ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№7.2015

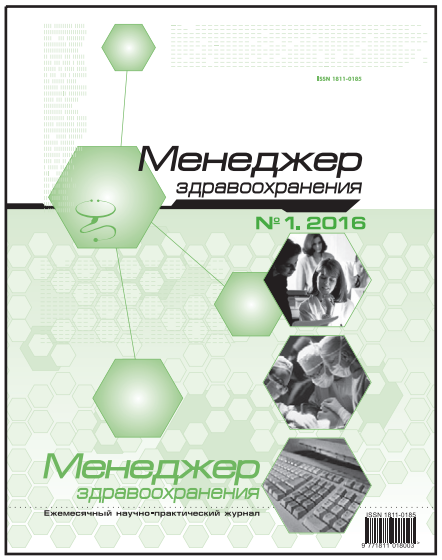
Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Начинается 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:

- ☑ О некоторых вопросах межтерриториальных расчетов в системе обязательного медицинского страхования
- ☑ Оценка финансовых затрат при выполнении лабораторных исследований в образцах с гемолизом
- ☑ Оснащённость компьютерным оборудованием медицинских организаций в Российской Федерации
- ☑ Конституционный Суд Российской Федерации об институте посмертной врачебной тайны
- ☑ Механизмы, приоритеты и объемы финансового обеспечения научных исследований для здравоохранения в России и США

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 7
2015

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

Роль врачебной комиссии в организации медицинской помощи: почему она не реализуется в полном объёме и что делать
Д.В. Пивень, И.С. Кицул 6-12

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Руководитель регионального сосудистого центра – эволюция должности в приказах
В.И. Горбачев, П.Е. Дудин, А.В. Лохов 13-18

Укомплектованность медицинских организаций и их поликлинических отделений врачами-радиологами, радиотерапевтами и онкологами в Российской Федерации за период с 2011 г. по 2015 г.
М.А. Иванова, Т.А. Соколовская 19-25

Система мотивации сотрудников в управлении качеством и эффективностью лучевой диагностики
К.В. Кушнир 26-31

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Нормативы затрат рабочего времени медицинской сестры общей практики в условиях городской поликлиники
Л.А. Гаджиева 32-40

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

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Оценка вклада отдельных областей клинической медицины в интегральный публикационный поток РФ, проиндексированный в Web of Science и Scopus 41-53
Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова, О.В. Черченко, А.К. Устинников, Е.А. Оливер

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Некоторые аспекты дежурства медицинских работников 59-59
П.В. Волжанин

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Мифы эффективного контракта. Часть 2 60-71
Ф.Н. Кадыров

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 72-74

С МЕСТА СОБЫТИЙ

О заседании Рабочей группы «Мобильная медицина» Национальной ассоциации медицинской информатики 75-77
П.П. Кузнецов

ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ 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:
Л.И.Чекушкина

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

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

Дата выхода в свет 01 сентября 2015 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

№ 7
2015

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

The role of medical panel in providing medical aid: why is it not fulfilled in the total capacity and what the action plan should be
D.V. Piven, I.S. Kitsul 6-12

HUMAN PERSONNEL MANAGEMENT

The head of the regional vascular center – the evolution of positions in the orders
V.I. Gorbachev, P.E. Dudin, A.V. Lohov 13-18

Staffing level of Russian medical organizations and their outpatient department's with medical staff: radiologists, radiotherapists and oncologists in the period between 2011 to 2015.
M.A. Ivanova, T.A. Sokolovskaya 19-25

Motivation system for employees in quality management and efficiency in radiology
K.V. Kushnir 26-31

FINANCIAL MANAGEMENT

Regulations of working time nurses in general practice in urban polyclinics
L.A. Gadjieva 32-40

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

MEDICAL SCIENCES

Evaluation of contributions of specific areas of clinical medicine to Russian integral publication flow, indexed in Web of Science and Scopus

N.G. Kurakova, L.A. Tsvetkova, O.V. Cherchenko, A.K. Ustinnikov, E.A. Oliver 41-53

SPECIAL OPINION

Certain aspects of duty shifts of medical employees

P.V. Volzhanin 59-59

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Myths around an effective contract. Part 2.

F.N. Kadirov 60-71

QUESTIONS AND ANSWERS 72-74

FROM THE SCENE OF THE EVENTS

Regarding panel session of a «Mobile medicine» working group in the National Association of medical informatics

P.P. Kuznetsov 75-77

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS 78-80

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

РОЛЬ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПОЧЕМУ ОНА НЕ РЕАЛИЗУЕТСЯ В ПОЛНОМ ОБЪЁМЕ И ЧТО ДЕЛАТЬ

УДК 614.2
Пивень Д. В., Кицул И. С. ***Роль врачебной комиссии в организации медицинской помощи: почему она не реализуется в полном объёме и что делать*** *(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, г. Иркутск, Россия)*

Аннотация. В статье показано и обосновано, что сегодня в большинстве медицинских организаций врачебные комиссии не играют ведущей роли в деятельности по совершенствованию организации медицинской помощи. Авторы обращают внимание на неполное раскрытие полномочий и функций врачебной комиссии в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в Порядке создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утверждённом приказом МЗиСР России от 05.05.2012 г. № 502н. Авторами предложены и обоснованы дополнения и изменения, которые необходимо внести в данные документы.

Ключевые слова: *врачебная комиссия, организация медицинской помощи, медицинская организация, контроль качества и безопасности медицинской деятельности.*

Принятие Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы), казалось бы, определило более или менее понятную структуру организации здравоохранения в России как на уровне её систем (государственной, муниципальной и частной), так и на уровне медицинской организации. Однако открытых вопросов в этой связи остаётся ещё достаточно много, и прежде всего они касаются непосредственной деятельности самих медицинских организаций.

В данной публикации мы остановимся на проблемах функционирования в медицинской организации врачебной комиссии (ВК). Возможно, что у части читателей это вызовет удивление: «А что может быть неясного с работой ВК? Органа, который в том или ином виде, под тем или иным названием, но уже «многие лета» существует в медицинской организации? Органа, чья деятельность, казалось бы, всегда достаточно чётко регламентировалась отраслевым министерством?». И, тем не менее, проблем с работой ВК действительно много. Настолько много, что и в этой публикации мы остановимся только на некоторых. Для полного понимания ситуации постараемся их сформулировать и раскрыть.

© Д. В. Пивень, И. С. Кицул, 2015 г.

Проблема первая и главная. В настоящее время ВК в абсолютном большинстве медицинских организаций, к сожалению, не играют роли ведущего коллегиального органа в решении вопросов организации оказания медицинской помощи, несмотря на то что попытка декларировать эту роль предпринята и в Основах, и в Порядке создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации (далее Порядок создания и деятельности ВК), утверждённых Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 502н. Так в статье 48 Основ чётко указано, что «Врачебная комиссия создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи...». То есть, цель совершенствования организации медицинской помощи обозначена перед ВК на первом месте. Эту же мысль дублирует и Порядок создания и деятельности ВК. Пункт 2 данного Порядка гласит, что «Врачебная комиссия медицинской организации создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам». Далее же раздел II Порядка создания и деятельности ВК перечисляет функции ВК, которые она осуществляет для достижения названной выше цели. Если внимательно ознакомиться с перечисленными в Порядке функциями, то становится совершенно очевидно, что большинство из них в той или иной форме реализовывалось ВК и до выхода последних Основ. Иными словами, утверждённый приказом МЗиСР России № 502н Порядок создания и деятельности ВК практически не содержит сколько-нибудь подробного перечня новых функций ВК по совершенствованию организации оказания медицинской помощи гражданам, а в основном повторяет, расширяет и детализирует те функции, которые ВК выполняла и ранее.

Предвидим возражения: «А какое ещё расширение функций ВК необходимо? Разве запрещает кто-нибудь рассматривать на ВК любые иные вопросы, связанные с организацией медицинской помощи? Ведь пункт 4.25. Порядка создания и деятельности ВК прямо указывает, что ВК осуществляет иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации. Да и помимо ВК в медицинской организации можно создавать любые иные органы, на которых можно рассматривать вопросы организации медицинской помощи. Например, во многих медицинских организациях издавна существуют те же медицинские советы. Или же при необходимости проводятся рабочие совещания при главном враче или его заместителях. Разве этого мало?».

Данные вопросы выглядят вполне резонными.

Теперь приведём аргументы, обосновывающие необходимость дальнейшего расширения и уточнения функций ВК, касающихся вопросов организации медицинской помощи.

1. Врачебная комиссия – практически единственный постоянно действующий коллегиальный орган медицинской организации, деятельность которого регламентируется базовым отраслевым законом, а именно Основами. Соответственно, это наиболее статусный орган для рассмотрения и решения любых вопросов, связанных с организацией оказания медицинской помощи в медицинской организации, со всеми вытекающими отсюда последствиями:

- более высоким статусом принимаемых решений;
- большей полнотой и обоснованностью их аргументации;
- повышением, с одной стороны, ответственности, а с другой стороны, защищённости главного врача.

2. Как уже было отмечено выше, в статье 48 Основ в качестве первой цели соз-

дания ВК названо совершенствование организации оказания медицинской помощи. При этом сами Основы содержат многочисленные и часто очень непростые новации, касающиеся организации медицинской помощи и требующие безусловного внедрения в медицинской организации. Поэтому совершенно логично, чтобы федеральные нормативно-правовые акты (законы и приказы отраслевого министерства) содержали соответствующий этим новациям более подробный перечень функций ВК как основного коллегиального органа медицинской организации. Пока же многие новые положения Основ остаются вне поля зрения ВК. Едва ли подобная ситуация способствует совершенствованию организации медицинской помощи.

3. В Основах впервые в российском медицинском законодательстве обозначена тема контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Данное направление, безусловно, является важнейшим и при этом наиболее сложным компонентом организации медицинской помощи, что мы не раз отмечали в своих публикациях (1, 2, 6, 9–12). В этой связи вполне логично, чтобы именно ВК стала тем местом, где бы любые вопросы совершенствования организации медицинской помощи рассматривались исключительно через призму качества и безопасности медицинской деятельности. Это тем более важно, что контроль качества и безопасности медицинской деятельности охватывает (а точнее – должен охватывать) практически все стороны жизни медицинской организации. Наглядным подтверждением этому является Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённое Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152. Сегодня это единственный официальный документ, который наиболее полно раскрывает содержание контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Однако, принимая во внимание его прежде всего надзорный характер, этого явно недостаточно.

Таким образом, с учётом новых задач, поставленных Основами в части совершенствования организации медицинской помощи, именно такой коллегиальный орган медицинской организации, как ВК, а не какая-либо иная структура, должен иметь и соответствующий перечень полномочий, позволяющий решать эти новые задачи.

К сожалению, в действующей редакции Основ роль ВК как главной интегральной площадки медицинской организации в вопросах совершенствования организации медицинской помощи не является очевидной. Такую ситуацию необходимо менять, и статья 48 Основ требует новой редакции.

Проблема вторая, усугубляющая первую. В статье 48 Основ отсутствует преемственность с другими важнейшими положениями данного закона, реализация которых напрямую касается ВК, а именно – со статьями 85, 87 и 90. В трёх последних речь идёт о контроле качества и безопасности медицинской деятельности. В этой связи вызывает большое удивление, что в части 2 ст. 48 Основ вообще ничего не упоминается о том, что ВК создаётся в медицинской организации в том числе в целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Возможно, что кто-либо из оппонентов захочет возразить, что в соответствии с п. 4.22 Порядка создания и деятельности ВК функцией ВК является «организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации)». Да, это так.

Однако, с одной стороны, не совсем понятно, что означает фраза «по решению руководителя медицинской организации»? То есть, допускается, что руководитель медицинской организации может решать вопросы организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности как-то иначе и без участия ВК? Если это так, то о какой же единой государственной политике в области качества и безопасности

медицинской деятельности можно говорить?

Но при этом, с другой стороны, нельзя не отметить, что многие функции ВК, указанные в Порядке создания и деятельности ВК, являются неотъемлемыми компонентами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Поэтому во всех отношениях было бы правильным и логичным чётко и ясно отразить в Основах, что ВК создаётся и в целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. На деле же получается, что этому отнюдь не частному, а важнейшему направлению деятельности ВК медицинской организации в статье 48 Основ места почему-то не нашлось, а это в свою очередь не самым лучшим образом сказалось и на содержании утверждённого приказом МЗиСР России № 502н Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации. Полагаем, что это ещё один важный аргумент в пользу серьёзного пересмотра статьи 48 Основ в части регулирования деятельности ВК.

Проблема третья. Данная проблема также вытекает из двух предыдущих и заключается в необходимости модернизации действующего Порядка создания и деятельности ВК. Об отдельных проблемных сторонах данного документа мы уже несколько раз упоминали выше, но они далеко не единственные.

Утверждённый приказом МЗиСР России № 502н Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации (Порядок создания и деятельности ВК) является типовым, и его берут за основу (обязаны брать) все медицинские организации страны независимо от их организационно-правовой формы. Казалось бы, это хорошо, так как медицинским организациям предложен по сути готовый регламент работы ВК, который можно и нужно дополнять и адаптировать под свои конкретные задачи. А вот здесь и начинаются проблемы.

Абсолютное большинство медицинских организаций берёт типовой Порядок создания и деятельности ВК и утверждает его почти полностью в том виде, в каком он предложен приказом МЗиСР России № 502н, не раскрывая при этом уже в «своём» утверждённом Порядке никаких детализированных функций ни в части совершенствования организации медицинской помощи, ни в части внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В лучшем случае в этом уже «своём» Порядке обозначается, что ВК – это основной уровень контроля качества оказываемой медицинской помощи, и как-то прописывается технология его работы.

В результате получается, что целая группа новых и при этом важнейших вопросов организации медицинской помощи, в том числе контроля качества и безопасности медицинской деятельности, остаётся во многих медицинских организациях за рамками работы ВК. А это, безусловно, является крайне негативным фактором в деятельности медицинской организации. Почему негативным? Да потому, что вся работа ВК достаточно чётко планируется и проверятся (должна чётко планироваться и проверяться) как самой медицинской организацией, так и внешними надзорными и контролирующими органами. Следовательно, тем вопросам, которые остаются вне поля зрения ВК, внимания уделяется существенно меньше и не всегда регулярно.

Предвидим возражения о том, что ни в Основах, ни в типовом Порядке создания и деятельности ВК нельзя прописать сколько-нибудь подробно такую функцию ВК, как организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, так как в этом случае мы непременно посягнём на «суверенитет» медицинской организации. Ведь в соответствии со статьёй 90 Основ в медицинской организации осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном её руководителем.

Ответ на подобные возражения следующий.

Никакого противоречия со статьёй 90 Основ в наших аргументах и предложени-

ях нет. В данной статье закона речь идёт о всего лишь, **о порядке осуществления** внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и только. Мы же говорим о том, что в типовом Порядке создания и деятельности ВК необходимо раскрыть **содержание такой функции ВК, как внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности,** а также и **содержание работы ВК по совершенствованию организации медицинской помощи.** В противном случае получается, что ВК обязана делать только то, что есть сейчас в типовом Порядке создания и деятельности ВК. Безусловно, это важнейшие функции ВК, но их крайне недостаточно для реализации поставленных в Основах целей создания ВК. Сегодня медицинские организации в меру своего понимания, а это понимание во всех медицинских организациях очень и очень разное, должны самостоятельно чем-то наполнить содержание таких стратегических направлений деятельности ВК, как внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности и совершенствование организации медицинской помощи. Как показывает наш опыт взаимодействия с медицинскими организациями, в действительности такого наполнения деятельности ВК, как правило, не осуществляется. И это происходит не по чьему-то злому умыслу, а по вполне объективным причинам. А важнейшая из них следующая.

Почему медицинские организации должны самостоятельно раскрывать содержание (подчёркиваем – содержание, а не порядок) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, которое сегодня внятно не раскрыто ни в Основах, ни в Порядке создания и деятельности ВК?

И опять предвидим возражения оппонентов: «Но ведь все медицинские организации реализуют «свои» специфические профильные виды медицинской деятельности. Следовательно, и содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности должно быть очень разным и специфичным». По этому поводу у нас есть следующие аргументы: «Вся специфика деятельности любой медицинской организации определяется теми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, в соответствии с которыми она работает. Содержание же внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включая его основные направления, определяется едиными для всех медицинских организаций требованиями законодательства. Все эти вопросы мы подробно рассматривали в наших многочисленных публикациях (1–13)».

Вызывает удивление и то, что в действующем типовом Порядке создания и деятельности ВК никак не упоминается о порядках оказания медицинской помощи. А упоминания о стандартах медицинской помощи хоть и есть, но без отнесения организации работы по ним к важнейшим функциям ВК.

Именно поэтому сегодня существует настоятельная необходимость переработки в части целей, функций и полномочий ВК как самих Основ, так Порядка создания и деятельности ВК.

Проблема четвёртая, рапространённая. Принимая во внимание, что сегодня цели и функции ВК весьма неполно отражены и в Основах, и в Порядке создания и деятельности ВК, это ставит в довольно сложное положение и сами надзорные органы. Ведь не совсем ясным остаётся такой вопрос: «Что, где и каким образом сегодня должна рассматривать и решать ВК (и должна ли) в дополнение к тому минимуму её функций, который обозначен в типовом Порядке создания и деятельности ВК»?

Получается, что в настоящее время федеральной нормативно-правовой базой в части регулирования деятельности ВК созданы все условия, которые вполне допускают, чтобы проверяющие и проверяемые говорили на разных языках и далеко не всегда понимали

друг друга. А эта ситуация однозначно требует необходимой коррекции.

Что делать.

Давно назрела необходимость чётко обозначить и в Основах, и в Порядке создания и деятельности ВК следующие и при этом весьма важные направления деятельности ВК, полностью соответствующие новым требованиям Основ.

Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (без малопонятной как сейчас фразы «по решению руководителя медицинской организации»).

Организация и контроль соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан.

Организация и контроль соблюдения порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

Организация и контроль соблюдения требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению).

Организация и контроль соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности.

Все указанные выше направления сегодня относятся к стратегическим направлениям работы каждой медицинской организации, и местом их рассмотрения, конечно, должен быть такой наиболее статусный орган медицинской организации, как ВК. Это будет важным шагом, направленным на совершенствование организации медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией.

Литература

1. *Пивень Д. В., Кицул И. С.* Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография. – М.: Менеджер здравоохранения. –2014. –172 с.

2. *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.

3. *Пивень Д. В., Кицул И. С.* Обеспечение прав пациента и необходимость разработки в медицинской организации соответствующих внутренних регламентирующих документов // Менеджер здравоохранения. – № 4. – 2013. – С. 6–12.

4. *Пивень Д. В., Кицул И. С.* О проблеме реализации права пациента на выбор врача и о путях ее решения в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – № 7. – 2013. – С. 15–20.

5. *Пивень Д. В., Кицул И. С.* О праве пациента на проведение консультаций врачами-специалистами по его требованию или по требованию его законных представителей //Менеджер здравоохранения. – № 10. – 2013. С. 12–17.

6. *Пивень Д. В., Кицул И. С.* О некоторых проблемах реализации Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Менеджер здравоохранения. – № 12. – 2013. – С. 6–13.

7. *Пивень Д. В., Кицул И. С.* Коррупция в медицинской организации: механизмы противодействия // Менеджер здравоохранения. – № 2. – 2014. – С. 6–12.

8. *Пивень Д. В., Кицул И. С.* Качество медицинской помощи или качество и безопасность медицинской деятельности: что же сегодня всё-таки контролируется в медицинских организациях? // Менеджер здравоохранения. – № 5. – 2014. – С. 15–22.

9. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Обращение медицинских изделий в медицинской организации: многочисленные проблемы нормативного регулирования, или что должен делать главный врач. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. – № 7. – 2014. – С. 15–22.
10. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Обращение медицинских изделий в медицинской организации: многочисленные проблемы нормативного регулирования, или что должен делать главный врач. Часть 2 // Менеджер здравоохранения. – № 8. – 2014. – С. 6–11.
11. *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.
12. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Работа с обращениями граждан в медицинской организации как один из важнейших индикаторов качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 2. – 2015. – С. 6–12.
13. *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.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S. ***The role of medical panel in providing medical aid: why is it not fulfilled in the total capacity and what the action plan should be*** *(Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Irkutsk, Russia)*

Abstract. The article demonstrates and proves that in most of the medical organizations today medical panels do not play a leading role in the activities aimed to enhance the provision of medical aid. Authors draw attention to the issues of incomplete development of panel's responsabilities and functional described in the Federal Law dated 21 November 2011 N 323-FL «On the principals of Health Protection of citizens of Russian Federation» and in the Order on creation and conducting medical panels in a medical organization, certified by the Order of Russian Ministry of Health Care and Social Development dated 05.05.2012. № 502. Authors suggested and justified additions and changes, which these documents must include.

Keywords: *medical panel, provision of medical aid, medical organizations, quality and safety control of the medical activity.*

Инновации в здравоохранении

FDA ОДОБРИЛА НАПЕЧАТАННОЕ НА 3D ПРИНТЕРЕ ЛЕКАРСТВО

Администрация по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) впервые разрешила продажу лекарственного средства, для производства которого используется 3D принтер. Новая технология в будущем позволит выпускать препараты, адаптированные к потребностям каждого пациента.

Одобренный FDA препарат Спритам (Spritam) выпускается компанией Aprecia Pharmaceuticals для перорального применения при терапии эпилепсии. При выпуске ЛС используется технология ZipDose, которая с помощью 3D печати формирует пористые таблетки с фиксированной дозировкой ЛС. Таблетки предназначены для растворения в малом количестве воды.

Ожидается, что в продажу лекарственное средство поступит в первом квартале 2016 года.

Источник: ***Medscape***

В. И. Горбачев,
доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача, руководитель Регионального сосудистого центра ГБУЗ ИГОКБ, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ДПО ИГМАПО. gorbachevvi@yandex.ru
П. Е. Дудин,
кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ ИГОКБ. iokb@iokb.ru
А. В. Лохов,
врач анестезиолог-реаниматолог Регионального сосудистого центра ГБУЗ ИГОКБ, аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ДПО ИГМАПО. prigotskiy@yandex.ru

РУКОВОДИТЕЛЬ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА – ЭВОЛЮЦИЯ ДОЛЖНОСТИ В ПРИКАЗАХ

УДК 614.256
Горбачев В. И., Дудин П. Е., Лохов А. В. ***Руководитель регионального сосудистого центра – эволюция должности в приказах*** *(ГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница»; ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава РФ)*

Аннотация. В работе рассмотрены основные приказы Министерства здравоохранения и социального развития и в дальнейшем Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующие основные принципы реализации федеральной программы по оказанию помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в части деятельности руководителя регионального сосудистого центра.

Ключевые слова: *приказы, руководитель регионального сосудистого центра.*

В исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 февраля 2008 г. № 83н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, от 7 июля 2009 г. № 415 от 29 декабря 2007 года, № 1012 «О финансовом обеспечении в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» в нашей стране началась организация отделений для оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

Базовым документом организации медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) явился приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 июля 2009 г. № 389н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения». В данном приказе были даны предпосылки для организации региональных сосудистых центров, озвученные ранее на различных совещаниях и научно-практических конференциях. В первую очередь это касалось п. 17., в котором было прописано следующее: специализированная хирургическая помощь, в том числе высокотехнологичная, больным с ОНМК может оказываться в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ), на базе которого организовано отделение, при условии наличия лицензии и специалистов соответствующего профиля, специалистами выездной бригады

© В. И. Горбачев, П. Е. Дудин, А. В. Лохов, 2015 г.

ЛПУ субъекта Российской Федерации. При наличии медицинских показаний больной с ОНМК переводится в профильное отделение ЛПУ субъекта Российской Федерации.

