочий по организации первичной медико-санитарной помощи населению за счет средств местных бюджетов. При этом во многих муниципальных образованиях продолжают реализовываться социальные программы, финансируемые за счет средств местных бюджетов. При разработке программ социально-экономического развития муниципального образования в них можно было бы включить также и определенные мероприятия, направленные на формирование единого профилактического пространства. Планирование и реализация таких мероприятий происходили бы с учетом программы развития данного муниципального образования. В то же время достижение результатов по формированию единого профилактического пространства на муниципальном уровне, а также их оценка могли бы контролироваться органами исполнительной власти, в том числе и в сфере охраны здоровья граждан.

По-видимому, сегодня мы можем рассчитывать на наиболее эффективную реализацию единого профилактического пространства именно на уровне муниципальных образований, где при всех изложенных выше проблемах существуют все предпосылки для осуществления органами местного самоуправления деятельности, способствующей укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Прообраз системы общественного здравоохранения на муниципальном уровне эффективно реализован сегодня в Ступинском районе Московской области, который наряду с целым рядом российских городов и муниципальных образований (Бийск, Барнаул, Вологда, Чебоксары и др.) является членом ассоциации «Здоровые города, районы и поселки» и участником проекта Всемирной организации здравоохранения «Здоровые города» [5, 10]. Однако до настоящего времени в Российской Федерации не существует единого понимания утвержденной терминологии, официальных руководящих документов, опираясь на которые можно было бы развивать систему общественного здравоохранения и решать задачи по сохранению и укреплению здоровья населения. Поэтому первоочередными шагами на пути решения задачи формирования единого профилактического пространства и создания системы общественного здравоохранения должны стать:

четкое определение основных терминов и понятий, характеризующих систему общественного здравоохранения;

четкое определение участников системы общественного здравоохранения, их прав, обязанностей и компетенций;

внесение соответствующих изменений и дополнений в нормативно-правовую базу.

Неоднократное обсуждение проблематики общественного здравоохранения на различных уровнях позволило сформулировать следующее определение [8]:

Общественное здравоохранение – совокупность государственных, муниципальных, общественных и иных структур и их деятельность, осуществляемая на основе межведомственного взаимодействия и направленная на реализацию системы мероприятий по охране и укреплению здоровья, предупреждению болезней, формированию здорового образа жизни и созданию благоприятной среды для жизнедеятельности граждан.

Принципиально важным является понимание системы общественного здравоохранения и как совокупности различных структур, и как их целенаправленной скоординированной деятельности.

Применительно к Российской Федерации с учетом изложенного выше предлагается следующая формулировка **основных функций общественного здравоохранения:**

1. Мониторинг состояния здоровья и благополучия населения;
2. Организация на муниципальном уровне мониторинга влияния факторов окружающей среды, условий труда и других социальных детерминант здоровья;
3. Реализация мероприятий по охране здоровья населения, включая воздействие на его социальные детерминанты;
4. Реализация мероприятий, направленных на укрепление здоровья и формирование здорового образа жизни;
5. Реализация мероприятий по повышению мотивации граждан к регулярному прохождению медицинских осмотров в целях раннего выявления нарушений состояния здоровья;
6. Информационно-разъяснительная деятельность, развитие социального партнерства в области охраны и укрепления здоровья;
7. Обеспечение межведомственного взаимодействия в интересах охраны и укрепления здоровья населения;
8. Подготовка кадров для общественного здравоохранения;
9. Содействие развитию организационных структур и финансированию общественного здравоохранения, в том числе из негосударственных источников;
10. Содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики.

В сотрудничестве с администрацией Ступинского района Московской области были подготовлены предложения по дополнениям в Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», включающие определение понятий, относящихся к общественному здравоохранению, и дополнения в ряд статей, касающихся условий его реализации [8].

Выводы:

1. Очевидно, что охрана здоровья населения только усилиями медицинских работников не может обеспечить желаемые результаты. В связи с этим в последнее десятилетие актуальной стала задача объединения усилий всех участников профилактического процесса, всего общества в целях создания единого профилактического пространства. Как возможный вариант такого объединяющего начала может быть рассмотрена система общественного здравоохранения.

2. Наиболее эффективная реализация концепции единого профилактического пространства возможна на уровне муниципальных образований, за которыми в законодательном порядке формально закреплена возможность получения от органов исполнительной власти полномочий по осуществлению органами местного самоуправления деятельности, способствующей укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. Однако в большинстве случаев на практике такие полномочия пока не предоставляются.

3. Механизмы, обеспечивающие функционирование системы общественного здравоохранения, должны базироваться на консолидации усилий в целях профилактики неинфекционных заболеваний путем целенаправленной реализации полномочий муниципального образования, не относящихся к сфере здравоохранения, с учетом особенностей конкретного муниципального образования либо субъекта Российской Федерации в целом.

4. Для успешного решения поставленных задач необходимо усовершенствовать нормативно-правовые рамки, в т.ч. для решения вопросов межведомственного взаимодействия как основы формирования единого профилактического пространства, которые дали бы

возможность организации и направления имеющихся ресурсов на обеспечение условий для здорового образа жизни и формирования приверженности к здоровому образу жизни усилиями всего общества.

5. Основные функции общественного здравоохранения включают проведение мониторинга состояния здоровья и благополучия населения, влияния факторов окружающей среды, условий труда и других социальных детерминант здоровья; реализацию мероприятий по охране здоровья населения и повышению мотивации граждан к регулярному прохождению медицинских осмотров и мероприятий, направленных на укрепление здоровья и формирование здорового образа жизни; информационно-разъяснительную деятельность, развитие социального партнерства в области охраны и укрепления здоровья; обеспечение межведомственного взаимодействия в интересах охраны и укрепления здоровья населения; подготовку кадров для общественного здравоохранения; содействие развитию организационных структур и финансированию общественного здравоохранения и исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики.

6. Для эффективной реализации согласованных действий необходимо прежде всего единое понимание целей и задач общественного здравоохранения, введение единой терминологии, а также закрепление в законодательстве обязанностей и полномочий участников системы общественного здравоохранения.

Литература

1. Алма-Атинская декларация. Материалы Международной конференции Всемирной организации здравоохранения по первичной медико-санитарной помощи 12.09.1978 г. [Интернет]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf (Дата обращения 27.01.2015)
2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294. [Интернет]. URL: http://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info (Дата обращения 27.01.2016)
3. Европейская политика «Здоровье-2020» – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Материалы 62 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, Мальта, 10–13.09.2012 г. [Интернет]. URL: http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020 (Дата обращения 27.01.2016)
4. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Материалы 62 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, Мальта, 10–13.09.2012. [Интернет]. URL: http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services (Дата обращения 27.01.2016)
5. Материалы официального сайта Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки». [Интернет]. URL: http://www.zdorovyegoroda.ru/ (Дата обращения 28.01.2016)
6. Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации: Федеральный закон от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. URL: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW; n=183529; fld=134; from=48149–5; rnd=189271.21574979973956943;; ts=0189271869931167922914 (Дата обращения 28.01.2016)

7. Стратегическое руководство в интересах здоровья: доказательная база. Под редакцией Ilona Kickbusch, David Gleicher 2014. ISBN978 92 890 5066 [Интернет]. URL: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/2014/smart-governance-for-health-and-well-being-the-evidence-2014 (Дата обращения 28.01.2016)

8. *Стародубов В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш., Евдаков В.А., Агафонов Б.В., Сырцова Л.Е. и др.* Актуальные проблемы нормативно-правового обеспечения развития общественного здравоохранения в Российской Федерации и пути их решения. *ГлавВрач* 2015; (11–12): 59–66.

9. Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Resolution adopted by the General Assembly United Nations, 19.09.2011. [Интернет]. URL: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf (Дата обращения 27.01.2016)

10. Организация общественного здравоохранения на муниципальном уровне в Ступинском районе Московской области (Школа общественного здоровья) – Издание 2. Москва: РИО ЦНИИОИЗ; 2014. 136 с.

UDK 614.2

Starodubov V.I., Son I.A., Senenko A.S., Korotkova A.V., Leonov S.A., Cheshkovsky M.S., Evdakov V.A., Bondarenko A.A. ***Public Health and Formation of the Uniform Preventive Space*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow)*

Annotation. The task of unifying the efforts of all participants of the preventive process, the whole society in order to create a preventive space became urgent In the last decade. The development of the public health system is suggested as such a unite. A great number of discussions on public health at various levels allowed us to formulate the definition and the core functions of public health. It is crucial to realise the public health system both as a totality of different structures and as their purposeful and coordinated activity. Of particular importance is the municipal level as a place of direct contact of the population, bodies of local self-government, the realization of the actions directed on preservation and strengthening of health of the population, with the active participation of citizens themselves.

Keywords: *public health; function of public health; health promotion; the formation of a healthy lifestyle; local authorities; interagency cooperation; a single preventive space.*

ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АВТОПРОМ В 2016 ГОДУ ПОСТАВИТ СВЫШЕ 1200 АВТОМОБИЛЕЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Отечественный автопром в 2016 году поставит свыше 1200 автомобилей скорой помощи, сообщил премьер-министр РФ Дмитрий Медведев, отвечая на вопросы депутатов Госдумы 19 апреля. «В этом году мы планируем получить еще 1240 автомобилей скорой медпомощи и, по-моему, более ста автомобилей, которые имеют свойства реанимобилей, то есть реабилитационных карет. Это серьезное задание для нашей автомобильной промышленности», – отметил премьер. Он заметил, что приблизительная оценка инвестиций, которые потребуются для такого количества машин, составляет 3 млрд. рублей. Эти деньги запланированы, они уже начинают поступать производителю. По словам главы кабмина, поставка автомобилей скорой помощи начнется во второй половине 2016 года.

Источник: сайт Госдумы РФ

Т.Ч. Касаева,
ассистент кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, terreza@mail.ru

А.В. Белостоцкий,
д.м.н., заведующий кафедрой организации и управления в сфере обращения лекарственных средств, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор, Государственное учреждение здравоохранения города Москвы «Управление здравоохранения Южного административного округа» Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, kafcd@mail.ru

Б.Я. Казенный,
к.м.н., главный врач, бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер», г. Орел, kazennyy@yandex.ru

АНАЛИЗ ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО ПРОГРАММЕ «СТАЦИОНАР НА ДОМУ»

УДК 614.2

Касаева Т.Ч., Белостоцкий А.В., Казенный Б.Я. ***Анализ опыта организации лечения больных туберкулезом по программе «стационар на дому»*** *(ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, БУЗ Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер», г. Орел, Россия)*

Аннотация. С целью повышения эффективности лечения больных туберкулезом разработана и внедрена модель новой организационной формы лечения больных туберкулезом – стационар на дому.
Определены показания для направления больных в «стационар на дому».
Доказано, что контролируемое лечение по режиму стационар на дому имеет высокую эффективность и низкую частоту отрыва больных от лечения: эффективно завершили курс химиотерапии 90,7% больных, неэффективно – 2,0%, прервали лечение – 3,5%, выбыли – 0,3%, переведены в отделения с круглосуточным пребыванием – 3,5%.
При проведении фармакоэкономического анализа показано, что стоимость лечения по режиму «стационар на дому» в 2,5 раза ниже стоимости лечения всех больных в стационаре с круглосуточным пребыванием и в 1,6 раз ниже стоимости лечения в стационаре больных с МЛУ-туберкулезом.

Ключевые слова: *туберкулез; стационар на дому; эффективность лечения; организация лечения; контроль за приемом противотуберкулезных препаратов.*

Введение

Показатели эффективности лечения больных туберкулезом в Российской Федерации недостаточно высоки [6]. При этом туберкулез является инфекционным заболеванием, и лечение больных проводится не только для излечения самого больного, но и в значительной мере – в интересах общества. Одной из основных причин низкой эффективности терапии является преждевременное прекращение лечения и перерывы в при-

© Т.Ч. Касаева, А.В. Белостоцкий, Б.Я. Казенный, 2016 г.

еме препаратов [1, 2, 3], поэтому лечение туберкулеза должно проводиться под контролем медицинского персонала за приемом лекарственных препаратов, так называемое контролируемое лечение. Отказ от лечения по тем или иным причинам негативно влияет на исход заболевания у конкретного человека, а доля больных, не охваченных лечением, является важным прогностическим показателем ситуации с туберкулезом в регионе. Существуют традиционные формы организации лечения туберкулеза: стационар, дневной стационар, санаторное лечение, амбулаторное лечение в поликлинике. Стационарное лечение, имеющее несомненное преимущество в эпидемическом режиме, организации приема препаратов, лечебных процедур, лечебно-охранительного режима и питания, в том числе диетического, имеет и важные недостатки [4]. Это длительный отрыв больных от привычного окружения, ослабление связи с семьей. К тому же высокие финансовые затраты, которые несет государство на организацию стационарного лечения, не дают желаемого результата, если пациенты нарушают лечебный режим, употребляют алкоголь и наркотики, тем более привлекают к этому окружающих больных. Кроме того, больные туберкулезом с асоциальным поведением не могут длительно находиться в условиях туберкулезного стационара с круглосуточным пребыванием и самовольно покидают его, прерывая лечение на неопределенный срок [5].

Дневной стационар предоставляет хорошо организованный лечебный процесс при более мягком и свободном режиме [7], но неудобен для больных, желающих лечиться, но проживающих в отдаленных от диспансера районах или имеющих проблемы с мобильностью. Те же причины приводят к отказу от амбулаторного лечения в поликлинике. Наиболее сложной в плане организации процесса лечения является категория пациентов, которые, в основном из-за асоциального поведения, не могут регулярно являться в медицинскую организацию для получения лечения.

Учитывая вышесказанное, постоянно ведется поиск форм и программ лечения с учетом особенностей различного контингента больных туберкулезом. Наиболее перспективными являются стационар замещающие формы, в частности, их разновидность **программа «стационар на дому»,** работающая по принципу пациент-ориентированного подхода.

Цель исследования

Изучить позитивные и негативные стороны программы «стационар на дому» в лечении больных туберкулезом легких на примере Орловской области. Определить категории больных, эффективность и финансовую составляющую программы.

Материалы и методы

В 2004 году в работу противотуберкулезной службы Орловской области внедрена новая организационная стационар замещающая форма лечения больных туберкулезом – программа «стационар на дому». Для больных эта программа является наиболее удобной: нет затрат на оплату проезда до диспансера или иного лечебного учреждения, нет необходимости пользоваться общественным транспортом и совершать длительные переходы (особенно важно для маломобильных пациентов), график приезда медицинских работников составляется с учетом пожеланий пациента. На больных, лечащихся в «стационаре на дому», распространяется программа социальной поддержки.

С 2004 по 2012 годы «стационар на дому» функционировал как отдельное подразделение Орловского областного противотуберкулезного диспансера с выделенной штатной единицей врача и медицинской сестры. С 2013 года лечение на дому организовано в рамках деятельности дневного стационара силами медицинского персонала данного структурного подразделения.

Лечение пациентов на дому осуществлялось одной бригадой, состоящей из медицинской сестры и водителя, которые доставляли противотуберкулезные препараты по месту

жительства, работы или непосредственного нахождения больного. В распоряжении бригады находился 1 автомобиль. Нагрузка на бригаду составляла 15–20 больных. В очаги с асоциальными больными медицинская сестра ходила в сопровождении водителя. Врач-фтизиатр осматривал пациентов, проходивших лечение в стационаре на дому, не реже 1 раза в неделю (на дому или при явке в диспансер). При возникновении жалоб осмотр больного проводился во внеочередном порядке. В подчинении врача находилось 1–2 бригады.

Доставка препаратов пациентам, проходящим лечение в стационаре на дому, осуществлялась 6 дней в неделю с 9.00 до 16.00, на воскресенье препараты выдавали в субботу. При необходимости формировали 2 бригады для работы в разные смены с 9.00 до 14.00 и с 14.00 до 19.00, врач при этом работал 3 дня в неделю в первую смену, три дня – во вторую.

В функции медицинских работников стационара на дому входил непосредственный контроль за приемом противотуберкулезных препаратов (ПТП). Препараты на руки не выдавались, за исключением препаратов на воскресенье. При этом в понедельник медсестра должна была проверить, принял ли пациент эти препараты. В 85–90% случаев пациенты принимали препараты один раз в день. В случае двукратного режима приема ПТП доставка препаратов осуществлялась дважды в течение смены. В случае возникновения побочных реакций на прием ПТП бригада доставляла препараты для их купирования.

В обязанности бригады «стационара на дому» входила доставка пациентов на контрольное или внеочередное (в случае возникновения жалоб) обследование в диспансер или забор крови, мочи, мокроты на дому. При возникновении необходимости в консультации врача-специалиста больной доставлялся в диспансер.

Финансирование социальной поддержки больных туберкулезом, лечащихся по программе «стационар на дому» и других программ в Орловской области, осуществлялось из разных источников. Привлекались средства из всех осуществляемых программ по борьбе с туберкулезом и региональных программ социальной направленности. Отбор и предоставление социальной поддержки пациентам были организованы в соответствии с регламентирующими документами и осуществлялись на общих основаниях. Бригада медицинских работников, осуществляющих лечение пациентов на дому, участвовала в оказании пациентам социальной поддержки, доставляя продуктовые и гигиенические наборы.

Отбор пациентов в программу «стационар на дому» проводился врачебной комиссией противотуберкулезного диспансера совместно с врачом, проводящим лечение на дому.

Результаты и обсуждение

На основании накопленного опыта работы по другим программам организации лечения были определены основные категории больных (критерии включения) для преимущественного направления в «стационар на дому» (табл. 1). К ним отнесены пациенты с ограниченной мобильностью, в том числе лица пожилого и старческого возраста, лица с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, неврологическими нарушениями, социально уязвимые пациенты с низкой мотивацией к лечению, больные, которые по тем или иным причинам отказывались от госпитализации в круглосуточный стационар и от посещения дневного стационара. Критерием невключения больных в эту программу являлась значительная удаленность места жительства пациента от городской черты.

В функции медицинских работников «стационара на дому» входил оперативный поиск «оторвавшихся» пациентов, который начинался незамедлительно при отсутствии пациента в месте, оговоренном для приема препаратов, путем связи с ним по телефону. При невозможности контакта с пациентом по телефону проводили розыск его в местах возможного пребывания, подключение к поиску

Таблица 1

Категории больных для лечения по программе «стационар на дому»

№	Категории больных
1.	с активным туберкулезом органов дыхания и внелегочными формами туберкулеза при ограниченной мобильности
2.	с активным туберкулезом органов дыхания и внелегочными формами туберкулеза при пожилом и старческом возрасте
3.	с активным туберкулезом органов дыхания и внелегочными формами туберкулеза при неврологических нарушениях
4.	с активным туберкулезом органов дыхания и внелегочными формами туберкулеза при наличии социальной уязвимости и низкой мотивации к лечению
5.	с активным туберкулезом органов дыхания и внелегочными формами туберкулеза, отказавшиеся от госпитализации в круглосуточный стационар и посещения дневного стационара по тем или иным причинам

родственников. Работа по привлечению пациентов к лечению проводилась в тесном контакте с участковой фтизиатрической службой.

В работе с больными широко использовались информационные материалы: инструкция о сборе мокроты, листовка с информацией о туберкулезе, возможностях излечения и последствиях при отрыве от лечения. Пациенту обязательно оставлялись контактные данные противотуберкулезной службы.

В среднем в «стационаре на дому» одновременно проходили лечение 15–20 человек, из них 2–3 пациента имели лекарственную, в том числе множественную, устойчивость возбудителя.

В период с 2004 по 2012 годы в стационаре на дому получили лечение 346 больных. Распределение пациентов по годам было следующим: в 2004 г. в программу включены 36 человек, в 2005 г. – 55 человек, в 2006 г. – 39 человек, в 2007 г. – 42 человека, в 2008 г. – 42 человека, в 2009 г. – 41 человек, в 2010 г. – 38 человек, в 2011 г. – 28 человек, в 2012 г. – 25 человек.

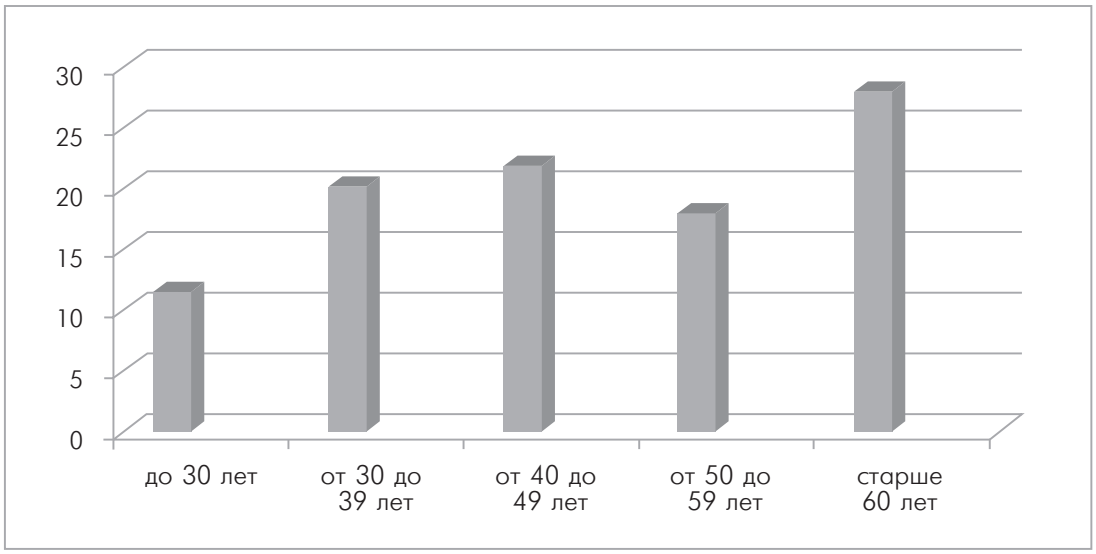


Рис. 1. **Распределение больных по возрасту, получающих лечение в стационаре на дому**

Анализ проводился в группе из 310 пациентов, имеющих достаточно данных для исследования. Группа включала 197 (63,5%) мужчин и 113 (36,5%) женщин. Лиц младше 30 лет было 26 (11,6%), от 30 до 39 лет – 63 (20,3%), от 40 до 49 лет – 68 (21,9%), от 50 до 59 лет – 56 (18,1%), 60 лет и старше – 87 (28,1%). Наиболее многочисленной группой являлись пациенты пожилого и старческого возраста *(рис. 1)*.

Чаще всего получали лечение в «стационаре на дому» неработающие больные – 53,8% (186 чел.) и пенсионеры – 23,1% (80 чел.), работающие составили 15,9% (55 человек), учащиеся – 2,0% (7 чел.) *(табл. 2)*. Не имели определенного места жительства 18 (5,2%) человек, они получали лечение в «стационаре на дому», т.к. неоднократно самовольно покидали стационар.

