

Е.А. Борисова, Н.В. Саввина, И.П. Луцкан, Л.Ф. Тимофеев

ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ И РОСТА ДОХОДОВ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.257

Рассмотрен один из методов оптимизации и роста доходов работников здравоохранения, а именно заключение трудового эффективного контракта. Для этого мы предлагаем не только новые должностные обязанности, но и критерии эффективности работы медицинского персонала, при этом обязательно учитываются и социальные гарантии работника. В результате данной работы были получены данные, позволившие говорить о мерах по эффективному использованию трудовых ресурсов и формированию средней заработной платы выше, чем в экономике региона.

Ключевые слова: заработная плата, эффективность, эффективный контракт, экономика здравоохранения, здравоохранение, трудовые отношения, функция врачебной должности, социальный пакет, гарантии, индикаторы.

In this article we tried to consider one of methods of optimization and growth of workers of health care, namely the conclusion of the labor effective contract. For this purpose we offer not only new functions, but also criteria of overall performance of the medical personnel, thus also social guarantees of the worker are surely considered. As a result of this work the data which allowed to speak about recommendations on effective use of a manpower and formation of an average salary above than in region economy were obtained.

Keywords: salary, efficiency, effective contract, health care economy, health care, labor relations, function of a medical position, social package, guarantees, indicators.

Введение. В соответствии с «майскими указами» Президента РФ, в частности, Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», были разработаны нормативно-правовые документы, следуя которым, должен быть достигнут уровень оплаты труда работникам здравоохранения выше, чем в других отраслях экономики. Для решения данной задачи вводится эффективный контракт – 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.

Улучшение оплаты работы посредством эффективного контракта мотивирует на увеличение эффективности работы любого сотрудника, института, сферы. Тем не менее, в области здравоохранения представление о производительности следует уточнить. Экономическая эффективность — это соотношение экономического результата и затрат факторов производственного процесса. Главным критерием

социально-экономической эффективности является степень удовлетворения конечных потребностей общества, и прежде всего потребностей, связанных с развитием человеческой личности. Социально-экономической эффективностью обладает та экономическая система, которая в наибольшей степени обеспечивает удовлетворение многообразных потребностей людей: материальных, социальных, духовных, гарантирует высокий уровень и качество жизни. Основой такой эффективности служит оптимальное распределение имеющихся у общества ресурсов между отраслями, секторами и сферами национальной экономики [1].

Для количественного определения экономической эффективности используется показатель эффективности, или результативности экономической системы, выражающаяся в отношении полезных конечных результатов её функционирования к затраченным ресурсам. Заключительное положение неприемлемо в деятельности врачебных сотрудников, перед которыми стоит цель повышения качества жизни людей, в т.ч. с вероятным ростом потерь, к примеру, трудозатрат, имущественных инвестиций и др. На основании этого вопрос изучения внедрения эффективных контрактов и разработки рекомендаций по его итогам весьма актуален.

Цель: выработать предложения по внедрению эффективного контракта на базе Государственного бюджетного учреждения Республики Саха (Якутия) «Медицинский центр г. Якутска» (МЦЯ).

Материалы и методы исследования. Материалами исследования выступили годовые отчетные формы учреждения, объемы медицинской помощи согласно программе государственных гарантий на учреждение, паспорта врачебных участков МЦЯ. Методами явились: аналитический, статистический, экономический.

Результаты исследования и обсуждение. На 1-м этапе проводится анализ с целью определения того, что предстоит делать каждому работнику (функции, объем), эти данные вытекают из ранее изданных ведомственных нормативных актов Министерства здравоохранения РФ, Минздравсоцразвития РФ и т.д. Затем в дополнительное соглашение с работником вносятся более уточненные условия выплаты компенсационных и стимулирующих надбавок и доплат.

На 2-м этапе важную роль играет финансовое планирование на данный период, при этом расчёт должен охватить различные стороны процесса. Предлагаем в качестве примера расчет на врача терапевтического участка.

Планируется общая сумма расходов по участку без разделения на составляющие (стационар, параклиника, «узкие» специалисты). При подушевом финансировании, когда участковый врач является фондодержателем, ориентировочный расчет можно представить на примере табл.1, где один балл равен количеству посещений. Видно несоответствие в баллах, так как на терапевтических участках количество населения в различных возрастных группах отличается.