Официальное изменение данного пункта было осуществлено в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 апреля 2011 г. № 357н, где акцент ставился уже на наличие Регионального сосудистого центра: специализированная хирургическая помощь, в том числе высокотехнологичная, больным с ОНМК может оказываться в медицинской организации, на базе которого организовано Отделение, при условии наличия лицензии и специалистов соответствующего профиля, специалистами выездной бригады регионального сосудистого центра и (или) медицинской организации субъекта Российской Федерации. При наличии медицинских показаний больной с ОНМК переводится в профильное отделение регионального сосудистого центра, деятельность которого осуществляется в соответствии с Положением об организации деятельности регионального сосудистого центра (приложение № 6 к настоящему Порядку), и (или) медицинской организации субъекта Российской Федерации.

В данном приложении были прописаны четкие организационные и функциональные регламенты регионального сосудистого центра. Здесь же обсуждается и должность руководителя Центра. Касательно этой должности основополагающими являются пункты 4–6 приложения. Считаем целесообразным их цитирование:

Пункт 4. Руководство центром осуществляется руководителем центра – заместителем главного врача медицинской организации, который назначается на должность и освобождается от должности руководителем медицинской организации, на базе которого создан Центр, по согласованию с органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Пункт 5. На должность руководителя Центра назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н, по специальностям: «неврология» или «нейрохирургия», или «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Пункт 6. Руководитель Центра по согласованию с главным врачом медицинской организации, на базе которой функционирует Центр, определяет порядок взаимодействия структурных подразделений Центра.

Главным из вышесказанного является то, что руководитель Центра – это заместитель главного врача медицинской организации, где организуется Центр, также перечень специальностей его профессиональной подготовки.

На следующем этапе появляется приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 апреля 2011 г. № 362н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 сентября 2009 г. № 599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля», кардинально меняющий исходный.

И следует сказать, что данный приказ обосновывает организацию Регионального сосудистого центра, но уже кардиологического профиля. И в положении об организации деятельности регионального сосудистого Центра (приложение № 5) в п. 5. в должности руководителя РСЦ рассматривается специалист по профилям: «кардиология», «эндоваскулярная диагностика и лечение», «сердечно-сосудистая хирургия», «организация здравоохранения и общественное здоровье».

В связи с рядом писем регламентного характера, ограничивающих наличие заместителей у главных врачей, большинство администраторов (главных врачей медицинских

организаций) пошли на совмещение этих должностей. Тем более, в это время сосудистая программа до конца завершена не была и регионы вступали в нее постепенно. Естественно, объединяющей специальностью для руководителя РСЦ стала «организация здравоохранения и общественное здоровье», позволяющая объединить «под одной крышей» неотложную кардиологическую помощь при остром коронарном синдроме и помощь больным с острым нарушением мозгового кровообращения.

Именно эта специальность позволяла любым врачам, являющимся руководителем РСЦ, пройти профессиональную переподготовку в течение соответствующего промежутка времени, и самое главное – без отрыва от производства, то есть с сохранением заработной платы, заниматься данным видом руководящей деятельности.

Проблемы у руководителей РСЦ и, соответственно, у главных врачей медицинских организаций возникли с выходом последних приказов МЗ РФ:

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» и вышедший в это же время приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Не будем останавливаться на всех спорных моментах, а только на должности руководителя РСЦ. В соответствии с приказом № 928 в приложении № 6 происходят интересные изменения.

Цитируем:

Пункт 3. Руководство Центром осуществляется руководителем Центра – заместителем главного врача медицинской организации, который назначается на должность и освобождается от должности руководителем медицинской организации, в которой создан Центр.

Пункт 4. На должность руководителя Центра назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н, по специальностям «неврология» или «нейрохирургия».

Следовательно, специальность «организация здравоохранения и общественное здоровье» благополучно исчезает, и руководителем РСЦ может быть только работающий специалист неврологического профиля, но хотя бы в должности заместителя главного врача, и даже не по всей неврологии и нейрохирургии, а только по ОНМК. И, естественно, специалист, имеющий сертификат специалиста – организатора здравоохранения, не может находиться на этой должности. Еще больший поворот осуществляется в приказе № 918н, отменяющем наряду со всеми предыдущими и № 362н приказ.

В нем такая структура, как РСЦ, благополучно исчезает, но появляется просто сосудистый центр. Цитируем данный приказ с позиций, касающихся организации сосудистого центра и, естественно, его руководителя по пунктам 3–5 (Приложение № 14):

Пункт 3. Центр создается для оказания специализированной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом.

Пункт 4. Руководство Центром осуществляется руководителем Центра, который назначается на должность и освобождается от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создан Центр.

Пункт 5. На должность руководителя Центра медицинской организации назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социаль-

ного развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н, по специальностям «организация здравоохранения и общественное здоровье», «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» или «рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение».

Таким образом, кардиологический центр уже не является региональным, руководитель может быть организатором здравоохранения, но не в должности заместителя главного врача. Более интересная ситуация вырисовывается при оценке штатного расписания данного сосудистого центра.

Для этого приводим штатное расписание кардиологического сосудистого центра (Приложение № 15 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 918н).

Рекомендуемые штатные нормативы сосудистого центра

N п/п	*Наименование должности*	*Количество должностей*
1.	Руководитель сосудистого Центра – врач-методист, врач-кардиолог, врач-сердечно-сосудистый хирург, врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению	1
2.	Главная медицинская сестра	1
3.	Врач-статистик	1
4.	Врач-методист	1

Что делать дальше? В соответствии с пунктами 1–337 статьи Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» данные порядки обязательны к исполнению. Специалисты, допущенные к занятию должности руководителя Центра – заместителя главного врача медицинской организации, в период действия данного приказа, которые могут продолжать работать в должности руководителя Центра, – заместителя главного врача медицинской организации, обязаны получить сертификат до конца 2015 года (статья 100 № 323-ФЗ) по специальности «неврология» или «нейрохирургия», а в дальнейшем пройти аккредитацию.

Если у руководителя РСЦ нет образования по специальностям «неврология» или «нейрохирургия», а их по Российской Федерации больше 50% (конфиденциальная информация), что делать?

В случае недостаточности профессиональных знаний и навыков руководителя Центра – заместителя главного врача медицинской организации, в сложившейся ситуации корректнее принятие решения об их переподготовке, финансовое обеспечение которой может быть осуществлено за счет средств медицинского учреждения, а не личных средств работника. Однако, профессиональная переподготовка по неврологии – это минимум интернатура, которая в соответствии со статьей 100 № 323-ФЗ заканчивается в 2016 году, про специальность нейрохирургия даже не пишем (интернатура по хирургии и ординатура по нейрохирургии, приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415).

Если руководителя РСЦ отправляют в интернатуру по неврологии? Руководитель лишается на время прохождения интернатуры занимаемой должности, так как интернатура предусмотрена только с полной занятостью, по действующему трудовому кодексу (статья 200) ученический договор заключается на срок, необходимый для получения данной квалификации (в ред. Федерального закона от 02.07.2013 № 185-ФЗ). В соответствии со

ст. 187 ТК РФ при направлении работодателем работника на профессиональное обучение или дополнительное профессиональное образование с отрывом от работы за ним сохраняются место работы (должность) и средняя заработная плата по основному месту работы. Работникам, направляемым на профессиональное обучение или дополнительное профессиональное образование с отрывом от работы в другую местность, производится оплата командировочных расходов в порядке и размерах, которые предусмотрены для лиц, направляемых в служебные командировки (в ред. Федерального закона от 02.07.2013 № 185-ФЗ).

Таким образом, если центр был организован до отмены приказа 357н, а руководитель центра имеет специальность «организация здравоохранения и общественное здоровье», то собственно сам центр и его руководитель нарушают новый приказ № 928н.

В приказе № 918н об оказании помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями такого термина, как Региональный сосудистый центр, больше не существует. В структуре медицинской организации предлагается создавать сосудистый центр, руководителем которого может являться, судя по штатному нормативу, даже врач-методист.

Далее, если сосудистый центр был организован по 362н приказу и его руководитель был заместителем главного врача медицинской организации, на базе которой создавался Региональный сосудистый центр, теперь же, по приказу № 918н, руководитель центра больше заместителем главного врача быть не может.

Следует дополнительно остановиться на приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 331 от 11 июля 2008 г. «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», в настоящее время являющимся действующим. Отчетность, предоставляемая в соответствии с данным приказом, объединяет показатели и по острому коронарному синдрому, и по острым нарушениям мозгового кровообращения всех медицинских организаций региона, участвующих в реализации сосудистой программы, и подписывается также руководителем Регионального сосудистого центра.

Подводя итоги анализа приказов только по руководству сосудистым центром, вполне возможны несоответствия занимаемой должности в связи с нарушением новых приказов. Что делать человеку, если он уже назначен руководителем сосудистого центра, но специальности соответствующего профиля не имеет? Выходом из создавшейся ситуации является получение руководителем подходящей под новые приказы специальности путем прохождения интернатуры, соответственно, центр остается на год обучения без руководителя, а главный врач организации – без заместителя по данному профилю.

Если описывать это простым, не юридическим языком, главный врач организации понесет серьезные финансовые расходы, связанные с обучение такого руководителя:

1. Сохранить за ним среднемесячную заработную плату, минимум на 12 месяцев.

2. На время обучения найти заместителя руководителя, которому тоже необходимо платить заработную плату и который уйдет при возвращении обучаемого.

3. Оплатить интернатуру либо ординатуру руководителю сосудистого центра.

Тем более, обучение в интернатуре и ординатуре подразумевает увольнение с предыдущего места работы и передачу трудовой книжки в образовательное учреждение.

Поставим себя на место главного врача, нужны ли нам такие траты?

Не будет ли проще и дешевле уволить предыдущего руководителя, так как он не соответствует занимаемой, по новым приказам, должности? Однако, как известно, приказы обратной силы не имеют, соответственно,

увольнение такого сотрудника будет считаться незаконным. Теоретически, на территории РФ в некоторых субъектах могут существовать такие Центры, в которых руководитель нарушает новые приказы. Допустим, если медицинская организация не обладает финансовыми возможностями на получение руководителем центра новой специальности, то обратной стороной данной проблемы будут являться серьезные претензии со стороны надзирающих органов (Росздравнадзор и др.) за неподобающее исполнение приказов № 928н и № 918н. и др.

Данная проблема нами увидена со стороны специалистов не полностью неврологов, а и врачей, имеющих неврологическое образование (интернатура или ординатура) и соответствующие сертификаты по данному профилю, но основная работа не по специальности «неврология» или «нейрохирургия», а например, «анестезиология и реаниматология».

Заключение. В данной аналитической работе не может быть никаких выводов, мы увидели проблему и попытались ее сформулировать, однако решения ее мы в настоящее время не видим. В связи с этим просто предлагаем это обсудить на форуме, объединяющем специалистов данного профиля.

UDC 614.256
Gorbachev V.I., Dudin P.E., Lohov A.V. ***The head of the regional vascular center – the evolution of positions in the orders*** *(Irkutsk regional hospital, Irkutsk state medical academy of postgraduate education)*

Annotation. the paper describes the main orders of the Ministry of health and social development in the future of the Ministry of health of the Russian Federation regulating the basic principles of the Federal program in providing care to patients with cardiovascular diseases in our work at the head of the regional vascular center.

Keywords: *orders, head of the regional vascular center.*

Здравоохранение-2015

МИНЗДРАВ УЖЕСТОЧИТ НАКАЗАНИЕ ЗА ЗАВЫШЕНИЕ ЦЕН НА ЛЕКАРСТВА ИЗ ПЕРЕЧНЯ ЖНВЛП

Министр здравоохранения Вероника Скворцова поручила подготовить законопроект об усилении ответственности аптечных организаций в случае необоснованного завышения цен на указанные препараты, вплоть до прекращения действия и изъятия ранее выданной лицензии.

В частности, новый законопроект должен будет наделить Росздравнадзор полномочиями по принятию административных решений по приостановлению действия лицензии и аннулированию лицензии в случае установления нарушений лицензионных требований, в том числе при превышении стоимости лекарственных препаратов из списка ЖНВЛП.

Сейчас специалисты Минздрава и Росздравнадзора проводят работу по созданию централизованной системы государственного контроля в сфере здравоохранения, предусматривающей перераспределение полномочий, в том числе по осуществлению лицензионного контроля за аптечными организациями.

Источник: ***Пресс-служба Минздрава России***

М. А. Иванова,
д.м.н., профессор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт информатизации и организации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия.
Т. А. Соколовская,
к.м.н., ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт информатизации и организации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия.

УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ВРАЧАМИ-РАДИОЛОГАМИ, РАДИОТЕРАПЕВТАМИ И ОНКОЛОГАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРИОД С 2011 Г. ПО 2015 Г.

УДК 614.25
Иванова М.А., Соколовская Т.А. ***Укомплектованность медицинских организаций и их поликлинических отделений врачами-радиологами, радиотерапевтами и онкологами в Российской Федерации за период с 2011 г. по 2015 г.*** *(ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт информатизации и организации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва)*

Аннотация. Анализ укомплектованности поликлинических отделений медицинских организаций Российской Федерации *врачами-радиотерапевтами* показал ее рост на 11,53% при сокращении в целом по медицинским организациям на 9,8%, укомплектованность врачами-радиологами сократилась на 6,3 и 4,0% соответственно. Наиболее низкая укомплектованность врачами-радиотерапевтами в Северо-Кавказском ФО, *радиологами* – в Южном ФО. Укомплектованность врачами-онкологами медицинских организаций в целом сократилась на 2,1%, поликлинических отделений – на 1,2%.

Ключевые слова: *укомплектованность, территории, поликлинические отделения медицинских организаций, врачи-радиологи, врачи-радиотерапевты, врачи-онкологи.*

Актуальность: Своевременность выявления различных патологических состояний зависит от материально-технического и квалифицированного кадрового обеспечения медицинских организаций, оснащенности современной технологией диагностического процесса [1–3]. Новые открытия и достижения в области приводят не только к излечению заболеваний, но повышению эффективности лечебно-диагностического процесса [4–9]. Вопросы охраны здоровья граждан получили свое отражение и в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ [10].

Цель исследования: Изучить обеспеченность врачами-онкологами, врачами-радиологами и врачами-радиотерапевтами в различных субъектах Российской Федерации.

Материал и методы: Методом описательной статистики проведен анализ данных форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за период с 2011 г. по 2014 г.

© М.А. Иванова, Т.А. Соколовская, 2015 г.

Результаты и их обсуждение: По данным федерального статистического наблюдения, укомплектованность медицинских организаций в целом врачами-радиологами и врачами-онкологами практически равная, с небольшим преобладанием радиотерапевтов. Однако за последние три года укомплектованность врачами-радиотерапевтами сократилась на 9,8%. Меньше всего сократилась укомплектованность врачами-онкологами (2,1%). Темпы снижения укомплектованности медицинских организаций специалистами в целом по России представлены в *таблице 1.*

Таблица 1

Укомплектованность медицинских организаций в целом по Российской Федерации врачами-радиологами, врачами-радиотерапевтами и врачами-онкологами в 2011–2014 гг.

Специалисты	в целом по учреждению				Темпы снижения/ роста (в %)
	2011	2012	2013	2014	
Врачи-радиологи	91,5	89,4	88,5	87,8	- 4,0
Врачи-радиотерапевты	-	99,3	95,1	89,6	-9,8
Врачи-онкологи	91,0	89,5	89,3	89,1	-2,09

Следует отметить, что более половины (75,3%) территорий страны в целом по медицинским организациям не имеют *врачей-радиотерапевтов*.

Поэтому за анализируемый период произошел рост укомплектованности поликлинических отделений также врачами-радиотерапевтами на 11,5%. Укомплектованность врачами-радиологами и врачами-онкологами всего сократилась на 6,3 и 1,15 соответственно. Динамика показателей в целом по России представлена в *таблице 2.*

Таблица 2

Укомплектованность поликлинических отделений медицинских организаций Российской Федерации врачами-радиологами, врачами-радиотерапевтами и врачами-онкологами в 2011–2014 гг.

Специалисты	по поликлинике				Темпы снижения/ роста (в %)
	2011	2012	2013	2014	
Врачи-радиологи	92,4	80,0	82,8	86,6	-6,3
Врачи-радиотерапевты	-	75,0	96,8	83,6	+11,5
Врачи-онкологи	87,0	85,0	85,5	86,0	-1,15

Снижение укомплектованности *врачами-радиотерапевтами* характерно для всех федеральных округов, в то время как укомплектованность специалистами отмечается лишь в Крымском ФО. Высокие показатели укомплектованности медицинских организаций данными специалистами в Уральском (94,0%), Сибирском (91,3%) и Северо-Западном (89,8%) федеральных округах. Наиболее низкая – в Северо-Кавказском ФО, полная неукомплектованность врачами-радиотерапевтами – в Южном и Дальневосточном ФО *(табл. 3).*

Таблица 3

Укомплектованность врачами-радиотерапевтами в целом по медицинской организации в различных федеральных округах страны за период 2011–2015 гг.

Субъекты федерации	в целом по учреждению				Темпы снижения/ роста (в %)
	2011	2012	2013	2014	
Российская Федерация	-	***99,3***	***95,1***	***89,6***	***-9,8***
Центральный ФО	-	—	98,0	66,7	-31,9
Северо-Западный ФО		96,8	96,2	89,8	-7,2
Южный ФО		-	-	-	-
Северо-Кавказский ФО		100,0	-	61,5	-38,5
Приволжский ФО		100,0	100,0	83,7	-16,3
Уральский ФО		100,0	97,0	94,0	-6,0
Сибирский ФО		100,0	87,1	91,3	-8,7
Дальневосточный ФО		-	-		-
Крымский ФО			-	100,0	

На фоне снижения укомплектованности радиотерапевтами в целом по медицинской организации в поликлинических отделениях за последние три года она выросла до 11,53%. Основная часть территорий (90,6%) в поликлинических отделениях не имеет подготовленных *врачей-радиотерапевтов (табл. 4).*

Таблица 4

Укомплектованность врачами-радиотерапевтами в поликлинических отделениях медицинских организаций в различных федеральных округах страны за период 2011–2015 гг.

Субъекты федерации	в поликлинике				Темпы снижения/ роста (в %)
	2011	2012	2013	2014	
Российская Федерация	—	***75,0***	***96,8***	***83,6***	***+11,5***
Центральный ФО	—	-	100,0	40,0	- 60,0
Северо-Западный ФО	-	75,0	75,0	58,3	-22,3
Южный ФО	-	-	-	-	-
Северо-Кавказский ФО	-	-	-	-	0
Приволжский ФО	-	-	-	36,4	
Уральский ФО	-	-	100,0	89,5	-10,5
Сибирский ФО	-	-	-	100,0	
Дальневосточный ФО	-	-	-	-	
Крымский ФО	-	-	—	-	-

Лишь в одной четверти территорий медицинские организации и их поликлинические отделения имеют стабильную укомплектованность *врачами-радиологами*. В большинстве территорий страны сократилась укомплектованность специалистами, за исключением Северо-Кавказского, где, напротив, данный показатель вырос на 18,0% *(табл. 5).*

Таблица 5

Укомплектованность врачами-радиологами в целом по медицинской организации в различных федеральных округах страны за период 2011–2015 гг.

Субъекты федерации	в целом по учреждению				Темпы снижения/ роста (в %)
	2011	2012	2013	2014	
Российская Федерация	*91,5*	*89,4*	*88,5*	*87,8*	*- 4,0*
Уральский ФО	99,0	95,5	97,4	94,5	- 4,5
Сибирский ФО	98,1	94,9	95,8	95,0	- 3,2
Северо-Кавказский ФО	67,6	61,3	71,7	79,8	+ 18,0
Приволжский ФО	95,0	94,2	91,9	90,6	- 4,6
Северо-Западный ФО	86,8	87,3	88,4	85,8	- 1,2
Дальневосточный ФО	98,6	95,0	5,9	92,4	- 6,3
Центральный ФО	90,8	87,7	84,6	85,9	- 5,4
Южный ФО	81,1	81,3	79,3	79,2	- 2,3
Крымский ФО				86,5	

Следует отметить, что в поликлинических отделениях медицинских организаций высокая укомплектованность врачами-радиологами в Сибирском (95,0%), Уральском (94,5%), Северо-Кавказском (до 95,8%) и Приволжском (до 90,0%) федеральных округах страны. На территории других округов она ниже среднестатистического уровня *(табл. 6)*.

Таблица 6

Укомплектованность врачами-радиологами в поликлинических отделениях медицинских организаций в различных федеральных округах страны за период 2011–2015 гг.

Субъекты федерации	в поликлинике				Темпы снижения/ роста (в %)
	2011	2012	2013	2014	
Российская Федерация	92,4	80,0	82,8	86,6	-6,3
Уральский ФО	99,1	100,0	100,0	100,0	+ 0,9
Сибирский ФО	87,2	91,7	96,5	100,0	+14,7
Северо-Кавказский ФО	95,2	95,2	95,2	95,8	+0,6
Приволжский ФО	89,0	83,0	89,1	90,0	+1,1
Северо-Западный ФО	93,2	36,0	43,7	85,7	- 8,0
Дальневосточный ФО	100,0	85,7	100,0	87,5	- 12,5
Центральный ФО	93,9	80,2	79,0	84,7	-9,8
Южный ФО	83,1	74,6	84,8	78,8	- 5,2
Крымский ФО			-	60,0	

На 40,0% территории страны медицинские организации имеют полную укомплектованность специалистами, в 28,2% – ниже среднероссийского показателя, в 22,0% – превысили его уровень.

В более одной трети территории страны поликлинические отделения имеют полную укомплектованность врачами-радиологами.

За анализируемый период укомплектованность медицинских организаций вра-

чами-онкологами уменьшилась на 2,1%. Снижение данного показателя является характерным практически для федеральных округов, за исключением Северо-Кавказского и Дальневосточного, где она выросла на 6,9 и 2,1% соответственно. Максимальное снижение произошло в Приволжском ФО (–4,9%). Динамика укомплектованности врачами-онкологами представлена в *таблице 7*.

Таблица 7

Динамика укомплектованности медицинских организаций Российской Федерации врачами-онкологами всего за период 2001–2014 гг. (в %)

Субъекты	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*Темпы снижения/ роста (в %)*
Российская Федерация	***91,0***	***89,5***	***89,3***	***89,1***	***-2,1***
Центральный ФО	91,1	87,6	87,4	88,3	-3,1
Северо-Западный ФО	92,1	91,7	92,2	91,1	-1,1
Южный ФО	85,0	84,6	85,9	83,3	-2,0
Северо-Кавказский ФО	80,7	81,1	84,9	86,3	+6,9
Приволжский ФО	92,0	91,2	89,7	87,5	-4,9
Уральский ФО	96,2	92,3	91,7	94,2	-2,1
Сибирский ФО	92,7	92,6	91,5	92,4	-0,3
Дальневосточный ФО	90,9	92,0	91,6	92,8	+2,1
Крымский ФО				89,6	

В поликлинических отделениях медицинских организаций в целом по стране также произошло снижение укомплектованности врачами-онкологами на 1,2%. Данная тенденция характерна практически для половины федеральных округов, для другой половины округов характерен рост *(табл. 8)*.

Таблица 8

Динамика укомплектованности поликлинических отделений медицинских организаций Российской Федерации врачами-онкологами всего за период 2001–2014 гг. (в %)

Субъекты	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*Темпы снижения/ роста (в %)*
Российская Федерация	87,0	85,0	85,5	86,0	- 1,2
Центральный ФО	86,8	83,2	85,3	87,2	+ 0,5
Северо-Западный ФО	90,0	88,0	87,8	87,5	- 2,8
Южный ФО	80,3	78.9	83,8	80,9	+0,8
Северо-Кавказский ФО	81,3	77,5	81,6	82,6	+1,6
Приволжский ФО	88,5	87,4	84,5	84,7	-4,3
Уральский ФО	92,7	89,4	88,8	88,3	- 4,8
Сибирский ФО	87,7	87,3	86,5	88,2	+0,6
Дальневосточный ФО	83,8	86,0	85,3	89,1	+6,3
Крымский ФО				80,0	

Выводы:

Более половины (75,3%) территории страны в целом по медицинским организациям не имеют *врачей-радиотерапевтов*, в то время как в поликлинических отделениях за последние три года укомплектованность врачами-радиотерапевтами выросла на 11,53%. В большинстве субъектов (90,6%) поликлинические отделения не укомплектованы данными специалистами.