По клиническим формам 310 больных распределились следующим образом: очаговый туберкулез – у 28 (9,1%) больных, инфильтративный туберкулез – у 133 (42,9%), диссеминированный туберкулез – у 48 (15,5%), милиарный туберкулез – у 1 (0,4%), казеозная пневмония – у 6 (1,9%), туберкулема легких – у 32 (10,3%), туберкулезный плеврит – у 11 (3,5%), фиброзно-кавернозный туберкулез – у 9 (2,9%), цирротический туберкулез – у 10 (3,2%), туберкулез бронхов и внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) – у 10 (3,2%), внелегочные формы туберкулеза – у 22 (7,1%) пациентов. Как видно из приведенных данных, лечение в стационаре на дому может проводиться практически при любой форме туберкулеза и ограничено только степенью тяжести состояния больного.

Среди 288 больных с туберкулезом органов дыхания рентгенологически подтвержденный распад легочной ткани был у 144 (50,0%) человек. Бактериовыделение по микроскопии мокроты определено в 163 (56,6%) случаях. Данные о проведении теста на лекарственную чувствительность возбудителя имели 237

Таблица 2

Социальная характеристика больных, получавших лечение в стационаре на дому в 2004–2012 гг.

		2004	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*Всего*
Работающие	абс	5	7	8	2	5	4	7	8	9	55
	%	13,9%	12,7%	20,5%	4,8%	11,9%	9,8%	18,4%	28,6%	36,0%	15,9%
Неработающие	абс	20	28	18	24	27	24	20	11	14	186
	%	55,6%	50,9%	46,2%	57,1%	64,3%	58,5%	52,6%	39,3%	56,0%	53,8%
Пенсионеры	абс	8	15	10	13	6	9	11	8	0	80
	%	22,2%	27,3%	25,6%	31,0%	14,3%	22,0%	28,9%	28,6%	0,0%	23,1%
Лица БОМЖ	абс	2	4	3	3	2	2	0	0	2	18
	%	5,6%	7,3%	7,7%	7,1%	4,8%	4,9%	0,0%	0,0%	8,0%	5,2%
Учащиеся	абс	1	1	0	0	2	2	0	1	0	7
	%	2,8%	1,8%	0,0%	0,0%	4,8%	4,9%	0,0%	3,6%	0,0%	2,0%
Всего	абс	36	55	39	42	42	41	38	28	25	346
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(82,3%) пациентов. Таким образом, среди пациентов, лечившихся в «стационаре на дому», было больше половины с бактериовыделением.

Из 237 больных, имеющих данные о лекарственной устойчивости возбудителя, лекарственно чувствительные микобактерии туберкулеза (МБТ) выявлялись – у 164 (69,2%) больных, полирезистентные МБТ – у 36 (15,2%), МБТ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) – у 37 (15,6%) человек. Среди 37 пациентов с МЛУ возбудителя устойчивость только к препаратам основного ряда имели 26 (70,3%), а 11 (29,7%) пациентов – имели устойчивость к препаратам первого и, по крайне мере, к одному препарату второго ряда. Эти данные также демонстрируют значимость привлечения данной группы больных к лечению.

Среди 310 больных, включенных в анализ, сопутствующие заболевания были выявлены у 145 (46,8%) человек: артериальная гипертония отмечена у 15 (10,3%) пациентов, сахарный диабет – у 14 (9,7%), хронические обструктивные заболевания легких – у 10 (6,9%), гастрит и язвенная болезнь желудка – у 23 (15,9%), ВИЧ-инфекция – у 6 (4,1%), вирусный гепатит – у 21 (14,5%), ишемическая болезнь сердца – у 17 (11,7%), психические расстройства – у 6 (4,1%), онкологические заболевания – у 4 (2,8%), неврологические нарушения – у 15 (10,3%), прочие заболевания – у 14 (9,7%). Группа инвалидности установлена у 17,4% (54 из 310) больных, из них инвалиды 1 группы составили 16,7% (9 из 54), инвалиды 2 группы – 66,6% (36 из 54), инвалиды 3 группы – 16,7% (9 из 54). Злоупотребляли алкоголем 35,5% (110 из 310) больных. Наличие почти у половины больных сопутствующей патологии не явилось препятствием для проведения лечения по режиму стационара на дому. Также важным явилась возможность привлечения к контролируемому лечению значительного числа лиц, страдающих алкоголизмом. Из 310 больных в программу социальной поддержки были включены 204 (65,8%).

Химиотерапию по 1 стандартному режиму (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации») по режиму «стационара на дому» получали 47,1% (146 из 310) пациентов, по 3 режиму – 30,3% (94 из 310), по 2А режиму – 6,5% (20 из 310), по 2Б режиму – 4,8% (15 из 310), по 4 режиму – 11,3% (35 из 310) больных *(рис. 2)*.

Включение хирургического этапа лечения в комплексное лечение больных, лечившихся в «стационаре на дому», было осуществлено

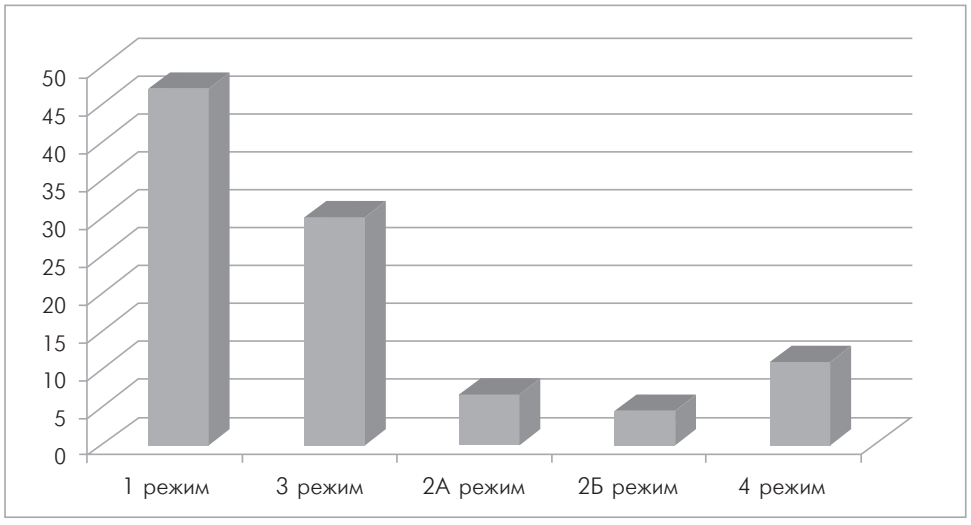


Рис. 2. **Распределение больных по стандартным режимам лечения**

Таблица 3.

Результат химиотерапии больных, пролеченных в стационаре на дому

Группы больных	*Число больных*	*Эффективный курс*	*Неэффективный курс*	*Прервал лечение*	*Выбыл*	*Переведен в стационар с круглосуточным пребыванием*
Все больные (абс./доля в%)	310 100%	281 90,7%	6 2,0%	11 3,5%	1 0,3	11 3,5%
Из них больные с МЛУ туберкулезом (абс./доля в%)	37 100%	22 59,7%	4 10,8%	3 8,1%	- -	8 21,6%

у 11 (4,9%) пациентов из 226, проконсультированных хирургом. Имели показания, но отказались от операции 19 (8,4%) пациентов, остальным 196 (86,7%) не было показано хирургическое лечение.

Эффективно завершили курс химиотерапии 281 (90,7%) из 310 больных (табл. 3). Неэффективный исход лечения установлен у 6 (2,0%), прервали лечение 11 (3,5%), выбыл 1 (0,3%), переведены в отделения с круглосуточным пребыванием 11 (3,5%). Причинами неэффективного лечения явились: нарастание лекарственной устойчивости возбудителя в процессе проведения химиотерапии у 6 больных, распространенный процесс в легких у 3 пациентов, возникновение побочных реакций, потребовавших коррекции химиотерапии у 3 больных, прерывание лечения у 4 пациентов. Из 37 больных с МЛУ МБТ на начало лечения эффективный результат химиотерапии установлен у 22 (59,5%), неэффективный – у 4 (10,8%), прервали лечение 3 человека (8,1%), переведены в стационар с круглосуточным пребыванием 8 (21,6%). Эти данные демонстрируют высокую эффективность в стационаре на дому и низкую частоту отрыва больных от лечения.

Чтобы оценить финансовую составляющую программы «стационар на дому», был проведен фармакоэкономический анализ затрат на организацию лечения 310 больных, пролеченных по этой программе в период с 2004 по 2012 годы. Данные были сопоставлены со стоимостью лечения пациентов в стационаре с круглосуточным пребыванием. У пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом стоимость лечения 1 больного в круглосуточном стационаре при планировании составляла около 29,5 тыс. руб. (922$) в месяц и 354 тыс. руб. (11064$) в год, тогда как стоимость лечения 1 пациента в стационаре на дому была оценена в 8,5 тыс. руб. (265$) в месяц и 102 тыс. руб. (3180$) в год, что в 3,5 раз меньше стоимости лечения в стационаре круглосуточного пребывания.

При подсчете истинных затрат на лечение выявлено увеличение стоимости лечения

Таблица 4.

Затраты на лечение пациента с лекарственно чувствительным туберкулезом при разных формах организации лечения

	Круглосуточный стационар		*Стационар на дому*	
	стоимость в месяц, тыс. руб.	*стоимость в год, тыс. руб.*	*стоимость в месяц, тыс. руб.*	*стоимость в год, тыс. руб.*
Пребывание и мед.обслуживание	25,9	310,7	6,8	82,1
Обследование	9,4	58,1	5,1	53,7
ПТП препараты	0,5	5,9	0,5	5,9
Бензин	0,0	0,0	2,0	24,0
Итого	35,8	374,7	14,4	165,7

Таблица 5.

Затраты на лечение пациента с МЛУ туберкулезом при разных формах организации лечения

	Круглосуточный стационар		*Стационар на дому*	
	стоимость в месяц, тыс. руб.	*стоимость в год, тыс. руб.*	*стоимость в месяц, тыс. руб.*	*стоимость в год, тыс. руб.*
Пребывание и мед.обслуживание	25,9	310,7	6,8	82,1
Обследование	10,7	67,3	5,9	59,2
ПТП препараты	23,5	282,3	23,5	282,3
Препараты для купирования побочных реакций	2,8	2,8	0,3	0,3
Бензин	0,0	0,0	2,0	24,0
Итого	62,9	663,1	38,5	447,9

1 больного в круглосуточном стационаре до 35,8 тыс. руб. в месяц и 374,7 тыс. руб. в год, стоимость лечения 1 пациента в стационаре на дому до 14,4 тыс. руб. в месяц и 165,7 тыс. руб. в год, что в 2,5 раза ниже стоимости лечения в стационаре круглосуточного пребывания *(табл. 4)*.

Увеличение суммы по круглосуточному стационару по сравнению с планируемой произошло за счет добавления некоторых видов обследования больных. Увеличение суммы по «стационару на дому» по сравнению с планируемой произошло за счет добавления некоторых видов обследования больных, а также уточнения стоимости бензина, затрачиваемого на поездки к больным.

Планируемая стоимость лечения 1 случая с МЛУ-туберкулезом в круглосуточном стационаре достигала 56 тыс. руб. (1751 $) в месяц и 672 тыс. руб. (21012 $) в год, а в стационаре на дому – 35 тыс. руб. (1093 $)в месяц и 420 тыс. руб. (13116 $) в год. При подсчете затрат на лечение выявлено увеличение планируемой стоимости лечения на 1 пациента до 62,9 тыс. руб. в месяц и 663,1 тыс. руб. в год в круглосуточном стационаре и 38,5 тыс. руб. в месяц и 447,9 тыс. руб. в год в стационаре на дому, то есть в 1,6 раз дешевле *(табл. 5)*.

В среднем при анализе всего периода наблюдения в «стационаре на дому» лечение в интенсивной фазе получали 20–25% пациентов, по фазе продолжения – 75–80% больных.

Для оценки организационной формы «стационар на дому» было проведено ее сравнение с другими стационар замещающими формами, применяемыми в Орловской области – дневной стационар, кабинет специализированной противотуберкулезной помощи, фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), по данным за период с 2004 по 2013 год.

Сравнение социального состава больных, получающих лечение по различным стационар замещающим программам, отображено на *рис. 3* и *табл. 6*.

Как видно из диаграммы и таблицы, лечение по программе «дневной стационар» более удобно для работающих и учащихся, тогда как по режиму «стационар на дому» чаще получают лечение пенсионеры, неработающие и лица БОМЖ. Кстати, лица БОМЖ одинаково часто лечатся при всех формах стационар замещающих технологиях в Орловской области.

Сравнение эффективности лечения больных (завершенные случаи), пролеченных по стационар замещающим технологиям, приведено в *табл. 7*. Как видно из таблицы, все рассматриваемые стационар замещающие программы сопоставимы по результатам лечения. Эффективность несколько выше при

Таблица 6

Социальный состав больных (%), получающих лечение по разным стационар замещающим программам

Социальные группы	*стационар замещающие программы*		
	дневной стационар	*кабинет специализированной противотуберкулезной помощи и ФАП*	*стационар на дому*
неработающие	44,9	52,3	53,8
работающие	37	25,7	15,9
пенсионеры	6,8	14,6	23,1
учащиеся	5,9	2,1	2,0
Лица БОМЖ	5,4	5,1	5,2
Итого	100%	100%	100%

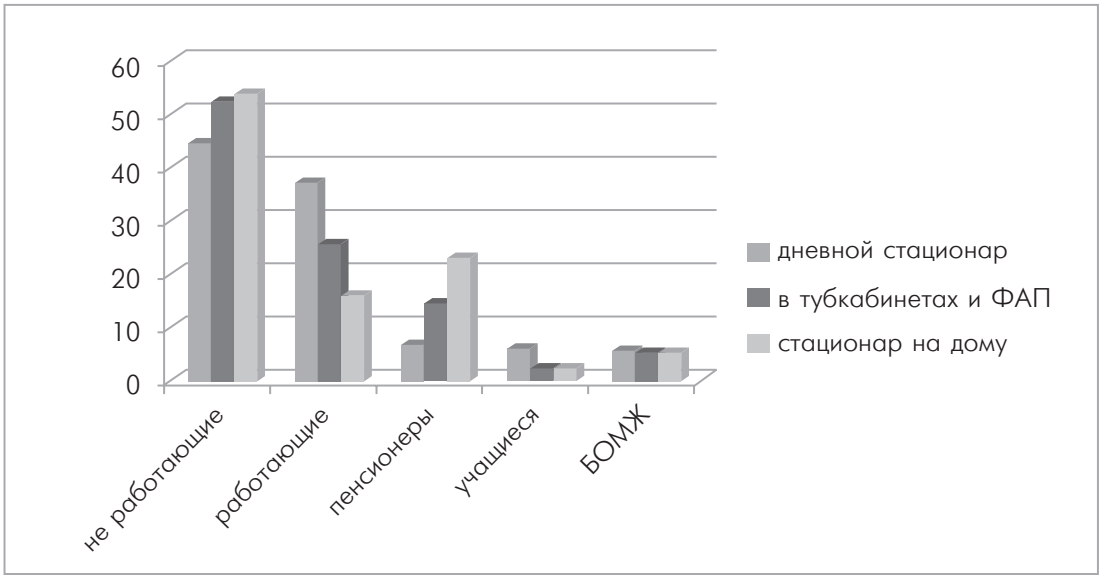


Рис. 3. **Социальный состав больных, получающих лечение по разным стационар замещающим программам**

лечении по режиму дневного стационара, так же как и меньше случаев прерывания лечения. В кабинетах специализированной противотуберкулезной помощи и ФАП ниже эффективность лечения и выше частота прерывания лечения.

При лечении по программе «стационар на дому» отмечается несколько лучшая эффективность лечения, хотя показатель отрыва от лечения выше, чем в дневном стационаре. Эти различия обусловлены в первую очередь различиями в контингентах больных и показывают, что для разных категорий больных можно подобрать оптимальный вариант организации лечения.

Выводы:

1. Положительным моментом программы «стационар на дому» является возможность привлечь к лечению категории больных, которым ранее было невозможно проводить вне стационара контролированное лечение.

Таблица7.

Эффективность лечения больных, пролеченных по различным стационар замещающим программам (завершенные случаи)

Программы	*Число больных*	*Эффектиный курс*	*Неэффектив-ный курс*	*Прервал лечение*	*Выбыл*	*Прочие*
дневной стационар1	734 100%	675*2 92,0%	42 5,7%	9 1,2%	4 0,5%	4 0,5% умерли, в т.ч от туб-за – 0,1%
кабинет специализированной противотуберкулезной помощи и ФАП2	1813 100%	1611*1 88,9%	49 2,7%	74 4,1%	21 1,2%	58 3,2% умерли, в т.ч от туб-за – 1,2%
стационар на дому3	310 100%	281 90,7%	6 2,0%	11 3,5%	1 0,3	11 3,5% переведены в отделение с круглосуточным пребыванием

** – разница достоверна между строками, указанными цифрами, p<0,05*

Это лица пожилого и старческого возраста, лица с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, неврологическими нарушениями, дезадаптированные пациенты с низкой мотивацией к лечению, больные, отказавшиеся от круглосуточного стационара и от дневного стационара. Для пациентов программа «стационар на дому» удобна, не несет финансовых и временных затрат на посещение лечебного учреждения, график приезда медицинских работников учитывает его пожелания, при необходимости присоединяется программа социальной поддержки. Пациенты с асоциальным поведением не могут негативно влиять на других больных, получающих лечение. К отрицательным моментам программы следует отнести невозможность разобщения больного бактериовыделителя с окружающими (проживающие совместно члены семьи, иногда соседи) и нет возможности влиять на его вредные привычки (прием алкоголя, табакокурение).

2. По программе «стационар на дому» чаще всего получали лечение не работающие больные – 53,8% и пенсионеры – 23,1%, работающих было 15,9%, учащихся – 2,0%. Лица, не имеющие определенного места жительства, составили 5,2%, злоупотребляли алкоголем 35,5%.

3. Клинические характеристики туберкулеза легких у больных, пролеченных по программе «стационар на дому», были следующими: распад легочной ткани – у 50,0%, бактериовыделение по микроскопии мокроты – у 56,6%, МБТ с множественной лекарственной устойчивостью – у 15,6% человек.

4. Наличие сопутствующей патологии у 46,8% пациентов не явилось препятствием для проведения лечения по программе «стационар на дому». Наиболее часто встречающаяся патология: гастрит и язвенная болезнь желудка – у 15,9%, вирусный гепатит – у 21 (14,5%), ишемическая болезнь сердца – у 11,7%, артериальная гипертония – 10,3%, неврологические нарушения – (10,3%), сахарный диабет – 9,7%. Больные ВИЧ-инфекцией составили 4,1% от пациентов с сопутствующей патологией. Группа инвалидности по туберкулезу или сопутствующим заболеваниям установлена у 17,4% больных.

5. За анализируемый период (2004 по 2012 гг.) объемы лечения по программе «стационар на дому» остаются примерно на одном уровне, росла востребованность программы «дневной стационар» при снижении доли «кабинетов специализированной противотуберкулезной помощи и ФАП».

6. Контролируемое лечение по режиму «стационар на дому» имеет высокую эффективность и низкую частоту отрыва больных от лечения. Так, эффективно завершили курс химиотерапии 90,7% больных (при МЛУ туберкулезе – 59,5%). Неэффективный исход лечения установлен у 2,0%, прервали лечение 3,5%, выбыл 0,3%, переведены в отделения с круглосуточным пребыванием 3,5%. Эти показатели не имеют достоверных отличий от программы «дневной стационар». Лечение по программе «стационар на дому» может проводиться практически при любой форме туберкулеза и любому режиму химиотерапии и ограничено только степенью тяжести состояния больного.

7. Стоимость организации лечения пациентов по программе «стационар на дому» в 2,5 раза ниже таковой в стационаре с круглосуточным пребыванием.

Литература

1. *Белостоцкий А.В., Касаева Т.Ч., Кузьмина Н.В., Нелидова Н.В.* Проблема приверженности больных туберкулезом к лечению. Туберкулез и болезни легких 2015; (4): 4–8.
2. *Васильева И.А., Кузьмина Н.В., Мусатова Н.В.* Эффективность химиотерапии больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких. – Сургут: Изд. «Таймер», 2011. – 136 с.
4. *Васильева И.А., Самойлова Г.А., Зимина В.Н., Комиссарова О.Г., Багдасарян Т.Р., Ловачева О.В.* Лечение туберкулеза: Опыт прошлого, современное состояние и перспективы. Туберкулез и болезни легких 2013;(5): 31–38.
5. *Вечорко В.И.* Оптимизация организации стационарного этапа лечения: автореф. дисс... канд. мед наук. – М., 2011. – 25 с.
6. *Скачкова Е.И.* Организация медицинской помощи больным туберкулезом. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2008. – 148 с.
7. Туберкулез в Российской Федерации 2012/2013/2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2015. – 312 с.
8. *Шурыгин А.А., Матасова Е.В., Степанова Е.А.* Оценка эффективности работы дневного противотуберкулезного стационара. Фтизиатрия и пульмонология. 2013;(1): 57.

UDC 614.2

Kasaeva T.Ch., Belostotsky A.V., Kazenny B.Y. ***The analysis of the experience of the organization of treatment of TB patients under the program «hospital at home»*** *(First MSMU n.a. I.M. Sechenov of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow; Orel TB dispensary, Orel).*

Annotation. The new organizational model of treatment of TB patients – hospital at home was developed and introduced with the purpose to increase efficiency of TB patients' treatment.
We defined indicators for patients' referral to the «hospital at home».
It was proved that the directly observed treatment in a «hospital at home» has high efficiency and low frequency of treatment defaults: completed effectively the course of chemotherapy 90.7% of patients, ineffectively – 2.0%, interrupted treatment – 3.5%, departed – 0.3%, transferred to in-patient departments – 3.5%.
Pharmacoeconomic analysis showed that treatment cost at a «hospital at home» is 2.5 times lower than that for treating patients in an in-patient department and 1.6 times lower than that in an in-patient department for MDR-TB patients.

Keywords: *tuberculosis; hospital at home; the effectiveness of treatment; organization of treatment, directly observed treatment.*

Д.В. Пивень,
д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия, piven_dv@mail.ru
И.С. Кицул,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, г. Иркутск, Россия, zdravirk@mail.ru

ОГРАНИЧЕНИЯ, НАЛАГАЕМЫЕ НА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ КОНФЛИКТА ИНТЕРЕСОВ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА: ДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С. ***Ограничения, налагаемые на медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности, и предотвращение конфликта интересов медицинского работника: действия медицинской организации*** *(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, г. Иркутск, Россия)*

Аннотация. В статье обозначены особенности, характерные сегодня для работы медицинских организаций по соблюдению ограничений, налагаемых на медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности, и по предотвращению конфликта интересов медицинского работника. Авторы обосновывают и подчёркивают необходимость чёткого регулирования данной работы в медицинских организациях локальными нормативными актами. Показано, что соблюдение ограничений, налагаемых на медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности, и предотвращение конфликта интересов медицинского работника есть неотъемлемый компонент обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

Ключевые слова: *ограничения, конфликт интересов, профессиональная деятельность, медицинские работники, контроль качества и безопасности медицинской деятельности, медицинская организация.*

В соответствии с Положением о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. №1152, одним из направлений государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности является контроль за соблюдением медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности. В своих публикациях мы неоднократно подчёркивали значимость данного направления в комплексе мероприятий по обеспечению качества

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, 2016 г.