БОРИСОВА Елена Абраимовна – к.м.н., директор ГБУ РС(Я) «Медицинский центр г. Якутска»; **САВВИНА Надежда Валерьевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, nadvsavvina@mail.ru; **ЛУЦКАН Иван Петрович** – к.м.н., доцент МИ СВФУ, lutskan@mail.ru; **ТИМОФЕЕВ Леонид Федорович** – д.м.н., проф. МИ СВФУ, tifnauka@mail.ru.

Число медицинских услуг в определенных возрастных группах превышает средние цифры по сравнению с другими возрастными группами, например: в группе до 60 лет – в 4,9 раза; до 45 лет – в 2,1 раза. Пациенты старших возрастных групп чаще других нуждаются в медицинской помощи. На стадии планирования с целью выравнивания условий финансирования в этих возрастных группах были применены условно-оценочные величины (УОВ = 4,9 и 2,1). Участковые терапевты, имеющие на участке больше пациентов старше 65 лет, получают под расчет финансирования большее количество баллов.

Этап 3-й – учет расходов. Первичными документами оперативного учета затрат по участкам являются: амбулаторная карта; статистический талон; лист учета медицинских услуг. Все данные о финансовых затратах собираются и обрабатываются в информационно-аналитическом отделе.

Этап 4-й – анализ затрат – проводится по 3 основным блокам: собственная деятельность; «узкие» специалисты; параклиника, скорая медицинская помощь. Примерная структура затрат по терапевтическому участку представлена в табл. 2.

По каждому участку фактические затраты сравниваются с запланированными средствами на примере табл. 3.

Для участковых терапевтов информационно-аналитический отдел готовит выходные таблицы, в которых детализируется движение потоков пациентов вместе с финансовыми средствами по всем этапам оказания медицинской помощи. Участковый врач должен иметь возможность анализировать свои действия и своевременно принимать меры по устранению недочетов.

Этап 5-й – экспертиза качества медицинской помощи, исчисление штрафных санкций. Штрафные санкции применяются только к дополнительной заработной плате («преми-

альному бонусу»). Ниже приведен примерный перечень штрафных санкций:

1) смертность на участке выше общей по учреждению – лишение премиальных от 50 до 100%; 2) несвоевременное или необоснованное направление: на госпитализацию – от 10 до 30%, на консультацию к «узкому» специалисту – до 20%; 3) недостаточное обследование в амбулаторно-поликлинических условиях – до 20%; 4) несвоевременное или неполное обследование по диспансерному наблюдению – до 20%; 5) избыточные параклинические мероприятия – до 20%; 6) нарушение трудовой дисциплины – до 30%; 7) обоснованные жалобы населения – от 20 до 70%; 8) нарушение объемов профилактических мероприятий – до 30%; 9) нарушение санитарно-эпидемиологического режима – до 30%.

Во время проведения пилотного проекта, особенно в его начальный период, штрафные санкции по отношению к отдельным участковым терапевтам составляли от 10 до 40% премиального фонда.

Этап 6-й – изменение методологических подходов в МЦЯ к формированию фонда оплаты труда:

а) проведен расчет объема медицинских услуг по каждому профилю, с учетом количества медицинских услуг, входящих в стандарт:

$$Кпб(i) \times Сму(ij) = Ому(ij),$$

где Кпб(i) – плановое количество больных в соответствии с государственным заданием по i-профилю, Сму(ij) – количество j-медицинских услуг, входящих в стандарт оказания медицинской помощи по i-профилю, Ому(ij) – объем j-медицинских услуг по i-профилю.

б) Рассчитан общий объем медицинских услуг, выбранных по каждому профилю государственного задания:

$$Ому(ij) + \dots + Ому(ij) = Ому(j),$$

где Ому(j) – объем j-медицинских услуг государственного задания.

Таблица 1

Планирование фонда участкового врача

№ участка	Количество населения	Количество баллов	План суммы затрат, тыс. руб.
1	1236	449	258
2	1152	388	284
3	1296	416	270
.....			
27	1238	446	299
Итого	68 236	11 135	3 297

в) Рассчитан фонд рабочего времени, требующегося на выполнение объема по каждой медицинской услуге:

$$Ому(j) \times Нвоу(j) = Фрв(j),$$

где Ому(j) – объем j-медицинских услуг государственного задания, Нвоу(j) – норма времени на оказание j-медицинской услуги (определяется расчетным путем, индивидуально для каждой медицинской организации с учетом применяемых технологий), Фрв(j) – фонд рабочего времени на выполнение объема j-медицинской услуги.