Превалируют территории страны, где сократилась укомплектованность *радиологами*, за исключением Северо-Кавказского ФО, где, напротив, данный показатель вырос на 18,0%. В более одной трети территории страны поликлинические отделения имеют полную укомплектованность врачами-радиологами.

За анализируемый период укомплектованность медицинских организаций *врачами-онкологами* уменьшилась на 2,1%. Снижение данного показателя является характерным практически для всех федеральных округов, за исключением Северо-Кавказского и Дальневосточного, где она выросла на 6,9 и 2,1% соответственно. В то время как в поликлинических отделениях рост укомплектованности врачами-онкологами регистрируется в Центральном, Южном, Северо-Кавказском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах на фоне сокращения данного показателя в целом по стране на 1,2%.

Литература

1. *Павлов А.С.* Основные направления развития системы последипломной подготовки радиологов / Павлов А.С., Костромина К.И. // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2006. – Т. 5. – № 1. – С. 77–80.

2. *Нгуен Хань Куок.* Интеграция системы PACS с обучающей лабораторией // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2013. – Т. 16. – № 2. – С. 8–24.

3. *Иванова И.В.* Использование компьютерных программ для просмотра медицинских изображений в педагогическом процессе / Иванова И.В., Привалов Е.Г. – 2012. – № 4. – С. 131–133.

4. *Стародубов В.И.* Доказательная медицина и менеджмент в здравоохранении / В.И. Стародубов, Ступаков И.Н., Самордская И.В. – Учебное пособие для слушателей факультетов повышения квалификации (по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». – М.: Изд-во НЦССХ им.А.Н. Бакулева РАМН, 2006. – 165 с.

5. Результаты оценки деятельности службы лучевой диагностики в Новосибирской области (по данным статистики) / Кривушкина Е.В., Иванинский О.И., Шалыгина Л.С., Шарапов И.В., Шаманская Ю.А. // Медицина и образование в Сибири. – 2013. – № 4. – с. 56.

6. Компьютер-ассоциированная диагностика узловых образований в легких (обзор литературы) / Спринджук М.В., Ковалева В.А., Снежко Э.В., Дмитрук А.А., Богуш А.Я., Хоружик С.А. // Приволжский онкологический вестник. – 2010. – № 4. – С. 82–93.

7. *Венидиктова Д.Ю.* Персональный компьютеризированный мониторинг мобильной системой JAWBONEUP как объективная обратная связь в системе врач – пациент в диагностике метаболического синдрома // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. –. Т 4. – № 5. – С. 542.

8. Новый цифровой рентгенодиагностический аппарат АРФА-Ц / Владимиров Л.В., Кантер Б.М., Лыгина В.А., Щетинин В.В., Черний А.Н., Ратобыльский Г.В., Серова Е.В. // Вестник медицинского стоматологического института. – 2008. – № 4. – С. 57–59.

9. *Камсалов И.И.* Организационные вопросы профилактических исследований легких / Камалов И.И., Ахмадеев Р.Р. // Вестник современной клинической медицины. – 2011. – Т. 4. – № 1. – С. 47–48.
10. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

UDC 614.25
Ivanova M.A., Sokolovskaya T.A. ***Staffing level of Russian medical organizations and their outpatient department's with medical staff: radiologists, radiotherapists and oncologists in the period between 2011 to 2015*** *(Federal Research Institute for «Health organization and informatics» of Ministry of health of the Russian Federation, Moscow)*

Annotation. The analysis of completeness of polyclinic offices of the medical organizations of the Russian Federation by doctors-radio therapists showed its growth by 11,53% at reduction in general to the medical organizations for 9,8%, completeness was reduced by doctors-radiologists by 6,3 and 4,0% respectively. The lowest completeness doctors-radio therapists in North Caucasus federal district, radiologists – in Southern Federal District.

Keywords: *completeness, territories, polyclinic offices of the medical organizations, doctors-radiologists, doctors-radio therapists, radiologists.*

В МОСКВЕ ПРОЙДЕТ 14-Й ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЕ (ECIM 2015)

Дата и место проведения: С 14 по 16 октября 2015 года в МВЦ «Крокус Экспо»

Организатор: Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ) и Европейская федерация внутренней медицины (EFIM).
Решение о проведении данного мероприятия в Российской Федерации было принято на заседании административного совета Европейской федерации внутренней медицины (EFIM), прошедшем в Тель-Авиве (Израиль). Мероприятие подобного уровня в области терапии будет проводиться в нашей стране впервые за все годы существования отечественной медицины.

В работе конгресса примут участие: президент EFIM Ф. Бош (Нидерланды), предыдущие президенты EFIM Р. Пужоль (Испания) и М.Д. Капеллини (Италия), избранный президент EFIM Р. Паллсон (Исландия), генеральный секретарь EFIM П. Конт (Испания), ассоциированный секретарь EFIM Я.В. Элт (Нидерланды), президент Американской коллегии терапевтов Д. Флеминг (США), генеральный секретарь Всемирного общества внутренней медицины Х.П. Колер (Швейцария), руководство Обществ терапевтов из 34 стран-членов EFIM.

Основные направления научной программы Конгресса:

- Широкий спектр заболеваний внутренних органов (кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, нефрология, неврология, ревматология, гематология, эндокринология, инфекционные заболевания)
- Внутренняя медицина без границ в Европе
- Новые тенденции в диагностике и лечении серьезных заболеваний
- Последние достижения в области фармакологии и использовании лекарств, гиподиагностика расстройств
- Сопутствующие заболевания и полиморбидность
- Редкие заболевания
- Геронтологические проблемы и паллиативная медицина
- Клинические исследования по внутренней медицине
- Регистры в терапии
- Совместное заседание с ISIM, EAT, пленарные заседания, семинары, круглые столы, встречи экспертов, Pro и Contra дебаты, лекции

Контакты: ООО «КСТ Интерфорум», телефон: +7 (495) 518–26–70
электронная почта: mail@interforum.pro, http://www.congress2015.rnmot.ru/ru
http://www.efim2015.org/

К.В. Кушнир,
к.м. н., начальник Центра лучевых методов диагностики ФКУЗ «Главный клинический госпиталь Министерства внутренних дел Российской Федерации», ассистент кафедры лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России. E-mail: kushnyr@yandex.ru

СИСТЕМА МОТИВАЦИИ СОТРУДНИКОВ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

УДК 614.25

Кушнир К.В. ***Система мотивации сотрудников в управлении качеством и эффективностью лучевой диагностики*** *(ФКУЗ «Главный клинический госпиталь Министерства внутренних дел Российской Федерации»; Центр лучевых методов диагностики)*

Аннотация. Определены основные факторы мотивации качественной и эффективной работы врачей и среднего медперсонала подразделений лучевой диагностики. Использовалась методика мотивационного тестирования и моделирования Ричи Ш. и Мартина П., которая выделяет 12 основных факторов мотивации. Для выявления мотивационных факторов проанализированы результаты анкетирования 56 сотрудников отделений лучевых методов диагностики. В построении систем мотивации необходим различный подход для врачей (стимуляция творческого подхода и чувства полезности работы) и среднего медицинского персонала (материальное стимулирование с четкими критериями оценки работы).

Ключевые слова: *методика мотивационного тестирования и моделирования Ричи Ш. и Мартина П., мотивационные профили, стимулирование качественной работы.*

Персонал составляет основу любой организации, и его участие во внедрении системы менеджмента качества позволяет увеличить экономическую эффективность деятельности, наиболее выгодно используя способности, знания и умения работников. Под вовлеченностью персонала в процесс внедрения непрерывного управления качеством понимается задействованность, заинтересованность и включение в процесс [1].

Система материальной и нематериальной мотивации является очень важным фактором, влияющим на качество, производительность, рабочее поведение персонала и в итоге на эффективность диагностической работы в целом [2]. Эффективная система мотивации позволяет снизить текучесть персонала, что особенно важно в отношении высококвалифицированных сотрудников.

Целью данной работы было определение основных факторов мотивации качественной и эффективной работы врачей и среднего медперсонала подразделений лучевой диагностики.

Для решения этой задачи использовалась методика мотивационного тестирования и моделирования Ш. Ричи и П. Мартина [3], которая выделяет 12 основных факторов мотивации:

1. Потребность в высоком заработке, материальном вознаграждении и материальных благах.

© К.В. Кушнир, 2015 г.

2. Потребность в комфортных физических условиях работы.

3. Потребность в структурировании работы, обратной связи и информации о собственной работе, снижение степени неопределенности, связанной с работой.

4. Потребность в социальных контактах на уровне легкого общения с большим кругом людей.

5. Потребность в устойчивых длительных взаимоотношениях: в тесных взаимосвязях с небольшой группой людей.

6. Потребность в признании заслуг и обратной связи (отзывах о своей работе): приобретение общественной значимости.

7. Потребность в достижении и в постановке для себя дерзких, вызывающих целей.

8. Потребность во влиятельности и установлении контроля над другими.

9. Потребность в разнообразии и переменах, т.е. желание постоянно испытывать стимулирующий интерес.

10. Потребность в пытливости, креативности и широте взглядов.

11. Потребность в самостоятельности, независимости и самосовершенствовании своей личности.

12. Потребность в изначально интересной и полезной для общества благодарной работе.

В данном исследовании проанализированы мотивационные профили 56 сотрудников отделений лучевой диагностики. Все сотрудники были разделены на 2 группы: врачи (32) и средний медицинский персонал (24). Исследования показали достаточно близкие показатели по мотивационным профилям внутри каждой группы, что говорит о сложившейся корпоративной культуре и определенных системах ценностей и правил, принятых в данном профессиональном сообществе. Несмотря на небольшой объем выборки, величина среднеквадратичного отклонения была невысокой (0,3–0,8 для разных факторов) и, согласно номограмме Альтмана [4], обеспечивала высокую достоверность (60–80%).

На *рисунке 1* показан обобщенный мотивационный профиль среднего медицинского персонала. Ведущим фактором является потребность в материальном вознаграждении (первый фактор). Как показывает практика, руководство такими сотрудниками – это необходимость постоянного контроля, так как целесообразность любых своих усилий они рассматривают через призму возможного заработка.

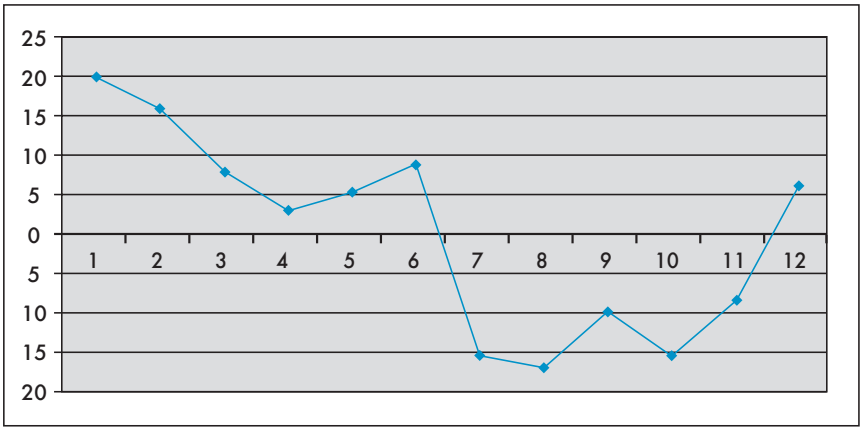


Рис. 1. **Мотивационный профиль среднего медицинского персонала**

Вторым важным моментом является то, что работа медицинских сестер не должна строиться по групповым (командным) принципам, а значительно эффективнее будет индивидуальная система учета вклада в работу. Фактор 4 показывает потребность в краткосрочных социальных контактах. Такие люди предпочитают работать в коллективе, а также

виды работ, позволяющие взаимодействовать с большим количеством людей. В качестве мотивирующих программ для таких сотрудников будет выступать возможность участвовать в общих собраниях, возможность устраивать неформальные встречи (например, отмечание дней рождений). Возможность работать в помещениях, где всегда есть люди. Опасность заключается в том, чтобы сохранить равновесие между общением и выполнением работы, так как большая часть рабочего времени может проходить в неформальных встречах, не имеющих прямого отношения к работе.

Пятый фактор характеризует потребность в установлении долгосрочных личностных взаимоотношений. В отличие от четвёртого фактора, где сотруднику важны социальные контакты, имеющие краткосрочный и формальный характер, пятый фактор проявляется в небольшом числе личных контактов, но эти контакты носят неформальный и доверительный характер. Основными мотивирующими моментами будут следующие факторы: возможность для сотрудника иметь друзей среди коллег, теплые взаимоотношения с руководителем, построенные на личном доверии. В коллективе, в котором большинство сотрудников имеет высокий пятый фактор, устанавливаются теплые отношения, имеющие элемент семейственности. Важно сохранять эту атмосферу, так как такие сотрудники обычно бывают высоколояльны к организации. С другой стороны, руководитель должен соблюдать определенную дистанцию с такими сотрудниками, чтобы отношения не переросли во взаимозависимые.

При этом система вознаграждения должна четко показывать связь между индивидуальным вкладом и уровнем оплаты, что требует разработки системы учета личного вклада каждого сотрудника. Так как в работе важны не только производительность, но и ряд качественных показателей, эффективным будет привязка системы оплаты к выполнению этих качественных показателей. Но здесь может возникнуть проблема с системой учета этих показателей, так как малейшее ослабление контроля по фиксированию качественных характеристик в выполнении работы сделает схему оплаты неэффективной. Поэтому в систему оплаты могут включаться только те качественные показатели, которые доступны для постоянного учета. Для решения этого вопроса в Центре лучевых методов диагностики ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России» внедрена «Дорожная карта качества». По результатам работы рентгенолаборантов за квартал составляется «Дефектная карта», учитывающая следующие показатели качественной работы: соблюдение медицинской этики и деонтологии, соблюдение санитарно-эпидемического режима, своевременность и правильность выполнения врачебных назначений, осложнения от проведенных лечебно-диагностических манипуляций, обоснованные жалобы пациентов. Дефектная карта передаётся на Комиссию по утверждению стимулирующих надбавок.

При проведении каких-либо организационных изменений следует учитывать тот факт, что персонал примет их без сопротивления только в том случае, если нововведения будут, как минимум, сохранять существующий уровень дохода, не требуя дополнительных усилий, но если администрация хочет активной поддержки нововведений, то здесь необходимо показать ожидаемый рост доходов.

Также можно увидеть на мотивационном профиле высокий показатель второго фактора, который указывает на то, что персонал данной организации придает большое значение физическим условиям работы. Наш опрос показал, что в данном случае речь идет о высоком качестве существующего медицинского оборудования, что позволяет выполнять трудоемкие операции с минимальными затратами, а также о хорошем дизайне рабочих помещений. Удовлетворение этой потребности в данном случае является важным фактором, повышающим лояльность и снижающим текучесть персонала.

Следующим по выраженности является фактор признания (шестой фактор). Присут-

ствие потребности в этом факторе у большинства персонала позволяет руководству иметь достаточно надежный механизм мотивации, который не просто удерживает персонал, но дает потенциал для повышения производительности труда. С другой стороны, это предъявляет и определенные требования к руководителям. Сотрудники требуют постоянной обратной связи от руководителей о выполнении своей работы. Причем, с учетом того, что ведущей потребностью является материальное вознаграждение, потребность в признании является эффективной, если носит ценностной характер (премии, ценные призы, надбавки за качество в работе и т.д.).

График иллюстрирует, что достаточно ярко выделяется 12 фактор, который связан с полезностью и интересностью работы. Наличие этого фактора частично компенсирует негативные последствия от преобладания материальных форм мотивации. Это означает, что большинство сотрудников выбрали данный вид деятельности из-за интереса к характеру такой работы и хотят видеть ее полезность для общества и организации. Здесь можно порекомендовать как мотивирующий фактор – проведение регулярных собраний (в пользу собраний говорят также факторы 4 и 5), на которых действия персонала должны рассматриваться в преломлении полезности в масштабах всего госпиталя и подчеркиваться статус данных сотрудников для нормального течения лечебного процесса. Также будут эффективны и индивидуальные беседы с каждым сотрудником. Кроме того, руководители должны побеседовать со своими сотрудниками, чтобы понять, что каждый из них вкладывает в понятие «интересная работа», чтобы при распределении индивидуальных заданий учитывать эту потребность в интересной работе.

Большинство медицинских сестер имеет выраженную потребность в таких факторах, как краткосрочные и долгосрочные контакты, что в реальности проявляется в потребности в межличностном общении. Характер работы дает возможность удовлетворять потребность в этих факторах. Руководитель должен поддерживать создание теплых отношений между сотрудниками, но необходимо отслеживать, чтобы эти отношения не занимали времени больше, чем требуют интересы работы.

Важно отметить выраженный третий фактор, который связан с потребностью в правилах и структурированности работы. Медицинские сёстры ценят стабильность в работе, которая связана с такими особенностями, как понятная схема и правила работы, ожидаемое и прогнозируемое поведение руководства, четкие требования к работе, своевременные выплаты зарплаты и т.п. Персонал нуждается в формализации работы, описанной в виде официальных документов. При планировании организационных изменений они должны быть заранее тщательно разработаны и продуманы, а в некоторых случаях требуется обучение персонала новым порядкам и правилам работы.

Также следует сказать о факторах, получивших низкую оценку. Это потребности в достижениях, во власти, в разнообразии, в творческом подходе к работе, в самосовершенствовании. Низкие показатели по этим факторам говорят о том, что скорее всего такие мероприятия, как постановка сложных задач, вовлечение персонала в управление, делегирование полномочий и расширение круга обязанностей, привлечение к разработке мероприятий по совершенствованию лечебного процесса, направление на обучение или стимулирование профессионального развития и самосовершенствования, будут неэффективны. Такие мероприятия могут восприниматься персоналом как давление со стороны руководства, а в ряде случаев могут вызывать эффект в виде сопротивлений и групповых недовольств.

На *рисунке 2* показан мотивационный профиль врачей-диагностов. Наиболее существенными отличиями профиля врачей от профиля среднего персонала являются отсутствие выраженной мотивации по материаль-

ному фактору, а также присутствие в профиле фактора 10, связанного с потребностью в творческом подходе к работе. Низкий уровень первого фактора отражает не отказ врачей от материального стимулирования, а отсутствие прямой зависимости оплаты труда от его качества.

Ведущей потребностью врачей является пятый фактор – потребность в личностных взаимоотношениях. Такой коллектив отличается позитивным фоном и некоторой семейственностью людей. Кроме того, позитивное отношение к людям обычно проявляется и в отношениях к больным, так как людям с высокими значениями этого фактора свойственно сопереживание и чувство ответственности перед другими людьми. Необходимо сохранять такой тип культуры, так как ответственность перед больными делает качество лечебного процесса более высоким и обеспечивает соблюдение медицинской этики. Для такого персонала качество работы является естественной потребностью именно из-за внутренней ответственности перед больными.

У врачей также присутствует потребность в хороших условиях работы (второй фактор). Качество медицинского оборудования в диагностике имеет особое значение, поэтому наличие современной аппаратуры высокого класса является для лучевых диагностов очень важным.

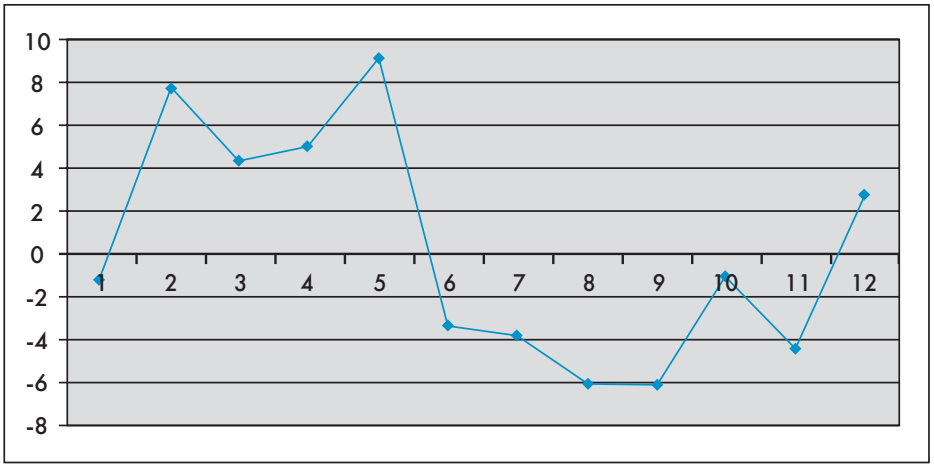


Рис. 2. **Мотивационный профиль врачей лучевой диагностики**

Так же, как и у медицинских сестер, для врачей характерна потребность в стабильности (третий фактор), что говорит о необходимости формализации процессов в отделениях лучевой диагностики. Важно отметить, что люди, имеющие высокую потребность в стабильности, с удовольствием следуют правилам и процедурам, но испытывают сильный дискомфорт в ситуациях, когда необходимо нарушать правила, даже если эти правила мешают выполнению работы. Такие ситуации могут возникать, когда врач оказывается перед выбором помочь больному, но при этом имеет какие-либо ограничения и запреты. Так как у врачей есть потребность в креативности (фактор 10), необходимо при любой возможности привлекать их для коллективной разработки внутренних правил работ и правил взаимодействия с другими подразделениями. Сам процесс разработки является в данном случае мотивирующим, а принятые правила будут выполняться без необходимости внешнего контроля.

У врачей также достаточно ярко выражена потребность в интересной и полезной работе. Поэтому сильным мотивирующим механизмом будет подчеркивание важной роли врачей-диагностов в общем лечебном процессе, а также возможность участвовать в профессиональных обсуждениях, проводи-

мых между различными отделениями лечебного учреждения.

Фактор креативности выражен практически у всех врачей-диагностов, хотя и не достигает высоких показателей. Люди с такой потребностью очень высоко ценят в своей работе возможность проявить творческий подход в решении профессиональных проблем. С учетом высоких пятого и шестого факторов, врачи предпочитают командную работу в поиске решений. Для руководителя важно создавать условия для групповых встреч, посвященных разбору сложных и интересных случаев. Должно быть право на ошибку, неправильный диагноз или предположение не должны критично оцениваться коллегами. Важно также отметить, что сотрудники с высоким фактором креативности достаточно свободолюбивы и очень болезненно относятся к попыткам ограничения их свободы в сфере профессиональной компетенции.

Фактор признания для врачей имеет невысокое значение. Это свидетельствует о том, что такие мотивационные инструменты, как награды, похвала руководства и т.д., существенно не влияют на качество работы и производительность. При выборе решения врач скорее будет оценивать целесообразность своих действия для лечения больного, чем ожидания руководства.

Обобщая полученные результаты, можно сказать, что для врачей и среднего медицинского персонал, принявших участие в данном исследовании, требуется различный подход в построении систем мотивации.

Медицинские сестры более эффективно будут работать в условиях материального стимулирования, когда имеются четкие критерии оценки работы, связанные с уровнем дохода, в условиях постоянного контроля со стороны руководства. Решением этой проблемы может быть внедрение системы дополнительного стимулирования с использованием дефектных карт. Для врачей же материальная стимуляция значительно менее значима, а ведущее значение имеет возможность профессионального общения, творческого подхода к работе и чувство полезности для больных.

Литература

1. *Тихонова И.Ю., Петиченко А.В.* Методы вовлечения персонала в систему менеджмента качества в учреждении здравоохранения // Здравоохранение. – 2015. – № 4. – С. 94–100.

2. *Atkinson J.W.* An introduction to motivation. – Princenton, New Jersey: Van Nostrand Reinhold, 1999. – P. 36.

3. *Ричи Ш., Мартин П.* Управление мотивацией. – М., 2004. – 399 с.

4. *Петри А., Сэбин К.* Наглядная статистика в медицине. – М., 2003. – с. 123.