и безопасности медицинской деятельности, которые должны реализовываться в каждой медицинской организации [5,6,9].

В то же время следует отметить, что, несмотря на то, что Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Основы) действует уже более 4-х лет, для абсолютного большинства руководителей медицинских организаций работа по выполнению установленных законодательством требований в части соблюдения ограничений медицинскими работниками при осуществлении профессиональной деятельности и предотвращения конфликта интересов сопряжена с весьма серьёзными вопросами и трудностями.

Для того чтобы разобраться в указанных вопросах и трудностях, а также определить пути их решения и преодоления, следует выделить ряд особенностей, характерных сегодня для работы медицинских организаций по соблюдению ограничений и предотвращению конфликта интересов медицинского работника.

1. Особенность

Деятельность медицинской организации по соблюдению ограничений медицинскими работниками при осуществлении профессиональной деятельности и по предотвращению конфликта интересов медицинского работника характеризуется прежде всего новизной поставленных законодательством задач. Никогда ранее ничего подобного в российском отраслевом медицинском законодательстве не было. Следовательно, пока ещё рано говорить как о сколько-нибудь значительном опыте нормативно-правового регулирования вопросов, связанных с соблюдением ограничений, налагаемых на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности, так и о сколько-нибудь значительном опыте работы по выполнению установленных требований.

2. Особенность

При всей новизне поставленных законодательством задач по соблюдению медицинскими работниками ограничений при осуществлении ими профессиональной деятельности и по предотвращению конфликта интересов медицинского работника, тем не менее, следует указать на чёткую преемственность соответствующих положений Основ, изложенных в ст. 74 и ст. 75, с положениями Федерального закона РФ от 25 декабря 2008 г. № 273-ФЗ «О противодействии коррупции». Необходимо подчеркнуть, что именно с антикоррупционным законодательством напрямую связано появление в Основах такого понятия, как *конфликт интересов*. А это в свою очередь свидетельствует о весьма жёстком характере поставленных перед медицинскими организациями задач, так как соблюдение медицинским работником установленных ограничений является конкретным механизмом, направленным на предотвращение возникновения конфликта интересов медицинского работника. Предотвращение же конфликта интересов, как известно, является одной из форм противодействия коррупции в отрасли.

3. Особенность

С одной стороны, задача по соблюдению медицинскими работниками ограничений при осуществлении ими профессиональной деятельности является одинаково новой как для медицинских организаций, так и для надзорных и контролирующих органов. В то же время, с другой стороны, следует отметить, что нормативная база, регламентирующая проведение контроля и надзора по данному направлению, развивается быстрее, чем у медицинских организаций нарабатывается необходимый опыт по выполнению установленных законодательством требований. В настоящее время надзорные и контролирующие органы, помимо указанных выше Основ, при проведении проверок медицинских организаций на предмет соблюдения медицинским работниками установленных ограничений при

осуществлении профессиональной деятельности руководствуются:

- Положением о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152;

- Административным регламентом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности, утверждённым Приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 января 2015 г. № 14н (далее Административный регламент).

Следовательно, и медицинским организациям в работе по соблюдению медицинскими работниками ограничений, налагаемых на них при осуществлении профессиональной деятельности, необходимо учитывать не только требования Основ, но и более детализированные требования указанных нормативных актов, которыми руководствуются надзорные и контролирующие органы.

4. Особенность

Не взирая на новизну установленных требований по соблюдению ограничений медицинскими работниками при осуществлении профессиональной деятельности и по предотвращению конфликта интересов медицинского работника, а также на отсутствие необходимого опыта, медицинская организация уже сейчас обязана разработать и реализовать не единичные мероприятия, а развёрнутый комплекс соответствующих мер.

Представленные особенности, характеризующие работу медицинских организаций по соблюдению ограничений и по предотвращению конфликта интересов медицинского работника, не являются исчерпывающими, и перечень их может быть продолжен. Однако уже их наличие само по себе свидетельствует о сложности стоящих перед медицинскими организациями задач.

Как уже было отмечено выше, статья 74 Основ полностью посвящена регулированию вопроса ограничений, налагаемых на медицинских работников и руководителей медицинских организаций. Частью 1 данной статьи установлено, что медицинские работники не вправе:

«**1)** Принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании) подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, вознаграждений, связанных с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности), в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;

2) заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

3) получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения

пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

4) предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную и (или) неполную информацию об используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, в том числе скрывать сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

5) осуществлять прием представителей компаний, за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, участия в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, направленных на повышение их профессионального уровня или на предоставление информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности лекарственных препаратов и мониторинга безопасности медицинских изделий;

6) выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия».

Кроме указанных требований ст. 74 Основ, весьма важно обратить внимание руководителей медицинских организаций на тщательную проработку соответствующего Административного регламента, которым при проведении проверок руководствуются органы Росздравнадзора. Пункт 41 данного Административного регламента конкретизирует вопросы, подлежащие контролю со стороны надзорных органов. В соответствии с данным пунктом при проведении проверки осуществляются следующие мероприятия:

1) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы, направленной на соблюдение ограничений, установленных статьей 74 Федерального закона № 323-ФЗ, в том числе рассмотрение:

- **а)** договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий;
- **б)** договоров об осуществлении медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности;
- **в)** договоров о поставках лекарственных препаратов, медицинских изделий на предмет наличия в них условий о назначении или рекомендации пациентам либо о предложении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий;
- **г)** утвержденного администрацией организации, ИП, которые осуществляют медицинскую деятельность, порядка участия представителей компаний в собраниях и иных мероприятиях медицинских работников;

2) осмотр помещений проверяемого лица на предмет наличия бланков, содержащих информацию рекламного характера, рецептурных бланков, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия, а также образцов лекарственных препаратов и медицинских изделий для вручения пациентам;

3) оценка выявленных случаев несоблюдения ограничений, установленных статьей 74 Федерального закона № 323-ФЗ;

4) анализ организации работы по информированию медицинских работников, фармацевтических работников, компаний, представителей компаний и граждан об установленных запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение;

5) анализ обращений граждан, содержащих сведения о предоставлении недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, включая сокрытие сведений

о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий, либо о наличии в аптечной организации лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, имеющих более низкую цену.

Как видно, спектр проверяемых вопросов весьма обширен. В этой связи отметим, что выполнение медицинской организацией требований, установленных Основами и Административным регламентом, возможно только тогда, когда вопросы, подлежащие проверке, в том числе чётко регламентированы на уровне самой медицинской организации соответствующими локальными нормативными актами.

Пункт 5 части 1 статьи 74 Основ указывает, что в медицинской организации должен быть разработан и утвержден порядок взаимодействия с представителями организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций).

Со своей стороны подчеркнём, что указанный выше порядок – обязательный, однако далеко не единственный локальный нормативный акт, который должен быть разработан и утверждён в медицинской организации по вопросам соблюдения ограничений налагаемых на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности. Базовым локальным нормативным актом в медицинской организации должно являться Положение об организации работы по соблюдению ограничений, налагаемых на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности. Данный документ должен содержать в том числе три следующих ключевых раздела:

- направления работы медицинской организации по соблюдению ограничений, налагаемых на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности;

- ответственность за соблюдение ограничений, налагаемых на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности;

- действия администрации медицинской организации при выявлении случая несоблюдения ограничений, налагаемых на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности.

Кроме того, именно локальными нормативными актами, разработанными и утверждёнными непосредственно в медицинской организации, также необходимо регламентировать следующие чрезвычайно важные и сложные вопросы:

- Взаимодействие медицинских работников медицинской организации с представителями организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций). Вопросы взаимодействия являются крайне важными – ведь участие представителей компаний в собраниях и конференциях медицинских работников – это далеко не единственная форма взаимодействия. Достаточно вспомнить о такой «мелочи», что все лекарственные препараты и медицинские изделия приобретаются у наших

партнёров – компаний – и здесь тоже должен быть внутренний регламент, учитывающий установленные для медицинских работников ограничения.

- Работу по предотвращению конфликта интересов и при возникновении конфликта интересов медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности (требование ст. 75 Основ).
- Организацию работы по информированию медицинских работников, фармацевтических работников, компаний, представителей компаний и граждан об установленных запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение.

Возможно, что у кого-либо из читателей возникнет вопрос: «А зачем нужно такое количество локальных нормативных актов? Разве без них нельзя обойтись? Зачем лишние бумаги?».

Чтобы ответить на эти вопросы, зададим встречные вопросы и сами на них ответим.

1. А можно ли, например, только на основе, пусть даже многочисленных, устных распоряжений организовать в медицинской организации целый комплекс работ по информированию медицинских работников, фармацевтических работников, компаний, представителей компаний и граждан об установленных запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение?

– Ответ отрицательный, поскольку если в медицинской организации нет чёткого внутреннего регламента, то в лучшем случае возможны только отдельные фрагменты этой работы, но отнюдь неполный её комплекс, охватывающий всех, кого обязана проинформировать медицинская организация об установленных запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение.

2. А как, например, можно без внутреннего регламента организовать работу по предотвращению конфликта интересов медицинского работника?

– Ответ также отрицательный, так как если нет чёткого внутреннего регламента, то в лучшем случае руководитель может только призвать подчинённых ему медицинских работников не допускать конфликта интересов. Такой призыв – это, конечно, хорошо. Однако это никак нельзя назвать сколько-нибудь серьёзным, а тем более качественным управленческим решением, направленным на результат.

Также необходимо, чтобы и должностные инструкции медицинских работников медицинской организации содержали соответствующие дополнения, направленные на соблюдение ими ограничений, налагаемых при осуществлении профессиональной деятельности, а также на предотвращение возникновения конфликта интересов медицинского работника.

Следует отметить, что в части 3 статьи 74 Основ законодателем установлено, что за нарушения требований к соблюдению установленных ограничений медицинские и фармацевтические работники, руководители медицинских организаций и руководители аптечных организаций, а также компании, представители компаний несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. Как мы уже отмечали выше, ограничения, налагаемые на медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности, являются конкретным механизмом по предотвращению возникновения конфликта интересов медицинского работника. В этой связи напомним, что статьёй 6.29. Кодекса РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ) от 30.12.2001 № 195-ФЗ установлена ответственность за невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности. Указанная статья гласит:

«**1.** Непредставление медицинским работником информации о возникновении

конфликта интересов руководителю медицинской организации, в которой он работает, ... информации о возникновении конфликта интересов, – влечет наложение административного штрафа в размере от трех тысяч до пяти тысяч рублей.

2. Непредставление или несвоевременное предоставление руководителем медицинской организации уведомления о возникновении конфликта интересов медицинского работника ... в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти – влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до десяти тысяч рублей».

Указанные положения из КоАП РФ ещё раз подтверждают, что деятельность медицинской организации по соблюдению ограничений, налагаемых на медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности, и по предотвращению конфликта интересов медицинского работника требует чёткого внутреннего регулирования локальными нормативным актами прежде всего на уровне самой медицинской организации.

В последние годы разные аспекты деятельности медицинских организаций по соблюдению ограничений, налагаемых на медицинских работников, неоднократно рассматривались в публикациях разных авторов [1, 2, 3, 4,7,8,10, 11]. Однако очевидно, что эта тема является столь сложной и актуальной, что её освещение должно быть продолжено.

И в заключение ещё раз отметим, что в медицинской организации необходимо рассматривать работу по соблюдению ограничений, налагаемых на медицинских работников, а также работу по предотвращению конфликта интересов медицинского работника как неотъемлемую составную часть обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Это напрямую следует из Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152. Если государство в указанном Положении определило работу по контролю за соблюдением ограничений, налагаемых на медицинских работников, как компонент контроля качества и безопасности медицинской деятельности, то и на уровне медицинской организации в формате внутреннего контроля соответствующее направление также должно быть реализовано.

Литература

1. *Кадыров Ф.Н.* Порядок осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности// Менеджер здравоохранения. – № 1. – 2013. – С. 68–73.
2. *Кицул И.С.* Соблюдение ограничений, налагаемых на средних медицинских работников, при осуществлении ими профессиональной деятельности в медицинской организации // Главная медицинская сестра. – № 8. – 2014. – С. 13–21.
3. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в современных условиях // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – № 2. – 2013. – С. 48–52.
4. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Соблюдение ограничений, налагаемых на медицинских и фармацевтических работников, при осуществлении ими профессиональной деятельности в медицинской организации: практические рекомендации // Заместитель главного врача. – № 5. – 2014. – С. 62–67.

5. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Безопасность медицинской деятельности: что это такое и как её должен обеспечивать главный врач // Менеджер здравоохранения. – № 4. – 2015. – С. 6–12.
6. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает // Менеджер здравоохранения. – № 11. – 2014. – С. 6–10.
7. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография. – М.: Менеджер здравоохранения. – 2014. – 172 с.
8. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Коррупция в медицинской организации: механизмы противодействия // Менеджер здравоохранения. – № 2. – 2014. – С. 6–12.
9. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации //Менеджер здравоохранения. – № 2. – 2013. – С. 16–26.
10. *Серёгина И.Ф., Захарочкина Е.Р.* Ограничения в профессиональной деятельности для медицинских и фармацевтических работников // Вестник Росздравнадзора. – № 2. – 2013. – С. 30–40.
11. *Танимов О.В.* Об ограничениях, налагаемых на медицинских работников Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Медицинский совет. – № 1. – 2012. http://www.nacmedpalata.ru.

УДК 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S. ***Restrictions on medical stuff in the exercise of professional activity and the prevention of conflicts of their interests: medical organization actions*** *(Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Irkutsk, Russia)*

Annotation. The article deals with the features of today for the healthcare organizations compliance with the restrictions placed on medical stuff in the exercise of professional activity and on prevention of conflict of their interests. Authors substantiate and emphasize the need for strict governance of this work in medical organizations local regulations. It is shown that the restrictions imposed on medical stuff in the exercise of professional activity and the prevention of conflict of interests of medical stuff is an integral component of ensuring and control of quality and safety of medical activities in a medical organization.

Keywords: *restrictions, conflicts of interests, professional activities, medical stuff, control of quality and safety of medical activities, medical organization.*

ПРАВИТЕЛЬСТВО ПОДСЧИТАЕТ ЗАТРАТЫ НА ОТПРАВКУ НА СЕЛО СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА

Правительство РФ подсчитает цену отправки на село среднего медперсонала по программе «Земский доктор». Об этом премьер-министр РФ Дмитрий Медведев сказал депутатам после ежегодного отчета в Госдуме. По его словам, «Земский доктор» – это хорошая программа. Она сработала. В результате на село было направлено 19 тысяч докторов. Причем по окончании этой программы, а она рассчитана для каждого человека на пять лет, где-то примерно три четверти планируют оставаться на селе, – отметил глава кабмина. – Они закрепились на селе, это самое главное, к чему мы стремились, потому что село, где нет доктора или, как минимум, фельдшера, умирает. Там люди не живут.

Источник: ТАСС.

В.О. Атласов,
к.м.н., доцент, главный врач СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9», Санкт-Петербург, Россия
В.К. Ярославский,
д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии, член-корреспондент МАНВШ, заместитель главного врача ГБУЗ «Родильный дом № 9», Санкт-Петербург, Россия
К.В. Ярославский,
врач-методист ГБУЗ «Родильный дом № 9», Санкт-Петербург, Россия

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ИНСТРУМЕНТ РЕСУРСОСБЕРЕЖЕНИЯ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

УДК 614.2

Атласов В.О., Ярославский В.К., Ярославский К.В. ***Качество медицинской помощи как инструмент ресурсосбережения в родовспомогательном учреждении в условиях обязательного медицинского страхования*** *(Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом № 9», г. Санкт-Петербург, Россия)*

Аннотация. Представлены данные о качестве медицинской помощи в бюджетных родовспомогательных учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Выявление дефектов медицинской помощи при медико-экономической экспертизе и экспертизе качества медицинской помощи влечет наложение страховыми медицинскими организациями финансовых санкций, анализ которых позволяет принять ряд мер по их сокращению и сохранению внутренних экономических ресурсов акушерского стационара.

Ключевые слова: *качество медицинской помощи; родовспоможение; экспертиза; финансовые санкции; ресурсосбережение; обязательное медицинское страхование.*

Введение

В последние годы большое внимание уделяется изучению состояния родовспоможения в РФ. Постоянный рост затрат на содержание этой отрасли требует вложения средств, направленных на повышение рождаемости и снижение перинатальных потерь [1, 3, 5]. Эффективность родовспоможения и его служб измеряется совокупностью критериев и показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону репродуктивного процесса [21]. Ее результаты анализируются с позиций социальной, медицинской и экономической эффективности, среди которых последняя в условиях недостаточного финансирования является наиболее актуальной [2, 4, 8]. Из всех расходов федерального бюджета на финансирование здравоохранения в 2015 году было выделено 2,7%, в то время как в 2012 году этот показатель составил 4,7%, подобная тенденция коснулась и родовспоможения.

Экономическая стабильность родовспомогательного учреждения в современных условиях связана с минимизацией издержек и поисками путей наиболее рентабельного использования имеющихся ресурсов.

© В.О. Атласов, В.К. Ярославский, К.В. Ярославский, 2016 г.

Материалы и их обсуждение

1. КМП и финансирование родовспоможения

В современной литературе большое значение придается качеству медицинской помощи (КМП) в родовспомогательных учреждениях [6, 7, 10, 11]. Характеристика КМП будет неполной без оценки ее влияния на экономическую эффективность работы лечебного учреждения и его финансовые показатели. В настоящее время финансовая устойчивость родовспомогательного учреждения возможна при ее стабильном финансировании и рациональном использовании средств внутри самого учреждения.

В большинстве случаев оценка КМП ограничивается проведением целевых и тематических экспертиз, вычислением количественных показателей (рисков), индикаторов качества, разработкой управленческих решений [9]. В то же время экспертная оценка КМП не «привязана» к конечному результату их проведения – медицинским и экономическим показателям деятельности родильного дома. И это, в конечном итоге, не отражает реальные финансовые потери лечебного учреждения, связанные с выявлением врачебных ошибок, и затрудняет корректировку лечебно-диагностического процесса. В литературе отсутствуют сведения о влиянии КМП на состояние экономической деятельности родовспомогательных учреждений [12, 18]. Вместе с тем, проведенный анализ дает основание полагать, что финансовая стабильность учреждения во многом зависит от уровня медицинской помощи надлежащего качества. Дефекты врачебного процесса, несомненно, оказывают влияние на перерасход финансовых средств и на неэффективность их использования.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 83 «Финансовое обеспечение оказания гражданам первичной медико-социальной помощи» осуществляется за счет: **1.** средств обязательного медицинского страхования; **2.** бюджетных ассигнований федерального бюджета... **3.** иных источников в соответствии с настоящим Федеральным законом», в том числе и от платных медицинских услуг, предоставляемых по желанию граждан.

Так как государственные бюджетные учреждения здравоохранения, к которым относятся большинство родильных домов Российской Федерации, финансируются в основном за счет средств обязательного медицинского страхования и крайне редко за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, потому основным источником финансового обеспечения службы родовспоможения являются Территориальные фонды и страховые медицинские организации (СМО), являющиеся участниками обязательного медицинского страхования (ОМС).

Основным документом, регулирующим совместную работу родовспомогательных учреждений и СМО, является Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», согласно которому медицинская организация (в данном случае родильный дом) оказывает медицинскую помощь, а СМО – оплачивает выполненную работу.

Президент РФ В. Путин на заседании Президиума Государственного Совета при рассмотрении вопроса «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи» 30 июля 2013 года отметил, что «страховые медицинские организации в основном исполняют лишь функции посредников при передаче финансовых средств, кроме того, они не мотивированы на повышение качества медицинской помощи и практически не имеют никакой ответственности».

СМО не является медицинской организацией, и поэтому согласно статье 38 Федерального закона 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» она обязана «осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи..., в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и предоставлять отчеты о результатах такого контроля», а также «изучать мнение застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи» и, далее, «привлекать экспертов качества медицинской помощи». Ряд исследователей признают необходимость расширения деятельности СМО, указывая на целесообразность перехода СМО от контролирующей функции к управлению КМП [15].

Хотя контроль СМО за КМП в лечебных учреждениях является очень важной функцией страховых компаний, однако, он не решает саму проблему КМП, в то время как сама экспертиза СМО требует финансовых затрат.

На основании нормативных документов Федерального закона № 323-ФЗ, Федерального закона № 326-ФЗ, приказа Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 г. № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов», Закона Санкт-Петербурга от 23.12.2015 г. № 895–182 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» заключено Генеральное тарифное соглашение. Изучение этого документа показывает, что размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования службы родовспоможения, соответствует реальным затратам на осуществление медицинской помощи надлежащего качества.

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представления медицинской организацией реестра счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы по тарифам на оплату медицинской помощи.

По данным отчетов ФФОМС, в 2013 году проведено более 10,4 млн. медико-экономических экспертиз (МЭЭ), при этом обнаружено 244 030 нарушений. В результате нарушений, выявленных при МЭК, МЭЭ, ЭКМП, сумма изъятия у медицинских организаций составила 57,2 млрд. руб.; объем средств, поступивших в СМО в результате их экспертной деятельности, в 2013 году составил 2,8 млрд. руб. Далее, было бы интересно узнать об изменениях состояния здоровья граждан РФ и об улучшении КМП. Однако, результаты подобного рода ФФОМС не проводят.

2. Финансовые санкции и КМП в родовспоможении

Анализ финансовых санкций по результатам проведенных в родильных домах Санкт-Петербурга медико-экономических экспертиз, экспертиз качества медицинской помощи в 2014 г. в сопоставлении с основным результатом работы родовспомогательных учреждений показал, что в 2014 году в 8-ми родильных домах СМО провели 17949 экспертиз по случаям стационарной помощи. Из них медико-экономическая экспертиза выполнена в 1700 (94,7%), экспертиза КМП в 3031 (5,3%) случаях, при этом в 1800 экспертизах выявили дефекты оказания медицинской помощи, что послужило основанием для применения финансовых санкций. Доля случаев с финансовыми санкциями в родильных домах по результатам МЭЭ составила 94,3%, по результатам экспертизы КМП – 5,7%. Столь малая частота случаев анализа КМП, проведенного экспертами СМО, не позволяет выявить детали дефектов врачебного процесса. В то же время 94,7% всех экспертиз посвящены

Таблица 1

Основные показатели службы родовспоможения Санкт-Петербурга и РФ в 2012–2014 г.г.