г) Рассчитан общий фонд рабочего времени, необходимого для выполнения государственного задания:

$$Фрв(j) + \dots + Фрв(j) = Фрв,$$

где Фрв(j) – фонд рабочего времени на выполнение объема j-медицинской услуги, Фрв – фонд рабочего времени на выполнение государственного задания.

д) Рассчитана стоимость человеко-часа по экономике региона:

$$Сзпр \times 12 / Фрвг = Счч,$$

где Сзпр – средняя заработная плата в регионе, Фрвг – фонд рабочего времени годовой, определяется в соответствии с производственным календарем на соответствующий год, Счч – стоимость человеко-часа по экономике региона.

е) Рассчитан фонд оплаты труда по конкретной медицинской организации:

Таблица 2

Структура затрат терапевтического участка № 18

Вид деятельности	Количество услуг	Затраты, тыс. руб.	% от общих затрат
Участковый терапевт	6210	168	54
«Узкие» специалисты	1661	32	10
Параклиника	4580	40	13
Неотложка (скорая)	43	71	23
Итого	12494	311	100

Примечание. Количество взрослых на участке – 2357; общая заболеваемость – 1957,0 на 1000; расчетные затраты – 373 100 руб., дополнительные баллы 4,9.

Таблица 3

Расчетные и фактические затраты по участкам за квартал

№	Затраты, тыс. руб.		
	Расчетные	Фактические	Отклонение
1.....	84,4	86,7	-2,3
27	98,8	81,2	+17,6
Итого	1113,0	1000,0	+111,3

$$\text{Фрв} \times \text{Счч} = \text{ФОТ}^*,$$

где Фрв – фонд рабочего времени на выполнение государственного задания, Счч – средняя стоимость человеко-часа по экономике в регионе, ФОТ – фонд оплаты труда учреждения при расчете ФОТ к 2018 г. необходимо полученный результат умножить на 2.

Методологические подходы к формированию заработной платы персонала:

а) Расчет заработной платы персонала:

$$\text{Од} \times \text{Фрви} + \text{Всх} + \text{Всп} = 3\text{Пп},$$

где Од – оклад должностной, Фрви – фонд рабочего времени индивидуальный, необходимый для выполнения обязательств работника в соответствии с контрактом в месяц, Всх – выплаты стимулирующего характера, Всп – выплаты по социальному пакету.

При заключении контракта фонд рабочего времени зависит от перечня услуг, которые будет выполнять конкретный сотрудник. При данном подходе необходимо проведение индивидуального нормирования труда по конкретным специальностям с учетом применяемых в организации медицинских и немедицинских технологий.

б) Расчет должностного оклада:

$$\text{Обчч}(1-3) \times \text{Кдо} = \text{Од},$$

где Кдо – коэффициент за дополнительное образование («Хан»), с минимумом значения коэффициента 1, далее за каждое дополнительное образование – 0,2. Кдо = (1,0 + 0,2 + + 0,2), Обчч – оклад базовый за человеко-час, определяется по категориям персонала следующим образом:

Обчч1 – 1-я категория (не требующие среднего или высшего специального образования), Обчч2 – 2-я категория (требующие среднего специального образования), Обчч3 – 3-я категория (требующие высшего специального образования).

$$\text{Обчч1} = \text{не менее } \text{МРОТ} \times 12 / \text{Фрвг},$$

$$\text{Обчч2} = \text{не менее } 0,25 \text{ Сзпр} \times 12 / \text{Фрвг}$$

$$\text{Обчч3} = \text{не менее } 0,5 \text{ Сзпр} \times 12 / \text{Фрвг},$$

где МРОТ – минимальный размер оплаты труда, Сзпр – средняя заработная плата в регионе, определяемая Росстатом ежегодно по предыдущему периоду, Фрвг – фонд рабочего времени годовой, определяется в соответствии с производственным календарем на соответствующий год.