UDC 614.25

Kushnir K.V. ***Motivation system for employees in quality management and efficiency in radiology*** *(The Main Clinical Hospital, Ministry of Internal Affairs of Russia, Center of Radiology)*

Annotation. The major factors of motivation of high-quality and effective work of doctors and paramedical staff in radiology department were defined. The motivational testing and modeling technique by Sh. Richie and P. Martin's which allocates 12 major factors of motivation was used. For motivators detection questioning results of 56 employees of the radiology departments were analysed. Various approach for doctors (stimulation of creative approach and feelings of usefulness of the work) and the average medical personnel (material stimulation, according to accurate criteria of job evaluation) is necessary in motivation systems making.

Keywords: *motivational testing and modeling technique by Sh. Richie and P. Martin's, motivational profiles, high-quality work stimulation.*

Л.А. Гаджиева,
ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО Дагестанской государственной медицинской академии МЗ РФ, г. Махачкала

НОРМАТИВЫ ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

УДК 614.2
Гаджиева Л.А. ***Нормативы затрат рабочего времени медицинской сестры общей практики в условиях городской поликлиники*** *(ГБОУ ВПО Дагестанской государственной медицинской академии МЗ РФ)*

Аннотация. В статье представлена форма работы медицинской сестры общей практики (МСОП) в условиях полного перехода городской поликлиники на общую врачебную практику. Даны результаты исследовательской работы по нормированию труда МСОП в новых условиях с выделением самостоятельного сестринского приёма.

Ключевые слова: *общая врачебная практика, медицинская сестра общей врачебной практики (МСОП), нормирование труда, затраты времени.*

Эффективная работа по принципу общей врачебной практики невозможна без активного включения в этот процесс медицинской сестры общей практики (МСОП). Работа медицинской сестры общей практики значительно отличается от работы традиционной участковой медицинской сестры более широким кругом функциональных обязанностей, у нее более высокая степень ответственности за больного, за качество оказываемых медицинских услуг. Медицинская сестра общей практики уже не механический исполнитель распоряжений врача, а думающий грамотный профессионал, способный самостоятельно принимать решения в пределах своей компетенции [1].

На МСОП, имеющую специальную подготовку, можно возложить многие обязанности, выполняемые сегодня врачом. Именно так с успехом действует сестринский персонал в странах Европы. Основными формами самостоятельной работы медицинских сестер общей практики являются патронаж больного на дому, проведение занятий в школах для пациентов, самостоятельный прием пациентов в поликлинике в соответствии с ее профессиональной компетенцией.

Роль и функции сестринского персонала по поддержанию здоровья населения и уходу за больными играют важную роль в предоставлении услуг в системе ПМСП. Наблюдается тенденция к изменению приоритетов сестринского обслуживания в сторону большего внимания к работе по решению социально-гигиенических проблем пациента, связанных с его заболеваниями, и к оказанию сестринских услуг в секторе ПМСП для больных и для здоровых людей в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья [2].

Медицинская сестра общей практики должна быть высококвалифицированным специалистом с присущими ей профессиональными харак-

© Л.А. Гаджиева, 2015 г.

теристиками, работающей на определенном уровне самостоятельности. В свете реорганизации целесообразно объединение на первичном уровне задач МСОП и медицинских сестер социальной службы [3].

Медицинская сестра общей практики должна быть достаточно ориентирована в основных смежных специальностях, способна оказывать многопрофильную амбулаторную сестринскую помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях. Она должна обладать соответствующими знаниями и умениями, чтобы синтезировать профилактическую, лечебную, психологическую и социальную помощь пациентам. МСОП должна участвовать совместно с врачом и больным в принятии решений, сотрудничать с другими специалистами и представителями служб социальной защиты. Медицинские сестры общей практики превращаются из исполнителя назначений врача в равного партнера в команде специалистов.

Для реализации модулей воспитание – профилактика – диагностика – лечение, осуществляемых службой общей врачебной практики (ОВП), структура профессиональной деятельности МСОП предусматривает самостоятельный раздел работ с пациентами, участие в работе стационарозамещающих технологий (в дневном стационаре и стационаре на дому), проведение занятий в «школах для хронических больных», патронаж больных, осуществление профилактических мероприятий и др.

Медицинские сестры общей практики проходят постдипломную подготовку по специальности общей практики в медицинских колледжах и училищах повышения квалификации среднего медицинского персонала.

Для успешной профессиональной деятельности МСОП необходимы знания из таких областей, как психология, социология, педагогика, гигиена, семейная медицина, клиническая фармакология, неотложная помощь и др. Функциональные обязанности МСОП утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации. Формирование специалистов, основная роль которых состоит в поддержке и помощи больному в семье, является одним из приоритетов реформы сестринского дела.

Приказом Минздрава РФ № 350 от 20.11.2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации» определено, что медицинская сестра общей практики (МСОП) – это квалифицированный специалист в области сестринского дела, оказывающий первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению в пределах своей компетенции, включая профилактические и реабилитационные мероприятия [4].

В условиях перехода к общей врачебной практике во многих территориях проводится подготовка медицинских сестер общей практики. В 2013 г. в РФ в системе Минздрава РФ работало 14405 медицинских сестер общей практики (МСОП) и 9717 врачей общей практики (ВОП).

В общей численности среднего медицинского персонала МСОП в 2013 г. составили 1,1%. Соотношение ВОП к МСОП составляет 1 к 1,48. Однако в приказе Минздрава РФ № 112 от 21 марта 2003 г. «О штатных нормативах центра, отделений общей врачебной (семейной) практики» определено, что на одну должность врача общей практики устанавливается две должности МСОП. Но подготовка МСОП идет крайне медленно [5].

Обеспеченность населения РФ МСОП в 2013 г. составила 1,0 на 10 тысяч населения.

В субъектах РФ наибольший показатель обеспеченности МСОП был в Чувашской Республике (6,5), Пензенской области (5,4), Воронежской области (4,3), Республике Татарстан (4,0), Самарской области (3,2). Наименьшие показатели были отмечены в Чеченской Республике и Ростовской области (по 0,1), Камчатском крае, Сахалинской, Магаданской, Рязанской, Курганской, Новосибирской областях (по 0,2). Не имелось

МСОП в Республиках Ингушетия и Адыгея, Ямало-Ненецком и Чукотском АО, г. Москве.

В процессе эксперимента нами была отработана функционально-организационная модель общей врачебной практики в условиях полного перехода ЛПУ на ОВП (городская поликлиника № 1 г. Самары, обслуживающая 65 тыс. взрослого населения). Поликлиника полностью перешла на общую врачебную практику. Соотношение ВОП и МСОП (1:1). В поликлинике функционирует кабинет самостоятельного сестринского приема. Кабинет оснащен необходимым медицинским оборудованием. Прием медицинских сестёр общей практики в кабинете осуществляется в три смены в соответствии с графиком их работы.

Медицинские сестры общей практики, работающие в кабинете самостоятельного сестринского приема, осуществляют следующие функции:

• доврачебный прием, который включает измерение температуры тела, пульса, АД; определение остроты зрения и подбор простых очков, снятие и расчет ЭКГ, определение функции внешнего дыхания с помощью пиклориметра по показаниям; измерение роста, веса; определение уровня гликемии экспресс-методом при помощи глюкометра;

• обслуживание определенной диспансерной группы больных, в частности больных с хроническими заболеваниями, находящихся в состоянии длительной стойкой ремиссии: болезни органов пищеварения, дыхания, мочевыделительной системы и др.;

• работу с женщинами фертильного возраста с приоритетом возрастной группы до 30 лет (анкетирование, сбор информации, первичное формирование групп риска по экстрагенитальной патологии);

• выполнение лечебных манипуляций (промывание наружного слухового прохода, смазывание слизистой ротоглотки различными лекарственными препаратами; закапывание, закладывание глазных мазей в коньюктивальный мешок, проведение инъекций и мероприятий неотложной помощи в ургентных случаях);

• работу с учетно-отчетной документацией: заполнение формы № 30, паспорта участка, флюорографического паспорта и карт, журнала наблюдения за женщинами фертильного возраста; заполнение санаторно-курортных карт, выписку различного рода справок, направлений на обследование по рекомендации врача и пр.

В процессе исследования нами было проведено нормирование труда МСОП в базовой городской поликлинике г. Самары. Нормирование труда осуществлялось в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными М.А. Роговым и В.М. Шиповой [6,7,8].

За период наблюдения (по рабочей неделе в разные сезоны года) к медицинской сестре общей практики было сделано 476 посещений.

В обработку вошли 476 карт, заполненных на все посещения к медицинской сестре общей практики за время проведения хронометражных замеров.

Проведенный анализ показал, что на амбулаторно-поликлиническом приеме медицинской сестры общей практики более 1/3 больных (38,6%) было в возрасте 60 лет и старше, 20,8% – в возрасте 50–59 лет, 15,6% – в возрасте 40–49 лет, 17,7% – в возрасте 30–39 лет и 7,3% – в возрасте 20–29 лет.

Все больные, обслуженные медицинской сестрой общей практики на дому, были в возрасте 60 лет и старше (по 39,1% – в возрастных группах 70–79 и 80 лет и старше, 21,8% – в возрасте 60–69 лет).

В *таблице 1* представлена структура затрат рабочего времени медицинской сестры общей практики. Наибольшую долю трудовых затрат медицинской сестры общей практики составляла вспомогательная деятельность (30,83%), более половины этого времени (17,6%) расходовалось на переходы. На работу с документацией затрачивалось 28,3%, в том числе 9,41% на поиск и просмотр результатов анализов, исследований,

амбулаторных карт на приеме с врачом общей практики; на лечебно-диагностическую работу приходилось 23,4%.

В лечебно-диагностической работе медицинской сестры общей практики на подготовку и проведение манипуляций было затрачено 8,05% времени (инъекции, забор крови, промывание наружного слухового прохода для удаления серной пробки, смазывание горла, закладывание глазной мази, катетеризация мочевого пузыря, обработка раневой поверхности, снятие послеоперационных швов, перевязка), на беседу с больным – 7,8%, на снятие и расчет электрокардиограмм – 2,66%, на измерение артериального давления – 2,63% и др.

Служебные разговоры занимали 10,42% рабочего времени медицинской сестры: разговоры с врачом, разговоры с больными по телефону, служебные разговоры, сестринские конференции. Личное необходимое время составило 4,31%.

В процессе исследования нами рассчитаны средние затраты времени медицинской сестры общей практики.

Фактическое среднее расчетное время на обслуживание больного определялось путем умножения длительности элемента трудовой операции, рассчитанного по фактическим данным, то есть по результатам фотохронометражного наблюдения, на коэффициент повторяемости, полученный экспертным путем.

Таблица 1

Структура затрат рабочего времени медицинской сестры общей практики

Виды и элементы деятельности	*затраты времени*	
	абс. (в мин.)	*в% к итогу*
I. Основная деятельность, в том числе:	***2163,33***	***23,41***
- опрос, совет на самостоятельном сестринском приеме	270,8	2,93
- беседа с больным (уточнение, выяснение причины посещения) на приеме с врачом общей практики	450,0	4,87
- осмотр на самостоятельном приеме	27,47	0,3
- подготовка к проведению манипуляций	79,07	0,86
- проведение инъекций, забора крови	218,33	2,36
- проведение других манипуляций (промывание наружного слухового прохода, выполнение перевязки, смазывание горла, закладывание глазной мази, катетеризация мочевого пузыря, снятие послеоперационных швов)	445,87	4,83
- пальпация	18,13	0,2
- измерение артериального давления (на самостоятельном приеме)	230,47	2,49
- измерение артериального давления (на приеме с врачом общей практики)	13,33	0,14
- пальпация пульса (счет пульса)	44,13	0,48
- исследование поверхностной чувствительности	1,6	0,02
- статокинетические пробы	1,2	0,01
- исследование походки	0,93	0,01
- координационные пробы	24,87	0,27
- определение симптома Пастернацкого	6,27	0,07
- снятие и расчет электрокардиограммы	246,13	2,66
- измерение температуры тела	56,53	0,61
- измерение роста	6,67	0,07
- измерение массы тела	3,73	0,04

Таблица 1. Окончание

Виды и элементы деятельности	*затраты времени*	
	абс. (в мин.)	*в% к итогу*
- помощь в переодевании больного	17,8	0,19
II. Вспомогательная деятельность, в том числе:	***2849,0***	***30,83***
- переодевание	599,33	6,49
- время в пути (переходы)	1315,87	14,24
- переходы на приеме с врачом общей практики	310	3,35
- подготовка и уборка рабочего места	163,53	1,77
- обработка рук (мытье рук)	460,27	4,98
III. Работа с документацией, в том числе:	***2616,6***	***28,32***
- ознакомление с медицинской документацией	3,27	0,03
- просмотр амбулаторной карты на приеме с врачом общей практики	58,33	0,63
- поиск и просмотр результатов анализов, исследований	808,33	8,75
- записи в медицинские документы (в амбулаторные карты)	147,53	1,6
- выписка направлений на исследования на приеме с врачом общей практики	271,67	2,94
- выписка направлений на исследования, консультации, рецепты:		
а). оформление направлений	53,54	0,58
б). оформление направлений на выписку больничного листа	6,8	0,07
в). оформление приглашений на профилактические осмотры	92	1,0
г). пропись рецептов	27,33	0,3
д). заполнение санаторно-курортной карты	37,47	0,4
- прочая работа с медицинской документацией	276	2,99
- заполнение талонов на законченный случай, внесение паспортных данных, данных полиса в рецепты, заполнение журналов на приеме с ВОП	206,67	2,24
- работа на компьютере:		
а). внесение информации в базу данных	276	2,99
б). регистрация посещения на приеме с ВОП	253,33	2,74
б). постановка в очередь на следующее посещение или в другой кабинет (на приеме с ВОП)	98,33	1,06
IV. Служебные разговоры, в том числе:	***963***	***10,42***
- конференции	92	0,99
- разговор с персоналом данного учреждения:		
а). разговор с врачом на приеме с ВОП	398,34	4,31
б). с другим медицинским персоналом на приеме с ВОП	138,33	1,5
- разговор с больным по телефону	196	2,12
- служебный разговор по телефону на приеме с ВОП	138,33	1,5
V. Прочая деятельность, в том числе	***145***	***1,57***
- поиск амбулаторных карт и результатов анализов на приеме с ВОП	71,67	0,78
- передача документов пациенту, врачу (амбулаторные карты, бланки, результаты анализов)	73,33	0,79
VI. Личное необходимое время	***398,33***	***4,31***
VII. Незагруженное время	***104,74***	***1,14***
Итого	***9240,0***	***100,0***

В работе медицинской сестры общей практики были выделены виды и элементы деятельности, которые не связаны с непосредственным оказанием медицинской помощи больным, но входившие в их функциональные обязанности *(таблица 2)*.

Была осуществлена регламентация затрат времени на некоторые виды работ. Так, лично необходимое время было проведено к временному нормативу затрат, принятых в других отраслях народного хозяйства (по 10 мин. в день). Для расчета показателей было полностью исключено незагруженное время. Все остальные виды деятельности были взяты по фактическим данным.

Таблица 2

Затраты времени медицинской сестры общей практики, не связанные с непосредственным оказанием медицинской помощи больному в поликлинике

Вид и элемент деятельности	*Фактически затраченное время, мин.*	*Время, принятое для расчетов, мин.*
Переодевание	599,33	599,33
Время в пути (переходы)	1625,87	1625,87
Подготовка и уборка рабочего места	163,53	163,53
Ознакомление с медицинской документацией	869,93	869,93
Выписка направлений на исследования, консультации, пропись рецептов	488,81	488,81
Внесение информации в базу данных	627,66	627,66
Прочая работа с медицинской документацией	482,67	482,67
Сестринские конференции	92,0	92,0
Служебные разговоры по телефону	164,33	164,33
Личное необходимое время	398,33	200,0
Прочая деятельность	145,0	145,0
Незагруженное время	104,73	-
Итого	5762,2	5459,13

В *таблице 3* представлена структура затрат рабочего времени медицинской сестры общей практики непосредственно на обслуживание больных.

Основную долю в структуре затрат времени на непосредственное обслуживание больного занимала лечебно-диагностическая работа (62,2%), служебные разговоры (20,32%) и вспомогательная деятельность (13,24%). Работа с документацией занимала незначительное время (4,24%).

В лечебно-диагностической работе медицинской сестры большой объем приходился на выяснение и уточнение причины посещения больных на приеме с врачом общей практики (12,94%), на подготовку и проведение других медицинских манипуляций на самостоятельном приеме (промывание наружного слухового прохода, выполнение перевязки, смазывание горла, закладывание глазной мази, катетеризация мочевого пузыря, снятие послеоперационных швов) (12,82%), опрос, совет на самостоятельном приеме (7,78%), снятие и расчет электрокардиограмм (7,08%), измерение артериального давления (7,01%), проведение инъекций, забора крови (6,28%) и др.

Нами было определено среднее расчетное время медицинской сестры общей практики на обслуживание одного больного с учетом временных затрат в зависимости от цели посещения и места оказания медицинской помощи *(таблица 4)*.

Таблица 3

Структура затрат рабочего времени медицинской сестры общей практики непосредственно на обслуживание больных

Виды и элементы деятельности	*затраты времени*	
	абс. (в мин.)	*в% к итогу*
I. Основная деятельность, в том числе:	2163,33	62,2
- опрос, совет на самостоятельном приеме	270,8	7,78
- беседа с больным на приеме с ВОП	450,0	12,94
- осмотр на самостоятельном приеме	27,47	0,79
- подготовка к проведению манипуляций	79,07	2,27
- проведение инъекций, забора крови	218,33	6,28
- проведение других манипуляций (промывание наружного слухового прохода, выполнение перевязки, смазывание горла, закладывание глазной мази, катетеризация мочевого пузыря, снятие послеоперационных швов)	445,87	12,82
- пальпация	18,13	0,52
- измерение артериального давления	243,8	7,01
- пальпация пульса (счет пульса)	44,13	1,27
- исследование поверхностной чувствительности	1,6	0,04
- статокинетические пробы	1,2	0,03
- исследование походки	0,93	0,03
- координационные пробы	24,87	0,72
- определение симптома Пастернацкого	6,27	0,18
- снятие и расчет электрокардиограммы	246,13	7,08
- измерение температуры тела	56,53	1,63
- измерение роста	6,67	0,19
- измерение массы тела	3,73	0,11
- помощь в переодевании больного	17,8	0,51
II. Вспомогательная деятельность	460,27	13,24
- обработка рук (мытье рук)	460,27	13,24
III. Работа с документацией, в том числе:	147,53	4,24
- записи в медицинские документы (амбулаторную карту)	147,53	4,24
IV. Служебные разговоры, в том числе:	706,67	20,32
- разговор с персоналом данного учреждения (с врачом общей практики, с другим медицинским персоналом)	536,67	15,43
- разговор с больным по телефону	170,0	4,89
Итого	3477,8	100,0

Таблица 4

Затраты рабочего времени медицинской сестры общей практики

Характер посещения и место его выполнения	*Доля посещений (в % к итогу)*	*Расчетное время на одно посещение, в мин.*
Амбулаторный прием	***80,7***	
- лечебно-диагностическая работа на самостоятельном приеме	10,1	11,28
- диспансерный осмотр	1,7	20,04
- профилактический осмотр	5,9	11,04
- лечебно-диагностическая работа на приеме с врачом общей практики	63,0	11,21
Посещение на дому	***19,3***	
- лечебно-диагностическая работа	16,8	26,42
- профилактический осмотр	1,7	27,09
- актив	0,8	19,55
Итого	***100,0***	***14,25***

Среднее расчетное время на одно посещение медицинской сестры общей практики составило 14,25 мин.:

$$\frac{(11,28x10,1)+(11,21x63,0)+(20,04x1,7)+(11,04x5,9)+(26,42x16,8)+(27,09x1,7)+(19,55x0,8)}{100,0}=14,25 \text{ мин.}$$

Расчет норматива должности медицинской сестры общей практики.

Продолжительного рабочего дня медицинской сестры общей практики – 7,7 часов (462 мин.).

За весь период наблюдения рабочее время медицинской сестры составило 9240 мин.

5459,13 мин. – это затраты времени медицинской сестры общей практики, не связанные с непосредственным оказанием медицинской помощи больным, принятые для расчетов.

За вычетом из общего рабочего времени медицинской сестры 5499,14 мин. было получено время, затрачиваемое на непосредственное обслуживание больных:

9240 мин. – 5459,13 мин. = 3780,87 мин. или 189,04 мин. в день (при 5-ти дневной рабочей неделе).

Разделив ежедневное время медицинской сестры, относящееся непосредственно к обслуживанию больных, на среднее расчетное время на одного больного, было получено число больных, которых медицинская сестра может обслужить за один рабочий день, то есть норму нагрузки медицинской сестры общей практики:

189,04 мин.: 14,25 мин. = 13,26 или 13 больных.

Таким образом, для организации самостоятельной работы МСОП в условиях общих врачебных практик на каждые 13 больных потребуется 1 единица должности медицинской сестры общей практики.

Проведённое нормирование труда МСОП в пилотной городской поликлинике свидетельствует о необходимости увеличения соотношения ВОП к МСОП минимум как 1:2. Учитывая, что МСОП следует передать целый ряд функций с акцентом на профилактику, а именно: работу в школах здоровья, работу с семьёй, помощь инвалидам и лицам пожилого и старческого возраста, оказание паллиативной помощи, работу

в стационаре, на дому и дневном стационаре,– то можно заключить, что необходима модель общих практик с соотношением ВОП к МСОП как 1:3.

Результаты исследования могут быть положены в основу планирования объёмов работы ВОП и дифференцированной оплаты их труда.

Литература

1. *Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И.* Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. М., Медицина. 2007. 261 с.

2. *Калининская А.А., Дзугаев А.К., Бальзамова Л.А., Шляфер С.И.* Роль и место медицинских сестер в общей врачебной практике // Сестринское дело. 2006. № 4. С. 30–32.

3. *Стародубов В.И., Калининская А.А., Дзугаев К.Г., Стрючков В.В.* Проблемы здравоохранения села. М. 2012. 208 с.

4. Приказ Минздрава РФ № 350 от 20.11.2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации».

5. Приказ Минздрава РФ № 112 от 21 марта 2003 г. «О штатных нормативах центра, отделений общей врачебной (семейной) практики».

6. *Роговой М.А.* Изучение затрат рабочего времени работников учреждений здравоохранения в целях нормирования (методические указания) М., Медицина, 1979.

7. *Шипова В.М.* Подушевое финансирование в здравоохранении. М. 2001. 143 с.

8. *Шипова В.М., Гайдарова Г.М., Плутницкая Г.Н.* Современные проблемы планирования штатного обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи населению/под ред. О.П. Щепина. Иркутск. 2009. 143 с.

UDC 614.2

Gadjieva L.A. ***Regulations of working time nurses in general practice in urban polyclinics*** *(Department of public health and health Dagestan state medical Academy of the Ministry of health of Russia)*

Annotation. The article presents the form of the work of nurses in General practice (IUCN) to complete the transition of the city clinic in General medical practice. Given the results of the research work on the standardization work of the IUCN in the new environment with the release of an independent nursing admission.

Keywords: *general practice, nurse General practice (IUCN), the regulation of labor, the cost of time.*

Н.Г. Куракова,
д.б.н., Отделение научно-технического прогнозирования в области биомедицины
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
Л.А. Цветкова,
к.б.н., Отделение научно-технического прогнозирования в области биомедицины
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
О.В. Черченко,
ФГБНУ «Дирекция НТП», г. Москва, Россия
А.Е. Устинников,
Отделение научно-технического прогнозирования в области биомедицины
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
Е.А. Оливер,
Отделение научно-технического прогнозирования в области биомедицины
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

ОЦЕНКА ВКЛАДА ОТДЕЛЬНЫХ ОБЛАСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПУБЛИКАЦИОННЫЙ ПОТОК РФ, ПРОИНДЕКСИРОВАННЫЙ В WEB OF SCIENCE И SCOPUS

УДК 001.89:614.2
Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Черченко О.В., Устинников А., Оливер Е.А. ***Оценка вклада отдельных областей клинической медицины в интегральный публикационный поток РФ, проиндексированный в Web of Science и Scopus*** *(«Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия; ФГБНУ «Дирекция НТП» г. Москва, Россия)*

Аннотация. Приближается срок подведения итогов выполнения Указа Президента РФ № 599 от 7 мая 2012 г., согласно которому к *2015 г. доля публикаций российских исследователей в общем количестве публикаций в мировых научных журналах, индексируемых в базе данных «Сеть науки» (Web of Science), должна быть доведена до 2,44%.* В статье дается оценка вклада отдельных областей клинической медицины в интегральный публикационный поток РФ, проиндексированный в *Web of Science* за период с 2011 по 2015 гг. Показано, что, несмотря на усилия, предпринятые медицинским профессиональным сообществом для увеличения публикационной активности в интернационализированном сегменте, доля российских публикаций биомедицинской тематики остается низкой. Особенно остро проблема отражения результатов исследований в международных журналах стоит для отечественных хирургов, стоматологов, ортопедов и отоларингологов.