Показатели		*2012*	*2013*	*2014*
Рождаемость (‰)	СПб	13,3	13,2	13,3
	РФ	12,6	12,6	13,1
Перинатальная смертность (‰)	СПб	7,3	7,1	7,4
	РФ	10,0	9,6	8,8
Материнская смертность (на 100000 живорожденных)	СПб	22,8	19,7	18,9
	РФ	13,2	12,9	11,9

обнаружению нарушений технического характера: в оформлении договоров, составлении реестров, счетов, не имеющих прямого отношения к оказанию медицинской помощи пациенток родовспомогательных учреждений.

В 2014 году родильными домами Санкт-Петербурга за оказание медицинской помощи в стационарных условиях выставлено счетов на общую сумму 1,391 млрд. руб. (в 2013 году – 1, 251 млрд. руб.). Общая сумма финансовых санкций составила 16,5 млн. руб., по результатам экспертизы КМП – 466,6 тыс. руб. О чем могут свидетельствовать представленные данные? О повышении требовательности экспертиз СМО или об увеличении дефектов медицинской помощи? К сожалению, результаты экспертиз не дают возможности провести анализ, а лишь констатируют факты и тем самым не позволяют выявить причины столь выраженных различий и дать необходимую оценку работе как СМО, так и акушерских стационаров.

В таблице представлены основные показатели службы родовспоможения в Санкт-Петербурге, из которых следует, что рождаемость увеличивается. Перинатальная смертность стабилизирована на достаточно низких показателях. Материнская смертность в 2014 году несколько снизилась, но по сравнению с данными РФ этот показатель в г. Санкт-Петербурге существенно выше.

За последние 10 лет количество акушерских коек в Санкт-Петербурге остается прежним и увеличилось всего на 3,2% (на 65 коек), хотя число родов возросло на 36,3% (на 22400 родов).

Обеспеченность акушерскими койками в Санкт-Петербурге за последние 10 лет остается на цифрах – 15 на 10000 женщин фертильного возраста и отстает от республиканского показателя, который составляет 21 на 10000 женщин. Приведенные данные зависят от многих факторов – уровня общей заболеваемости, оснащенности родильных домов, кадрового потенциала, организации родовспоможения и деятельности службы управления качеством медицинской помощи.

Рассматривая структуру финансовых санкций по результатам МЭЭ, следует отметить, что наибольшую часть (40,9%) составили случаи несовпадения тарифов, включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи в родильном доме с тарифами, утвержденными в тарифном согласовании (код 5.4.2). Суть этих разночтений заключается в разной интерпретации заключительных диагнозов. Решение экспертов СМО может не совпадать с мнением экспертов родильного дома, но последнее суждение остается, как правило, за экспертами СМО. По этой же причине были отказы в оплате 15,4% счетов при экспертизе КМП (код 5.4.2). Уменьшение финансовых санкций в этих случаях возможно лишь при едином представлении о характере и понимании динамики патологического процесса экспертами родильного дома и СМО.

Последнее зависит от степени квалификации и подготовленности специалистов КМП.

Значительную долю в структуре финансовых санкций по результатам МЭЭ (19,8%) и экспертизе КМП (53,1%) занимает «необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг посещений, койко-дней, не связанных с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи». В этих случаях понятны замечания МЭЭ, поскольку пребывание в стационаре более продолжительное время, чем указано в стандарте, несет в себе перерасход ресурсов. Но чем вызваны недостатки КМП при длительном нахождении пациентки в стационаре и как это может привести к ненадлежащей медицинской помощи в более чем половине экспертиз, остается необъяснимым. Для предотвращения подобных дефектов КМП в первичной документации следует обосновать необходимость более длительного, чем указано в стандарте, пребывания пациентки в стационаре.

Согласно первичной медицинской документации, дефекты МЭЭ, касающиеся несоответствия сроков лечения срокам, указанным в реестре счета (26,9%), как и стоимость услуги, представленной в реестре дважды, можно предотвратить при более внимательном составлении реестра счетов.

Следующие дефекты КМП, явившиеся причиной финансовых санкций, вполне обоснованы и могут быть легко предотвратимы при выполнении требований порядков стандартов и клинических протоколов при оказании пациентам медицинской помощи. Это (код 3.2.3)«невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических или лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица ..., (7,7%) или невыполнение лечебных мероприятий (код 3.2.1) в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, не повлиявшими на состояние здоровья застрахованного лица» (6,4%).

Совершенно недопустимыми для лечебного учреждения являются дефекты КМП, повлекшие применение финансовых санкций, как «дефекты оформления первичной документации (код 4.2), препятствующие проведению экспертизы застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи» (6,9%). Подобные дефекты возникают при небрежном, невнимательном отношении медперсонала к оформлению первичной медицинской документации (нечитаемый текст, исправления данных истории родов, вписывание дополнительной информации и т.д.).

Выводы

МЭЭ и экспертиза КМП играют важную роль в выявлении дефектов врачебного процесса и медицинской помощи ненадлежащего качества.

Задача родовспомогательных учреждений состоит в выполнении требований порядков, стандартов, клинических рекомендаций (протоколов лечения) в диагностике и лечении акушерской патологии. Она должна соответствовать критериям КМП, утвержденным приказом Минздрава России № 422ан от 07.07.2015 года.

Медицинская помощь надлежащего качества должна быть надежным инструментом снижения частоты экономических санкций и фактором, обеспечивающим сохранение материальных ресурсов акушерского стационара.

Заключение

Для улучшения КМП в родовспомогательных учреждениях необходимы:

1. Создание системного мониторирования пациенток с высоким перинатальным риском и проведение регулярного аудита критических акушерских состояний.

2. Организация дистанционного консультативного центра с выездными акушерскими и неонатологическими бригадами.

3. Реструктуризация коечного фонда для беременных, пересмотр показаний для госпитализации с расширением амбулаторных форм лечения (дневной стационар, стационар на дому, инструментальное обследование в амбулаторных условиях).

4. Проведение анализа судебных и административных дел, вызванных ненадлежащим качеством оказания медицинской помощи.

5. Анализ неоправданно широкого применения гистерэктомий и некоторых родоразрешающих операций в акушерских стационарах Санкт-Петербурга.

6. Организация функциональных связей родильных домов с многопрофильными лечебными учреждениями с целью оптимизации маршрутизации и оказания помощи смежными специалистами.

7. Расширение коечного фонда для беременных и рожениц за счет строительства новых современных родовспомогательных учреждений или приведения существующих к нормам СанПиНов и СНиПов.

Литература

1. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2014 году. //Материалы Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения. МЗ РФ. М.: –2015. – 164 с.

2. *Радзинский В.Е.* Репродуктивное здоровье: Учебное пособие / В.Е. Радзинский, В.И. Ельцов-Стрелков. – М.: Изд-во РУДН, 2011. – 727 с.

3. *Шувалова М.П., Письменская Т.В.* Социально-экономические детерминанты ранних неонатальных потерь в Российской Федерации// – Акушерство и гинекология – 2015 – № 7. С. 68–73.

4. *Мурзабаева С.Ш.* Формирование единых правовых принципов законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья в странах Содружества Независимых Государств /С. Ш. Мурзабаева, Ю.В. Павлова // Акушерство и гинекология – 2013- №№ 3. – С. 90–93.

5. *Сухих Г.Т., Шувалова М.П., Фролова О.Г., Ратушняк С.С., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н., Долгушина Н.Н.* Государственная политика в области охраны здоровья матери и ребенка – долгосрочные перспективы развития// Акушерство и гинекология. 2013 – № 5. С. 4–9.

6. *Филинов Ю.Н., Абаева О.П., Филинов А.Ю., Шильцина Н.Ю.* // Удовлетворенность пациента как один из критериев качества акушерско-гинекологической помощи. // Акушерство и гинекология – 2013 – № 7. С. 67–70.

7. *Бушмелева Н.Н.* Дефекты оказания медицинской помощи женщинам в случаях смерти в перинатальном периоде на уровне региона. // Менеджер здравоохранения – 2014. – № 10. – с. 27–36.

8. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы детства и родовспоможения в Российской Федерации. // Сборник материалов Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» – М. –2013. – 200 с.

9. Аналитический отчет о деятельности по управлению качеством медицинской помощи в родильных домах Санкт-Петербурга в 2014 году // Управление организации контроля качества медицинской помощи ТФОМС Санкт-Петербурга. СПб. – 2014. 29 с.

10. *Александрова О.Ю., Григорьев И.Ю., Аржанцев О.М.* Качество медицинской помощи – оценка в свете нового законодательства// Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012 – № 1/2 – с. 18–24.
11. *Адель Е.А., Фомина Л.К.* Управление качеством медицинской помощи в период модернизации здравоохранения. // Современные исследования социальных проблем. – 2013 – № 1 (2) – 40 с.
12. *Емельянова О.С.* Менеджмент качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных.: автореф. дис... канд. мед. наук / О.С. Емельянова – М.: – 2014. – 23 с.
13. *Богдашевич Н.М.* Интегрированная оценка деятельности страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга по экспертизе качества медицинской помощи.: автореф. дис... канд. мед. наук / Н.М. Богдашевич – СПб.: – 2009. – 22 с.
14. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
15. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
16. Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 123 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
17. Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».
18. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
19. Закон Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» от 23.12.2015 г. № 895–182.
20. Генеральное тарифное соглашение на 2016 год между Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга и территориальным фондом ОМС Санкт-Петербурга.
21. Приказ Минздрава России от 07.07.2015 г. N422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

УДК 614.2

Atlasov V.O., Yaroslavskiy V.K. , Yaroslavskiy K.V. ***The quality of medical care as a tool of resource-saving in obstetric institutions in conditions of compulsory health insurance*** *(City Maternity hospital № 9, St. Petersburg, Russia)*

Annotation. In this article we represented data of quality of medical care in Maternity hospitals operating in the conditions of compulsory health insurance system. Identification of medical care defects during medical and economic expertise shall be sanctioned and fine by health insurance organizations. Analysis of that sanctions allow you reduce internal economical costs and keep economical resources of the obstetric hospital.

Keywords: *medical care, obstetrics, expertise, financial sanctions, resource-saving, compulsory health insurance.*

Л.А. Бокерия,
д.м.н., академик РАН, директор ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, leoan@bakulev.ru
Е.Б. Милиевская,
к.м.н., заместитель главного врача института коронарной и сосудистой хирургии ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, ebmilievskaya@bakulev.ru
С.М. Крупянко,
д.м.н., главный врач реабилитационного центра для детей с пороками сердца ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, smkrupyanko@bakulev.ru
В.В. Козлов,
к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, kvv.doc@gmail.com

РЕГРЕССИОННЫЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ДОСТУПНОСТЬЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

УДК 614.2

Бокерия Л.А., Милиевская Е.Б., Крупянко С.М., Козлов В.В. ***Регрессионные модели прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи семей детей после хирургического лечения врожденных пороков сердца*** *(Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва)*

Аннотация. На основании выполненного множественного логистического регрессионного анализа получены высококачественные модели прогнозирования удовлетворенности семей детей после хирургического лечения врожденных пороков сердца в ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России доступностью кардиологической помощи по месту жительства. Предикторами, повышающими вероятность удовлетворенности доступностью кардиологической помощи, являются доступность консультации кардиолога, наблюдение в кардиохирургическом стационаре, где были выполнены операции детям с ВПС, более старший возраст ребенка на момент анкетирования.

Ключевые слова: *врожденный порок сердца; регрессионный анализ; детский кардиолог; доступность кардиологической помощи.*

Введение

По данным профильной комиссии по сердечно-сосудистой хирургии экспертного совета Минздрава России, число пациентов всех возрастных групп, которым были выполнены операции по поводу врожденных пороков сердца (ВПС), в стране за последние 7 лет возросло на 35,4% [1, 2, 3, 4] *(рис. 1)*.

Более 86% пациентов всех возрастов с ВПС (и более 90% детей первого года жизни), являющихся жителями Центрального федерального округа (ЦФО), прошли хирургическое лечение пороков в ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

© Л.А. Бокерия, Е.Б. Милиевская, С.М. Крупянко, В.В. Козлов, 2016 г.

Рис. 1. **Хирургия врожденных пороков сердца в Российской Федерации (2007–2014 гг.). Число оперированных больных**

Реорганизационные мероприятия в системе оказания помощи новорожденным с критическими ВПС в ЦФО позволили серьезно улучшить качество медицинской помощи пациентам с данной патологией [5].

Очевидное наличие территориального неравенства пациентов с ВПС из различных регионов нашей страны, в том числе проживающих в ЦФО, в получении квалифицированной кардиологической помощи после оперативного лечения порока делает актуальным изучение вопросов, связанных с развитостью медицинской, транспортной инфраструктуры регионов, социальными условиями в семьях таких больных. Расстояние от дома, где проживает семья ребенка после хирургического лечения ВПС, до ближайшего учреждения, в котором ведет прием детский кардиолог, может влиять на своевременность консультативно-диагностической помощи такому сложному контингенту пациентов. Общеизвестно, что численность населения ЦФО составляет более четверти всего населения России (26,6%) [6]. Округ характеризуется самой высокой плотностью населения.

Цель

Прогнозирование влияния различных предикторов на удовлетворенность родителей пациентов с ВПС доступностью детской кардиологической помощи в регионах на основании множественного логистического регрессионного анализа.

Материалы и методы

В исследование включены данные ответов родителей детей (n = 831), проживающих в ЦФО и прошедших хирургическое лечение ВПС в НЦССХ им. А.Н. Бакулева в различные годы. Методы, примененные в исследовании: анкетирование, картометрия, множественный логистический регрессионный анализ. Для прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи родителей детей после хирургического лечения ВПС в ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России использовался метод множественного логистического регрессионного анализа.

В качестве отклика в моделях рассматривалась бинарная переменная, где 1 – удовлетворенность родителей пациентов доступностью кардиологической помощи по данным анкетирования, 0 – отсутствие удовлетворенности доступностью кардиологической помощи.

В качестве возможных предикторов рассматривались следующие переменные: возраст ребенка на момент операции и на момент

опроса, время, прошедшее после операции, наличие сопутствующей патологии у ребенка, количество перенесенных операций, количество детей в семье, проживание ребенка в полной или неполной семье, образование родителей, место проживания семьи (городская или сельская местность), наличие границы с Московской областью в регионе проживания, расстояние до ближайшего детского кардиолога, место наблюдения ребенка (НЦССХ им. А.Н. Бакулева или по месту жительства), доступность кардиологической помощи (1 – отсутствие кардиолога в районе проживания, 2 – возможность консультации только по записи, 3 – доступность консультации в любой день).

Модель логистической регрессии математически представляет собой зависимость логарифма шанса наступления прогнозируемого события от линейной комбинации факторных переменных и может быть представлена следующим уравнением:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 x_1 + \ldots + b_n x_n)}}$$

где

p – вероятность прогнозируемого события,

e – математическая константа 2,72,

b_0 –константа модели,

b_1 – коэффициент при предикторной переменной x_1, показывающий изменение логарифмических шансов, вызванное единичным изменением независимых переменных,

n – порядковый номер предиктора, включенного в уравнение.

Построение логистической регрессионной модели осуществлялось методом пошагового включения прогностических факторов с определением минимального набора предикторов по оценке значения коэффициента детерминации R^2 Нэйджелкерка, показывающего долю влияния всех предикторов модели на дисперсию зависимой переменной.

Проверка статистической значимости модели осуществлялась при помощи критерия χ^2. При значении $p < 0,05$ нулевая гипотеза о незначимости модели отвергалась.

Соответствие модели использованным данным характеризовали с помощью критерия согласия Хосмера-Лемешева. При $p > 0,05$ принималась гипотеза о согласованности модели.

Интерпретация параметров логистической регрессии производилась на основе величины *exp(b)*: при положительном коэффициенте *b*, значение *exp(b)* больше 1, что указывает на повышение шансов наступления прогнозируемого события, отрицательный коэффициент *b* свидетельствует о снижении шансов.

Чувствительность и специфичность предикторов оценивалась при помощи ROC-анализа. Количественная интерпретация результатов проводилась по ROC-кривым с оценкой показателя AUC (Area under ROC curve – площадь под ROC-кривой).

Результаты

На основании данных анкетирования 831 родителей детей, после хирургического лечения ВПС в НЦССХ им. А.Н. Бакулева, проживающих в Москве и в областях Центрального федерального округа (за исключением Московской области), была построена регрессионная модель прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(-6,071 + 0,063 x_1 - 0,037 x_2 + 2,421 x_3 + 0,523 x_4)}}$$

где

p – вероятность удовлетворенности родителей пациентов,

x_1 – возраст ребенка на момент опроса, лет (b_2 = 0,067),

x_2 – расстояние до ближайшего детского кардиолога в км (b_1 = – 0,037),

x_3 – доступность консультации кардиолога (b_3 = 2,421),

x_4 – наблюдение ребенка в НЦССХ им. А.Н. Бакулева (b_4 = 0,523),

константа b_0 = – 6,071.

Модель статистически значима ($p < 0,001$), и является согласованной по Хосмеру-Лемешеву.

Таблица 1

Сводные данные по регрессионной модели прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи родителей детей после хирургического лечения ВПС в НЦССХ им. А.Н. Бакулева

Предикторы	*Коэфф. регрессии (b)*	*Стд. ошибка*	*Статистика Вальда χ^2*	*Значимость (p)*	*Exp (b)*	*95% Доверит. интервал для Exp(b)*	
						Нижняя	*Верхняя*
Возраст ребенка на момент опроса, лет	0,063	0,027	5,547	0,019	1,065	1,011	1,122
Расстояние до ближайшего детского кардиолога в км	-0,037	0,005	47,543	<0,001	0,964	0,953	0,974
Доступность кардиолога	2,421	0,214	128,113	<0,001	11,261	7,404	17,126
Наблюдение в НЦССХ	0,523	0,210	6,232	0,013	1,687	1,119	2,544
Константа	-6,071	0,563	116,241	<0,001	0,002		

Результаты построения регрессионной модели на 4-м шаге представлены в *таблице 1.*

Из данных, представленных в *таблице 1,* следует, что предикторами, повышающими вероятность удовлетворенности доступностью кардиологической помощи, являются доступность консультации кардиолога, наблюдение в НЦССХ им. А.Н. Бакулева, более старший возраст ребенка на момент опроса. Фактором снижения удовлетворенности кардиологической помощью является расстояние до ближайшего детского кардиолога.

Для данной модели коэффициент детерминации R^2 = 0,600, что показывает статистически значимое объяснение данными предикторами изменения переменной отклика на 60,0%. При этом модель имеет высокую специфичность (точность прогнозирования неудовлетворенности – 94,6%). Чувствительность модели составила 64% (правильное

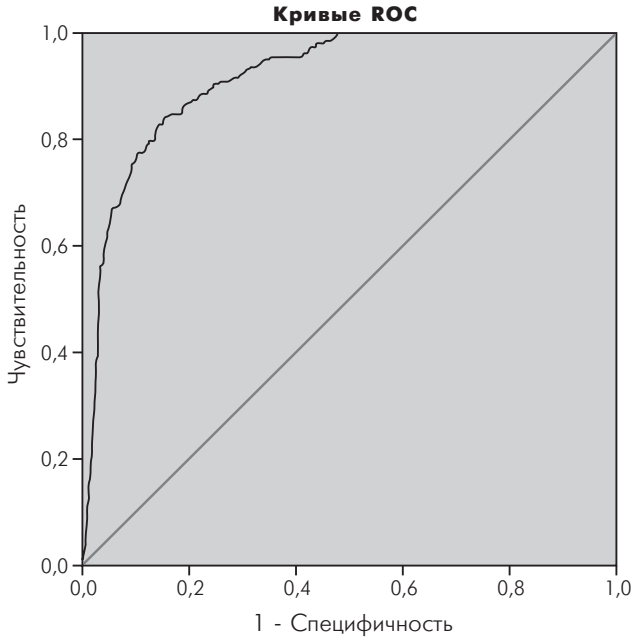


Рис. 2.
ROC-кривая регрессионной модели прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи родителей детей после хирургического лечения врожденных пороков сердца в НЦССХ им. А.Н. Бакулева

предсказание удовлетворенности доступностью кардиологической помощи), специфичность – 94,6. Общий процент корректных предсказаний составил – 85,3%.

По результатам построения ROC-кривой *(рис. 2)* показатель AUC составил 0,916±0,010 (ДИ 95% 0,898–0,935; p < 0,001), что указывает на высокое качество модели прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи на основании отобранных предикторов.

По результатам анкетирования 723 родителей детей после хирургического лечения ВПС в НЦССХ им. А.Н. Бакулева, проживающих в областях Центрального федерального округа, за исключением Московской области и Москвы, построена логистическая модель, описывающая результаты прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи. Данная логистическая регрессионная модель представлена следующим уравнением:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(-13{,}189 - 1{,}272x_1 - 0{,}415x_2 - 0{,}045x_3 + 6{,}093x_4)}}$$

где

p – вероятность удовлетворенности родителей пациентов,

x_1 – наличие сопутствующей патологии у ребенка (b_2 = – 1,227),

x_2 – частота обращения к кардиологу в год (b_1 = – 0,415),

x_3 – расстояние до ближайшего детского кардиолога в км (b_4= –0,045),

x_4 – доступность консультации кардиолога (b_3 = 6,093)

константа b_0 = – 13,189.

Модель статистически значима (p < 0,001) и согласована (по Хосмеру-Лемешеву).

Сводные результаты построения регрессионной модели представлены в *таблице 2.*

Из данных, представленных в *таблице 2,* следует, что предикторами, снижающими вероятность удовлетворенности доступностью кардиологической помощи, являются расстояние до ближайшего детского кардиолога, наличие у ребенка сопутствующей патологии, частота обращения к кардиологу. При этом фактором, повышающим вероятность прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи, является доступность консультации кардиолога.

Для данной модели коэффициент детерминации R^2 = 0,850, что показывает статистически значимое объяснение данными предикторами удовлетворенности доступностью

Таблица 2

Сводные данные по регрессионной модели прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи родителей детей после хирургического лечения ВПС в НЦССХ (за исключением Москвы и Московской области)

Предикторы	*Коэфф. регрессии (b)*	*Стд. ошибка*	*Статистика Вальда χ^2*	*Значимость (p)*	*Exp (b)*	*95% Доверит. интервал для Exp(b)*	
						Нижняя	*Верхняя*
Наличие сопутствующей патологии	-1,272	0,523	5,916	0,015	0,280	0,101	0,781
Частота обращения к кардиологу	-0,415	0,189	4,826	0,028	0,660	0,456	0,956
Расстояние до ближайшего детского кардиолога в км	-0,045	0,008	30,756	<0,001	0,956	0,941	0,972
Доступность кардиолога	6,093	0,585	108,659	<0,001	442,795	140,816	1392,370
Константа	-13,189	1,451	82,608	<0,001	0,001		

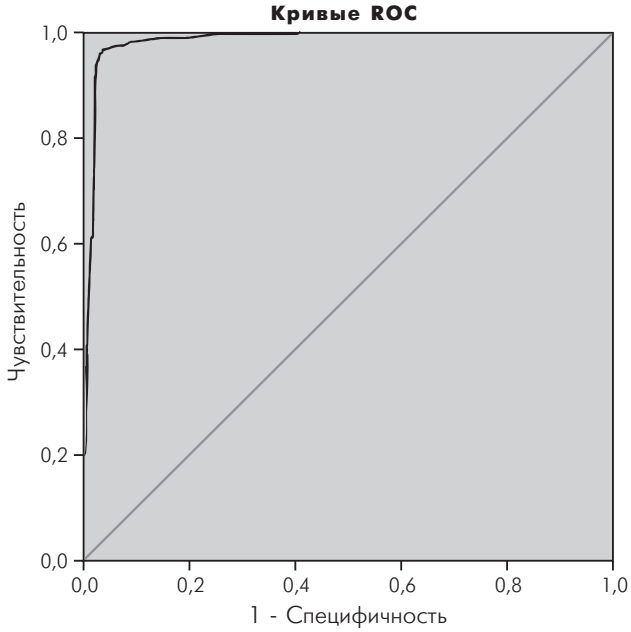


Рисунок 3. **ROC-кривая регрессионной модели прогнозирования удовлетворенности доступностью кардиологической помощи родителей детей после хирургического лечения ВПС в НЦССХ им. А.Н. Бакулева (ЦФО, за исключением Москвы и Московской области)**

кардиологической помощи на 85%. Модель обладает высокой чувствительностью – 94,1% и специфичностью – 97,3%. Общий процент корректных предсказаний – 96,7%.