Методологические подходы к выплатам стимулирующего характера (Всх). Определение перечня и размера

Формирование выплат по «гибкому социальному пакету»

Наименование выплат	Основание выплат
Оплата труда в ночное время	Процент от Од (ст. 154 ТК РФ)
Выплаты работникам, занятым на работах с вредными (опасными) условиями труда	Возможна выплата в сумме (ст. 147 ТК РФ)
Оплата труда в выходные и праздничные дни	Процент от Од (ст. 153 ТК РФ)
Выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных	Процент от Од (ст. 152 ТК РФ)
Выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями	Возможна выплата в сумме
Оплата времени нетрудоспособности	Исходя из средней заработной платы
Оплата перерыва на отдых и обед	Исходя из средней заработной платы
Страхование от несчастных случаев	Выплата в сумме
Выплаты по «дефицитным» специальностям	Выплата в сумме
Предоставление бесплатной стоянки	Возможна выплата в сумме
Помощь в повышении образования, профподготовке, переподготовке	– « –
Оплата проезда (компенсация бензина личного транспорта)	– « –
Предоставление в пользование работникам объектов отдыха и развлечений	– « –

стимулирующих выплат персоналу будет осуществляться индивидуально по каждому отделению, подразделению. Основой для выплат должно стать детальное изучение функциональных обязанностей.

Методологические подходы к выплатам персоналу по гибкому социальному пакету. При предлагаемом подходе «гибкий социальный пакет», включающий в себя обязательные компенсационные выплаты и различные социальные меры мотивирования работников, должен стать дополнительным инструментом для закрепления персонала в медицинской организации (табл. 4).

Методологические подходы к распределению ФОТ внутри медицинской организации. ФОТ распределяется по категориям персонала следующим образом: не менее 60% – на ФОТ основного персонала (врачи и СМП), не более 25% – на ФОТ вспомогательного персонала (ММП и прочий персонал), не более 15% – на ФОТ АУП (главный врач, заместители, бухгалтерия, экономисты).

Выплаты за качество выполняемых работ для работников учреждения определяются пропорционально соотношению размеров месячного (квартального) фонда оплаты труда каждого структурного подразделения учреждения к общему фонду заработной платы, сложившемуся за отчетный период, в целом по учреждению определяются свои индивидуальные коэффициенты (доля от ФОТ) структурных

подразделений, которые в дальнейшем определяют максимальный объем стимулирующих выплат для каждого структурного подразделения.

Для определения суммы выплат стимулирующего характера за качество выполняемых работ в целом по учреждению (за исключением руководителя учреждения) необходимо из месячного (квартального) фонда заработной платы отчетного периода вычесть суммы базовых окладов, суммы выплат компенсационного характера, выплат с применением повышающих коэффициентов и выплат с применением коэффициентов квалификации, стажа, ученой степени и почетного звания, а также выплаты стимулирующего характера руководителя учреждения (до 2% ассигнований от фонда заработной платы).

К полученной сумме выплат стимулирующего характера за качество выполняемых работ применяются коэффициенты (доля) структурных подразделений, исчисленные расчетным путем, и тем самым определяются максимальные объемы стимулирующих выплат для каждого структурного подразделения. Далее суммы стимулирующих выплат структурных подразделений делятся на максимально возможное выполнение количества баллов (плановое – 100%) и тем самым определяется плановая стоимость 1 балла, индивидуальная для каждого структурного подразделения. Для определения реальной (фактической) суммы выплат стимулирующего

Таблица 4

Таблица 5

Индикаторы оценки деятельности эффективного контракта

Показатели	Индикаторы	Целевое значение
Финансовое обеспечение	% от ВВП	7%, но не менее 5%
Расширение внебюджетных источников финансирования	Доля в общем консолидируемом бюджете	30%
Повышение заработной платы	По сравнению со средней экономической заработной платы по региону	200%
Кадровое обеспечение	Укомплектованность кадрами. Соотношение врач / медицинская сестра	85% 1/4
Удовлетворённость населения медицинскими услугами	% положительных ответов	На 6%
Информированность населения о месте, виде, сроках предоставления медицинских услуг	Наличие информации на сайте, в СМИ, регистратуре, приёмном отделении	100%

характера необходимо плановую стоимость 1 балла умножить на фактическое количество баллов, выполненных за отчетный период.

При невыполнении критериев за качество выполняемых работ денежные средства подлежат перераспределению в резервный фонд. По итогам реализации этапов управленческих механизмов для МЦЯ разработан типовой эффективный контракт на каждого работника.

Повышение заработной платы, в том числе с применением дополнительных мер материального стимулирования работников за счет наличия у работодателя гибкого социального пакета (СП) привлекло новых квалифицированных специалистов, а также позволило удерживать от смены места работы опытные кадры. По итогам проведенной работы, проанализировав полученную информацию, нами была сформирована шкала индикаторов оценки деятельности эффективного контракта (табл. 5).