Ключевые слова: *российская медицинская наука, международные индексы научного цитирования, библиометрические индикаторы, Web of Science, Scopus, публикационная активность.*

Начиная с середины 2000-х гг. публикационная активность стала важным индикатором результативности научной деятельности и научной политики, в том числе и на государственном уровне. В Указе Президента РФ № 599 от 7 мая 2012 г. «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки», в пункте «г» раздела 1 говорится следующее: «обеспечить достижение следующих показателей

© Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова, О.В. Черченко, А.Е. Устинников, Е.А. Оливер, 2015 г.

в области науки: ... увеличение к 2015 г. доли публикаций российских исследователей в общем количестве публикаций в мировых научных журналах, индексируемых в базе данных «Сеть науки» (Web of Science), до 2,44%» [1].

Как показывали расчеты, при условии сохранения существовавшей на тот период динамики публикационной активности в мире, для вывода показателя доли российских статей в WoS на уровень, обозначенный в данном Указе Президента, необходимо было увеличить публикационный массив научных статей России в 2015 г. не менее чем на 27%, или на 7,5 тысяч статей в абсолютном исчислении по сравнению с уровнем 2011 г. [2]

В этом же году Министерством здравоохранения Российской Федерации была разработана «Стратегия развития медицинской науки до 2025 года» (далее – Стратегия), [3] в соответствии с которой российским исследователям в области медицины предстояло увеличить долю статей в общемировом отраслевом потоке к 2013 г. до 0,6% и в последующие 10 лет ежегодно увеличивать этот показатель приблизительно на 0,09%, чтобы достичь к 2025 году 1,5% от общемирового публикационного потока по медицине. Эти индикаторы на тот период казались более реальными и выполнимыми по сравнению с показателями, установленными для российской науки в Указе Президента РФ.

Целью настоящего исследования была оценка достигнутых к 2015 г. показателей публикационной активности российских авторов в области клинической медицины, а также вклада отдельных ее областей в интегральный публикационный поток РФ, проиндексированный в международных индексах научного цитирования в Web of Science и Scopus.

Оценка вклада отдельных областей клинической медицины в интегральный публикационный поток РФ, проиндексированный в БД Web of Science (WoS)

Доля российских публикаций по клинической медицине в WoS в 2011 г. составляла 0.56% от общемирового потока медицинских журнальных статей. В 2014 г. этот показатель

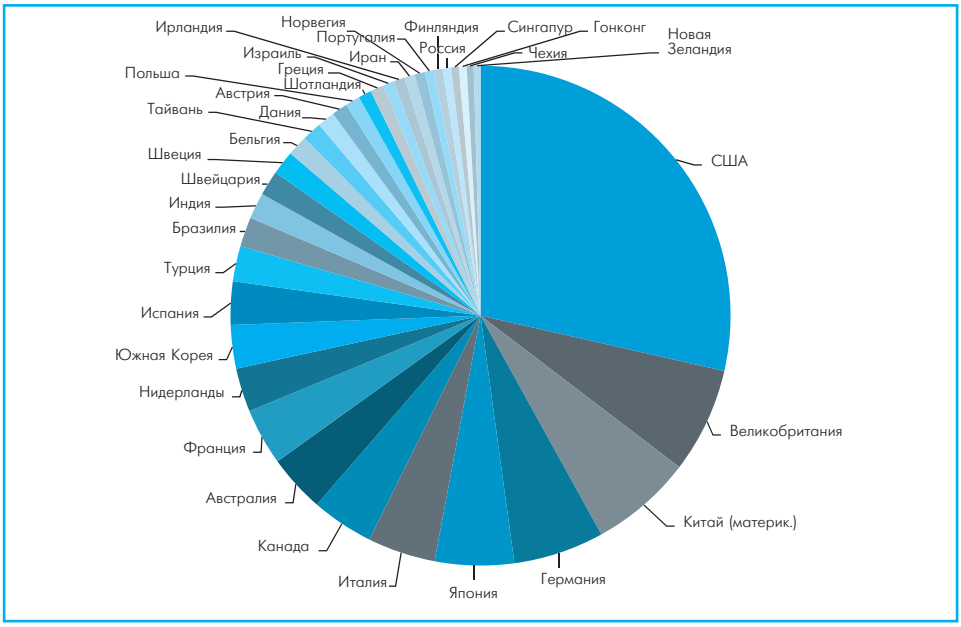


Рис. 1. **Топ-35 стран мира по объему публикационного потока по клинической медицине в 2014 г. в WoS**
Источник: *данные InCites, актуальные на 08.05.2015 г.*

увеличился до 0,59%. Реальные темпы роста удельного веса статей с российским авторством в международном публикационном сегменте с 2011 по 2014 гг. оказались существенно ниже прогнозных показателей Стратегии Минздрава РФ – менее 0,01% в год. Переместившись с 34-й на 31-ую позицию по количеству национальных публикаций, Россия по-прежнему уступает по количеству публикаций, проиндексированных в WoS, не только всем странам – научным лидерам, но даже такими государствам, как Турция, Греция, Тайвань *(рис. 1)*.

Вклад отдельных областей клинической медицины в этот интегральный публикационный поток сильно дифференцирован.

В 2011 г. наибольший вклад в международный сегмент российского публикационного потока вносили кардиологи, психологи и неврологи. Однако к 2014 г. их удельный вес в мировом публикационном потоке существенно снизился. На их фоне заметно возросла доля статей в WoS с участием российских авторов, ведущих исследования в области иммунологии, ревматологии, урологии, гинекологии, медицинской информатики. Тенденция к увеличению присутствия в международном публикационном сегменте к 2014 г. наметилась практически по всем направлениям, в которых на период 2011 г. наблюдалось отставание в публикационной активности, однако в целом все показатели остались на достаточно низком уровне и не превышают 2%. *(таблица 1)*. Особенно критической выглядит доля российских публикаций по хирургии и факт практически полного отсутствия в WoS публикаций отечественных стоматологов, ортопедов, отоларингологов.

Таблица 1

Доля публикаций России по отдельным областям клинической медицины в публикационном потоке WoS в 2011 г. и в 2014 г.

Область клинической медицины	*Доля публикаций России в WoS в данной области (%) 2011 г.*	*Доля публикаций России в WoS в данной области (%) 2014 г.*	*Изменение доли российских статей в WoS в 2014 г. по сравнению с 2011 г. (%)*
Клиническая медицина	0,56	0,59	+0,03
Кардиология	2,12	1,58	-0,54
Психиатрия	1,78	0,45	-1,33
Клиническая неврология	1,21	0,45	-0,76
Инфекционные болезни	0,57	0,50	-0,07
Фармакология	0,56	0,64	+0,09
Иммунология	0,35	0,67	+0,32
Ревматология	0,32	0,48	+0,16
Онкология	0,28	0,41	+0,13
Пульмонология	0,24	0,45	+0,21
Дерматология	0,16	0,25	+0,09
Урология	0,11	0,55	+0,44
Гинекология	0,11	0,29	+0,18
Хирургия	0,11	0,18	+0,07
Педиатрия	0,08	0,27	+0,19
Стоматология	0,04	0,08	+0,04
Отоларингология	0,02	0,05	+0,03
Медицинская информатика	0	0,21	+0,21
Ортопедия	0	0,06	+0,06

Источник: расчеты авторов с использованием данных InCites (данные актуальны на 08.05.2015 г.)

Представляется, что индикаторы публикационной активности по отдельным предметным областям российской клинической медицины должны стать предметом особенно тщательного изучения при оценке и принятии управленческих решений. Например, хирургия, которая занимает верхние позиции по доле публикаций во всех развитых странах, в российском публикационном потоке представлена 368 публикациями в WoS за 5 лет. Российские хирурги написали в 258 раз меньше статей за 5 лет, чем их американские коллеги *(таблица 2)*.

Таблица 2

Количество российских публикаций в WoS по хирургии за 2010–2014 гг. (с международными сопоставлениями)

№	Страна	Количество публикаций в WoS по хирургии за 2010–2014 гг.
1	США	94898
2	Великобритания	23816
3	Германия	18110
4	Япония	17805
5	Китай	13146
6	Италия	13068
7	Франция	10362
47	Россия	368

Источник: данные InCites, актуальные на 07.05.2015 г.

Для сравнения ситуация с отечественной публикационной активностью в области онкологии выглядит значительно лучше: публикационный поток РФ лишь в 70 раз меньше, чем поток США *(таблица 3)*.

Таблица 3

Количество российских публикаций в WoS по онкологии за 2010–2014 гг. (с международными сопоставлениями)

№	Страна	Количество публикаций в WoS по онкологии
1	США	116450
2	Китай	33748
3	Германия	27168
4	Япония	23257
5	Великобритания	21502
6	Италия	21004
7	Франция	17693
33	Россия	1675

Источник: данные InCites, актуальные на 07.05.2015 г.

Число российских журнальных статей в области онкологии, представленных в WoS, увеличилось с 15 в 1989 году до 274 в 2014 г., то есть в 18,3 раз (в 2013 г. было опубликовано самое большое количество статей – 410). Это произошло на фоне 125,9-кратного роста публикаций онкологов Китая за тот же период.

Нейронауки, клиническая неврология и нейровизуализация (neurosciences, clinical neurology, neuroimaging) являются мейнстримом современной биомедицины, российские академические школы традиционно сильны в этих областях, объем национальных публикационных потоков по ним существенно больше, чем по онкологии и хирургии, однако при международных сопоставлениях показатели отечественных медицинских школ по этим направлениям выглядят довольно скромно *(таблица 4)*.

Таблица 4

Количество российских публикаций в WoS по нейронаукам за 2006–2010 и 2010–2014 гг. (с международными сопоставлениями)

Страна	*Количество публикаций в WoS по нейронаукам 2006–2010 гг.*	*Количество публикаций в WoS по нейронаукам 2010–2014 гг.*	*Степень увеличения количества публикаций в WoS по нейронаукам в 2010–2014 гг. по сравнению с 2006–2010 гг.*
США	63993	167151	2,6
Германия	15887	39942	2,5
Великобритания	13489	35856	2,6
Канада	10226	27759	2,7
Китай	6813	24444	3,5
Россия	1158	3917	3,4

Источник: расчеты авторов с использованием данных InCites (данные актуальны на 08.05.2015 г.)

Анализ динамики количества публикаций в WoS по нейронаукам позволяет говорить о возникновении положительного тренда в развитии этого направления в России. Количество публикаций с российским участием за 2010–2014 гг. увеличилось по сравнению с предшествующим пятилетием в 3,4 раза. Темпы роста публикационной активности в данном направлении сопоставимы с таковыми в Китае и заметно выше, чем у стран-лидеров. Однако отставание от стран-лидеров столь велико, что России вряд ли удастся преодолеть его в ближайшем будущем.

О том, что в России необходимо интенсивно наращивать число научных заделов для развития медицины будущего, говорит отсутствие значимой доли национальных публикаций в таких областях, как клеточная биология, клеточная и тканевая инженерия, биомедицинская инженерия *(таблица 5)*.

Таблица 5

Количество российских публикаций в WoS за 2006–2010 и 2010–2014 гг. по клеточной биологии, клеточной и тканевой инженерии, биомедицинской инженерии (с международными сопоставлениями)

Страна	*Количество публикаций в WoS по клеточной биологии в 2006–2010 гг.*	*Количество публикаций в WoS по клеточной биологии в 2010–2014 гг.*	*Степень увеличения количества публикаций в WoS по клеточной биологии в 2010–2014 гг. по сравнению с 2006–2010 гг.*
США	44634	95282	2.1
Германия	10552	16932	1.5
Великобритания	7984	13796	2.0
Китай	6810	20428	2.9
Канада	5494	10451	1.9
Россия	944	1705	1.8
Страна	*Количество публикаций в WoS по клеточной и тканевой инженерии в 2006–2010 гг.*	*Количество публикаций в WoS по клеточной и тканевой инженерии в 2010–2014 гг.*	*Степень увеличения количества публикаций в WoS по клеточной и тканевой инженерии в 2010–2014 гг. по сравнению с 2006–2010 гг.*
США	2582	7048	2,7
Германия	535	1543	2,9
Великобритания	458	1494	3,2
Китай	378	1384	3,7
Россия	11	66	6,0
Страна	*Количество публикаций в WoS по биомедицинской инженерии в 2006–2010 гг.*	*Количество публикаций в WoS по биомедицинской инженерии в 2010–2014 гг.*	*Степень увеличения количества публикаций в WoS по биомедицинской инженерии в 2010–2014 гг. по сравнению с 2006–2010 гг.*
США	12799	26154	2,0
Германия	2874	6249	2,1
Великобритания	2779	4876	1,7
Китай	2795	10266	4,7
Канада	2191	4144	2,0
Россия	121	352	2,9

Источник: расчеты авторов с использованием данных InCites (данные актуальны на 08.05.2015 г.)

В *таблице 6* представлены аналогичные данные по стоматологии, ортопедии и отоларингологии.

Таблица 6

Количество российских публикаций в WoS за 2010–2015 гг. по стоматологии, ортопедии, отоларингологии (с международными сопоставлениями)

№	Страна	Количество публикаций в WoS по стоматологии
1	США	11989
2	Бразилия	5912
3	Великобритания	4187
4	Япония	3987
5	Германия	3559
6	Китай	2962
7	Италия	2881
66	Россия	34
№	**Страна**	**Количество публикаций в WoS по ортопедии**
1	США	24411
2	Великобритания	5320
3	Германия	5252
4	Япония	3811
5	Китай	3453
6	Канада	3441
7	Австралия	2649
52	Россия	46
№	**Страна**	**Количество публикаций в WoS по отоларингологии**
1	США	11434
2	Германия	3188
3	Великобритания	2236
4	Япония	1694
5	Италия	1577
6	Южная Корея	1553
7	Канада	1457
63	Россия	13

Источник: данные InCites, актуальные на 15.05.2015 г.

В последние годы в наукометрических исследованиях широко используется такой показатель, как нормированное цитирование статей, который рассчитывается как среднее цитирование статьи по определенной предметной области в определенном году. Этот усредненный показатель по публикациям в конкретной дисциплинарной области во всем мире принимается за единицу. Из данных *таблицы 7* видно, что в 2014 г. российские специалисты по медицинской информатике имеют показатель цитируемости, в 30,8 раз превосходящий среднемировой, а у отечественных онкологов он выше в 4,3 раза. Такие же высокие показатели нормированной цитируемости отличают публикации оте-

чественных урологов, гастроэнтерологов, гепатологов, стоматологов.

Однако следует отметить, что столь впечатляющие результаты связаны с двумя обстоятельствами: в знаменателе у россиян стоят небольшие величины. Например, в 2014 г. было опубликовано всего 274 статьи отечественных онкологов, большинство работ написано в составе международных авторских коллективов, что резко повышает их цитируемость, особенно в случае публикации в составе исследовательской коллаборации.

Таблица 7

Нормированное цитирование российских публикаций в WoS в 2011 и в 2014 гг. в различных областях клинической медицины

Область российской клинической медицины	*Нормированное цитирование публикаций российских ученых в WoS в 2011 г.*	*Нормированное цитирование публикаций российских ученых в WoS в 2014 г.*
Онкология	3,34	4,48
Пульмонология	2,10	0,88
Урология	1,42	1,82
Инфекционные болезни	1,34	0,78
Радиология и ядерная медицина	1,34	0,59
Эндокринология	1,32	1,08
Гастроэнтерология	0,74	3,50
Педиатрия	0,60	0,04
Иммунология	0,59	0,49
Хирургия	0,55	0,52
Лечебное питание	0,45	0,61
Гематология	0,40	1,29
Трансплантология	0,33	0,10
Неврология	0,18	0,44
Психиатрия	0,13	1,14
Кардиология	0,11	0,23
Стоматология	0,00	2,51
Дерматология	0,00	0,64
Медицинская информатика	0,00	26,52

Источник: данные InCites, актуальные на 07.05.2015 г.

Оценка вклада отдельных областей клинической медицины в интегральный публикационный поток РФ, проиндексированный в БД Scopus

В настоящее время активно обсуждается достаточность использования данных лишь одного международного библиометрического индекса (WoS) в качестве индикаторов научной деятельности российских ученых, поскольку во втором международном индексе (Scopus) представлен более широкий сегмент российских публикаций, доступный международному сообществу. Поэтому нами была проведена оценка вклада отдельных областей клинической медицины в интегральный публикационный поток РФ, проиндексированный в БД Scopus.

Доля российских публикаций по медицине в Scopus составила в 2014 г. 0,51% от обще-

мирового потока медицинских журнальных статей. По этому показателю Россия заняла 33-ю позицию по количеству национальных публикаций *(рис. 2)*.

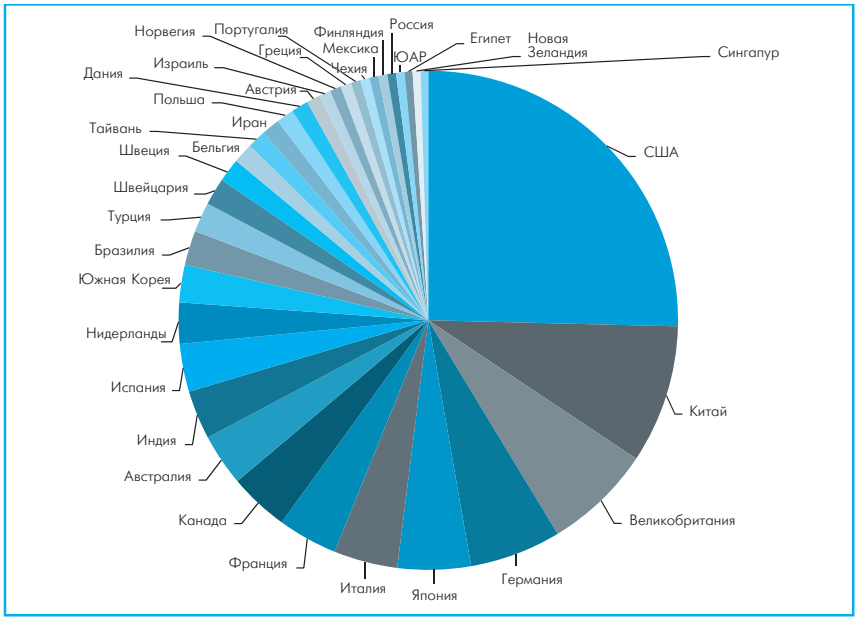


Рис. 2. **Топ-35 стран мира по объему публикационного потока по клинической медицине в 2014 г. в Scopus**

Источник: данные SciVal, актуальные на 13.05.2015 г.

В *таблице 8* представлено распределение российских медицинских статей по журнальным категориям, количеству статей и цитированию, нормированному по предметной области (Field-weighted Citation Impact) с 2010 по 2015 гг. Как следует из данных таблицы, наименьшее количество публикаций написано отечественными специалистами по экстренной медицине, гепатологии, отоларингологии, интенсивной терапии, ревматологии, реабилитологии, нефрологии, семейной медицине и эмбриологии.

Таблица 8

Цитирование публикаций, нормированное по предметной области, и количество статей, имеющих аффиллиацию с РФ, в Scopus в 2010–2014 гг. в различных областях медицины

Журнальная категория	*Количество публикаций в Scopus*	*Нормированное цитирование публикаций*
Medicine	17088	1.00
General Medicine	6159	1.42
Cardiology and Cardiovascular Medicine	1473	0.43
Radiology, Nuclear Medicine and Imaging	1376	0.81
Infectious Diseases	1168	0.70
Oncology	891	1.59
Public Health, Environmental and Occupational Health	870	0.62

Таблица 8. Окончание

Журнальная категория	*Количество публикаций в Scopus*	*Нормированное цитирование публикаций*
Medicine (miscellaneous)	818	0.33
Physiology (medical)	806	0.40
Pathology and Forensic Medicine	713	0.34
Neurology (clinical)	550	0.82
Surgery	539	0.56
Histology	523	0.24
Psychiatry and Mental Health	506	0.71
Microbiology (medical)	432	0.76
Hematology	430	1.37
Endocrinology, Diabetes and Metabolism	382	0.67
Genetics (clinical)	343	1.35
Immunology and Allergy	329	1.64
Geriatrics and Gerontology	305	0.60
Internal Medicine	303	0.67
Epidemiology	240	1.12
Pharmacology (medical)	220	1.28
Transplantation	220	0.25
Biochemistry (medical)	217	0.39
Pulmonary and Respiratory Medicine	214	1.14
Pediatrics, Perinatology and Child Health	190	0.80
Obstetrics and Gynecology	149	0.81
Dermatology	127	1.29
Complementary and Alternative Medicine	117	0.88
Orthopedics and Sports Medicine	110	0.88
Health Informatics	103	0.74
Urology	95	5.01
Rheumatology	89	3.15
Health Policy	69	0.92
Gastroenterology	68	3.20
Ophthalmology	67	1.45
Anesthesiology and Pain Medicine	57	1.56
Anatomy	55	0.96
Reproductive Medicine	54	1.20
Emergency Medicine	40	0.65
Hepatology	40	2.78
Otorhinolaryngology	36	0.94
Critical Care and Intensive Care Medicine	34	1.17
Rehabilitation	32	0.58
Nephrology	25	1.18
Family Practice	8	2.37
Embryology	7	0.30

Источник: SciVal, данные актуальные на 13.05.2015 г.

В *таблице 9* представлены сравнительные показатели публикационной активности РФ и страны – мирового лидера в области медицинских исследований (США), которые говорят о том, что нет ни одного направления клинической медицины, по которому объем публикационного потока РФ уступал бы аналогичному показателю США менее, чем в 30 раз.

Таблица 9

Объемы публикационных потоков США и России по отдельным областям клинической медицины, проиндексированные в Scopus в 2010–2014 гг.

Журнальная категория	*Количество публикаций США в Scopus*	*Количество публикаций России в Scopus*	*Степень отставания России от США*
Medicine	1062183	17088	62,16
Drug Guides	254	0	-
Reviews and References (medical)	32	0	-
Family Practice	4014	8	501,75
Critical Care and Intensive Care Medicine	16186	34	476,06
Rehabilitation	13769	32	430,28
Otorhinolaryngology	15288	36	424,67
Nephrology	10389	25	415,56
Health Policy	26276	69	380,81
Emergency Medicine	14303	40	357,58
Orthopedics and Sports Medicine	37189	110	338,08
Gastroenterology	21196	68	311,71
Ophthalmology	20071	67	299,57
Anesthesiology and Pain Medicine	16815	57	295,00
Pediatrics, Perinatology and Child Health	49038	190	258,09
Embryology	1805	7	257,86
Hepatology	9262	40	231,55
Urology	19450	95	204,74
Obstetrics and Gynecology	26548	149	178,17
Pharmacology (medical)	34822	220	158,28
Surgery	79554	539	147,60
Reproductive Medicine	7754	54	143,59
Dermatology	18100	127	142,52
Psychiatry and Mental Health	64015	506	126,51
Health Informatics	12756	103	123,84
Neurology (clinical)	66434	550	120,79
Pulmonary and Respiratory Medicine	25346	214	118,44
Immunology and Allergy	32325	329	98,25
Anatomy	5384	55	97,89
Epidemiology	21707	240	90,45
Rheumatology	8047	89	90,42
Endocrinology, Diabetes and Metabolism	30753	382	80,51

Таблица 9. Окончание

Журнальная категория	*Количество публикаций США в Scopus*	*Количество публикаций России в Scopus*	*Степень отставания России от США*
Oncology	70485	891	79,11
Public Health, Environmental and Occupational Health	67766	870	77,89
Internal Medicine	20820	303	68,71
Hematology	25853	430	60,12
Genetics (clinical)	19395	343	56,55
Transplantation	10818	220	49,17
Cardiology and Cardiovascular Medicine	70319	1473	47,74
General Medicine	293370	6159	47,63
Geriatrics and Gerontology	14461	305	47,41
Complementary and Alternative Medicine	5151	117	44,03
Radiology, Nuclear Medicine and Imaging	55797	1376	40,55
Microbiology (medical)	17394	432	40,26
Infectious Diseases	45109	1168	38,62
Medicine (miscellaneous)	26594	818	32,51
Pathology and Forensic Medicine	22703	713	31,84
Physiology (medical)	24227	806	30,06
Biochemistry (medical)	6447	217	29,71
Histology	6990	523	13,37

Источник: SciVal, данные актуальные на 13.05.2015 г.