По результатам построения ROC-кривой *(рис. 3),* показатель AUC составил 0,983±0,005 (ДИ 95% 0,974–0,993; p < 0,001), что соответствует высокому качеству модели для предсказания удовлетворенности доступностью кардиологической помощи.

Обсуждение

В Российской Федерации не все региональные системы здравоохранения способны оказывать медицинскую помощь населению с одинаковой эффективностью в связи с территориальными, транспортными, финансовыми, кадровыми, организационными различиями [7].

Анализ данных о заболеваемости и смертности больных ВПС в различных странах мира свидетельствует о том, что основная, глобальная проблема ВПС на сегодняшний день связана со сложностью организации помощи всем пациентам с данной патологией из-за неравных условий доступности к получению медицинской помощи населения разных стран [8]. Некоторые авторы отмечают, что территориальная доступность медицинской помощи связана с поздним хирургическим лечением ВПС у детей (19,8%), а также возникновением послеоперационных осложнений [9].

В послеоперационном периоде ведение больных с ВПС проводится детскими кардиологами по месту жительства, а в ряде случаев, согласно данным нашего исследования, пациенты возвращаются в кардиохирургический стационар, где им была выполнена операция, для получения квалифицированной консультации и рекомендаций детского кардиолога.

Удаленность от места, где можно получить квалифицированную консультацию, является важным предиктором удовлетворенности медицинской помощью. Так, в Швеции, стране с развитой транспортной инфраструктурой, жители некоторых регионов указывали на снижение удовлетворенности медицинской помощью при расстоянии свыше 50 км до ближайшей организации здравоохранения. При этом они откладывали свои визиты к врачу, рискуя развитием серьезных осложнений. [10]. В нашем исследовании максимальное расстояние места жительства семей пациентов с ВПС до НЦССХ им. А.Н. Бакулева

составило 850 км, до ближайшего детского кардиолога – 520 км.

Следует отметить, что в нашем исследовании в обеих моделях наибольшая сила связи с зависимой переменной отмечена у оценки респондентами доступности кардиологической помощи, о чем свидетельствуют значения критерия Wald χ^2, составившие 128,1 и 108,7. Вторым по значимости прогностическим фактором являлось расстояние до ближайшего детского кардиолога (Wald χ^2 составил 47,5 и 30,8).

Небезынтересно, что, к примеру, в Германии самой дорогой статьей из всех прямых немедицинских расходов, затрачиваемых семьями детей с ВПС на обеспечение медицинской помощи этим пациентам, – являются расходы на транспорт [11]. Авторы подчеркивают: «...Мы должны рассмотреть компенсации семьям из низких социально-экономических слоев, чтобы минимизировать недоиспользование немедицинских услуг и помощи для своих детей» [11]. В данном исследовании мы не рассматривали вопросы материального положения и финансовых затрат семей пациентов с ВПС на немедицинские расходы, связанные с доступностью кардиологической помощи, так как это представляется нам темой для отдельного исследования.

Положительная динамика состояния детей после хирургического лечения ВПС зависит не только от успешно выполненной операции и эффективно подобранной медикаментозной терапии, но и от соблюдения родителями маленьких пациентов рекомендаций врачей в послеоперационном периоде. В качестве примера можно привести случай пациента, родители которого самостоятельно отменили прием антикоагулянтов в отдаленном послеоперационном периоде после протезирования митрального клапана; впоследствии ребенок наблюдался и лечился у невропатолога по поводу острого нарушения мозгового кровообращения [12]. Мы считаем крайне важным проведение исследований, направленных на изучение причин, влияющих на решение родителей детей с ВПС по самостоятельному изменению предписаний детских кардиологов. Нельзя исключить, что территориальная доступность кардиологической помощи также может влиять на такие решения.

Выводы

1. Предикторами, повышающими вероятность удовлетворенности доступностью кардиологической помощи, являются доступность консультации кардиолога, наблюдение в НЦССХ им. А.Н. Бакулева, более старший возраст ребенка на момент опроса.

2. Фактором снижения удовлетворенности доступностью кардиологической помощи семей детей после хирургического лечения ВПС является расстояние до ближайшего детского кардиолога.

3. По результатам построения ROC-кривой показатель AUC составил 0,983±0,005 (ДИ 95% 0,974–0,993; $p < 0,001$), что соответствует высокому качеству модели для предсказания удовлетворенности семей детей после хирургического лечения ВПС доступностью кардиологической помощи по месту жительства.

Литература

1. *Бокерия Л.А.* Сердечно-сосудистая хирургия – 2009. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2010. – 180 с.

2. *Бокерия Л.А.* Сердечно-сосудистая хирургия – 2010. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2011. – 192 с.

3. *Бокерия Л.А.* Сердечно-сосудистая хирургия – 2012. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2013. – 210 с.

4. *Бокерия Л.А.* Сердечно-сосудистая хирургия – 2014. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2015. – 226 с.

5. *Бокерия Л.А., Туманян М.Р., Беспалова Е.Д.* Система перинатальной помощи новорожденным с критическими врожденными пороками сердца: тенденции развития в мировой практике и состояние вопроса в России, в частности в Центральном Федеральном округе // Детские болезни сердца и сосудов. – 2009. – № 3. – С. 4–11.

6. Российский статистический ежегодник, 2015. Статистический сборник. / Росстат. – М., 2015. – 728 с.

7. *Стародубов В.И., Сон И.М., Леонов С.А., Стерликов С.А.* Оценка эффективности деятельности региональных систем здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 15–25.

8. *Bernier P.L., Stefanescu A., Samoukovic G., Tchervenkov C.I.* The Challenge of Congenital Heart Disease Worldwide: Epidemiologic and Demographic Facts. // Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery Pediatric Cardiac Surgery Annual. – 2010. – Vol. 13. – P. 26–34.

9. *Горелик Н.В.* Отдаленные результаты хирургического лечения врожденных пороков сердца у детей в Приморском крае: диссертация ... кандидата медицинских наук / Горелик Надежда Викторовна. – Иркутск, – 2005. – 140 с.

10. *Фоменко А.Г.* Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения // Медицинские новости. – 2011. – № 11. – С. 31–38.

11. *Gerber A.U., Torre A.H., Bьscher G., Stock S.A.K., Graf C., Schickendantz S., Brockmeier K., Lьngen M.* Direct Non-Medical and Indirect Costs for Families with Children with Congenital Cardiac Defects in Germany: a Survey from a University Centre // Cardiology in the Young. 2010. – Vol. 20, № 2. – P. 178–185.

12. *Бокерия Л.А., Абдувохидов Б.У., Ким А.И., Рогова Т.В., Григорьянц Т.Р., Ерохина О.В.* Отдаленные результаты протезирования митрального клапана у младенцев и детей раннего возраста // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2014. – № 5. – С. 30–37.

UDK 614.2

Bockeria L.A., Milievskaja E.B., Krupjanko S.M., Kozlov V.V. ***Regression Models Predict Families' Satisfaction With availability of Cardiac Care of Their Children After Surgical Treatment of Congenital Heart Defects*** *(Bakulev Scientific center of cardiovascular surgery, Moscow, Russian Federation. I.M. Sechenov First Moscow Medical University, Moscow, Russian Federation)*

Annotation. On the basis of performed multiple logistic regression analysis we obtained high-quality forecasting models children's family satisfaction of availability of cardiac care after surgical treatment of congenital heart defects in The Bakulev Scientific Center of Cardiovascular Surgery. Predictors that increase the likelihood of availability of cardiac care satisfaction, are the availability of consulting cardiologist, the observation in the cardiac surgery hospital, where they were carried out operations on children with congenital heart disease, older age of the child at the time of the survey.

Keywords: *Congenital Heart Defect; Regression Analysis; Pediatric Cardiologist; Availability of Cardiac Care.*

Д.О. Рощин,
к.м.н., ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, dr@mcran.org
С.М. Саяпина,
ГБУЗ «Городская поликлиника № 68 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, svetlana-med-lawyer@ya.ru

К ВОПРОСУ О ЛЕГИТИМНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ АУДИО- И ВИДЕОЗАПИСИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

УДК 614.251

Рощин Д.О., Саяпина С.М. ***К вопросу о легитимности осуществления аудио- и видеозаписи при оказании медицинских услуг*** *(ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России; ГБУЗ «Городская поликлиника № 68 Департамента здравоохранения города Москвы»)*

Аннотация. В статье осуществлён анализ законодательства в попытке ответить на вопрос о законности осуществления аудио- и видеозаписи пациентом, медицинским персоналом и медицинской организацией для последующего контроля качества оказанной медицинской помощи, а также допустимости использования полученных записей в гражданском процессе. Правоприменение продемонстрировано на примере судебных решений, в которых в качестве доказательств представлялись суду звуковые и видеозаписи.

Ключевые слова: *аудиозапись, видеозапись, медицинская услуга, гражданский процесс, контроль качества медицинской помощи.*

Всё чаще в практике приходится сталкиваться со случаями скрытой или явной аудио-, видеозаписи врачебного приёма, осуществляемой пациентом, медицинским работником и медицинской организацией. Мотивацией, как показывает практика, служит желание использования записи при осуществлении контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также в качестве объективного доказательства при возникновении конфликтной ситуации, в том числе в суде.

В настоящей статье проводится анализ действующего законодательства и правоприменительной практики с попыткой выделения критериев, при которых ведение аудио-, видеозаписи может считаться законным.

Гарантия личных имущественных и неимущественных прав закреплена Конституцией Российской Федерации: на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22), на частную собственность (ст. 35), на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41).

Факт обращения гражданина за медицинской помощью и сведения о его здоровье составляют врачебную тайну, что определено ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

© Д.О. Рощин, С.М. Саяпина, 2016 г.

(далее – ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ), и в соответствии с ч. 1 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» (далее – ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ), являются специальной категорией персональных данных, распространение которых не допускается.

Однако предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности (п. 10 ч. 4 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Аналогичное исключение содержится в ст. 10 и ст. 11 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ, когда обработка персональных данных специальной категории и биометрических персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.

В соответствии с ч. 1 ст. 87 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется на следующих уровнях: медицинская организация (внутренний), орган власти, являющийся учредителем (ведомственный), уполномоченный орган государственного контроля (государственный). Инициировать контроль (служебную проверку) возможно, в том числе путём подачи обращения гражданином в соответствующий орган (организацию) с приложением материалов (в том числе аудио-, фото- и видеосъёмки) в подтверждение своих доводов, что предусмотрено ч. 2 ст. 7 Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращения граждан Российской Федерации».

Действующее законодательство устанавливает возможность защиты нарушенных прав в суде, при этом каждая сторона должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается (ст. 56 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации от 14.11.2002 № 138-ФЗ), если иное не предусмотрено федеральным законом[1]. Согласно ч. 1 ст. 55 названного кодекса, доказательствами по делу являются полученные в предусмотренном законом порядке сведения о фактах, на основе которых суд устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, обосновывающих требования и возражения сторон, а также иных обстоятельств, имеющих значение для правильного рассмотрения и разрешения дела. Эти сведения могут быть получены из объяснений сторон и третьих лиц, показаний свидетелей, письменных и вещественных доказательств, аудио- и видеозаписей, заключений экспертов. При этом в соответствии с ч. 1. ст. 157 названного кодекса суд при рассмотрении дела обязан непосредственно исследовать доказательства по делу: заслушать объяснения сторон и третьих лиц, показания свидетелей, заключения экспертов, консультации и пояснения специалистов, ознакомиться с письменными доказательствами, осмотреть вещественные доказательства, прослушать аудиозаписи и просмотреть видеозаписи.

Таким образом, можно сделать вывод, что субъектам персональных данных государством вести аудио-, видеозаписи, а также фото- и киносъёмку со своим участием в медицинских организациях напрямую не запрещено, за исключением случаев, когда осуществляется обработка данных иных субъектов. В соответствии с действующим законодательством, аудио- и видеозаписи исследуются в судебном процессе в качестве

[1] Гражданин вправе требовать по суду опровержения порочащих его честь, достоинство или деловую репутацию сведений, если распространивший такие сведения не докажет, что они соответствуют действительности (ст. 152 ГК РФ); по требованию об уплате неустойки кредитор не обязан доказывать причинение ему убытков (ст. 330 ГК РФ); отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство (ст. 401 ГК РФ).

доказательства по делу, кроме случаев, когда они получены с нарушением закона. В этом случае они не имеют юридической силы и не могут быть положены в основу решения суда.

При этом региональное законодательство может предпринимать попытки урегулирования данного вопроса. Пример – приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 20.04.2015 № 312 «О дальнейшем совершенствовании работы Антитеррористической комиссии Департамента здравоохранения города Москвы», предусматривающий недопустимость несанкционированной фото-, видео- и киносъемки. При этом вопрос определения порядка её санкционирования оставлен открытым.

Действие права не ограничивается правовым регулированием, в связи с чем значительный интерес представляет изучение правоприменительной судебной практики, когда аудио- и видеозаписи (в том числе скрытые), представленные суду пациентами, послужили доказательствами причинения им морального вреда.

Случай 1[2]. Ведение видеосъёмки пациентом на территории лечебного учреждения и врачебная тайна.

Пациент Н., считая, что медицинской организацией были нарушены его законные права, неоднократно обращался с жалобами на имя главного врача по поводу качества медицинского лечения, предоставляемого ему, и навязывании ему платных услуг, в связи с чем, по его мнению, при последующих обращениях медицинским персоналом по отношению к нему допускались случаи хамства и оскорблений. Для гарантирования получения качественных медицинских услуг и в связи с необходимостью обезопасить себя от неправомерного поведения сотрудников гражданин Н. принял решение проводить видеосъёмку при каждом посещении поликлиники. При очередном посещении между Н. и сотрудниками поликлиники в момент проведения им видеосъёмки возникли конфликты, в связи с чем Н. обратился в суд с требованием возместить ему материальный ущерб в размере 3380 рублей в качестве компенсации за разбитое стекло видеокамеры, а также компенсацию морального вреда в размере 300000 рублей (физические и нравственные страдания, в том числе из-за нарушения личных неимущественных прав: право на получение информации, право на неприкосновенность частной собственности, право на личную свободу).

В ходе судебного разбирательства сотрудники поликлиники указывали, что пациент Н. начал осуществлять съёмку в коридорных помещениях на первом и втором этажах поликлиники, на которых присутствовали ожидающие приёма пациенты. Администратор поликлиники обратился с просьбой к гражданину Н. о прекращении видеозаписи, поскольку факт обращения гражданина за оказанием медицинской помощи составляет врачебную тайну. Однако на законную, по мнению поликлиники, просьбу администратора Н. стал вести себя агрессивно, кричать и грубить, продолжая видеосъёмку. Аналогичные просьбы сотрудников охраны поликлиники также остались без внимания. Вызывающее поведение Н. и его отказ добровольно прекратить видеосъёмку вынудили работников службы безопасности поликлиники принять меры по пресечению дальнейшего осуществления видеосъёмки. Основанием для применения подобных мер стала возможность распространения истцом видеозаписи, на которой были зафиксированы сведения, составляющие врачебную тайну.

В последующее посещение медицинской организации истец Н. продолжал осуществлять видеозапись, в связи с чем была вызвана полиция. В следующий раз при осуществлении его комиссионного медицинского осмотра Н. также проводил видеосъёмку и, несмотря на то, что действия Н. мешали членам комиссии проводить необходимые действия, осмотр был проведен. Представитель поликлиники также

[2] Дело 2–80/2014, Ногинский городской суд (Московская область), судья Ю.В. Полякова, решение от 13.01.2014

показала, что истцом не представлено доказательств причинения ему имущественного вреда непосредственно сотрудниками поликлиники. Поставила под сомнение также саму запись с видеокамеры, поскольку утверждала, что нет доказательства того, что представленная суду запись не смонтирована. Правила внутреннего распорядка поликлиники имеются, но они не выставлены на всеобщее обозрение, и предоставить суду их затруднительно.

Однако согласно выводам и обоснованиям суд признал действия сотрудника поликлиники по изъятию видеокамеры у Н. незаконными, поскольку указанные действия привели к нарушению права частной собственности, предусмотренного ст. 35 Конституции РФ. Однако причинно-следственная связь между действиями сотрудника поликлиники по изъятию видеокамеры у Н. и наступившими последствиями причинения имущественного вреда Н. в виде трещины объектива его видеокамеры судом не установлена.

Судом установлено, что действиями сотрудников поликлиники были нарушены личные неимущественные права Н., а именно право на неприкосновенность частной собственности, предусмотренное ст. 35 Конституции РФ и право на свободу и личную неприкосновенность, предусмотренное ст. 22 Конституции РФ. Указанные обстоятельства подтверждаются объяснениями Н., показаниями свидетеля, а также материалами проверки по факту причинения телесных повреждений гражданину Н. В результате нарушения личных неимущественных прав истцом были перенесены физические и нравственные страдания, подтверждающиеся справкой травматологического пункта.

При этом суд не принял доводы представителя ответчика о том, что Н. осуществлял противоправные действия, производя съёмку на видеокамеру в помещении поликлиники, что произведенные истцом видеозаписи содержат сведения о факте обращения граждан за оказанием медицинской помощи, которые составляют врачебную тайну, исходя из следующего.

Согласно ч. 1 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ, сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Согласно ч. 2 ст. 13 указанного закона не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных ч. 3 и 4 этой же статьи.

Суд также не усмотрел в действиях Н., который вел видеозапись в здании поликлиники, нарушение общественного порядка, а также состава какого-либо правонарушения, поскольку он не относится к лицам, на которых распространяется запрет разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, а также в связи с тем, что в здании поликлиники отсутствуют правила поведения посетителей, которыми запрещалось бы ведение видеосъёмки.

В завершение разбирательства суд пришёл к выводу, что пациентом Н. надлежащим образом доказан факт причинения ему морального вреда действиями сотрудников медицинской организации, в связи с чем определил размер компенсации морального вреда, подлежащего взысканию в пользу истца с поликлиники.

Случай 2[3]. Видеозапись как подтверждение задержки начала приёма пациента врачом и основание для признания действий врача незаконными.

Пациент Х. в сопровождении своего представителя Л. обратился за медицинской помощью в регистратуру медицинской организации. После прохождения смотрового кабинета Х. был направлен к дежурному врачу-терапевту в порядке живой очереди.

[3] Дело 2–841/2012, Магаданский городской суд (Магаданская область), судья Н.П. Неказаченко, решение от 30.03.2012

Пока Х. ждал в коридоре приглашения врача, за ним заняла очередь женщина. Однако через несколько минут она зашла на приём к врачу раньше пациента Х. За ней сразу вошел представитель истца Л. и стал выяснять, на каком основании врач без очереди принимает пациентов. После чего, обратившись к главному врачу за восстановлением прав Х. как пациента, представитель Л., с его слов, получил отказ. Данные факты были зафиксированы на видеокамеру его мобильного телефона.

Согласно исковым требованиям, истец Х. (в числе прочего) нашёл действия врача-терапевта Г. и главного врача С. поликлиники, выразившиеся в непринятии истца в порядке живой очереди на приём для оказания медицинской помощи, дачи предпочтения одному лицу перед другим – незаконными, нарушающими его права и свободы, в связи с чем просил взыскать с главного врача С. поликлиники компенсацию морального вреда и государственную пошлину.

Из пояснений истца суд установил, что врач-терапевт Г. приняла его через две минуты, после того как представитель истца Л. покинул её кабинет, чтобы сообщить главному врачу С. о случившемся. Из видеозаписи, представленной на обозрение суда, следует, что в ответ на просьбу Л. о принятии мер по предотвращению конфликта главный врач С. произвела звонок в кабинет врача-терапевта Г., телефон был выставлен на громкую связь, поэтому было слышно, что трубку взяла именно Г. На вопрос главного врача, ведётся ли приём Х., врач-терапевт Г. ответила, что приём данного пациента в данный момент ведётся.

Поскольку право истца на своевременный приём, хоть и не надолго, но было врачом-терапевтом Г. нарушено, суд пришёл к выводу о признании действий Г. по несвоевременному приёму пациента Х. незаконными. С учетом принципа разумности и справедливости, а также незначительной степени нравственных страданий, судом взыскано с поликлиники в пользу Х. компенсация морального вреда в соответствующем размере.

Случай 3[4]. Аудиозапись как подтверждение неэтичных высказываний врача в отношении пациента и основание для компенсации морального вреда.

С иском в интересах потребителя (пациента К.) к поликлинике о взыскании денежной компенсации морального вреда обратилась региональная общественная организация «Общество по защите прав потребителей».

В обоснование своего иска данная организация указала, что, по сведениям пациента К., медицинские услуги в поликлинике по месту жительства оказывались ему ненадлежащим образом. Более того, на одном из приёмов пациентом К. с помощью аудиозаписи было зафиксировано неэтичное по отношению к нему высказывание одним из лечащих его врачей, которая вместо осмотра больного и анализа его состояния изобличала пациента К. в симуляции плохого самочувствия.

Со своей стороны, пациент К. уже находился на диспансерном наблюдении по поводу онкологического заболевания в другой медицинской организации, о чём врачам поликлиники не сообщил.

Представители ответчика против удовлетворения иска возражали, ссылаясь на обстоятельство, что поликлиникой пациенту К. не оказывались платные медицинские услуги, то есть, по мнению ответчика, он не может быть потребителем услуг по отношению к поликлинике. Пациент К. получал бесплатную медицинскую помощь в соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья, медицинская помощь ему оказана надлежащего качества и в полном объеме в соответствии с заявленными им жалобами. Так как поликлиника действовала правомерно, полагали, что не может иметь место причинение пациенту К. физических и нравственных страданий своими действиями, посягающими

[4] Дело 2–6914/2013, Дзержинский районный суд г. Волгограда (Волгоградская область), судья С.В. Швыдкова, решение от 11.11.2013

на принадлежащие пациенту К. нематериальные блага. Соответственно, требования истца о компенсации морального вреда безосновательны, болезнь пациента К. протекала независимо от действий (бездействий) работников медицинского учреждения, в связи с чем причинно-следственная связь между претерпеванием морального вреда и действиями (бездействиями) поликлиники отсутствует. Со стороны же К. имели место низкая приверженность пациента к обследованию, ориентации на собственное мнение, пренебрежение рекомендациями медицинских работников, сокрытие известных ему данных о наличии у него онкологического заболевания.

