

УДК 614.25:615.8

## ПРОБЛЕМЫ СОБЛЮДЕНИЯ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е. Ф. Онищенко, О. Н. Шабалина

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России», Россия

## THE PROBLEMS OF COMPLIANCE WITH THE ORDERS OF MEDICAL CARE IN THE PRIMARY HEALTH CARE SECTOR

E. F. Onischenko, O. N. Shabalina

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Russia

© Е. Ф. Онищенко, О. Н. Шабалина, 2012 г.

В статье рассматриваются особенности работы врачей первичного звена отечественного здравоохранения (врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, семейных врачей) в условиях требований, предписываемых порядками оказания медицинской помощи при терапевтической патологии. Указаны противоречия, существующие в нормативно-правовых документах, несущие риск невозможности реализации требований рассматриваемых порядков в лечебной практике. Предлагаются некоторые пути преодоления трудностей реализации порядков медицинской помощи.

**Ключевые слова:** первичное звено здравоохранения; порядки оказания медицинской помощи.

The article considers the features of work of primary care physicians in the requirements prescribed by the orders of medical care for therapeutic pathology. Specified contradictions that exist in the legal documents, bearing the risk of impossibility of implementation of the requirements of the considered orders of magnitude in medical practice. There are some ways of overcoming the difficulties of the implementation of the orders of medical care.

**Keywords:** primary health care; the orders of medical care.

В процессе модернизации здравоохранения большое значение придается четкой регламентации работы врачей. Очередным шагом на этом пути является введение и правовое закрепление действий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Здесь приоритетная роль принадлежит Федеральному закону 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 1 января 2012 года, ставшему основным государственным законом в сфере оказания медицинской помощи [1]. Часть статей данного закона начнет применяться с 2013 года. К числу таких статей принадлежит статья 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи», в которой указано: «Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями...» С 1 января 2015 года вступит в силу статья 64 «Экспертиза качества медицинской помощи», устанавливающая, что критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи».

Минздравсоцразвития, а теперь — Министерство здравоохранения Российской Федерации, уже с 2008 года разрабатывает и утверждает порядки оказания отдельных видов медицинской помощи. Это определяет необходимость рассмотрения особенности работы врачей первичного звена здравоохранения (врачей-терапевтов участковых, врачей-терапевтов участковых цехового участка, врачей общей практики, семейных врачей) в условиях обязательного выполнения требований порядков оказания медицинской помощи.

Среди целого ряда существующих порядков оказания медицинской помощи основополагающую роль играют порядки, касающиеся терапевтических специальностей, одновременно являющихся традиционными и наиболее распространенными разделами работы врачей первичного звена. Для таких разделов утверждены порядки, указанные в таблице.

Отметим, что еще до вступления в силу Федерального закона 323-ФЗ с декабря 2010 года в ключевом для врачей первичного звена здравоохранения Порядке оказания медицинской помощи населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля было указано, что: «Оказание медицинской помощи больным заболеваниями те-

## Порядки оказания медицинской помощи терапевтического профиля (по состоянию на 10.05.2012 г.)

№ п/п	Название порядка	Приказ Минздравсоцразвития о введении порядка в действие
1	Порядок оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля	19 августа 2009 г. № 599н
2	Порядок оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями	1 марта 2010 г. № 116н
3	Порядок оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями пульмонологического профиля	7 апреля 2010 г. № 222н
4	Порядок оказания медицинской помощи больным с ревматическими болезнями	4 мая 2010 г. № 315н
5	Порядок оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля	2 июня 2010 г. № 415н
6	Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля	24 декабря 2010 г. № 1183н

рапевтического профиля осуществляется в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи (кардиологический, пульмонологический, ревматологический, гастроэнтерологический и иных) и стандартами медицинской помощи» [2]. То есть с января 2012 года произошло федеральное правовое закрепление уже существующего отраслевого правила обязательности действия порядков медицинской помощи терапевтическим больным.

Данный Порядок определяет, что первичная медико-санитарная помощь больным заболеваниями терапевтического профиля осуществляется преимущественно по месту жительства или работы граждан (фельдшерско-акушерский пункт, амбулатория, поликлиника, кабинет врача общей практики (семейного врача), отделение (центр) общей врачебной (семейной) практики, здравпункт предприятия, здравпункт образовательного учреждения и других), является основой системы оказания медицинской помощи больным терапевтического профиля и включает мероприятия по профилактике, по своевременному (раннему) выявлению заболеваний, диагностике, лечению и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний терапевтического профиля, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому образованию населения. Организация оказания амбулаторной первичной медико-санитарной помощи больным заболеваниями терапевтического профиля осуществляется по участковому принципу.

При затруднении в диагностике и выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и при наличии медицинских показаний к лечению пациента врачом-специалистом по профилю заболевания пациента врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового участка

(врач общей практики, семейный врач) направляет больного на консультацию к врачу-специалисту в соответствии с профилем заболевания пациента и в дальнейшем осуществляет наблюдение за состоянием пациента и лечение в соответствии с рекомендациями врача-специалиста по профилю заболевания пациента.