Таким образом, анализ отечественного публикационного потока по клинической медицине, представленного в БД Scopus, не позволил выявить принципиальных различий в показателях, характеризующих российский публикационный сегмент, представленный в БД WoS. Доля российских публикаций по медицине в Scopus составила в 2014 г. 0,51% от общемирового потока по этой предметной области, что близко к оценке доли отечественных публикаций в общемировом потоке по медицине, проиндексированном в WoS (0,59%).

Отставание России от стран-лидеров по всем исследованным областям клинической медицины критически велико и достигает по отдельным направлениям нескольких порядков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные нами данные показали, что к середине 2015 г. научному медицинскому профессиональному сообществу России не удалось достигнуть показателей публикационной активности, установленных в Указе Президента РФ № 599 от 7 мая 2012 г. и Стратегии развития медицинской науки до 2025 года, разработанной Минздравом России. Отставание России по числу публикаций в предметной области глобальной науки «клиническая медицина» от стран-лидеров достаточно велико, и на его сокращение потребуется более длительный период времени, чем 3–5 лет.

Вместе с тем следует отметить, что за последние 5 лет наметился устойчивый положительный тренд в динамике числа российских публикаций, индексируемых в WoS, по большинству направлений клинической медицины.

Литература

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки» / Официальный сайт Президента России. М., 2012. URL: http://graph.document.kremlin.ru/page.aspx?1;1610850.

2. *Стародубов В.И., Кузнецов С.Л., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Арефьев П.Г., Иванов А.В.* Публикационная активность российской медицинской науки в фокусе актуальной научной политики: оценка достижимости целевых показателей/ Вестник РАМН. – 2013. – № 3. – с. 8–14

3. Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. // Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 2012. URL: http://www.rosminzdrav.ru/health/62/Strategiya_razvitiya_meditcinskoj_nauki.pdf.

UDC 001.89:614.2

Kurakova N.G., Tsvetkova L.A., Cherchenko O.V., Ustinnikov A.K., Oliver E.A. ***Evaluation of contributions of specific areas of clinical medicine to Russian integral publication flow, indexed in Web of Science and Scopus*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. The deadline for evaluating achievements by Order № 599 of the Russian President dated 7 May 2012, in accordance to which the share of Russian researcher's publications among all publications of international scientific journals, indexed in the Web of Science data base, should reach 2,44% by 2015, is fast approaching. The article evaluates the contribution of specific areas of clinical medicine to integral publication flow in Russia, indexed in Web of Science in the period between 2011 to 2015. It is demonstrated that despite the efforts of the professional medical community directed on increasing the publication activity in international segment, the share of Russian publications remain at a low level. The issue of reflecting research findings in international journals is particularly critical for Russian surgeons, dentists, orthopaedists and otolaryngologists.

Keywords: *Russian medical science, International indexes of scientific citation, bibliometric indicators, bibliometrical indicators, Web of Science, Scopus, publication activity.*

МИНЗДРАВ ПЛАНИРУЕТ ВВЕСТИ КОМПЕНСАЦИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Министерство здравоохранения РФ может ввести государственные компенсации стоимости лекарственных препаратов для граждан из групп высокого риска заболеваемости. Об этом заявила глава ведомства Вероника Скворцова в рамках Петербургского международного экономического форума.

«Мы восстанавливаем в нашей стране систему диспансерного наблюдения, и это не только регламентируемые регулярные осмотры. Мы рассматриваем для себя возможность введения механизма частичного государственного возмещения цены на лекарства, используемые людьми из групп высокого риска заболеваемости в амбулаторных условиях». По словам Скворцовой, это непростой вопрос, так как для выплаты компенсаций необходимы дополнительные ресурсы. Она подчеркнула, что специалисты ведомства уже все просчитали, и теперь Министерство надеется получить поддержку со стороны правительства.

Источник: ***ТАСС***

П.В. Волжанин,
экономист по финансовой работе, ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска»

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЖУРСТВА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

УДК 614.254
Волжанин П.В. ***Некоторые аспекты дежурства медицинских работников*** *(ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска»)*

Аннотация. Много спорных вопросов возникает при оформлении переработки рабочего времени у медицинских работников. Что говорится в трудовом кодексе, что предусматривает законодательство. Об этом пойдет речь в этой статье.

Ключевые слова: *дежурства медицинских работников, Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 30.06.2003 г. № 41, сверхурочная работа, ненормированный рабочий день.*

Определение

С учетом изменений, внесенных в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации, дается только определение дежурства на дому. Что касается непосредственного дежурства медицинского работника, находящего в медицинской организации, то такого определения, к сожалению, нет. С нашей точки зрения, лучшее определение дано в журнале «Медицинский вестник»: «Дежурства медицинских работников – это трудовая деятельность, осуществляемая с целью оказания круглосуточной и неотложной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения» (6).

Законодательство

Трудовой кодекс Российской Федерации (далее по тексту – ТК РФ) предусматривает следующие условия работы за пределами нормальной продолжительности рабочего времени:

- сверхурочная работа;
- ненормированный рабочий день;
- совместительство.

Рассмотрим каждое из условий подробнее:

1) В соответствии со статьёй 99 ТК РФ, сверхурочная работа – работа, выполняемая работником по инициативе работодателя за пределами установленной для работника продолжительности рабочего времени: ежедневной работы (смены), а при суммированном учете рабочего времени – сверх нормального числа рабочих часов за учетный период.

Если необходимость привлечения работника к сверхурочной работе не вызвана чрезвычайными и другими не терпящими отлагательств обстоятельствами, то привлечение работника к труду должно осуществляться только с его письменного согласия и с учетом мнения выборного органа первичной профсоюзной организации. При этом работодатель обязан обеспечить учет сверхурочной работы.

© П.В. Волжанин, 2015 г.

Продолжительность данного вида работ не должна превышать 4 часов в течение двух дней подряд и 120 часов в год (статья 99 ТК РФ).

При этом Роструд в письмах от 02.12.2009 г. № 3567–6–1 и от 18.03.2008 г. № 658–6–0 указывает, что если работник по своему желанию и усмотрению принял решение задержаться на работе, то это не будет считаться сверхурочной работой.

Работодателю не допускается включение положений, содержащих согласие работника на выполнение в будущем сверхурочной работы, в локальных нормативных актах и трудовых договорах.

Согласно циркулярному письму Министерства здравоохранения СССР, Министерства финансов СССР, Государственного комитета СССР по труду и социальным вопросам и ВЦСПС от 04.05.1990 г. № 01–14–5–24 «Об организации и оплате дежурств врачей учреждений здравоохранения, имеющих стационары» (далее по тексту – циркулярное письмо), дежурства связаны со спецификой работы учреждения, оказанием медицинской помощи в любое время суток, в воскресные и праздничные дни, следовательно, носят регулярный, заранее спланированный характер, поэтому условия сверхурочной работы не могут подойти. При этом подчеркивается, что работа (дежурства) сверх месячной нормы рабочего времени, выполняемая в обычные дни недели, оплачивается в одинарном размере, а в выходные и праздничные дни – в двойном. Соответственно, на основании данного документа будет неправомерно применить оплату как за сверхурочную работу (напомним, сверхурочная работа оплачивается за первые два часа в полуторном размере, остальные – в двойном).

В Указаниях Министерства социального обеспечения РСФСР от 24.09.1990 г. № 1–141-У «Об организации и оплате дежурств врачей учреждений социального обеспечения» говорится, что вопрос организации и оплаты труда дежурств медицинского персонала решается на основании вышеуказанного циркулярного письма.

2) Ненормированный рабочий день – особый режим работы, в соответствии с которым отдельные работники могут по распоряжению работодателя при необходимости эпизодически привлекаться к выполнению своих трудовых функций за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени. Перечень должностей работников с ненормированным рабочим днем устанавливается коллективным договором, соглашениями или локальным нормативным актом, принимаемым с учетом мнения представительного органа работников (статья 101 ТК РФ).

Итак, ненормированное рабочее время обычно применяется для следующих работников:

- труд которых в течение рабочего времени не поддается измерению;
- распределяющих рабочее время по своему усмотрению;
-рабочее время делится на части неопределенной продолжительности.

Переработка работника с ненормированным рабочим временем, как сказано в статье 101 ТК РФ, носит эпизодический (не регулярный, случайный) характер, переработка которого к тому же не поддается точному учету. Так как дежурства медицинских работников являются заранее спланированной работой, то ненормированный рабочий день не подходит для условий дежурства, что будет являться нарушением ТК РФ.

Необходимо учитывать, что статья 101 ТК РФ предусматривает, что работник с ненормированным рабочим временем привлекается к работе только в рамках трудовой функции, закрепленной в трудовом договоре. К выполнению других трудовых обязанностей работника с ненормированным рабочим днем привлекать нельзя.

3) В соответствии со статьёй 60.1 ТК РФ работник имеет право заключать трудовые договоры о выполнении в свободное от основной работы время другой регулярной ра-

боты у того же работодателя (внутреннее совместительство) и (или) у другого работодателя (внешнее совместительство). Законодатель выделяет работу по совместительству медицинских работников в специальную норму (статья 282 ТК РФ), которая регулируется Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 30.06.2003 г. № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» (далее по тексту Постановление № 41). В данном Постановлении устанавливается, что медицинские работники имеют право осуществлять работу по совместительству, в том числе по аналогичной должности, и количество отработанных часов не может превышать:

для медицинских и фармацевтических работников – половины месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели;

для медицинских и фармацевтических работников, у которых половина месячной нормы рабочего времени по основной работе составляет менее 16 часов в неделю,– 16 часов работы в неделю;

для врачей и среднего медицинского персонала, где имеется их недостаток,– месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели;

для младшего медицинского и фармацевтического персонала – месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели.

Вроде бы все понятно. Если медицинский работник желает подработать, то письменно оформляется совместительство. Но основная проблема возникает тогда, когда работа выходит за пределы основной ставки и совместительства (т.е. за пределами месячной нормы).

Согласно Постановлению Государственного комитета СССР по труду и социальным вопросам, Министерства юстиции СССР, Секретариата ВЦСПС от 09.03.1989 г. № 81/604-К-3/6–84, в перечень работ, которые не считаются совместительством, входят дежурства медицинских работников сверх месячной нормы рабочего времени.

Опять обратимся к Постановлению № 41, пункт 2, подпункт ж, в котором говорится, что не считается совместительством и не требует заключения (оформления) трудового договора следующая работа: работа без занятия штатной должности в том же учреждении и иной организации, в том числе выполнение педагогическими работниками образовательных учреждений обязанностей по заведованию кабинетами, лабораториями и отделениями, преподавательская работа руководящих и других работников образовательных учреждений, руководство предметными и цикловыми комиссиями, работа по руководству производственным обучением и практикой студентов и иных обучающихся, дежурство медицинских работников сверх месячной нормы рабочего времени по графику и др.

Это один из спорных подпунктов данного постановления. Дело в том, что, как утверждают специалисты («Медицинский вестник», 2007, № 22–23, «О дежурствах врачей»; «Медицинский вестник», 2010, № 25, вопрос «Каков порядок организации и оплаты медицинских работников сверх месячной нормы рабочего времени?»), подпункт «ж» пункта 2 Постановления 41 не подлежит применению в связи с тем, что противоречит ТК РФ.

Во-первых, потому что трудовые отношения – это отношения, основанные на соглашении между работником и работодателем, и возникают они только на основании трудового договора (ст. 15,16 ТК РФ). Во-вторых, требовать от работника выполнения работы, не обусловленной трудовым договором (ст. 60 ТК РФ), запрещается.(6)

Да, мы согласны с тем, что законодатель никак не отрегулировал порядок оформления «специфичной» дополнительной работы, но в то же время официальных никаких документов об отмене какого-либо пункта Постановления № 41 не поступало. Поэтому здесь

нужно подходить юридически аккуратно.

Как уже было сказано выше, циркулярное письмо определяет, что дежурства врачей связаны со спецификой работы лечебных учреждений, имеющих стационары (оказание медицинской помощи в любое время суток, в воскресные и праздничные дни). Дежурства выполняются в пределах месячной нормы либо с согласия работника сверх нее в зависимости от нагрузки. Таким образом, законодатель в данном циркулярном письме предполагает необходимость наличия дежурств в стационарах как необходимую работу медицинских работников по оказанию круглосуточной медицинской помощи, а также в выходные и праздничные дни. Предлагается два пути решения вопроса о дежурствах:

- путем введения в штатное расписание врачебных должностей для обеспечения круглосуточной помощи (экстренные дежурства);

- выделение специального фонда для оплаты работы (дежурств), выполняемой врачами сверх месячной нормы рабочего времени.

Логично, если в штатном расписании будут предусмотренные должности для оказания экстренной медицинской помощи. Основная проблема здесь видится в нехватке медицинских кадров.

Как видим, из всего того, что предусматривает ТК РФ, а именно, ни ненормированный рабочий день, ни сверхурочная работа не подходят для оформления работы сверх месячной нормы рабочего времени. В то же время и в ТК РФ, и в циркулярном письме предусматривается, что эта работа должна быть письменно оформлена работником.

Судебная практика

Основной темой разбирательств в судебном порядке между истцом и ответчиком является оплата дежурств сверх месячной нормы рабочего времени как за сверхурочную работу. В рассмотренных судебных решениях № М-738/2013 2–659/13 2–659/2013~М738/2013 2–659/2013 от 29.10.2013 г. Моздокского районного суда (Республика Северная Осетия-Алания), № 2–4937/2014 2–4937/2014~М-4361/2014 М-4361/2014 от 12.12.2014 г. Чеховского городского суда (Московская область), № 2–61 Кишертского районного суда (Пермский край), а также в апелляционном определении Судебной коллегии по гражданским делам Тульского областного суда от 27.09.2012 г. по делу № 33–2475 суд, руководствуясь действующими нормативными правовыми актами, встает на сторону лечебного учреждения.

Суд Ямало-Ненецкого автономного округа (9), принимая решения по делу Л., исходил из следующего:

- в трудовом договоре не оговаривалась возможность дежурства в стационаре;

- статьи 99 ТК РФ;

- статьи 60 ТК РФ, запрещающей требовать от работника выполнения работы, не обусловленной трудовым договором, за исключением случаев, предусмотренных ТК РФ и иными федеральными законами;

-статьи 107 ТК РФ.

Несмотря на то, что дежурства работника Л. производились в соответствии с утвержденным графиком, суд посчитал выполнение дежурства Л. как сверхурочную работу.

В Ленинский районный суд г. Костромы (Костромская область) (8) обратилось Областное государственное учреждение с заявлением о признании незаконным и отмене предписания Государственной инспекции труда, а именно:

- устранить нарушения ст. 100 ТК РФ;

- статьи 72 ТК РФ, а именно: изменение определенных сторонами условий трудового договора допускать только по соглашению сторон;

- согласовывать графики дежурств врачей с профсоюзным органом согласно Постановлению Секретариата Всесоюзного Центрального совета профессиональных союзов от 02.04.1954 г. № 233 «О дежурствах на предприятиях и в учреждениях» и т.д.

Судебным Решением от 24.05.2012 г. № б/н Ленинский районный суд г. Костромы

(Костромская область) оставил без изменений предписание государственной инспекции труда.

При этом суд подчеркнул, что тот факт, что лечебное учреждение и оказывает медицинскую помощь в любое время суток, не освобождает работодателя от обязанности соблюдать требования статьи 100 ТК РФ.

Вывод

Исходя из вышесказанного и опыта работы, а также для того, чтобы минимизировать риски при судебных делах, считаем, что необходимо придерживаться следующих действий:

1. В Трудовых договорах прописать возможность привлечения медицинских работников к дежурствам сверх месячной нормы рабочего времени.
2. В локальных нормативных актах прописать возможность привлечения медицинских работников к дежурствам сверх месячной нормы рабочего времени.
3. Дополнительная работа сверх месячной нормы рабочего времени оформляется с письменного согласия работника с оплатой за фактическое отработанное время. На основании заявлений издается приказ по учреждению.
4. Грамотно составить и подписать руководителем учреждения по согласованию с первичной профсоюзной организацией график дежурств медицинского персонала. Ознакомить сотрудников под роспись.
5. Провести среди отделений разъяснительную работу по дежурству.

Считаем, что все вопросы лучше выяснять открыто и находить компромисс, нежели доводить дело до суда.

По нашему мнению, если законодательно прописать в ТК РФ непосредственно работу и оплату медицинских работников за дежурство (сверх месячной нормы), это бы не только улучшило отношения между работником и работодателем, но и избавило судебную систему от лишней работы. Так, например, можно добавить следующее: «Дежурства медицинских работников – это трудовая деятельность, осуществляемая с целью оказания круглосуточной и неотложной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. Оплата дежурств медицинских работников сверх месячной нормы рабочего времени, выполняемых в обычные дни недели, оплачивается в одинарном размере, а в выходные и праздничные дни – в двойном».

Литература:

1. Трудовой кодекс Российской Федерации.
2. Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 30.06.2003 г. № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры».
3. Постановление Государственного комитета СССР по труду и социальным вопросам, Министерства юстиции СССР, Секретариата ВЦСПС от 09.03.1989 г. № 81/604-К-3/6–84.
4. Циркулярное письмо Министерства здравоохранения СССР, Министерства финансов СССР, Государственного комитета СССР по труду и социальным вопросам и ВЦСПС от 04.05.1990 г. № 01–14–5–24 «Об организации и оплате дежурств врачей учреждений здравоохранения, имеющих стационары».
5. Указания Министерства социального обеспечения РСФСР от 24.09.1990 г. № 1–141-У «Об организации и оплате дежурств врачей учреждений социального обеспечения».

6. «Медицинский вестник», 2010 г. № 25 вопрос «Каков порядок организации и оплаты медицинских работников сверх месячной нормы рабочего времени?».
7. «Медицинский вестник», 2007, № 22–23, «О дежурствах врачей».
8. http://docs.pravo.ru/document/view/26460075/26319294/.
9. http://oblsud.ynao.sudrf.ru/modules.php?name=press_dep&op=11&cl=1&did=477.
10. http://sudact.ru/regular/doc/print/Y8o00y8Cxcxl/.
11. http://sudact.ru/regular/doc/print/cluxj4Ev0RYV/.
12. http://bazazakonov.tu/doc/? ID=4986967.
13. http://files.sudrf.ru/889/user/dela/gr2.doc.

UDC 614.254

Volzhanin P. V. ***Certain aspects of duty shifts of medical employees*** *(Ul"yanovsk Central Hospital, Ul"yanovsk, Russia)*

Abstract: *The article considers issues arising when registreing overtime hours of medical employees. It includes analysis of articles of the Labor Code, which clarifies disputable moments in these circumstances.*

Keywords: *duty shifts of medical employees, after hours work, irregular working hours.*

СРЕДНЯЯ ЗАРПЛАТА ВРАЧЕЙ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 2015 ГОДА СОСТАВИЛА 47,81 ТЫС. РУБЛЕЙ

За первое полугодие 2015 года в России среднемесячная зарплата врачей в сфере ОМС составила 47,91 тыс. рублей, что на 3,6% больше, чем в 2014 году. Такие данные привела депутат Госдумы Салия Мурзабаева. Депутат со ссылкой на данные ОМС отметила, что зарплата среднего медперсонала выросла по сравнению с прошлым годом на 3,3% и составила 26,83 тыс. рублей. «Опережение среднего темпа прироста зарплаты наблюдается в 47 регионах, наибольшие значения в Вологодской области, Ненецком АО, в Республиках Адыгея и Татарстан (+16%, 14%, 12,4% и 12,8%)»,– отметила Мурзабаева. Она подчеркнула, что в ряде регионов, наоборот, произошло снижение уровня оплаты труда. Так, например, в Республике Тыва заработная плата упала на 6,5%, в Нижегородской области – на 4,8%, а Пермском крае – на 4,9%.

Среднемесячная заработная плата младшего медицинского персонала за полгода возросла на 7,9% и составила 16,22 тыс. рублей. Опережение среднего темпа прироста было зафиксировано в 45 субъектах России.

Самый низкий уровень оплаты труда медицинских работников отмечен в Республике Калмыкия, где зарплата врачей равняется 27 тыс. рублей, среднего медперсонала – 15,9 тыс. рублей, а младшего – 9,9 тыс. рублей.

Источник: ***официальный сайт Минздрава России***

От редакции:
В этом номере мы публикуем вторую (заключительную часть) материала, посвященного развенчанию догм и мифов эффективного контракта. Автор – признанный специалист в этой сфере, автор книги «Стимулирующие системы оплаты труда в рамках введения эффективного контракта», вышедшей в нашем издательстве (Издательский дом «Менеджер здравоохранения»).

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

Ф.Н. Кадыров,
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

МИФЫ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА. ЧАСТЬ 2

УДК 614:338.26
*Кадыров Ф.Н. **Мифы эффективного контракта. Часть 2** (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Введение эффективного контракта далеко перешагнуло за пределы «конкретизированного трудового договора». Оно касается широкого круга вопросов: как повышать заработную плату, за счет каких источников, можно ли снижать заработную плату в рамках эффективного контракта и т.д., и т.п. Соответственно, родилось и немало ошибочных мнений, мифов по различным аспектам эффективного контракта. Рассмотрению этих ошибочных позиций (мифов) посвящена данная статья.

Ключевые слова: *Эффективный контракт, трудовой договор, оплата труда, выплаты стимулирующего характера, показатели и критерии оценки деятельности работников, коллективный договор, эффективность.*

Миф 22. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности работников применяются только к выплатам стимулирующего характера, поэтому сдельные системы оплаты труда недопустимы.

Эффективный контракт – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Исходя из этого, казалось бы, следует, что соответствующие показатели и критерии касаются только выплат стимулирующего характера. Однако в этой же Программе говорится следующее: «Системы оплаты труда работников учреждений должны обеспечивать:

дифференциацию оплаты труда работников, выполняющих работы различной сложности;

установление оплаты труда в зависимости от качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполняемых

© Ф.Н. Кадыров, 2015 г.

работ) и эффективности деятельности работников по заданным критериям и показателям».

Поэтому показатели и критерии оценки эффективности деятельности работников могут применяться не только к выплатам стимулирующего характера, но и ко всему уровню оплаты труда (например, при использовании сдельных систем оплаты труда). Тем более, что трудовое законодательство допускает применение сдельных систем оплаты труда.

Миф 23. Применение коллективных (бригадных) форм оплаты труда в рамках введения эффективного контракта не предполагается – от них следует отказаться.

Бригадные (коллективные) формы организации и оплаты труда никто не отменял. Действовавшие при СССР нормативные акты, касающиеся бригадных (коллективных) форм организации и оплаты труда, сохраняют свое действие.

Эффективный контракт вполне успешно может сочетаться с коллективными системами оплаты труда. Это, в частности, продемонстрировал Приказ Минздрава № 421. В данном приказе речь идет о распределении коллективного заработка на основании балльной системы.