Однако в противовес возражениям представителей ответчика суд установил, что пациент К. является потребителем медицинских услуг, оказываемых медицинской организацией вне зависимости от источника и порядка финансирования медицинских услуг, т.к. в пункте 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» разъяснено, что законодательство о защите прав потребителей применяется к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями как в рамках добровольного, так и обязательного медицинского страхования. Таким образом, исковые требования в интересах пациента К. правомерно заявлены в порядке защиты прав потребителя.

В этой связи суд проверил обоснованность исковых требований с точки зрения качества оказания пациенту К. медицинской услуги.

Нормативно дефиниция «качество медицинской услуги» и критерии его оценки не закреплены (примечание авторов – на момент принятия решения, в настоящее время установлены приказом Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан), однако в п. 21 ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержится понятие «качество медицинской помощи», определяемое как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. При этом истец не заявляет о том, что выявленные дефекты лечения привели к неблагоприятному исходу заболевания, исковые требования основаны на допущенных, по мнению истца, нарушениях должностных инструкций и норм этики и деонтологии врачами-терапевтами поликлиники.

Однако судом установлено, что обстоятельства, которые указаны в исковом заявлении пациента К., в частности, об отсутствии должного осмотра, отсутствии фиксации высказанных им устно конкретных жалоб, фальсификации медицинской документации и т.п., объективными доказательствами не подтверждены. Так, представленная истцом аудиозапись его приёма врачом, исследованная в судебном заседании, достоверно не подтверждает обстоятельства, изложенные в иске, о неполноте и неправильности произведенного осмотра. Представитель истца подтвердил, что данная запись производилась скрытно, т.е. без ведома иных лиц, кроме самого пациента К.; запись плохого качества, а именно, речь как пациента К., так и его собеседницы частично неразборчива, стенограмма этой аудиозаписи судом не представлена. В силу данных обстоятельств невозможно установить, велась ли запись с начала приёма либо была начата уже в процессе осмотра; какие именно манипуляции производились с пациентом К., при том, что манипуляции, производимые беззвучно либо без характерных звуков (например, измерение артериального давления, пальпация и т.п.), в случае отсутствия их вербального комментирования со стороны медицинского работника в принципе невозможно зафиксировать с помощью используемого пациентом К. технического средства (диктофон); видеозапись пациентом К. не производилась.

Учитывая эти и другие изложенные в деле обстоятельства в совокупности, суд пришёл к выводу об отсутствии оснований для признания оказанной пациенту К. медицинской помощи некачественной.

Вместе с тем, суд определил, что понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга» в юридическом смысле надлежит применять в обязательной системной взаимосвязи со всеми положениями ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в частности, статьями 4 и 6, устанавливающими приоритет интересов при оказании медицинской помощи, реализующийся путем соблюдения этических норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников; и статьей 73, предусматривающей обязанность медицинских работников осуществлять свою деятельность, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии. Между тем, указанные нормы в отношении пациента К. в должной мере ответчиком соблюдены не были: в ходе прослушивания аудиозаписи приёма пациента К. врачом поликлиники было достоверно установлено, что последняя позволила себе в отношении пациента следующие высказывания: «притворяться бесполезно» и «сразу видно, по глазам написано, когда человек просто пришел за больничным и когда он болен». Поскольку данный моральный вред причинен пациенту К. в ходе оказания ему медицинской услуги, а эта услуга оказана ответчиком в лице его работника, то в силу взаимосвязанных положений ст. ст. 4, 15 Закона «О защите прав потребителей», ст. 151, 1068 Гражданского кодекса Российской Федерации, ст. 73 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ суд принял решение взыскать денежную компенсацию того вреда с поликлиники. При этом судом взыскан штраф в размере пятьдесят процентов от суммы, присужденной судом в пользу потребителя.

Исходя из анализа представленных в качестве примера случаев судебной практики, кратко следует отметить, что аудио- и видеозаписи принимаются судом к рассмотрению в силу закона. Суд обязан исследовать такого рода доказательства, иначе они могут стать основанием для отмены судебного решения. При этом такие записи не являются вмешательством в личную жизнь. Кроме того, истцы в них являются участниками событий, а исследуемые в судебных заседаниях записи сделаны ими в доказательных целях.

И запрет медицинскими работниками проведения пациентом записи на территории и в помещениях медицинского учреждения со ссылкой на необходимость соблюдения режима врачебной тайны не является законным, так как пациент не относится к кругу лиц, на которых распространяется запрет разглашения сведений, составляющих врачебную тайну.

Здесь же необходимо отметить особую для медицинской организации важность правильного изложения правил внутреннего распорядка для пациента (правил поведения пациента), что следует из анализа указанного выше судебного решения[4].

Согласно ч. 3 ст. 27 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ, граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях. В свою очередь медицинская организация обязана иметь и публиковать на информационных стендах и в информационно-коммуникационной сети «Интернет» правила внутреннего распорядка для пациента (правила поведения пациента), что также определено приказом Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских

организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

При этом стоит отметить, что противоправность означает нарушение нормы закона или иного нормативного акта, а также субъективного права лица. Действия приобретают противоправный характер при ненадлежащем исполнении обязанностей, т.е. при исполнении их с отступлением от условий, определенных законом или соглашением сторон.

Таким образом, включив в правила внутреннего распорядка для пациента запрет на проведение на территории и в помещениях несанкционированной фото-, видео- и киносъёмки (включая аудиозапись), медицинская организация может выразить своё несогласие с проведением такого рода записи пациентом как с действием противоправного характера на территории и в помещениях данной медицинской организации.

В качестве примера основания для внесения указанного запрета в правила внутреннего распорядка для пациента (правила поведения пациента) можно привести «Перечень комплексных мер по обеспечению безопасности и профилактики терроризма», утвержденный приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 20.04.2015 № 312.

В случае несогласия с намерением пациента вести диктофонную запись (видеозапись) во время врачебного приёма и при наличии такого запрета в правилах внутреннего распорядка сотрудник медицинской организации будет обязан обратить внимание пациента на наличие такого запрета в указанных правилах и необходимость его соблюдения. Однако данные правила должны быть опубликованы на информационных стендах и на сайте в сети «Интернет» и доступны для изучения. При этом отказ пациента от соблюдения правил, по мнению авторов настоящей статьи, не может послужить отказом в оказании ему медицинской помощи.

Также хотелось бы отметить, что при отказе пациента соблюдать правила внутреннего распорядка для пациента (правила поведения пациента) медицинскому работнику важно будет зафиксировать своё несогласие с данными действиями пациента, повторив его в аудио-, видеозаписи, которую начнёт вести пациент. Этот факт может стать для медицинской организации одним из механизмов защиты в судебном разбирательстве, если таковое состоится.

Переходя к вопросу ведения аудио- и видеозаписей непосредственно медицинской организацией, стоит принять во внимание одно из решений суда[5], которым определено следующее.

Осуществление медицинской организацией видео- и аудиозаписи при оказании медицинской помощи не противоречит положениям ст. 23 и ст. 24 Конституции РФ и не нарушает прав гражданина на неприкосновенность его частной жизни, а также не является сбором информации о его жизни без его согласия, поскольку осуществление видео- и аудиозаписи в лечебных учреждениях происходит во исполнение требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которому в информационных системах в сфере здравоохранения осуществляется сбор, хранение, обработка и предоставление первичных данных о медицинской деятельности операторам информационных систем, касающихся исключительно персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования, а также в целях осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Данные сведения представляются уполномоченным органам в силу закона и направлены в том числе на обеспечение мер по усилению антитеррористической и пожарной безопасности (медицинские организации обеспечивают жизнедеятельность населения, в связи с чем обязаны обеспечить

[5] Дело 2–5816/2013, Химкинский городской суд Московской области, судья И.Н. Колмакова, решение от 15.01.2014

сохранность материальных ценностей и дорогостоящего оборудования).

Исходя из указанных в судебном решении[5] выводов, а также п. 10 ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 10 и ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», авторы настоящей статьи полагают, что оформление согласий пациентов на ведение аудио- и видеонаблюдения в помещениях и на территории медицинских организаций будет избыточным. Тем не менее, медицинская организация должна обеспечить надлежащее и в доступной форме информирование пациентов о ведении аудио- и видеонаблюдения в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности и, как вариант, обеспечения антитеррористической защищённости.

Желание осуществлять аудио- и видеозапись может возникнуть (помимо пациента и медицинской организации) у медицинского персонала. Правовое положение врача[6], непосредственно оказывающего медицинскую услугу в рамках медицинской деятельности учреждения, позволяет отметить возможность использования им полученных материалов в текущем внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (самоконтроле), а также гражданском процессе, инициированном как самим врачом, так и пациентом или медицинской организацией (его работодателем). Законом возможность ведения такой записи не предусмотрена, но и не запрещена, в связи с чем можно говорить лишь о наличии последующих ограничений на обработку полученных персональных данных (недопустимость их распространения).

Также стоит отметить, что в случае, если пациент, медицинский работник, медицинская организация планирует использовать аудио-, видеозаписи, сделанные ими в помещениях и на территории медицинских организаций, не в целях, описанных в настоящей статье, то им следует руководствоваться требованиями ст. 152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласно которым обнародование и дальнейшее использование изображения гражданина (в том числе его фотографии, а также видеозаписи, в которых он изображен) допускаются только с согласия этого гражданина.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие краткие выводы.

Ведение пациентом аудио-, видеозаписи со своим участием в целях использования в качестве доказательства в судебном разбирательстве будет считаться правомочным, если в правилах внутреннего распорядка медицинской организации для пациентов (правилах поведения пациента) запрет на ведение аудио- и видеозаписей в помещениях и на территории медицинской организации отсутствует.

Ведение аудио-, видеозаписи медицинской организацией и единолично врачом будет законным, если оно осуществляется в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности, что также не исключает возможность последующего использования полученных материалов в качестве доказательства в случае судебного разбирательства.

Вне предмета рассмотрения настоящей статьи остались предусмотренные законом случаи приобщения аудио-, видеозаписей к делу об административном правонарушении, в котором потерпевший имеет право представлять любые доказательства (ст. 25.2 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации от 30.12.2001 № 195-ФЗ); а также к уголовным делам (Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 138-ФЗ).

[6] За исключением случаев осуществления медицинской деятельности в качестве индивидуального предпринимателя.

Литература

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 (в ред. от 21.07.2014).
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая): федеральный закон от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 31.01.2016). Собрание законодательства РФ 1994.12.05, № 32, ст. 3301.
3. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации: федеральный закон от 14.11.2002 № 138-ФЗ (ред. от 30.12.2015). Собрание законодательства РФ 2002.11.18, № 46, ст. 4532.
4. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: федеральный закон от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 30.12.2015). Собрание законодательства РФ 2001.12.24, № 52 (ч. 1), ст. 4921.
5. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях: федеральный закон от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 30.12.2015). Собрание законодательства РФ 2002.01.07, № 1 (ч. 1), ст. 1.
6. О персональных данных: федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 21.07.2014). Собрание законодательства РФ 2006.07.31, № 31 (ч. 1), ст. 3451.
7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015). Собрание законодательства РФ 2011.11.28, № 48, с. 6724.
8. Об информации, информационных технологиях и о защите информации: федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ (ред. от 13.07.2015). Собрание законодательства РФ 2006.07.31, № 31 (ч. 1), с. 3448.
9. Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н. URL: https://www.rosminzdrav.ru/documents/9070-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-30-dekabrya-2014-g-956n-ob-informatsii-neobhodimoy-dlya-provedeniya-nezavisimoy-otsenki-kachestva-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami-i-trebovaniyah-k-soderzhaniyu-i-forme-predostavleniya-informatsii-o-deyatelnosti-meditsinskih-organizatsiy-razmeschaemoy-na-ofitsialnyh-saytah-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-organov-gosudarstvennoy-vlasti-subektov-rossiyskoy-federatsii-organov-mestnogo-samoupravleniya-i-meditsinskih-organizatsiy-v-informatsionno-telekommunikatsionnoy-seti-internet (дата обращения 22.02.2016).
10. О дальнейшем совершенствовании работы Антитеррористической комиссии Департамента здравоохранения города Москвы: приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 20.04.2015 № 312. URL: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=MLAW; n=162447 (дата обращения 22.02.2016).
11. О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм: приказ Минздрава СССР от 09.06.1986 № 818. URL: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=MED; n=1977 (дата обращения 23.02.2016).
12. *Соколова Н.А.* Видеозапись при оказании медицинских услуг: некоторые проблемы правового регулирования. Повлияет ли введение практики видеозаписи медицинских вмешательств на качество медицинских услуг? Экспертное мнение. Правовые вопросы в здравоохранении 2014; 10; 46–55.
13. *Мосейчук Е.В.* Аудиозапись как доказательство в гражданском процессе. Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов 2014; 11 (101); 41–44.
14. *Галяшина Е.И., Галяшин В.Н.* Фонограммы как доказательства по гражданским делам. Законы России: опыт, анализ, практика 2007; 1; 42–56.

UDK 614.251

Roshchin D.O., Sayapina S.M. ***The legitimacy of the audio and video recording during a medical examination***
(Federal (Municipal) Institution «Central scientific-research institute of management and information of health care for the Ministry of Healthcare in Moscow, Russia)

Abstract. In the article analysis of legislation in an attempt to answer the question of the legality of the audio and video recordings is performed for the performing of the quality of medical care as well as using in civil court as evidence. The practice of applying the law demonstrated by the judgments which were presented as evidence to the court audio and video recordings.

Keywords: *audio recording, video recording, medical service, civil process, health care quality control.*

Минздрав России, утвердив приказом от 07.07.15 г. № 422ан новые критерии оценки качества медицинской помощи, значительно повысил статус медицинской документации и внес ее оформление, несмотря на противодействие Национальной медицинской палаты, в критерии качества оценки медпомощи.
Тогда как Коллегия Счетной палаты Российской Федерации в решении от 04.12.2015 года № 56К (1067) «О результатах контрольного мероприятия «Проверка целевого и эффективного использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2014 году и истекшем периоде 2015 года» поддержала Президента Национальной медицинской палаты профессора Л.М. Рошаля и отметила низкую значимость нарушений в оформлении медицинской документации.

А.А. Старченко
д.м.н., профессор, член Общественного совета при Минздраве России, сопредседатель комитета по независимой медицинской экспертизе НП «Национальная медицинская палата», профессор МОНИКИ им. М.Ф Владимирского

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ: ДЛЯ ПРОКУРОРА ИЛИ ДЛЯ АДВОКАТА, ДЛЯ ПАЦИЕНТА ИЛИ ДЛЯ ВРАЧА?

Законом РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятым в 2011 году с мотивацией о необходимости существенного улучшения качества оказываемой гражданам России медицинской помощи, в статье 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» были анонсированы Критерии оценки качества медицинской помощи: «2. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». С изданием приказа Минздрава России от 07.07.15 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» этот проект обрел юридическую реальность. Важнейшей новацией стало введение критериев оценки качества медицинской помощи, основанных на принципах и обязательствах надлежащего ведения медицинской документации, которая имеет существенное практическое значение:

© А.А. Старченко, 2016 г.

во-первых, подводится итог дискуссии о том, что качество медицинской помощи и качество ведения медицинской документации – это разные сущности;

во-вторых, качество медицинской помощи отождествляется с качеством ведения медицинской документации – это важнейший принцип управления качеством медицинской помощи;

в-третьих, ликвидируется иллюзия безнаказанности за дефекты ведения медицинской помощи;

в-четвертых, актуализируется отражение клинического мышления врача в медицинской документации;

в-пятых, вводится новая мотивация: история болезни становится нужной не только для прокурора, но и для адвоката врача, чтобы адвокат мог на ее основании сформулировать позиции защиты врача.

К критериям оценки качества медицинской помощи, основанным на принципах и обязательствах надлежащего ведения медицинской документации, приказ Минздрава № 422 ан относит:

– ведение медицинской документации – медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее – стационарная карта):

– заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

– наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

– формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

– назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

– указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

– установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения);

– внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

– принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

– принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

– оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

– формулирование прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией, т.е. фактически формулирование планируемого результата оказания медицинской помощи;

– оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром)

и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Приложением № 8 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)» к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному Приказом Федерального фонда ОМС от 10.12.10 года № 230, предусмотрена формулировка такого рода дефектов: «*Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи*)».

Двадцатилетний опыт экспертной деятельности в системе ОМС позволил предложить алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации (2, 4, 6, 7).

К дефектам оформления первичной медицинской документации, приведшим к невозможности оценить динамику состояния больного, объем и характер медицинской помощи, относят нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления, в том числе:

1. Отсутствие обоснования предварительного диагноза (диагнозов), тактики ведения (наблюдения) больного.

2. Отсутствие обоснования клинического диагноза (по результатам дополнительного обследования), формулировка диагноза должна соответствовать МКБ – X пересмотра.

3. Отсутствие рубрификации заключительного клинического диагноза на три рубрики.

4. Отсутствие в заключительном клиническом диагнозе формулировки о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи. Для кодирования случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин, используются соответствующие коды, входящие в блоки рубрик 19-го и 20-го классов: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84.

При летальных исходах, связанных с терапевтическими, хирургическими и диагностическими вмешательствами, важно получить информацию об их отрицательных эффектах. Поэтому в качестве истинных ятрогенных болезней, приведших к смерти больного (ятрогенных осложнений, возведенных в понятие основных заболеваний), указываются и кодируются:

- передозировка правильно назначенного лечебного средства;
- прием ошибочно назначенного лекарственного вещества;
- все непрофессионально выполненные диагностические, терапевтические и хирургические вмешательства и лечебные манипуляции;
- смертельные осложнения профилактических мероприятий, вакцинации;
- смертельные осложнения косметологических медицинских мероприятий;
- анафилактический шок;
- смертельные осложнения наркоза, других мероприятий, связанных с обезболиванием.

5. Отсутствие обоснования лечебно-диагностического плана ведения пациента.

6. Нарушения в протоколировании ведения больного (заполнении дневниковых записей): – отсутствие необходимых результатов врачебного осмотра пациента, анализа результатов проведенных диагностических исследований, нарушения регулярности ведения дневниковых записей при плановом ведении больного **ежедневно**, при динамическом наблюдении – не реже 3–4 раз в сутки,

при интенсивном наблюдении – каждые 2–4 часа. Обоснование:

1) Типовая инструкция к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (без документов лабораторий), утвержденных приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 года №1030, утвержденная МЗ СССР от 20.06.83 г. №27–14/70–83 (в ред. Приказов Минздрава СССР от 31.12.1987 №1338, от 25.01.1988 №50) (письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 №14–6/242888 сообщено, что после отмены данного документа не было издано нового альбома образцов учетных форм, в связи с этим учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России использовали в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные данным документом): «Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике карты; на прилагаемом к карте температурном листе (ф. №004/у) палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание больного и т.д.»;

2) письмом Росздравнадзора от 22 мая 2006 г. №01И-421/06 «О результатах проверок реализации Федерального Закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ в части дополнительного лекарственного обеспечения в 2005 году и 1 квартале 2006 года» установлена обязательность указания в дневниковых записях гемодинамических показателей: «При этом выявлены следующие недостатки:

- назначение лекарственных средств без осмотра пациента, по просьбе родственников;

- назначение препарата без проведения необходимого обследования;

- в дневниковых записях не зафиксированы гемодинамические показатели)»;

3) приказом МЗ и СР РФ № 640, Минюста РФ № 190 от 17.10.05 г. установлено: «74. Обход больных в стационаре медицинской части производится врачом утром ежедневно. Всех поступивших в течение последних суток в стационар осматривает начальник медицинской части, в последующем он осматривает этих больных по необходимости, но не реже одного раза в неделю и перед выпиской. Результаты осмотра больных начальником медицинской части с диагнозом и рекомендациями заносятся в истории болезни и подписываются им.

Дневник заболевания ведется врачом 1 раз в 2–3 дня в случаях легкого течения заболевания и ежедневно в среднетяжелых и тяжелых случаях. Утром и вечером измеряется и записывается в историю болезни температура тела»:

4) приказ МЗ СССР от 09.06.86 г. № 818 «О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм» установил: «*5.4.1. При заполнении «Медицинской карты стационарного больного»:*

- жалобы больного при поступлении и анамнез настоящего заболевания должны записываться кратко, с указанием лишь патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию;

- данные общего анамнеза фиксируются в истории болезни только в тех случаях, когда это необходимо врачу для установления диагноза, оценки состояния больного и определения плана лечения;

- данные первичного обследования заполняются кратко, с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного;

- протоколы записей консультантов должны вестись кратко, с указанием патологических изменений и рекомендуемых назначений;

- ведение врачом дневников (данные динамического наблюдения) должно осуществляться по необходимости, в зависимости от состояния больного, кратко и четко, но не реже 3-х раз в неделю, за исключением находящихся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести;

- детям до 3-х лет дневники заполняются ежедневно.

5.4.2. При заполнении «Медицинской карты амбулаторного больного» в период обследования, наблюдения и лечения пациента в амбулаторных условиях кратко отражать в названной карте следующие основные данные:

- анамнестические;

- патологию, диагноз;

- проводимое лечение;

- состояние трудоспособности».

Из приведенных документов следует, что дневниковые записи должны, как правило, производиться ежедневно в качестве протокола осмотра больного, а также в обязательном порядке оформляться при:

- изменении в состоянии здоровья пациента;

- изменении в диагностических или лечебных назначениях;

- получении данных о результатах диагностических назначений;

- проведении и оценке подбора адекватной терапии;

- проведении и оценке курсового лечения;

- получении результатов консультаций специалистов и результатов экспертизы.

7. Отсутствие или небрежное заполнение листа врачебных назначений с отметками о выполнении. Функция лечащего врача – обоснование назначения и назначение препарата, определение дозового режима и длительности курса, мониторинг эффективности применения, определение показаний и даты отмены назначения препарата. Назначение лекарственного препарата врачом фиксируется датой и подписью.

Мониторинг эффективности применения, определение показаний и даты отмены назначения препарата невозможны без наличия отметок о введении препарата медицинской сестрой. В отсутствие отметок о введении и подписи лица, осуществившего введение, отсутствуют письменные доказательства этого введения.

8. Отсутствие или небрежное заполнение температурного листа.

9. Отсутствие результатов назначенного дополнительного обследования (лабораторного, рентгенологического, функционально-диагностического, инструментального и т.д.) в соответствии с листом назначений.