Самостоятельно учреждением расчетным путем, исходя из режима работы, определяются выплаты с применением коэффициента режима работы.

Эффективный контракт направлен на обеспечение заинтересованности медицинских работников в конечных результатах труда. Внедрение данной системы оплаты труда позволит не только сохранить, но и увеличить прежний уровень заработной платы медицинских работников.

Плюсом эффективного контракта является влияние на оплату труда в зависимости от качества предоставляемых услуг, а также личного вклада каждого сотрудника вне зависимости от стажа работы. Впервые за много лет оплата труда в здравоохранении будет привязана к результатам деятельности работника. При эффективном контракте каждый руководитель заинтересован в повышении заработной платы персонала, поскольку в этом случае вырастет и его заработная плата. Должностные оклады руководителей устанавливаются в кратном отношении к средней заработной плате работников учреждения. Медицинскому персоналу за качество выполняемых работ устанавливаются выплаты стимулирующего характера в соответствии с критериями качества медицинских услуг. Критерии качества утверждаются руководителем учреждения с учетом общего мнения представительного органа работников для конкретного структурного подразделения. Размер месячного заработка во

многом определяют стимулирующие надбавки, которые основываются на уровне квалификации и степени выполнения или превышения нормативов с учетом персонифицированных функций. Критерии и принципы распределения стимулирующего фонда разрабатываются самим учреждением, поэтому этот процесс должен быть объективным и открытым. Разработанные каждым учреждением в зависимости от поставленных задач показатели и порядок стимулирования должны быть понятны каждому работнику при оценке результатов его труда. Работник должен знать, за что и когда ему выплачиваются стимулирующие надбавки, а также, сколько он получит за эффективность своего труда. То есть должен действовать понятный алгоритм расчета стимулирующих выплат: на входе – показатели труда, на которые сотрудник реально может влиять, на выходе – размер его стимулирующей выплаты.

Утверждение стимулирующих выплат в учреждении должно происходить при участии и согласовании с профсоюзным комитетом и трудовым коллективом. Основные задачи, которые должна решить новая форма оплаты труда: повысить реальный доход работников учреждений, материально заинтересовать работника эффективнее трудиться. В соответствии с мониторингом, проведенным в здравоохранении г. Якутска в 2013 г., увеличение средней заработной платы наблюдается по всем категориям работников: у врачей и провизоров – на 14,7%; у медицинского и фармацевтического персонала первого уровня – на 10,8%; у среднего медицинского и фармацевтического персонала – на 13,8%; у

рабочих общепрофессиональных должностей – на 15,2%; специалистов и служащих по общепрофессиональным должностям на 10,7%. При снижении общей численности работников учреждения фонд оплаты труда по сравнению с 2012 г. вырос на 17,1% и составил более 36,5 млн. руб., при этом фонд оплаты труда руководителей учреждения снизился на 1,1% [2].

Таким образом, в целях улучшения существующей системы оплаты труда предлагаем разработать методические рекомендации по утверждению критериев оценки деятельности работников сферы здравоохранения по группам должностей: медицинских работников, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую помощь, медицинских работников параклинических служб, фармацевтических работников и работников общепрофессиональных должностей.

Выводы. На наш взгляд, введение эффективного контракта сможет дать положительный эффект для медицинских работников в части роста заработной платы. В то же самое время механизм внедрения эффективного контракта может столкнуться с определенным рядом проблем:

1. В медицине имеется большое количество различных видов и услуг, из-за этого для формирования базы нормирования придется устанавливать, обновлять и дополнять огромное количество норм и нормативов. Затраты на установление и поддержание подобной нормативной базы столь велики, что они становятся соизмеримыми с затратами на проведение самих видов нормированных работ и услуг.

2. Часть медицинских услуг невозможно представить в виде однотипных

или одноразмерных единиц, что создаст дополнительные трудности при нормировании.

3. Может наблюдаться значительный разброс трудозатрат, объективно обусловленный спецификой болезней и контингента обслуживаемых пациентов, уровнем обеспечения процессов лечения в рамках одних и тех же по виду единиц обслуживания, на которые установлены типовые нормативы трудозатрат по отрасли здравоохранения или даже по отдельному медицинскому учреждению.