По поводу же конкретных критериев оценки отметим следующее: они могут устанавливаться не только для конкретного работника, но и для подразделения, бригады в целом. Это обязательно должно быть указано в трудовом договоре со ссылкой на то, что конкретный размер выплат работнику устанавливается в соответствии с положением об оплате труда.

Миф 24. В учреждениях, в которых платные услуги занимают высокий удельный вес, легче повысить зарплату в рамках реализации Указа Президента (дорожных карт).

Это далеко не так. Во-первых, если удельный вес платных услуг достаточно высок, то это обычно означает, что резервы развития платных услуг использованы достаточно полно – дополнительных резервов (в виде новых помещений, возможностей удлинения работы оборудования во внерабочее время и т.д.) практически не осталось.

Во-вторых, нужно учитывать и экономическую ситуацию в стране. Основным способом повышения заработной платы за счет платных услуг обычно является повышение цен на медицинские и иные услуги. Но в условиях кризиса падение спроса существенно ограничивает возможности для этого.

Поэтому, как это ни парадоксально, сложнее всего выполнить требования дорожных карт по повышению заработной платы бывшим «хозрасчетным» поликлиникам, стоматологическим и другим учреждениям с высокой долей доходов от платных услуг.

Миф 25. В рамках реализации Указов Президента, дорожных карт, перехода к эффективному контракту нельзя допустить снижения заработной платы ни одному работнику (зарплата работника не может быть ниже, чем в предыдущем периоде: в предыдущем году, в предыдущем месяце и т.д.).

Это не так. Ни федеральное законодательство, ни иные федеральные нормативные акты не устанавливают запрета на снижение зарплаты конкретных работников по сравнению с предыдущим уровнем (по сравнению с тем, что было в предыдущем периоде).

Требование неснижения заработной платы распространяется только на случаи изменения систем оплаты труда. И касается оно только гарантированных выплат.

Выплаты стимулирующего характера зависят от результатов труда и не только могут, но и должны снижаться при ухудшении показателей, за которые устанавливаются эти выплаты.

Миф 26. Денежные выплаты врачам участковой службы (10 и 5 тыс.руб.),

фельдшерам, работникам скорой помощи и врачам-специалистам снижать нельзя – их нужно по-прежнему выплачивать в полном объеме.

Стоит вспомнить историю вопроса: выплаты работникам участковой службы (10 и 5 тыс. рублей), фельдшерам и т.д. были введены еще в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» и устанавливались за исполнение обязанностей по выполнению дополнительного объема работы в пределах установленной работнику законодательством продолжительности рабочего времени. Поэтому эти выплаты изначально должны были уменьшаться или сниматься полностью при невыполнении этого дополнительного объема работ. Но в силу особого статуса этих выплат, как правило, до этого не доходило.

Сейчас целевого источника средств на эти выплаты нет. Кроме того, эти выплаты относятся к выплатам стимулирующего характера, поэтому могут и должны уменьшаться при недостижении установленных показателей качества, при наличии оснований для невыплаты установленных выплат стимулирующего характера (например, при наложении дисциплинарного взыскания в отчетном периоде и т.д. – см. Приказ Минздрава № 421).

В программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2015 г. № 1273, говорится: «В субъекте Российской Федерации тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение ***денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:***

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Как видим, все эти выплаты относятся к выплатам стимулирующего характера. А выплаты стимулирующего характера могут снижаться или сниматься полностью при недостижении установленных показателей, при невыполнении установленных требований (условий).

В письме Федерального фонда ОМС от 15.03.2013 № 2361/26-и, касающемся этих же выплат, отмечается: «Расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачами-педиатрами участковыми, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), врачами-специалистами (в части обеспечения повышения доступности амбулаторной медицинской помощи), а также медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами скорой медицинской помощи, осуществляются в соответствии с порядком, установленным

нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, **относятся к выплатам стимулирующего характера и осуществляются по результатам их деятельности».**

Миф 27. При переводе работников на эффективный контракт работник и руководитель учреждения подписывают документ, который так и называется «Эффективный контракт».

Нет. Работник заключает с учреждением все тот же самый (по названию) трудовой договор, а вот содержание существенно меняется. Дело в том, что в Трудовом кодексе нет ни понятия «эффективный контракт», ни понятия «контракт». Неслучайно в Приложении № 3 к «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р), приводится «Примерная форма трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения».

Миф 28. При введении эффективного контракта необходимо внести изменения в коллективный договор и положения об оплате труда, заменив старые формулировки новыми (или принять новые документы взамен устаревших).

Теоретически, да. Но перевод на эффективный контракт осуществляется постепенно (поэтапно). Кроме того, часть сотрудников может находиться в длительных отпусках (по беременности и родам, по уходу за ребенком и т.д.). В итоге может оказаться, что часть работников еще работает на старых условиях (или, выйдя из длительного отпуска, имеет право получать оплату на прежних условиях – без эффективного контракта), а часть – в рамках эффективного контракта. Поэтому на период перевода работников на эффективный контракт целесообразно не исключать прежние формулировки коллективного договора, положений об оплате труда, а дополнить их новыми разделами (положениями), применительно к эффективному контракту, прописав, например, такую фразу: «При переводе работников на эффективный контракт устанавливаются следующие показатели и критерии оценки их деятельности:...». Таким образом, указанные документы будут учитывать условия оплаты труда как работников, уже переведенных на эффективный контракт, так и еще не переведенных на эффективный контракт.

Миф 29. Поскольку эффективный контракт – это конкретизированный трудовой договор, то в нем должно быть конкретизировано все, что только возможно.

Нет, это не совсем так. Во-первых, обязательными для включения в трудовой договор являются только те положения, которые прямо определены как обязательные для включения Трудовым кодексом (статья 57).

Во-вторых, исходя из определения эффективного контракта в трудовом договоре должны быть *конкретизированы должностные обязанности работника, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности.*

В-третьих, конкретизации в трудовом договоре подлежат те положения, которые могут и должны быть конкретизированы (с учетом особенностей условий труда именно данного работника и т.д.). Так, например, в соответствии со статьей 57 Трудового кодекса режим рабочего времени и времени отдыха в обязательном порядке включается в трудовой договор только, если для данного работника он отличается от общих правил, действующих у данного работодателя.

Миф 30. В трудовом договоре, заключаемом в рамках эффективного контракта, нужно прописывать все

виды льгот, компенсаций и т.д., на которые работник имеет право.

Трудовое законодательство устанавливает большое количество льгот, компенсаций и т.д., и только часть из них связана с вопросами оплаты труда. Эффективный контракт вводится в рамках совершенствования системы оплаты труда и предполагает ***конкретизацию условий оплаты труда*** (что следует из его определения). Соответственно, во-первых, в обязательном порядке в трудовом договоре должны указываться выплаты компенсационного характера, имеющие прямое отношение именно к оплате труда (а не компенсации за неиспользованный отпуск и т.д.). Во-вторых, невозможно и нецелесообразно включать в трудовой договор все положения Трудового кодекса и других нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, связанных с компенсациями как в силу большого объема этих документов, так и в силу того, что они часто меняются (в этом случае пришлось бы постоянно заниматься внесением изменений в трудовые договоры с сотрудниками). В-третьих, как уже отмечалось выше, конкретизации в трудовом договоре подлежат те положения, которые могут и должны быть конкретизированы (с учетом условий труда именно данного работника и т.д.) – нет смысла переписывать стандартные положения, касающиеся всех работников (хотя бы данного учреждения, региона и т.д.).

Безусловно, это не означает, что другие компенсации, не связанные с оплатой труда (компенсации за неиспользованный отпуск и т.д.) могут быть проигнорированы при оформлении трудового договора с работником. Пункт 15. «Примерной формы трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения», утвержденной Распоряжением № 2190-р, предполагает использование такой фразы: «На работника распространяются льготы, гарантии и компенсации, установленные законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, коллективным договором и локальными нормативными актами».

Как видим, не все льготы, компенсации и т.д. обязательно подробно прописывать непосредственно в тексте трудового договора.

Миф 31. В трудовом договоре должны быть отражены все виды выплат стимулирующего характера, на которые работник имеет право (недопустимо никакие виды выплат выплачивать по положению – все они должны быть отражены в трудовом договоре с работником).

Это не так. Здесь ситуация примерно такая же, как и с льготами и компенсациями, о которых говорилось выше. Правда, в п. 13 «Рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта», утвержденных приказом Минтруда России от 26 апреля 2013 г. № 167н (далее – Рекомендации по оформлению трудовых отношений), записано: «Условия осуществления выплат стимулирующего и компенсационного характера, а также предоставления мер социальной поддержки рекомендуется излагать в трудовом договоре или дополнительном соглашении к трудовому договору в форме, понятной работнику учреждения и работодателю, и исключающей неоднозначное толкование этих условий. При этом ***не рекомендуется ограничиваться только ссылками на положения локальных нормативных актов, содержащих нормы, регулирующие вопросы осуществления выплат стимулирующего и компенсационного и характера».***

С вышеуказанными рекомендациями трудно не согласиться. Но они не устанавливают никаких требований, не несут запрета на ссылки на положения об оплате труда и т.д. Во-первых, в силу того, что по статусу Рекомендации по оформлению трудовых отношений не относятся к нормативным актам

(Письмо Минюста России от 5 июля 2013 г. № 01/60140-ЮЛ.), а являются всего лишь рекомендациями. Во-вторых, понятие «не рекомендуется ограничиваться только ссылками на положения локальных нормативных актов» не означает подобного запрета.

«Примерная форма трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения», утвержденная Распоряжением № 2190-р, не случайно называется «примерной» – учреждения при необходимости могут отходить от нее.

В соответствии со статьей 144 Трудового кодекса системы оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, ***локальными нормативными актами*** в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами. Поэтому те или иные выплаты, вводимые в соответствии с положениями об оплате труда, могут быть не указаны в самом трудовом договоре.

Но, с другой стороны, эффективный контракт – это конкретизированный трудовой договор. Поэтому, конечно же, необходимо давать в нем по возможности максимально конкретизированную информацию. Но и доводить до абсурда ситуацию не следует. Так, существуют определенные виды выплат стимулирующего характера, которые можно не вносить непосредственно в трудовой договор. Это выплаты, предусмотренные положением об оплате труда, но не являющиеся гарантированными с той точки зрения, что они могут быть установлены конкретному работнику, а могут – и нет. Например, выплаты за интенсивность труда при поручении работнику каких-либо срочных работ, которые заранее не планировались.

Кроме того, система оплаты труда в учреждении может совершенствоваться, дополняться новыми видами выплат (в том числе, вводимых на основании решения вышестоящих органов). Если следовать принципу: «нужно все указывать непосредственно в трудовом договоре», то придется вновь вносить изменения в трудовые договоры с работниками.

Наконец, могут быть ситуации, когда коллективным договором и/или положением об оплате труда предусматриваются выплаты, осуществляемые только при особых обстоятельствах, например, выплаты стимулирующего характера (премии) за выполнение особо важных и ответственных работ. Эти работы обычно не являются регулярными (виды работ, сроки появления необходимости в них, конкретные лица, которым работа будет поручена, объемы работ и т.д. обычно заранее неизвестны). Теоретически эти выплаты могут назначаться любым работникам. Естественно, что в этих условиях в трудовом договоре также невозможно для конкретного работника установить их размер.

С учетом возможности подобных ситуаций в трудовом договоре наряду с указанием конкретных выплат стимулирующего характера по аналогии с рекомендуемым Правительством пунктом 15 Примерной формы трудового договора может быть записана фраза примерно следующего содержания: «На работника распространяются и другие выплаты, установленные законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, коллективным договором и локальными нормативными актами».

Миф 32. **В эффективном контракте, являющемся конкретизированным трудовым договором, необходимо указывать конкретную сумму выплат стимулирующего характера (на основании трудового договора работник должен знать до копейки размер причитающейся ему оплаты труда).**

Часто приходится слышать заявления о том, что в трудовом договоре с работником в рамках введения эффективного контракта обязательно должна быть указана конкретная сумма оплаты труда, которую работник будет получать. Причем, нередко подобные тре-

бования предъявляют органы власти к своим подведомственным учреждениям. Это абсолютно неправомерное требование. Ни в трудовом законодательстве, ни в нормативных актах, посвященных эффективному контракту, ни в «Рекомендациях по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта», утвержденных приказом Минтруда России от 26 апреля 2013 г. № 167н, такого требования нет.

В Трудовом кодексе (ст. 57) установлено, что обязательными для включения в трудовой договор являются «условия оплаты труда (в том числе размер тарифной ставки или оклада (должностного оклада) работника, доплаты, надбавки и поощрительные выплаты)». Обращаем внимание на то, что о размере говорится только применительно к тарифной ставке или окладу (должностному окладу) работника. Конкретный размер тарифной ставки или оклада (должностного оклада) работника должны быть обязательно прописаны в трудовом договоре – здесь недопустимы фразы типа «размер должностного оклада работника устанавливается в соответствии со штатным расписанием (тарификацией и т.д.)». В отношении других элементов оплаты труда возможны такие отсылки положения.

Более того, требование обязательности указания конкретной суммы противоречит логике эффективного контракта. Безусловно, эффективный контракт предполагает конкретизацию условий оплаты труда. Однако степень конкретизации зависит от имеющихся особенностей – нельзя доводить ситуацию до абсурда. Оплата труда не должна быть фиксированной, а должна зависеть от результатов труда. В первую очередь это как раз касается выплат стимулирующего характера. Это, в частности, четко зафиксировано в основном документе, посвященном эффективному контракту. В соответствии с «Программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденной Распоряжением № 2190-р, «заработная плата конкретного работника зависит от его квалификации, сложности, количества и качества выполняемой работы». А объемы и качество выполненной работы (оказанных услуг) заранее оценить невозможно. Поэтому конкретный размер оплаты (как минимум, в части выплат стимулирующего характера) заранее предвидеть и прописать в трудовом договоре невозможно.

Так, в соответствии с приказом Минздрава России № 421 предполагается каждый раз определять размер выплаты стимулирующего характера на основе стоимости балла и количества баллов, набранных работником. Поэтому конкретная сумма выплаты стимулирующего характера заранее не известна и в трудовом договоре прописана быть не может.

Добавим, что выплаты стимулирующего характера могут выплачиваться с различной регулярностью: некоторые – ежемесячно, другие ежеквартально (как это предусмотрено в примере, приводимом в Приказе Минздрава № 421) или раз в год. Уже в силу этого зарплата в разные месяцы может существенно различаться.

Кроме того, наряду с повременной оплатой могут использоваться сдельные и иные системы оплаты труда (например, при оказании платных услуг), при которых может вообще отсутствовать фиксированная часть заработной платы.

Особенно актуально это для выплат, которые зависят от общих результатов работы учреждения или подразделения (от экономии фонда заработной платы, от дохода в системе ОМС, от платных услуг и т.д.). Размер таких выплат для конкретного работника при использовании коллективных систем оплаты труда определить заранее и закрепить в трудовом договоре с конкретным работником невозможно, но можно закрепить общие принципы, условия начисления заработной платы (выплат стимулирующего характера).

То, что далеко не всегда можно указывать конкретные суммы, отмечается и в п. 13 Ре-

комендаций по оформлению трудовых отношений. В нем записано: «В случае если какие-либо выплаты устанавливаются в абсолютном размере (в рублях), рекомендуется указывать этот размер в трудовом договоре или дополнительном соглашении к трудовому договору. Размер выплат, устанавливаемых в процентах, баллах и других единицах измерения, рекомендуется указывать в этих единицах ***с указанием условий, при достижении которых они осуществляются».***

Таким образом, в самих Рекомендациях по оформлению трудовых отношений не исключается вариант того, что конкретный размер определенных выплат стимулирующего характера может быть не установлен работнику в тексте самого трудового договора – в нем может определяться лишь порядок их начисления.

Конечно, все вышесказанное не означает того, что конкретные суммы оплаты не могут включаться в текст трудового договора. Это означает лишь то, что включение в текст трудового договора конкретных сумм оплаты не является обязательным и зависит от конкретных условий.

Действительно, могут существовать выплаты стимулирующего характера, которые являются фиксированными. В таком случае их размер может и должен быть указан в трудовом договоре с работником. Но тоже с оговорками. В связи с инфляцией, в связи с выполнением задачи по повышению заработной платы и т.д. размер и подобных выплат, считающихся фиксированными, может меняться (повышаться). Ежегодный пересмотр трудовых договоров и внесение в них изменений в связи с индексацией таких выплат является слишком обременительной работой. В подобных случаях целесообразным является при указании в трудовом договоре размеров выплат оговаривать, что размер выплат может меняться (индексироваться) в соответствии с коллективным договором и/или положениями об оплате труда.

Итак, размер или порядок установления некоторых видов выплат стимулирующего характера может быть прямо прописан в самом трудовом договоре, а по поводу других выплат стимулирующего характера в трудовом договоре могут быть сделаны ссылки на соответствующие положения об оплате труда. Могут существовать следующие выплаты:

1. Выплаты стимулирующего характера, являющиеся фиксированными, и размер которых поэтому должен быть прописан в тексте трудового договора (дополнительного соглашения к трудовому договору).

2. Выплаты стимулирующего характера, конкретный размер которых заранее не известен и поэтому не может быть прописан в тексте трудового договора (дополнительного соглашения к трудовому договору):

а) выплаты, не являющиеся фиксированными, и конкретный размер которых зависит от результатов труда;

б) выплаты, которые данному работнику не установлены, но могут быть установлены в дальнейшем в соответствии с коллективным договором и/или положениями по оплате труда.

Таким образом, наиболее корректной является следующая постановка вопроса: условия оплаты труда, установленные трудовым договором, должны быть понятны. В трудовом договоре могут прописываться как конкретные суммы выплат (если они установлены в качестве фиксированных), так и способы расчета тех выплат, которые являются переменными и зависят от достигаемых результатов (определить которые заранее невозможно). То есть, исходя из положений трудового договора, заключенного в рамках введения эффективного контракта, работник не обязательно должен знать конкретный размер оплаты своего труда за конкретный период, но обязательно должен знать то, какой размер оплаты труда он получит при тех или иных достигнутых показателях, или, как минимум, алгоритм начисления этих выплат.

Миф 33. В тексте трудового договора с работником, заключаемого в рамках введения эффективного контракта, необходимо обязательно указать конкретные виды работ, которые работник должен выполнять по трудовому договору (поскольку эффективный контракт – это конкретизированный трудовой договор, то ссылки на должностную инструкцию не допускаются).

В соответствии с Рекомендациями по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта», утвержденными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 апреля 2013 г. № 167н (далее – Рекомендации по оформлению трудовых отношений) предполагается отражать должностные обязанности работника учреждения непосредственно в тексте трудового договора.

Должностные обязанности работника закреплены в должностных инструкциях. А они по объему занимают, как правило, несколько страниц. Прямое включение этого объемного текста в трудовой договор делает его громоздким и сложным для восприятия. Кроме того, при появлении необходимости уточнения должностных обязанностей работника (например, в связи с предстоящим введением профессиональных стандартов) придется вновь вносить изменения в тексты трудовых договоров с работниками.

Очевидно неслучайно позже Минтруд России (а именно он отвечает за вопросы, связанные с оформлением трудовых договоров) уточнил свою позицию по этому вопросу в Информации Минтруда России от 28.11.2013 «Ответы на вопросы Правительства Саратовской области по мониторингу реализации Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» и от 28 декабря 2012 г. № 1688 «О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», а также программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р». 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».***

Миф 34. В рамках эффективного контракта для работников вводятся показатели и критерии оценки эффективности деятельности.

Да, должны вводиться. В Распоряжении № 2190-р говорится: «Эффективный контракт – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки ***эффективности*** деятельности...».

Но на самом деле показатели и критерии эффективности деятельности обычно не устанавливаются. Есть оценочные показатели, но среди них нет показателей эффективности. Эффективность – это всегда соотношение результатов с затратами. Это соотношение может выражаться в различных формах:

- в денежной (например, как разница между доходами и расходами – прибыль);
- в трудовой (например, количество времени, затраченного на выполнение определенного объема работы);
- натурально-вещественной (например, количество расходных материалов, потраченных на выполнение определенного объема услуг) и т.д.

Поэтому к показателям и критериям оценки ***эффективности*** деятельности не относится ни количество посещений, ни количество обоснованных жалоб, ни другие широко известные рекомендуемые показатели. Проблема заключается не в том, что показателей и критериев оценки ***эффективности*** деятельности работников не существует, а в том, что обычно они не применяются.

Итак, мы в очередной раз сталкиваемся с тем, что требования базовых нормативных актов в сфере эффективного контракта не реализуются – идет подмена понятий, искажение и т.д., а в конечном счете выхолащивается суть эффективного контракта.

Миф 35. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности работников устанавливаются вышестоящими органами.

Нет, эта функция принадлежит самим учреждениям. Исключение составляет лишь оплата труда руководителя учреждения, его заместителей и главного бухгалтера (в соответствии со статьей 145 Трудового кодекса – это прерогатива учредителей).

В Распоряжении № 2190-р указано: ***«Критерии, показатели и периодичность оценки эффективности деятельности работников учреждений устанавливаются локальными нормативными актами учреждений, коллективными договорами, соглашениями, трудовыми договорами и определяются с учетом достижения целей и показателей эффективности деятельности учреждения».***

Там также говорится: «В отношении подведомственных учреждений правовыми актами федеральных органов исполнительной власти будут утверждены: целевые показатели эффективности деятельности федеральных бюджетных и казенных учреждений и их руководителей (а также руководителей автономных учреждений), ***рекомендации*** по установлению целевых показателей эффективности деятельности федеральных автономных учреждений в части выполнения государственного задания с учетом введения взаимосвязанной системы отраслевых показателей эффективности от федерального уровня до конкретного учреждения, изменения, которые вносятся в примерные положения об оплате труда работников федеральных бюджетных и казенных учреждений в части рекомендуемых для учреждений минимальных окладов (ставок) по профессиональным квалификационным группам и повышающих коэффициентов по квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп, соответствующих указанным показателям ***рекомендуемых стимулирующих выплат работникам, критериев и условий их осуществления***, а также условий оплаты труда руководителей учреждений, включая стимулирующие выплаты, критерии, размеры и условия их осуществления...».

Таким образом, никто не вправе устанавливать для учреждений здравоохранения обязательные для исполнения показатели и критерии оценки эффективности деятельности работников – это могут быть лишь рекомендации.

Рассмотрим это на примере федеральных учреждений здравоохранения. Пунктом 6 постановления Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. № 583 (в ныне действующей редакции от 14.01.2014) Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации было предписано «утвердить: ***рекомендации*** по разработке федеральными государственными органами и учреждениями – главными распорядителями средств федерального бюджета, примерных положений об оплате труда работников учреждений (***включая рекомендации*** по дифференциации уровней оплаты труда в зависимости от квалификации и сложности выполняемых работ, порядку определения и размерам выплат компенсационного характера, а также ***порядку определения выплат стимулирующего характера и критериев их установления)».***

Пункт 2(1). «Положения об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учрежде-

ний», утвержденных данным постановлением, устанавливает: «Системы оплаты труда работников федеральных бюджетных и автономных учреждений устанавливаются с учетом примерных положений об оплате труда работников подведомственных бюджетных и (или) автономных учреждений по видам экономической деятельности, утверждаемых федеральными государственными органами, осуществляющими функции и полномочия учредителя этих учреждений, и учреждениями – главными распорядителями средств федерального бюджета, в ведении которых находятся федеральные бюджетные и (или) автономные учреждения, по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации. ***Указанные примерные положения носят для федеральных бюджетных и автономных учреждений рекомендательный характер.***

Пункт 5. Рассматриваемого положения определяет: ***«Размеры и условия осуществления выплат стимулирующего характера устанавливаются в соответствии*** с пунктом 2(1) настоящего Положения ***коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовыми договорами с учетом разрабатываемых в федеральном учреждении показателей и критериев оценки эффективности труда работников этих учреждений».***

Как видим, все, что касается показателей и критериев оценки деятельности работников, является рекомендациями.