10. Отсутствие или небрежное заполнение этапных эпикризов – реже 1 раза в 10 дней, а также при превышении контрольных сроков госпитализации (без обоснования необходимости задержки пациента), отсутствие результатов обходов и осмотров должностных лиц (заведующего отделением 1 раз в неделю), отсутствие анализа реализации лечебно-диагностического плана ведения пациента, отсутствие оценки эффективности предпринятых методов лечения и обоснования продолжения лечения или изменения его тактики.

11. Отсутствие или небрежное заполнение выписного эпикриза, необходимого для соблюдения преемственности в оказании медицинской помощи, без правильно рубрифицированной формулировки заключительного клинического диагноза, без описания результатов диагностического исследования, без перечисления применяемых методов лечения с указанием наименований и дозировок фармакологических препаратов, без описания динамики и итогового состояния больного, без оценки результата (исхода) лечения, без рекомендаций пациенту после выписки их учреждения здравоохранения.

12. Отсутствие или небрежное заполнение в соответствующих случаях:

1) предоперационного эпикриза без обоснования показаний и предполагаемого объема оперативного вмешательства; без обоснования необходимости планового и экстренного оперативного вмешательства, без отражения диагноза по основному и сопутствующим заболеваниям, степени выраженности функциональных нарушений, абсолютных или относительных противопоказаний к операции, адекватности предоперационной подготовки, плана

операции, степени риска оперативного вмешательства;

2) протокола операции, не содержащего:

- сведений о дате и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады;
- сведений о виде операции (наименование), виде обезболивания;
- описание операции (доступ, топография, размер, направление разреза, слои рассекаемых тканей);
- описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз, подробное описание хода выполнения операции с описанием проведения гемостаза в ране, числа тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольного счета марли и инструментов, описание завершения операции (вид швов, повязка);
- описание удаленного макропрепарата;
- подпись членов бригады.

3) протокола предоперационного осмотра анестезиологом, протокола течения анестезии, реанимационной карты;

4) протоколов переливания компонентов крови и кровезаменителей;

5) протокола патологоанатомического исследования;

6) карты донесения о случае материнской смертности.

13. К дефектам оформления первичной медицинской документации патологоанатомической службы, приведшим к невозможности оценить динамику состояния больного, объем и характер медицинской помощи, могут быть отнесены нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления, в том числе:

13.1. Отсутствие рубрификации патологоанатомического диагноза.

13.2. Отсутствие в патологоанатомическом диагнозе формулировки о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи по МКБ X пересмотра (коды 19-го и 20-го классов: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84 для случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин).

13.3. Отсутствие в развернутом клинико-патологоанатомическом эпикризе:

1) обоснования патологоанатомического диагноза;

2) описания и обоснования характера осложнений и танатогенеза;

3) описания и анализа проявлений патоморфоза в связи с проводившимся лечением;

4) указания на совпадение или расхождение его с клиническим диагнозом, в последнем случае с указанием причины расхождения; для перинатальных вскрытий – с обоснованием связи болезни плода (новорожденного) с патологией родов и течением беременности матери;

5) указания на выявленные недостатки в диагностике, лечении, обследовании умершего больного и в ведении медицинской карты стационарного больного или другой медицинской документации.

13.4. Отсутствие дополнительной записи в протоколе патологоанатомического исследования и медицинской карте стационарного больного с указанием на окончательный патологоанатомический диагноз в случае изменения патологоанатомического диагноза после гистологического и других видов исследования.

13.5. Отсутствие заключения клинико-патологоанатомической конференции учреждения здравоохранения о категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, т.е. несовпадении любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания по:

- ее сущности и наличию (наличие в клиническом диагнозе иной нозологической формы (гипердиагностика), или отсутствие данной нозологической формы (гиподиагностика),

- локализации (в том числе в пределах одного органа, такого как желудок, кишечник, легкие, головной мозг, матка с ее шейкой,

почки, поджелудочная железа, сердце и др.),

- этиологии, характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние).

I категория расхождения – заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данном учреждении.

II категория расхождения – заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований; при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог и должен был быть поставлен;

III категория расхождения – неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

13.6. Нарушение срока внесения в историю болезни патологоанатомического диагноза (позднее 10 дней после вскрытия).

14. Проверка формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов осуществляется в соответствии с Правилами формулировки и кодирования заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов; правила оформления заключения о причине смерти (врачом-патологоанатомом) и медицинского свидетельства о смерти; правила сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов), утвержденными Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Российским обществом патологоанатомов, АНО «Система добровольной сертификации патологоанатомических исследований» (2006). Требования к формулировке заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов являются едиными. Соблюдение этих требований (стандарта) должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях (1, 8).

14.1. Не допускается в качестве основного заболевания указывать только групповые (родовые) понятия, такие как «Ишемическая болезнь сердца», «Хроническая ишемическая болезнь сердца», «Цереброваскулярная болезнь», «Хроническая обструктивная болезнь легких» и др., без последующего (после двоеточия) уточнения конкретной нозологической единицы (соответственно, например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный (крупноочаговый кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга», «хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения» и др.).

14.2. Не допускается в любой рубрике диагноза употребление некорректных терминов: «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», а также неточных: «смешанная энцефалопатия», «цирроз-рак печени», «асцит-перитонит», «инфаркт-пневмония» и им подобных.

14.3. Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть рубрифицированы, то есть всегда записаны в виде следующих трех рубрик диагноза:

1) «Основное заболевание» – при моно-каузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой), при бикаузальном («Комбинированное основное заболевание») – двумя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями) при мультикаузальном («Полипатии») – тремя и более заболеваниями. Следует, по возможности, избегать формулировки диагноза с указанием более двух основных заболеваний и ограничиваться моно- или бикаузальным вариантами из-за особенностей

дальнейшей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза;

2) «Осложнения основного заболевания», включая смертельное осложнение при наступлении летального исхода;

3) «Сопутствующие заболевания».

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились.

Не следует употреблять словосочетание «Состояние после ... (операции и др.)», а должно быть указано полное наименование (из медицинской карты больного) той или иной операции, медицинской манипуляции или процедуры и дата их проведения.

Необходимо рассматривать оперативные вмешательства как прямые последствия хирургического заболевания и, в соответствии с требованиями МКБ-10, считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства.

Нерубрифицированные заключительный клинический или патологоанатомический диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению (сличению заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов). Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от своего содержания, расценивается как неверно оформленный. В случае нерубрифицированного заключительного клинического диагноза, независимо от результатов патологоанатомического вскрытия, выставляется расхождение диагнозов по II категории и субъективной причине – неверная формулировка (оформление) заключительного клинического диагноза.

14.4. В рубриках диагноза «Основное заболевание» и «Сопутствующие заболевания» на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица (заболевание, травма, если это невозможно – синдром), имеющая код в МКБ-10. Далее идет уточнение ее формы, особенностей пато-, морфо-, и танатогенеза, указываются ее проявления. При необходимости эти проявления дополняются лабораторными, бактериологическими, биохимическими и другими данными. Патологоанатомический диагноз – всегда развернутый, комплексный, включающий все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные.

14.5. Перечислять осложнения необходимо в патогенетической или временной последовательности. Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее – смертельное осложнение (непосредственная причина смерти). Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет. Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность.

14.6. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями, – это особый вид ятрогенных патологических процессов.

14.7. Ятрогения – результат любых (правильно, своевременно и по показаниям проведенных или ошибочных, проведенных с дефектами) медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, анестезиологических, лечебных, реанимационных, косметических или реабилитационных). К ятрогениям следует относить только те

патологические процессы, которые возникли как «результат действия» – медицинских мероприятий, а не запоздалого действия или бездействия медицинского персонала. Ятрогенные патологические процессы могут фигурировать в заключительном клиническом или патологоанатомическом диагнозах в любых рубриках. В рубриках «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание», «Полипатия» (на 1-м месте в структуре комбинированого основного заболевания или полипатии) указываются ятрогенные патологические процессы, игравшие существенную роль в танатогенезе, возникшие при клинико-морфологически доказанных:

- передозировке, неправильном (ошибочном, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного) назначении лекарственного средства;
- непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного и т.д.) выполненном диагностическом или лечебном мероприятии;
- случаях смерти:
- от анафилактического шока;
- во время наркоза и анестезии;
- в результате профилактических медицинских мероприятий;
- в результате косметических медицинских мероприятий.

В рубрике «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» указывают ятрогенные патологические процессы (кроме анафилактического шока и смерти во время наркоза или анестезии), обусловленные правильно, по показаниям, в соответствии с действующими стандартами проведенными диагностическими, лечебными, реанимационными, реабилитационными (но не профилактическими или косметическими) мероприятиями Танатогенетическое значение таких ятрогенных осложнений может быть различно: от смертельных осложнений (непосредственных причин смерти), до, практически, не игравших роли в танатогенезе.

Послеоперационные осложнения или осложнения реанимации и интенсивной терапии могут быть патогенетически связаны с основным заболеванием и его осложнениями, но могут быть и ятрогенными, вызванными медицинскими воздействиями.

В соответствии с требованиями МКБ необходимо рассматривать оперативные вмешательства как прямые последствия хирургического заболевания и считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства.

14.8. Соответствие формулировки диагноза Методическим рекомендациям МЗ РФ «Клинические классификации некоторых внутренних заболеваний и примеры формулировки диагнозов» (1995) и Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра, Информационно-методическому письму МЗ РФ «Использование международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины», Методическим рекомендациям МЗ РФ от 03.12.01 г. «Основные принципы выбора и кодирования первоначальной причины смерти больных со злокачественными новообразованиями», письму МЗ и СР РФ от 26 апреля 2011 г. № 14–9/10/2–4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10».

15. Расшифровка условий применения данного кода дефектов очевидна: нечитаемые записи в медицинской документации не позволяют мне, эксперту медицинской помощи, оценить качество оказанной помощи, но и грубо нарушают права граждан в сфере здравоохранения:

15.1. Права гражданина на медицинскую информацию, установленные ст. 22 «Информация о состоянии здоровья» Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в сфере здравоохранения»:

«4. *Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.*

5. *Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов*».

Таким образом, если имеется неразборчивая или нечитаемая запись в меддокументации, которую не может прочитать врач-эксперт СМО с 5-летним стажем практической работы или врач ЭКМП с 10-летним стажем, то гражданин лишен права на ознакомление с текстом медицинской документации. Одновременно нарушено право пациента и гражданина на получение консультации других врачей-специалистов по такой нечитаемой документации. Нарушено право пациента и на получение копий медицинской документации надлежащего качества, т.к. такие копии также содержат неразборчивый или нечитаемый текст.

15.2. Нарушение права пациента-гражданина на консультацию, предусмотренную п. 3 части 5 статьи 19 Закона РФ: «5. *Пациент имеет право на: 3) получение консультаций врачей-специалистов*», т.к. нечитаемый и неразборчивый текст лишает консультанта полной и необходимой медицинской информации о пациенте, что приведет либо к отказу от консультации, либо будет способствовать выводам консультации ненадлежащего качества, в т.ч. опасным для жизни и здоровья пациента.

15.3. Нарушение права гражданина на преемственность в оказании медицинской помощи: нечитаемая медицинская документация лишает права гражданина на надлежащее качество медицинской помощи при переводе в другую медорагнизацию, в т.ч. на важнейший критерий качества – своевременность медицинской помощи: врачи не получат полной и достоверной информации о состоянии пациента, об оказанной ему медицинской помощи и ее результатах на предыдущем этапе.

15.4. Гражданин, медицинская документация которого нечитаема и неразборчива, лишен права на проведение независимой медицинской экспертизы, предусмотренной ч. 3 ст. 58 Закона РФ № 323-ФЗ.

15.5. Гражданин, медицинская документация которого нечитаема и неразборчива, лишен права на проведение полноценной экспертизы качества медицинской помощи, предусмотренного статьей 64 Закона РФ № 323-ФЗ и статьей 16 «Права и обязанности застрахованных лиц» Закона РФ № 326-ФЗ: «*1. Застрахованные лица имеют право на: 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования*», к которым (правам и интересам) относится право на надлежащее качество оказанной медицинской помощи, вывод о качестве которой может быть сделан только по результатам экспертизы надлежаще оформленной, т.е. полностью читаемой и разборчивой медицинской документации.

15.6. Лишение права гражданина – потребителя медицинских услуг – на полную и достоверную информацию как о предлагаемой, так и о выполненной медицинской услуге нечитаемым текстом о потребительских свойствах медицинской услуги в соответствии с нормой статьи 10 «Информация о товарах (работах, услугах)» Закона РФ «О защите прав потребителей»: «1. *Изготовитель (исполнитель, продавец) обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию о товарах (работах, услугах), обеспечивающую возможность их правильного* выбора».

Литература

1. *Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Воробьев С.Л., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.* Правила формулировки диагноза: Часть 2. Ятрогении (патологии диагностики и лечения) М., 2006. – 30 с.

2. *Старченко А.А., Зинланд Д.А., Фуркалюк М.Ю., Рыкова И.В.* Медицинское страховое право: насущные проблемы системы менеджмента качества медицинской помощи //Страховое Право. – 2011. – № 2. – С. 4–7.

3. *Старченко А.А., Зинланд Д.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Гуженко М.Д., Гончарова Е.Ю., Сергеева Л.А., Яковлева С.Я.* Практические алгоритмы экспертизы качества медицинской документации // Заместитель главного врача. – 2011. – № 9 (64). – С. 38–52.

4. *Старченко А.А.* Проблемы экспертизы качества медицинской помощи в условиях модернизации здравоохранения // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2012. – № 1. – С. 38–46.

5. *Старченко А.А., Тарасова О.В., Гуженко М.Д., Яковлева С.Я., Гончарова Е.Ю., Сергеева Л.А.* Взаимодействие патологоанатомической службы и страховой медицинской организации в системе ОМС по повышению качества медицинской помощи и снижению смертности // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2012. – № 4. – С. 40–48.

6. *Старченко А.А.* Экспертизы медицинской помощи в свете Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2012. – № 6. – С. 38–50.

7. *Старченко А.А.* Страховые принципы: снизить риски пациентов //Здравоохранение. – 2016. – № 1. – С. 34–37.

8. *Хабриев Р.У., Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Никонов Е.Л.* Правила формулировки диагноза: Часть 1. Общие положения. – М., 2006. – 50 с.

МИНЗДРАВ РАЗРАБАТЫВАЕТ ТИПОВЫЕ НОРМЫ ВРЕМЕНИ НА ПОСЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ КАРДИОЛОГА, ЭНДОКРИНОЛОГА И СТОМАТОЛОГА

Минздрав России приступил к разработке типовых норм времени на посещение одним пациентом кардиолога, эндокринолога и стоматолога-терапевта. В основу расчета легли результаты фотохронометражных исследований деятельности врачей-специалистов, которые проводились в соответствии с методикой разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала, разработанной ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Подобные фотохронометражные исследования для целей нормирования труда медицинских работников возобновились на плановой основе с 2014 года, впервые после долгого перерыва.

В сообщении Минздрава России говорится, что лечащий врач может принимать конкретного пациента столько, сколько ему необходимо; данные нормы носят рекомендательный характер и адресованы организаторам здравоохранения для определения потребности во врачебных кадрах в рамках формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания россиянам бесплатной медицинской помощи на уровне регионов. Также указанные нормы применяются при расчете конкретных норм труда врачей-специалистов, принимаемых работодателем непосредственно в медицинских организациях с учетом мнения представительного органа работников, что предусмотрено ст. 162 Трудового кодекса Российской Федерации. Поэтому типовые отраслевые нормы времени должны быть адаптированы на уровне медицинской организации.

Источник: официальный сайт Миздрава России

От редакции:

В трудовом кодексе недавно появился целый ряд новых статей, посвященных профессиональным стандартам. Однако о том, что это такое – знают далеко не все. Тем более, что профессиональные стандарты еще только начали появляться. При этом наиболее значимыми являются вопросы о том, чем профессиональные стандарты отличаются от квалификационных характеристик, как они соотносятся между собой, и о том, насколько они обязательны для применения. Материалы нашей традиционной рубрики посвящены рассмотрению наиболее актуальных проблем внедрения профессиональных стандартов.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,
Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия
Л.Ю. Кулбужева,
Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ

УДК 614.252

Кадыров Ф.Н., Кулбужева Л.Ю. ***Актуальные проблемы внедрения профессиональных стандартов*** *(Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, Москва, Россия)*

Аннотация. Профессиональные стандарты – серьезная новация в сфере профессиональных компетенций. Они призваны решить целый ряд проблем, которые оказались не под силу квалификационным характеристикам, утверждаемым соответствующими квалификационными справочниками (ЕКТС и т.д.). В первую очередь это касается комплексности подхода к квалификационным требованиям, их структурированию, кодификации (в целях автоматизации поиска работников с учетом углубленной специализации и т.д.). Профессиональные стандарты создают хорошую предпосылку для формирования должностных инструкций путем комбинирования содержащихся в профессиональных стандартах трудовых функций и трудовых действий.

Ключевые слова: *профессиональные стандарты, квалификация, квалификационные характеристики, трудовые функции, трудовые действия, должностные инструкции.*

Создание системы квалификаций

Нововведение, которое ждет всех работодателей – это внедрение профессиональных стандартов. Появление профессиональных стандартов знаменует собой новый этап правового и методологического регулирования сферы профессиональных компетенций. Речь идет о внедрении единых подходов в сфере квалификационных требований к работникам.

Профессиональный стандарт – это квалификационный уровень работника, позволяющий ему выполнять свои должностные (профессиональные) обязанности в соответствии с предъявляемыми требованиями к конкретной должности (профессии).

Статья 195.1 Трудового кодекса определяет, что квалификация работника – уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника. Профессиональный стандарт – характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определен-

© Ф.Н. Кадыров, Л.Ю. Кулбужева, 2016 г.

ного вида профессиональной деятельности.

Так, например, в профессиональных стандартах специалистов в сфере здравоохранения объединены действия, умения, знания, свойственные врачам-специалистам и т.д., оказывающим медицинскую помощь, а также требования к образованию и обучению, иные условия допуска врачей-специалистов к врачебной практике в соответствующей области, как к виду профессиональной деятельности.

Сроки введения профессиональных стандартов

Официальные сроки ведения профессиональных стандартов – 1 июня 2016 года. В соответствии с Федеральным законом от 02.05.2015 № 122-ФЗ с 1 июля 2016 года вступают в силу статьи 195.2 и 195.3 Трудового кодекса, посвященные применению профессиональных стандартов.

Но для многих категорий работодателей и работников обязанность соблюдения профессиональных стандартов имеется уже сейчас. Если профессия или должность работника связаны с предоставлением льгот и компенсаций либо для работы на этой должности есть ограничения, требования к такой профессии или должности должны соответствовать квалификационному справочнику, или профессиональному стандарту (при его наличии). Работодатель в трудовом договоре с работником должен указывать эту должность так, как она определена в квалификационном справочнике или профессиональном стандарте.

А с 1 июля 2016 г. соблюдать профессиональные стандарты обязаны будут все работодатели, для которых законами или нормативными правовыми актами установлено требование соблюдения профессиональных стандартов.

Порядок разработки и утверждения профессиональных стандартов

Статья 195.2. Трудового кодекса определяет, что порядок разработки и утверждения профессиональных стандартов устанавливается Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.03.2014 № 487-р утвержден «Комплексный план мероприятий по разработке профессиональных стандартов, их независимой профессионально-общественной экспертизе и применению на 2014–2016 годы».

Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. № 23 утверждены «Правила разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов» (далее – Правила разработки стандартов).

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации разработало «Методические рекомендации по разработке профессионального стандарта» (утверждены приказом Минтруда России от 29.04.2013 № 170н).

Профессиональный стандарт разрабатывается в соответствии с «Макетом профессионального стандарта», утвержденным Приказом Минтруда России от 12.04.2013 № 147н.

Структура профессионального стандарта

Профессиональный стандарт раскрывает конкретные трудовые функции, ранжированные по уровням квалификации в зависимости от сложности и ответственности выполняемой специалистом работы. Сначала в стандарте обозначается вид профессиональной деятельности, затем описываются обобщенные трудовые функции, в каждую из которых включается совокупность связанных между собой отдельных трудовых функций. В свою очередь каждая трудовая функция реализуется посредством выполнения конкретных трудовых действий, применения необходимых умений и знаний (все это также внесено в стандарт).

В графе «наименование профессионального стандарта» приводится его обобщенное название (например, специалист по информационным системам, специалист по педиатрии и т.д.).

Профессиональный стандарт содержит следующие разделы:

Раздел I. Общие сведения:
– наименование вида профессиональной деятельности, определяемого разработчиком с учетом Общероссийского классификатора видов экономической деятельности (ОКВЭД) и Общероссийского классификатора занятий (ОКЗ):
– позицию «Код», заполняемую Министерством;
– «Основная цель вида профессиональной деятельности», в которой приводится краткое описание вида профессиональной деятельности;
– «Группа занятий», в которой указывается наименование одной или нескольких базовых групп (хххх) занятий в соответствии с ОКЗ, соотносимых с обобщенными трудовыми функциями профессионального стандарта. При отсутствии информации в графе ставится прочерк;
– «Отнесение к видам экономической деятельности», в которой указываются код и наименование одного или нескольких видов (хх.хх.хх), подгрупп (хх.хх.х) или групп (хх.хх) экономической деятельности в соответствии с ОКВЭД, к которым относится данный вид профессиональной деятельности;

Раздел II. Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности), содержит описание трудовых функций в форме таблицы, в которой указываются:

– «Обобщенные трудовые функции» – код, наименование обобщенной трудовой функции и уровень квалификации. Код оформляется в виде заглавной буквы латинского алфавита, начиная с первой буквы, а уровень квалификации определяется в соответствии с характеристиками, содержащимися в «Уровнях квалификации в целях подготовки профессиональных стандартов», утвержденных приказом Минтруда России от 12.04.2013 № 148н (далее – Уровни квалификации);

– «Трудовые функции» – наименования и коды трудовых функций. Код трудовой функции определяется в формате «х/хх.х», где: первый знак – буквенный код обобщенной трудовой функции; два знака через дробь – порядковый номер трудовой функции в перечне трудовых функций соответствующего вида профессиональной деятельности. При этом применяется сквозная нумерация трудовых функций; последний знак через точку – номер уровня квалификации. [5]

Кроме того, профессиональный стандарт содержит сведения об организациях – разработчиках профессионального стандарта.

Как видим, описание требований к специалисту в профессиональных стандартах носит комплексный характер, поскольку в них используется более современная конструкция в виде сочетания требований к знаниям, умениям, профессиональным навыкам и опыту работы. Эта особенность стандартов делает их основными элементами национальной системы квалификаций, связывающими сферу труда и сферу профессионального образования.

Таким образом, профессиональный стандарт содержит в себе подробное описание компетенций, необходимых специалисту для выполнения работы.

Кроме того, в стандарте указываются возможные наименования должностей, требования к образованию, опыту практической работы, а также особые условия допуска к работе (например, отсутствие судимости, запрета на занятие медицинской деятельностью, прохождение обязательных медосмотров).