4. Новые формы исчисления заработной платы могут не согласовываться с желанием работодателя и готовностью работника работать в новых условиях.

5. Исчезает стабильность в одинаковом уровне ежемесячной заработной платы, что влечет за собой трудности планирования семейного бюджета работника.

6. Определённые издержки повлечет за собой постоянный мониторинг оценки качества выполняемой работы путем проверки критериев эффективности, для данных целей могут применяться и современные информационные технологии в автоматическом режиме, позволяющие отследить работу специалиста.

Литература

1. Гусева С.Л. Совершенствование управления человеческими ресурсами как стратегический императив лечебного учреждения

/ С.Л. Гусева, И.Н. Кондратьев, К.Г. Пучков // Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации: Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». – М., 2012. – С. 30-40.

Guseva S.L. Control system reforming as primary link of municipal health care // S.L. Guseva, I.N. Kondratyev, K.G. Puchkov // Social aspects of health of the population. – 2012. – №4. – P. 20.

2. Саввина Н.В. Основные показатели деятельности столичного здравоохранения и новые методы управления в первичном звене здравоохранения г. Якутска при переходе на подушевое финансирование / Н.В. Саввина, Е.А. Борисова, И.П. Луцкан // Якутский медицинский журнал. 2013. – № 4. С. 53-57.

Savvina N.V. The main indicators of activity of capital health care and new methods of management in primary link of health care of Yakutsk upon transition to per capita financing // N.V. Savvina, E.A. Borisov, I.P. Lutskan // Yakut medical journal. – 2013. – No. 4. – P. 53-57.

М.В. Лядова

АНАЛИЗ МЕДИКО-ПРАВОВЫХ ВОПРОСОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

УДК 614.256

В статье предпринята попытка определения медико-экспертных критериев для определения качества экстренной травматологической помощи на основании анализа значительного количества медицинской документации, проведения социологического опроса как врачей, так и пациентов, оценки регламентирующей деятельности по изучению правовых законодательных документов. Определен алгоритм оценки качества медицинской помощи пострадавшим с травмами опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экстренная травматологическая помощь, оценка качества, дефекты лечения.

The article attempts to determine the medical and expert criteria for qualifying an emergency trauma care on the basis of the analysis of a large number of medical records, the sociological poll, both of doctors and patients, assessment of regulatory initiative on the legal legislative documents. We defined algorithm for estimating the quality of medical care for the injured with the musculoskeletal system lesion.

Keywords: quality of health care, emergency trauma care, quality assessment, treatment defects.

Обеспечение качества медицинской помощи – основная цель деятельности системы здравоохранения. В ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» раскрыто внутреннее содержание терминов: здоровье, охрана здоровья, медицинская помощь, порядок оказания медицинской помощи, стандарт медицинской помощи, а также качество медицинской помощи. Также вышеуказанным законом законодательно закреплён приоритет интересов пациента. Еще в 2004 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения была определена

основная задача современной медицины – радикально увеличить безопасность и качество лечения. Выделены критерии безопасности медицинской помощи (МП), основным из которых является адекватная оценка соотношения риска и потенциальной пользы от вмешательства. Такая задача поставлена не случайно, ведь по данным экспертов по вопросам безопасности пациентов в Гарварде, медицинские ошибки ежегодно в 13,6% случаев приводят к смерти пациентов, а в 2,6% – к инвалидизации [6]. В РФ вследствие ненадлежащего оказания экстренной медицинской помощи в условиях стационара ежегодно число случаев причинения вреда жизни и здоровью граждан составляет около 70 тыс. [1].

Вред здоровью является также четко выделенным и регламентированным на законодательном уровне

понятием. Причем может быть нанесен легкий, средний и тяжкий вред здоровью пациента, что установлено правилами определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в приказе Минздравсоцразвития [5]. В зависимости от степени нарушения качества МП для медицинского работника может наступить как административная, так и юридическая ответственность, которая с учетом тяжести противоправных действий медицинского персонала, если они доказаны, квалифицируется по соответствующим статьям уголовного или гражданского кодексов РФ. Для определения степени вины медицинского работника на законодательном уровне введено понятие экспертизы качества МП «выявление нарушений в оказании МП, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного

ЛЯДОВА Мария Васильевна – к.м.н., врач травматолог-ортопед по оказанию экстренной медицинской помощи ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы, ассистент кафедры ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, mariadoc1@mail.ru.