В заключение отметим, что существует большое количество мифов, ошибочных мнений относительно эффективного контракта и других вопросов, прямо или косвенно связанных с ним. Следование этим мифам способно не только исказить суть эффективного контракта, но и привести к результатам, полностью противоречащим введению эффективного контракта.

Литература

1. *Валова С.* Стимулирующие и премиальные выплаты в бюджетных учреждениях // Бюджетные организации: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2010. – № 9.
2. *Иванов А.В., Буланов В.И.* Эффективный контракт: логика управленческих решений // Здравоохранение. – 2013. – № 10. – с. 56
3. *Кадыров Ф.Н.* Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении в рамках введения эффективного контракта. Под ред. академика РАМН Стародубова В.И.// М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2014. – 360 с.
4. *Кадыров Ф.Н.* Эффективный контракт в системе здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2013. № 2. С. 66–77.
5. *Кадыров Ф.Н.* Рекомендации по оформлению трудовых отношений с работниками при введении эффективного контракта // Менеджер здравоохранения. 2013. № 10.
6. *Кадыров Ф.Н.* Процедура перехода на эффективный контракт // Менеджер здравоохранения. 2013. № 11.
7. *Путин В.* Строительство справедливости. Социальная политика для России // Комсомольская Правда. – 13 февраля 2012.
8. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н.* Проблемы трансформации существующих систем оплаты труда в целях внедрения эффективного контракта в здравоохранение. // Менеджер здравоохранения. 2013. № 2. С. 6–15.
9. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н.* Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски. // Менеджер здравоохранения. 2013. № 3. С. 6–15.

10. Эффективный бюджетник. http://www.vz.ru/economy/2012/7/11/588045.html
11. http://www.up-zdrav.ru/regional_noe_upravlenie1/minzdrav_i_schetnaya_palata_prodolzhayut_razbor_poletov/
12. www.fondzdorovie.ru/monitoring/detail_monit.php? ID=570

UDC 614:338.26

Kadirov F.N. ***Myths around an effective contract. Part 2*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health Development of the Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. *Introduction of an effective contract exceeded the framework of a «concrete labor contract». It relates to a wide bredth of questions, such as how to increase salaries, at the cost of which resources, is it possible to cut renumeration within an effective contract and so on and so forth. Consequently, this gave birth to a lot of myths and wrong thinking around different aspects of an effective contract. This article is dedicated to the analysis of these wrong perceptions (myths).*

Keywords: *effective contract, labor contract, renumeration, incentives*

ПОДГОТОВЛЕН ЗАКОНОПРОЕКТ О ВНЕДРЕНИИ ГОССИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ОБОРОТА ЛС

Министерство здравоохранения РФ при участии Росздравнадзора разработало проект федерального закона о внедрении государственной системы мониторинга гражданского оборота лекарственных средств.

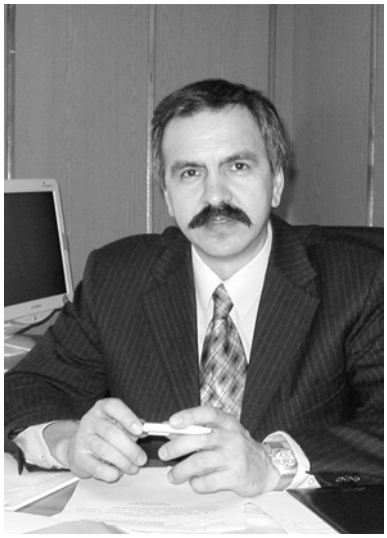
Государственная система мониторинга гражданского оборота лекарственных препаратов (ГСМ ЛС) является автоматизированной системой контроля движения ЛС от производителя до конечного потребителя с использованием индивидуальной маркировки и идентификации упаковок лекарственных препаратов.

Ожидается, что новая система позволит проследить жизненный цикл препарата от момента выпуска в обращение до конечного потребителя; усилить контроль за отпуском и адресностью движения, а также использования отдельных групп ЛС; предотвратить «вброс» в цепь поставок контрафактных и фальсифицированных лекарственных препаратов, а также повторный «вброс» лекарственных препаратов в цепь распространения.

В первую очередь ГСМ ЛС будет применяться в сфере лекарственного обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом и лиц после трансплантации органов и (или) тканей.

В настоящее время фармкомпании могут самостоятельно принимать решение о нанесении защитной маркировки на изготавливаемую продукцию.

Источник: ***сайт Росздравнадзора.***



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

Нашему учреждению запрещают больше платить за счет платных услуг, т.к. уровень заработной платы по дорожной карте (по области в целом) уже превышен. Правомерно ли это?

Конечно, неправомерно. Можно было бы посоветовать учреждению обратиться с официальным запросом в соответствующий орган, устанавливающий подобное ограничение, с запросом по поводу того, является ли превышение заработной платы нарушением, что именно нарушается, какие положения каких конкретно нормативных актов и т.д. Но обычно это неофициальные требования вышестоящих органов, оспорить которые невозможно.

Следует четко понимать, что, во-первых, все нормативные акты, касающиеся оплаты труда в рамках «майских» Указов Президента, устанавливают не верхнюю, а нижнюю границу оплаты труда. Во-вторых, речь идет об оплате труда в среднем по субъекту Российской Федерации, а не по каждому учреждению. В-третьих, в соответствии со статьей 132 Трудового кодекса, заработная плата каждого работника зависит от его квалификации, сложности выполняемой работы, количества и качества затраченного труда и максимальным размером не ограничивается, за исключением случаев, предусмотренных Трудовым кодексом. В-третьих, бюджетные и автономные учреждения в вопросах оплаты труда исключительно самостоятельно распоряжаются средствами, полученными от оказания платных услуг.

Понятно, что попытки прямого противодействия вышестоящим органам обычно чреваты для руководства учреждения неприятностями. Поэтому самый эффективный вариант – временно ограничить оплату за счет платных услуг в рамках требований вышестоящих органов, но одновременно инициировать обращения работников и профсоюзных организаций во все возможные инстанции (начиная с самого органа, требующего установления такого ограничения). И вернуть прежний уровень оплаты труда по предписанию трудовой инспекции, суда и т.д.

Женщина с родовым сертификатом хочет получить платные услуги. Но тогда мы теряем оплату по родовому сертификату. Можем ли мы ей отказать в оказании платных услуг на этом основании? Вообще отказываться от оказания платных услуг мы не хотим.

Действительно, многие учреждения сталкиваются с подобной проблемой: пациентки, имеющие родовые сертификаты, нередко настаивают на получении какой-то услуги (не входящей в программу госгарантий, либо на иных условиях и т.д.) за плату. А оказав платную медицинскую услугу даже на небольшую сумму, учреждение теряет право на оплату по родовому сертификату. Отказать пациентке в оказании медицинских услуг за плату учреждение имеет право только в случае, если оно не вправе заниматься оказанием соответствующих услуг за плату и/или не имеет лицензию на соответствующий вид деятельности.

Чтобы решить эту проблему, можно закрепить в уставе учреждения положение о том, что учреждение вправе оказывать определенные виды услуг за плату, за исключением оказания этих услуг лицам, получающим медицинскую помощь в соответствии с родовыми сертификатами. Это даст возможность учреждению на законной основе отказывать в оказании платных услуг лицам, имеющим родовые сертификаты, одновременно защитив их от возможных случаев вынуждения платить (ведь на практике не все факты взимания платы вскрываются). Если речь идет об учреждении, оказывающем платные медицинские услуги по родовспоможению, можно особо оговорить, что это исключение не касается платных родов (имея в виду, что платные роды выгодны и обычно учреждение предпочтет потерять оплату по родовому сертификату, чем терять платного клиента).

Хотелось бы знать Ваше мнение в отношении установки торговых автоматов с игрушками в капсулах и конфетным драже в детских поликлиниках и стационарах. Служит ли это достижению целей, ради которых создается бюджетное учреждение здравоохранения (оказание медицинской помощи)?

То, что служит достижению целей, ради которых создается бюджетное учреждение здравоохранения, определяет учредитель – путем отражения этого в уставе учреждения. Обычно в устав бывает включена фраза примерно следующего содержания: «Для достижения целей, ради которых создается учреждение, указанных в пункте..., оно вправе осуществлять следующие виды приносящей доходы деятельности: ...». Поэтому право на торговлю с использованием автоматов (если это делает само учреждение) должно быть прописано в уставе (либо право на торговлю вообще).

Если говорить не о формальной стороне, а о сути, то достижению целей, ради которых создано учреждение, соответствует все, что обеспечивает улучшение качества и/или доступности медицинской помощи, в том числе и дополнительные доходы от приносящей доходы деятельности (независимо от вида деятельности), поскольку эти доходы позволяют улучшить лекарственное обеспечение, повышать зарплату работникам, удерживая их в учреждении, осуществлять ремонты, производить другие расходы, необходимые для оказания медицинской помощи или содержания учреждения. При этом виды приносящей

доходы деятельности не должны быть противоправными, не должны наносить вред здоровью, в т.ч. путем ухудшения санитарно-эпидемиологических условий, и т.д.

Учитывая, что рассматриваемые товары предназначены для детей в детских учреждениях здравоохранения, что способствует возможности оказания им медицинской помощи (снимает тревожность, капризы и т.д. при выполнении процедур и т.п.), содействует развитию детей, улучшению их настроения и т.д., то такая торговля является вполне оправданной с точки зрения целей создания учреждения.

Может ли дополнительное соглашение заключаться на какой-то конкретный период?

Нет, заключать дополнительное соглашение на конкретный срок недопустимо. Во-первых, дополнительное соглашение не является самостоятельным документом в том смысле, что оно лишь вносит изменения в действующий трудовой договор. Поэтому дополнительное соглашение – «навсегда» (до следующего изменения – до следующего дополнительного соглашения).

Во-вторых, за исключением случаев, предусмотренных законодательством, нельзя переводить работника на срочный трудовой договор.

Но «срочными» можно сделать отдельные положения трудового договора (например, определив срок, на который устанавливаются конкретные выплаты стимулирующего характера и т.д.).

Можно ли установить при расширении зон обслуживания, увеличении объема работ доплату за объем оказанных услуг (посещений)«до 0,5 оклада».

В соответствии со статьей 151 Трудового кодекса Российской Федерации «При совмещении профессий (должностей), расширении зон обслуживания, увеличении объема работы или исполнении обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, работнику производится доплата. Размер доплаты устанавливается по соглашению сторон трудового договора с учетом содержания и (или) ***объема дополнительной работы***».

Как видим, доплата может быть установлена с учетом объема выполняемой работы. Поскольку доплата устанавливается по соглашению сторон, то при согласии работника допустимы и формулировки типа «до 0,5 оклада», если при этом определено, как определяется конкретная сумма доплаты. Например, может быть такая формулировка: «Доплата за увеличение объема работы устанавливается в размере до 0,5 оклада из расчета ___ рублей за каждое посещение (но не более 0,5 оклада)».

Выплаты стимулирующего характера должны выплачиваться с учетом отработанного времени?

Это зависит от конкретной выплаты. Если это выплата, отражающая качество оказанных услуг, то она должна производиться с учетом отработанного времени. Если это выплата стимулирующего характера, отражающая объем оказанных услуг, то отработанное время не имеет значения.

П.П. Кузнецов,
вице-президент Национальной ассоциации медицинской информатики,
директор «Портала РАМН», профессор кафедры управления и экономики здравоохранения
ГНИУ «Высшая школа экономики», д.м.н., профессор

С МЕСТА СОБЫТИЙ

О заседании Рабочей группы «Мобильная медицина» Национальной ассоциации медицинской информатики+

В июне 2015 г. в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины Минздрава России состоялось очередное, 59-е, заседание рабочей группы «Мобильная медицина». Ведущими IT-специалистами федеральных клинических центров, российских фирм и международных корпораций представлены презентации, отражающие суть современного этапа развития инструментов мобильной медицины. Обсуждался опыт и конкретные примеры применения устройств mHealth для решения задач наблюдения за персональным и групповым здоровьем.

Полномасштабная система организации дистанционных медицинских услуг через устройства видеоконференцсвязи с применением смартфонов, планшетов, компьютеров, средств mHealth, интернета вещей (IoT) быстро развивается в большинстве развитых стран. Для становления российского сегмента глобальной системы общественного здравоохранения, для сочетания различных групп (государственных и негосударственных) источников финансирования медицинских услуг необходимо задействовать три основных компонента:

– «электронный офис» (eOffice) здоровья или совокупность медицинских и финансовых «личных кабинетов» пациента, застрахованного и т.д., в сочетании с персональным менеджментом медицинских услуг и вариантами их оплаты;

– медицинские контакт-центры как подразделения, управляющие навигацией натуральных объёмов помощи,

– программные платформы («шины»), позволяющие сочетать данные, полученные с разнообразных устройств.

Для организаторов здравоохранения и медицинских менеджеров (с целью повышения эффективности использования ресурсов) чрезвычайно актуальна реализация модели оказания медицинских услуг, основанной на принципах «4P» (персоноцентрированная, профилактическая, преемственная, про-

© П.П. Кузнецов, 2015 г.

зрачная медицина или predictive, preventive, presonalized, participatory) в «привязке» услуги к источнику финансирования (например, ОМС, ДМС, платные услуги, благотворительность и т.п.).

Электронный офис здоровья (eOffice здоровья) – многофункциональная, защищенная, гибкая база данных (программное средство) для интеграции медицинской и экономической персональной информации физического лица. За основу берется базовая морфофункциональная информация, дополняемая пожизненно накапливаемыми биомедицинскими и экономическими (в т.ч. «страховыми») показателями и сведениями.

Интеграция данных, поступающих через инструменты мобильной медицины и интернет вещей (IoT), обеспечивает поступление в «eOffice здоровья» информации биомедицинского, правового, финансового, социального, нормативно-справочного характера. Гибкость каналов поступления информации в «eOffice здоровья» обеспечивается возможностью индивидуальных настроек и организацией авторизированного доступа к определенным блокам информации для третьих лиц (прежде всего – для ***медицинского контакт-центра***).

Программная платформа («шина») – программное средство (совокупность информационно-коммуникационных технологий), предназначенное для обеспечения поступления информации от различных устройств mHealth в персональный «eOffice здоровья», для обработки информационных потоков, интеграции с базами данных государственных и частных структур (например, ЕГИСЗ, ЕМИАС, фондов ОМС, страховых компаний и проч.). В настоящее время такие «шины» фактически представляют собой классические программные платформы индивидуальной (домашней) телемедицины.

В условиях взрывного развития потока медицинской информации от устройств мобильной медицины (mHealth) и интернета вещей (IoT) требуется адекватное развитие интегрирующих программных средств с учетом необходимого уровня:

- интегрированности,
- мобильности,
- интероперабельности.

Интегрированность – функция создания единой точки сбора информации об индивидууме, обеспечение процессов обмена, обработки и накопления информации.

Мобильность – функция доступа к информации «в нужном месте и в нужное время», взаимодействие с носимыми устройствами (прежде всего – биомедицинского характера), общая ориентированность на портативные компьютерно-коммуникационные средства.

Интероперабельность – функция «бесшовной» интеграции с любыми источниками информации и иными платформами.

Медицинский контакт-центр представляет собой виртуальный или реальный фронт-офис одной или нескольких организаций, оказывающих дистанционные и очные (по видеоконференцсвязи) медицинские услуги, в том числе, возможно, с использованием средств mHealth. Это полностью или частично автоматизированная система обработки входящих и исходящих сообщений (посредством всех актуальных средств коммуникаций), а также – централизованного доступа к информационным ресурсам личного кабинета. Телефонные звонки и запросы, поступающие по другим каналам информации, в большинстве своём обрабатываются операторами по заранее подготовленным алгоритмам.

На основе докладов, результатов дискуссии и прений IT-специалистов федеральных клинических научных центров с участием представителей Национальной ассоциации медицинской информатики, Портала РАМН сформулированы предложения по развитию услуг мобильной медицины для органов исполнительной и законодательной власти в сфере здравоохранения.

1. Адаптироваться к быстрым изменениям.

Мобильная медицина (mHealth) и интернет вещей (IoT) изменяют каналы сбора и структуру базы медицинских и финансовых данных в глобальной системе общественного здравоохранения, в её российском сегменте. Изменения особенно выражены на уровне персонифицированного учёта услуг и финансов.

2. Пользоваться «точкой компетенции».

Ассоциации медицинской информатики – общественные организации, координирующие действия участников рынка средств и услуг мобильной медицины.

3. Обеспечить унификацию требований к базовому функционалу, подготовить нормативно-справочную информацию для ведения «электронного офиса здоровья», «виртуального госпиталя» и медицинского контакт-центра.

Организаторам здравоохранения совместно со страховщиками, финансистами, другими заинтересованными специалистами необходимо подготовить пакет нормативно-справочной информации по использованию всех возможных источников финансирования медицинских услуг в рамках одного страхового случая или одного эпизода оказания медицинской помощи.

Специалистам Национальной ассоциации медицинской информатики целесообразно совместно с провайдерами медицинских, банковских, страховых, информационно-коммуникационных услуг подготовить структуру, технические требования и прочую нормативно-справочную информацию для эффективной деятельности типового «виртуального госпиталя» и медицинского контакт-центра.

Нормативные документы должны предусматривать унификацию требований к базовому функционалу, личным кабинетам, программно-аппаратной инфраструктуре, кадрово-ресурсному обеспечению, защите персональных данных.

4. Создать условия для формирования библиотеки по применению устройств и программ мобильной медицины.

Используя методологию доказательной медицины, разработать методические рекомендации по использованию базовых методик мобильной медицины (mHealth) и интернета вещей (IoT) в практическом здравоохранении.

5. Разработать типовые требования к программной платформе («шине) для сбора, анализа, хранения и обмена персональными биомедицинскими данными как к инструменту персоноцентрированного подхода в организации системы общественного здравоохранения.

6. Систематизировать подходы и опыт в сфере финансирования услуг мобильной медицины в системе обязательного медицинского страхования, подготовить предложения для внесения в нормативно-правовую базу.

7. Разработать и предложить дополнения в текст описания «Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» РФ.

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

УТОЧНЕНЫ ФОРМЫ ЗАЯВКИ И СОГЛАШЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ РЕГИОНАМ ТРАНСФЕРТОВ НА ОКАЗАНИЕ МЕДПОМОЩИ ВЫНУЖДЕННЫМ ПЕРЕСЕЛЕНЦАМ ИЗ УКРАИНЫ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 июня 2015 г. № 365н «О внесении изменений в отдельные приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 14 Июля 2015 г. Регистрационный № 38004.

Скорректирована форма заявки региона о перечислении иных межбюджетных трансфертов на компенсацию расходов на оказание медпомощи гражданам Украины и апатридам, постоянно проживавшим на территории Украины, вынужденно покинувшим ее и прибывшим в Россию в экстренном массовом порядке, а также на проведение профилактических прививок.

Это обусловлено изменениями в правила предоставления трансфертов. Они выделяются и в 2015 гг. (а не только в 2014 г.).

Скорректирован ссылочный аппарат.

Похожие изменения внесены в форму соглашения с Минздравом России о предоставлении трансфертов.

КАК И ЗАЧЕМ АНАЛИЗИРУЮТ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДПОМОЩИ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 июня 2015 г. № 370н «Об утверждении Положения об осуществлении мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 14 Июля 2015 г. Регистрационный № 38005.

Минздрав России и ФФОМС проводят мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи.

Анализируется соответствие территориальных программ той, что утверждена Правительством РФ на очередной финансовый год и на плановый период.

Перечислены анализируемые данные. Это, например, нормативы объема предоставления медпомощи на 1 застрахованное лицо, способы оплаты услуг, перечень страховых случаев.

Прописаны конкретные действия Министерства и Фонда, совершаемые в рамках мониторинга.

В МИНЗДРАВЕ РОССИИ СОЗДАНА КОМИССИЯ, КОТОРАЯ ФОРМИРУЕТ ПЕРЕЧЕНЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 июня 2015 г. № 324н «Об утверждении Положения о Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по формированию перечня специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 3 Июля 2015 г. Регистрационный № 37891.

Дети-инвалиды, страдающие редкими заболеваниями, обеспечиваются бесплатными специализированными продуктами лечебного питания.

При Минздраве России создана комиссия, которая формирует перечень таких продуктов.

В ее состав входят председатель, его заместитель, секретарь и члены. Также на заседания могут приглашаться представители заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, госорганизаций высшего медобразования, федеральных медицинских научных организаций, а также общественных объединений, работающих в сфере охраны здоровья, обращения специализированных продуктов и защиты прав детей-инвалидов.

Установлены функции и порядок работы комиссии.

В частности, комиссия собирает поступающие в Министерство предложения о включении продукта в перечень или об исключении из него, проводит документальную экспертизу таких предложений, подготавливает заключения по ее результатам, размещает на сайте Минздрава России проект перечня и пр.

Комиссия заседает по мере необходимости. Ее решения оформляются протоколом.

ОТЧЕТ О РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРЫМА И СЕВАСТОПОЛЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ И В 2015 Г.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 июня 2015 г. № 357н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 декабря 2014 г. № 910н» (не вступил в силу)

Зарегистрировано в Минюсте РФ 9 Июля 2015 г. Регистрационный № 37945.

Было решено профинансировать мероприятия региональных программ модернизации здравоохранения Крыма и Севастополя из госказны и в 2015 г.

В связи с этим скорректирован порядок представления регионами отчета о реализации указанных программ в 2014 г.

Установлено, что порядок применяется и в 2015 г.

Уточнено, что отчет представляется ежеквартально (нарастающим итогом) по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным периодом, не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным периодом.

СПЕЦИАЛИСТ В ОБЛАСТИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДЕЛА: ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 25 июня 2015 г. № 399н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области медико-профилактического дела» (не вступил в силу)

Зарегистрировано в Минюсте РФ 9 Июля 2015 г. Регистрационный № 37941.

Утвержден профессиональный стандарт «Специалист в области медико-профилактического дела».

Он содержит 4 раздела: общие сведения, описание трудовых функций, входящих в стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности), характеристика обобщенных трудовых функций, сведения об организациях-разработчиках.

К трудовым функциям относятся контроль (надзор) в сфере санэпидблагополучия населения и защиты прав потребителей, выдача санэпидзаключений, лицензирование видов деятельности, представляющих потенциальную опасность, прием и учет уведомлений о начале осуществления предпринимательской деятельности, проведение санитарно-эпидемиологических оценок и др.

КАК РАБОТАЕТ СИСТЕМА ПРОТИВОЧУМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 1 апреля 2015 г. № 274 «Об организации деятельности системы противочумных учреждений Роспотребнадзора»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 26 Июня 2015 г. Регистрационный № 37785.

Определена система противочумных учреждений Роспотребнадзора и установлен порядок ее работы. В систему входят: Противочумный центр, противочумные станции, научно-исследовательские противочумные институты (НИПЧИ). Прилагается перечень учреждений, входящих в систему. Отдельно прилагается примерная структура каждого вида учреждений.

Прописаны основные задачи и функции системы.

Организационное обеспечение деятельности системы возложено на Противочумный центр, НИИ противочумный институт «Микроб».

Закреплены обязанности учреждений в рамках функционирования системы. НИПЧИ должен осуществлять, в частности, научное обеспечение деятельности противочумных станций, сбор и анализ сведений о выявлении и распространении чумы и других особо опасных инфекций, подготовку обзоров и прогнозов эпизоотической ситуации по заболеваемости.

Среди обязанностей Противочумного центра и противочумных станций – обследование международных транспортных узлов, мониторинг природных очагов чумы, полевая дератизация и дезинсекция при выявлении эпизоотии чумы, медицинское наблюдение за населением.

Прилагается перечень противочумных станций, закрепленных за НИПЧИ.

Установлен порядок взаимодействия противочумных учреждений с иными органами и организациями Роспотребнадзора, в том числе территориальными органами, научными организациями, центрами дезинфекции. Прилагается перечень противочумных учреждений и закрепленных за ними субъектов Федерации.

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

ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

Начинается 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