Стандартизация требований к квалификации

Одной из особенностей профессиональных стандартов является наличие многочисленных кодов. И это не случайно – одной из целей разработки профессиональных стандартов была унификация и систематизация элементов квалификации специалистов, в т.ч. в целях автоматизации поиска работодателями работников требуемой квалификации, узкой специализации и т.д.

Например, как указывалось выше, Раздел I. «Общие сведения» включает наименование, код, основную цель вида профессиональной деятельности, группу занятий, отнесение профессионального стандарта к видам экономической деятельности.

Рис. 1. **Структура трудовой деятельности в рамках профессионального стандарта**

Наименование вида профессиональной деятельности определяется с учетом Общероссийского классификатора видов экономической деятельности (ОКВЭД) и Общероссийского классификатора занятий (ОКЗ).

В профессиональном стандарте указываются уровни квалификации соответствующих специалистов в соответствии с Уровнями квалификации, также имеющие свои коды.

В профессиональных стандартах применяются следующие термины, определения которых следующие:

- вид профессиональной деятельности – совокупность обобщенных трудовых функций, имеющих близкий характер, результаты и условия труда;

- обобщенная трудовая функция – совокупность связанных между собой трудовых функций, сложившаяся в результате разделения труда в конкретном производственном или (бизнес-) процессе;

- трудовая функция – система трудовых действий в рамках обобщенной трудовой функции;

- трудовое действие – процесс взаимодействия работника с предметом труда, при котором достигается определенная задача.

Уровень квалификации для каждой трудовой функции определяется в соответствии с характеристиками, содержащимися в Уровнях квалификации. Если трудовые функции, выделяемые в обобщенной трудовой функции, относятся к нескольким уровням квалификации, то трудовой функции, относящейся к наименьшему уровню квалификации, присваивается номер 01. [5]

Соотношение профессиональных стандартов и квалификационных характеристик

К одному из важнейших вопросов применения профессиональных стандартов относится их соотношение с квалификационными справочниками, содержащими квалификационные характеристики.

Действительно, в чем их различия, являются ли они принципиальными?

Профессиональный стандарт – это комплексный документ. Он более четко и подробно описывает трудовую деятельность, чем квалификационный справочник. В отличие от ЕТКС и ЕКС, структура описания квалификационной характеристики в профессиональном

стандарте предусматривает использование более современной конструкции в виде сочетаний требований к уровню знаний работника, его умениям, профессиональным навыкам и опыту работы.

Квалификационные характеристики разрабатываются, как правило, на каждую должность, профессию. Профессиональные же стандарты разрабатываются как по отдельным должностям (профессиям), так и на группу родственных должностей (профессий) с учетом базовой технологической компетенции, являющихся общей для различных должностей служащих (профессий рабочих) и схожим по психо-физиологическим требованиям. Например, профессиональный стандарт «Специалист по педиатрии» разработан сразу на 35 должностей (по алфавиту – начиная с аллерголога и заканчивая эндокринологом).

Отличаются в рассматриваемых документах и подходы к определению требований к имеющимся знаниям. Так, Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения (приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н) предполагают, что, например, врач-эндокринолог должен знать строение и функцию эндокринных желез и т.д. Ничего подобного в отношении врача-эндокринолога в профессиональном стандарте «Специалист по педиатрии» нет. В указанном профессиональном стандарте требование «Необходимые знания» предполагает знание порядков оказания медицинской помощи детям, стандартов медицинской помощи детям по заболеваниям, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям. Знание этих документов предполагает знание строения соответствующих органов, систем и т.п.

Тем самым профессиональный стандарт выступает документом, увязывающим между собой порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и т.д.

Предусматривается, что профессиональные стандарты должны со временем заменить действующие квалификационные справочники, которые в значительной степени устарели и не соответствуют потребностям работодателей, контрольных органов и т.д.

Однако не стоит ожидать скорой отмены квалификационных справочников. Во-первых, требуется оценить опыт внедрения профессиональных стандартов. Во-вторых, профессиональные стандарты разрабатываются поэтапно, и в связи с появлением относительно небольшого числа профессиональных стандартов невозможно сразу же отменить квалификационные справочники, содержащие квалификационные характеристики по должностям, на которые профессиональные стандарты еще не разработаны.

Поэтому какое-то время профессиональные стандарты будут сосуществовать с квалификационными справочниками.

Порядок установления тождественности наименований должностей, профессий и специальностей, содержащихся в едином тарифно-квалификационном справочнике работ и профессий рабочих, едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, наименованиям должностей, профессий и специальностей, содержащихся в профессиональных стандартах, устанавливается Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений. Ответственным за это является Минтруд России.

Еще один важный момент: если квалификационные справочники и профессиональный стандарт по аналогичным профессиям (должностям) содержит различные требования, то работодатель самостоятельно определяет каким документом пользоваться (за исключением случаев, предусмотренных законодательством и иными нормативными актами). Это позиция Минтруда России (письмо от 04.04.2016 № 14–0/10/В-2253).

Профессиональный стандарт устанавливает не только требования к знаниям и умениям, но и определенные требования к профессиональной деятельности. Так, стандарт профессиональной деятельности специалиста в области здравоохранения должен дать представление

гражданам – получателям медицинских услуг, об обязанностях соответствующих работников по отношению к пациентам.

Самим специалистам профессиональный стандарт обеспечит базовый алгоритм профессиональной деятельности, который позволит в многообразии ситуаций найти правильное решение и профессионально реализовать обоснованные действия.

Сфера применения профессиональных стандартов

Профессиональные стандарты призваны играть ключевую роль в формировании кадровой политики и управлении персоналом.

Профессиональные стандарты могут применяться работодателями для контроля работников с целью повышения эффективности их труда, управления персоналом. Также профессиональный стандарт может быть использован для планирования и организации мероприятий по профессиональному развитию работников, например:

• для разработки индивидуального плана профессионального развития и карьерного роста работников;

• для проведения оценки персонала в целях оптимизации использования потенциала работников;

• для организации профессиональной переподготовки и повышения квалификации работников.

В соответствии с п. 25. Правил разработки стандартов профессиональные стандарты применяются:

а) работодателями при формировании кадровой политики и в управлении персоналом, при организации обучения и аттестации работников, разработке должностных инструкций, тарификации работ, присвоении тарифных разрядов работникам и установлении систем оплаты труда с учетом особенностей организации производства, труда и управления;

б) образовательными организациями профессионального образования при разработке профессиональных образовательных программ;

в) при разработке в установленном порядке федеральных государственных образовательных стандартов профессионального образования.

Таким образом, роль профессиональных стандартов приобретает большое значение – они используются практически во всех аспектах взаимодействия работодателя и персонала.

Профессиональные стандарты и системы оплаты труда

Статья 144 Трудового кодекса устанавливает, что системы оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений устанавливаются с учетом единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих, единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих или профессиональных стандартов, а также с учетом государственных гарантий по оплате труда, рекомендаций Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений (часть третья статьи 135 Трудового кодекса) и мнения соответствующих профсоюзов (объединений профсоюзов) и объединений работодателей.

К числу проблем, связанных с внедрением профессиональных стандартов, относится, например, вопрос об отнесении новых появляющихся в профессиональных стандартах должностей, к профессионально-квалификационным группам (ПКГ) в целях тарификации (установления окладов по ПКГ), если в соответствующих перечнях должностей ПКГ эти должности отсутствуют.

Минтруд России должен оперативно вносить изменения в соответствующие приказы.

Профессиональные стандарты и должностные инструкции

Появление профессиональных стандартов приводит к необходимости пересмотра должностных инструкций, разработанных на основании квалификационных характеристик Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих и т.д.

Однако должны ли должностные инструкции копировать профессиональные стандарты? Нет, этого не требуется.

Статья 195.3 Трудового кодекса устанавливает, что характеристики квалификации, которые содержатся в профессиональных стандартах и обязательность применения которых не установлена в соответствии с частью первой статьи 195.1, ***применяются работодателями в качестве основы для определения требований к квалификации работников*** с учетом особенностей выполняемых работниками трудовых функций, обусловленных применяемыми технологиями и принятой организацией производства и труда.

Проще говоря, профессиональные стандарты – это лишь основа для разработки должностных инструкций. Например, врач – специалист с одноименной должностью – может работать в поликлинике, в стационаре, в санатории и т.д. При этом он будет выполнять функции, сильно различающиеся между собой. Поэтому работодатель будет выбирать из профессионального стандарта те трудовые функции и трудовые действия, которые в наибольшей степени отвечают задачам, стоящим перед врачом на конкретном рабочем месте. И структурированность профессиональных стандартов способствует этому.

Профессиональные стандарты и эффективный контракт

Предполагается, что актуализация квалификационных требований и компетенций, необходимых для оказания государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ), организация соответствующей профессиональной переподготовки и повышения квалификации работников учреждений, наряду с совершенствованием системы оплаты труда и разработкой систем оценки эффективности деятельности работников, создаст основу для использования принципов эффективного контракта. Правда, в этом отношении профессиональные стандарты несколько запоздали. В итоге их появление может привести к необходимости очередного пересмотра трудовых договоров (в части изменения должностных инструкций). Как минимизировать работу, связанную с пересмотром трудовых договоров, при изменении должностных инструкций из-за внедрения профессиональных стандартов?

«Примерная форма трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения» – Приложение № 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, предусматривает, что в трудовом договоре должно быть зафиксировано, что работник обязуется лично выполнять работу в соответствии с условиями трудового договора. При этом должны быть указаны конкретные виды работ, которые работник должен выполнять по трудовому договору. В связи с этим часто возникает вопрос: обязательно ли в трудовом договоре с работником, заключаемом в рамках введения эффективного контракта, указать конкретные виды работ, которые работник должен выполнять по трудовому договору, как это предполагается примерной формой трудового договора? Можно ли ограничиться только ссылкой на должностную инструкцию?

Ответ на этот вопрос дает Информация Минтруда России от 28.11.2013 «Ответы на вопросы Правительства Саратовской области по мониторингу реализации Указов Президента РФ от 7 мая 2012 г. В этом документе говорится: «***Должностные обязанности работника могут быть определены в должностной инструкции. В таком случае должностная инструкция должна содержаться в приложении к трудовому договору с указанием на это в тексте трудового договора***».

В таком случае при необходимости изменения должностной инструкции дополнительное соглашение с работником будет касаться только изменения приложения к трудовому договору. Поэтому текст дополнительного соглашения может быть очень кратким. Например, содержательная часть

дополнительного соглашения к трудовому договору может звучать так: «Изложить текст должностной инструкции (приложение № 1 к трудовому договору) в следующей редакции...». При этом производится полная замена текста должностной инструкции (что проще, чем вносить изменения в трудовой договор по типу: «фразу такую-то дополнить фразой такой-то...»).

Обязательность применения профессиональных стандартов

Статья 195.3. ТК РФ посвящена порядку применения профессиональных стандартов. Она устанавливает: «Если настоящим Кодексом, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлены требования к квалификации, необходимой работнику для выполнения определенной трудовой функции, профессиональные стандарты в части указанных требований обязательны для применения работодателями».

Таким образом, для того, чтобы профессиональные стандарты превратились для работодателей в обязательные для применения документы, законодательство, нормативные правовые акты должны содержать дополнительное указание на это.

Тем не менее, определенные требования в отношении обязательности применения стандартов в законодательстве есть. Например, статья 57 Трудового кодекса устанавливает: «Если в соответствии с настоящим Кодексом, иными федеральными законами с выполнением работ по определенным должностям, профессиям, специальностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений, то наименование этих должностей, профессий или специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках, утверждаемых в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, или соответствующим положениям профессиональных стандартов».

За невыполнение этого требования и других требований по обязательности применения профессиональных стандартов (если они появятся) предусмотрена ответственность в соответствии со статьей 5.27 Кодекса об административных правонарушениях.

Поэтому при составлении штатного расписания, при заполнении трудовой книжки работника, а также при изменении тарифного разряда в части наименования должности работника следует руководствоваться действующими в настоящее время Единым тарифно-квалификационным справочником работ и профессий рабочих, Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих и профессиональными стандартами.

Статьей 4 Федерального закона от 2 мая 2015 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс РФ и статьи 11 и 73 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» установлено право Правительства Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений устанавливать особенности применения профессиональных стандартов в части требований, обязательных для применения государственными внебюджетными фондами Российской Федерации, государственными или муниципальными учреждениями.

В остальных случаях работодатель не обязан применять ни квалификационные справочники, ни профессиональные стандарты и ответственность за их неприменение в подобных случаях трудовым законодательством не предусмотрена.

Таким образом, для кадровых служб и работодателей иных организаций, кроме вышеуказанных, в отношении которых могут быть определены особенности применения профессиональных стандартов, при установлении квалификационных и профессиональных требований к соискателям и работникам профессиональные стандарты являются ориентирами и могут применяться в части наименования должностей, профессий и специальностей,

определения трудовых функций, требований к образованию и опыту работы с учетом особенностей, обусловленных технологией и организацией производства и труда у данного работодателя.

Допустимость увольнения работников, не соответствующих требованиям профессиональных стандартов

Возможно ли увольнение работника на том основании, что работник не соответствует определенным требованиям профессиональных стандартов (например, по причине отсутствия специального образования)?

В Трудовом кодексе нет такого основания для расторжения трудового договора с работником, как несоответствие его требованиям профессиональных стандартов. И если работник добросовестно выполняет свои обязанности, прошел аттестацию, то уволить его нельзя. Уволить работника можно лишь по результатам проведенной аттестации, если он не соответствует занимаемой должности. Вот в этом случае отсутствие необходимого образования (если требование к его наличию установлено в локальных нормативных актах самой организации) может быть причиной того, что работник не пройдет аттестацию с последующим увольнением.

Заключение

В заключение отметим, что мы рассмотрели только часть вопросов, связанных с введением профессиональных стандартов.

Итак, профессиональный стандарт в соответствующей области деятельности представляет собой методический документ, описывающий характеристики знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работника, необходимых ему для осуществления данной профессиональной деятельности.

И хотя общая логика применения профессиональных стандартов понятна, на практике будет возникать немало вопросов, ответы на которые дадут Минтруд России, практика, в том числе – судебная.

Литература

1. *Диркова Е.Ю.* Комментарий к Приказу Минтруда России от 22.12.2014 № 1061н «Об утверждении профессионального стандарта «Бухгалтер» // Нормативные акты для бухгалтера». – 2015. – № 6.

2. Информация Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 10 февраля 2016 года «О применении профессиональных стандартов в сфере труда».

3. *Зайцева Г.Г.* Готовимся к применению профстандартов // Руководитель автономного учреждения». – 2015. – № 5.

4. *Юргенс И.* Правила игры для всех и каждого // Современные страховые технологии». – 2015. – N5.

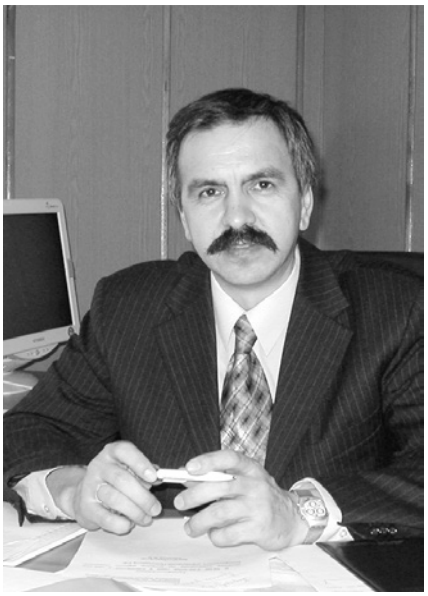
5. *Межуева Т.* Профессиональные стандарты: как организовать работу после их принятия // Кадровый вопрос». – 2015. – № 5.

UDC 614.252

Kadyrov F.N., Kulbuzheva L.Yu. ***Actual problems of the introduction of professional standards*** *(Federal Institution «Central scientific-research institute of management and information of health care for the Ministry of Healthcare in Moscow, Russia)*

Abstract. Professional standards – a major innovation in the field of professional competence. They are designed to solve a number of problems that were beyond the power of qualifying characteristics to be approved by the relevant qualification directories (ECTS, etc.). In particular this applies an integrated approach to the qualification requirements of their structuring, codification (in order to automate the search for workers, taking into account the in-depth expertise, etc.). Professional standards creates good preconditions for the formation of job descriptions by combining professional standards contained in the job functions and work activities.

Keywords: *Professional standards, qualification, qualification characteristics, work functions, work activities, job descriptions.*



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

Имеют ли право вышестоящие органы устанавливать максимальный размер повышения оплаты за работу в ночное время?

В соответствии со статьей 154 Трудового кодекса «каждый час работы в ночное время оплачивается в повышенном размере по сравнению с работой в нормальных условиях, но не ниже размеров, установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права.

Минимальные размеры повышения оплаты труда за работу в ночное время устанавливаются Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Конкретные размеры повышения оплаты труда за работу в ночное время устанавливаются коллективным договором, локальным нормативным актом, принимаемым с учетом мнения представительного органа работников, трудовым договором».

Это прямая законодательная норма, и никому, кроме самого учреждения, не предоставлено право устанавливать уровень оплаты за работу в ночное время (за исключением минимального уровня). Это касается в т.ч. и недопустимости ограничений максимального размера оплаты за работу в ночное время.

Правда ли, что платные услуги должны оказываться на тех же самых условиях, что и бесплатная помощь? Дело в том, что в разделе 8 письма Министерства финансов Российской Федерации от 22 октября 2013 г. № 12–08–06/44036 говорится: «При определении платы на основные платные услуги бюджетных и автономных учреждений следует учитывать, что в соответствии с пунктом 4 статьи 9.2 Федерального закона № 7-ФЗ, частью 6 статьи 4 Федерального закона № 174-ФЗ основные платные услуги бюджетное или автономное

учреждение должно оказывать на тех же условиях, что и государственные (муниципальные) услуги, финансовое обеспечение предоставления которых осуществляется за счет средств соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации. При этом, по мнению Министерства финансов Российской Федерации, требование об одинаковых условиях оказания услуг относится и к их стоимости».

На наш взгляд, это некорректная трактовка отдельными представителями Минфина России положений законодательства.

В пункте 4 статьи 9.2 Федерального закона «О некоммерческих организациях» устанавливается, что «Бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом...для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях». В этом пункте речь идет исключительно об условиях оказания платных услуг. Это соответствует нормам гражданского законодательства о том, что условия оказания одних и тех же ***платных*** услуг должны быть обязательными для различных потребителей.

Заметим, что «иные условия» (по сравнению с предусмотренными программой госгарантий) являются основанием для оказания услуг за плату – пункт 1) части 5 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Уже поэтому не может быть требования о том, что условия оказания платных и бесплатных услуг должны быть одинаковыми.

Что же касается автономных учреждений, то требование одинаковых условий, включая установление цен на уровне нормативных затрат в рамках государственного задания, противоречит тому, что автономные учреждения имеют право самостоятельно устанавливать цены (без всякой оглядки на нормативные затраты).

Следует учесть и то, что в самом письме Минфина № 12–08–06/44036 после высказанной фразы идет текст: «Установление платы за оказание основных платных услуг в размере ниже величины нормативных затрат на оказание аналогичной услуги в рамках государственного (муниципального) задания будет свидетельствовать:

- либо о некачественном планировании и, соответственно, завышенных объемах бюджетных ассигнований на предоставление субсидии на государственное (муниципальное) задание;
- либо об оказании платных услуг за счет средств указанной субсидии, что противоречит принципу, установленному Федеральным законом №83-ФЗ, согласно которому из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации за счет субсидии, предоставляемой в соответствии с абзацем первым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, осуществляется финансовое обеспечение выполнения исключительно государственного (муниципального) задания».

То есть, Минфин России озабочен не возможностью завышения цен на платные медицинские услуги по сравнению со стоимостью нормативных затрат,

а наоборот – занижения. Вот с этой позицией в целом можно согласиться, но и то с оговоркой – в ряде случаев нормативы финансовых затрат (например, на оказание высокотехнологичной медицинской помощи) могут оказаться выше рыночного уровня цен на платные услуги или цен отдельных учреждений, рассчитанных на основе затрат этих конкретных учреждений.

Наконец, письмо Минфина России не является нормативным правовым актом и поэтому не является обязательным для применения – это лишь точка зрения, с которой можно соглашаться, а можно – не соглашаться.

Может ли для автономного учреждения устанавливаться «предельная штатная численность»?

Действующими федеральными документами установление для государственных (муниципальных) учреждений такого показателя, как «предельная штатная численность», не предусмотрено.

Статья 13 Федерального закона от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» устанавливает: «Руководитель автономного учреждения ... утверждает штатное расписание автономного учреждения». Других вариантов нет.

Кроме того, сам по себе статус «вышестоящих» органов (органов управления здравоохранением) не дает им оснований предъявлять какие-либо требования к подведомственным учреждениям (например, о согласовании штатных расписаний с ними, об установлении «предельной штатной численности») – они могут это делать только в рамках полномочий, которыми их наделили в соответствии с положениями об этих органах.

Не случайно в настоящее время в нормативных документах применительно к автономным и бюджетным учреждениям говорится не о вышестоящем органе, а об «органе, осуществляющем функции и полномочия учредителя».

Даже если соответствующие полномочия «вышестоящий» орган получил – это все равно будет нарушение действующих нормативных актов. Дело в том, что постановлением Правительства Российской Федерации от 12.04.2013 № 329 «О типовой форме трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения» (далее – Постановление № 329) утверждена Типовая форме трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения (далее – Типовая форма трудового договора). Подпункт е) пункта 8 Типовой формы трудового договора, утвержденной данным постановлением, устанавливает, что к полномочиям руководителя относится «утверждение в установленном порядке структуры и штатного расписания учреждения...».

Более того, обязанность следования данному постановлению определена частью второй статьи 59 Трудового кодекса. Она устанавливает: «Трудовой договор с руководителем государственного (муниципального) учреждения заключается на основе типовой формы трудового договора, утверждаемой Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений».

Поэтому ограничение прав руководителя учреждения путем требований согласований штатных расписаний, путем установления предельной штатной численности и т.д. является нарушением.

Продолжается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2016 г.

(периодичность – 6 выпусков в год)

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82615** на полугодие
20103 на год

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **660 руб.**
- на полугодие – **1980 руб.**
- **3480 руб.** – **годовая** *(стоимость 1 номера по годовой подписке — 580 руб.)*

НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом
«Менеджер Здравоохранения»
Московский банк Сбербанка России ОАО, 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

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

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Врач и информационные технологии" на 2016 г.», Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.

Подписка на электронную версию журнала:

Вы можете подписаться на электронную версию журнала в формате PDF (точная копия бумажной версии журнала).

Стоимость годовой подписки на 2016 г. — 1400 рублей.

Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить по электронной почте или скачать с сайта.

Альтернативные агентства, принимающие подписку на журнал «Врач и информационные технологии»:

ООО «Агентство «Урал-Пресс» http://www.ural-press.ru/ Тел.: (495) 789-86-36

Уважаемые читатели!

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.

Менеджер
здравоохранения