Пациент направляется врачом первичного звена здравоохранения для дополнительных обследований и /или лечения в медицинскую организацию, в том числе в стационарных условиях, при отсутствии эффекта от проводимого лечения и (или) при отсутствии возможности к проведению дополнительных обследований в амбулаторных условиях по согласованию с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента. В случае невозможности оказания больному медицинской помощи в соответствии со стандартами в амбулаторных условиях или в условиях стационарного отделения терапевтического профиля пациент в плановом порядке направляется в медицинскую организацию субъекта Российской Федерации или федеральные учреждения, оказывающие медицинскую помощь и имеющие в своем составе соответствующие специализированные отделения для проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

Данный подход вполне соответствует отечественным традициям и мировой практике. Однако он странным образом входит в противоречия с положениями ряда других порядков оказания медицинской помощи, определяющих действия врачей первичного звена. Так, Порядок оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля (пункт 5.1) требует, чтобы в амбулаторно-поликлинических учреждениях участковые врачи-терапевты, врачи

общей практики (семейные врачи) осуществляли амбулаторное лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями не только в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи, но и с учетом рекомендаций врачей-кардиологов [3]. Вследствие чего возникает безусловная необходимость иметь такие рекомендации для каждого пациента с явным или предполагаемым кардиологическим заболеванием. Подобный подход означает, что практически для каждого такого пациента нужна консультация врача-кардиолога. Насколько это возможно при условии, что сердечно-сосудистая патология является наиболее частой в терапевтической практике? Вопрос абсолютно открытый. Так же как и смысл консультирования у узкопрофильного специалиста больного, если его случай подпадает под стандартную схему лечения.

В то же время Порядок (пункт 5.2) содержит скромный перечень больных, которых могут наблюдать или лечить участковые врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи): больных, перенесших инфаркт миокарда более 12 месяцев назад, независимо от возраста; больных, страдающих стенокардией напряжения I–II функционального класса и находящихся в трудоспособном возрасте; больных, страдающих стенокардией напряжения I–IV функционального класса и находящихся в пенсионном возрасте; больных, страдающих артериальной гипертензией, в том числе 3-й степени, получающих эффективную терапию с достижением целевого уровня артериального давления; больных, перенесших хирургическое и рентгенэндоваскулярное лечение сердечно-сосудистых заболеваний более 12 месяцев назад; больных, имеющих нежизнеугрожающие формы нарушений сердечного ритма; больных, имеющих хроническую сердечную недостаточность I–III функционального класса; иных групп пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

В последнем случае точно не сказано, что на эти группы пациентов не распространяется требование предыдущего пункта 5.1 Порядка — учитывать рекомендации врачей-кардиологов. Неясно также, что подразумевается под «иными группами пациентов», право лечить которых устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления. До последнего времени такое право определялось исключительно профессиональной специализацией и сертификацией по профилю соответствующего раздела медицины. Правда, на смену сертификации в будущем должна прийти аккредитация специалиста, но это в данный вопрос не добавляет.

В аналогичном ключе построен Порядок оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями пульмонологического профиля [4]. Его требования к работе врачей первичного звена, пожалуй, еще более категоричны. В Порядке признается, что оказание медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях осуществляется врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи, но опять же с учетом рекомендаций врачей-пульмонологов. В пункте 5 Порядка мы видим перечень бронхолегочных заболеваний, лечение и наблюдение которых осуществляют врачи первичного звена: острый, рецидивирующий и хронический бронхит; внебольничная пневмония легкого течения без осложнений; хроническая обструктивная болезнь легких нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии; посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без дыхательной недостаточности; состояние после перенесенного плеврита; дети с бронхолегочной дисплазией в анамнезе, перенесшие бронхолит, с состоянием после удаления инородного тела бронхов. Станным образом для случаев острого, рецидивирующего и хронического бронхита, внебольничной пневмонии легкого течения без осложнений, хронической обструктивной болезни легких нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии действия врачей первичного звена должны следовать «после консультации с врачом-пульмонологом». В Порядке, в частности, не объясняется, для чего и как должна быть выполнена такая консультация больного внебольничной пневмонией легкого течения без осложнений, которая традиционно лечится в домашних условиях. Если диагноз установлен и ясен, для чего пульмонолог? Для консультации у него что необходимо сделать: пульмонолога на дом доставить или больного к пульмонологу? Здесь неплохо вспомнить, что сегодня в отличие от врачей первичного звена врачи специалисты-пульмонологи на домашние вызовы на регулярной основе не ходят, а больного с пневмонией, хоть и легкого течения, в очередь в кабинет пульмонолога усаживать все же неэтично. Значит ли это, что врачей-пульмонологов обяжут регулярно выезжать на дом к больным или будет создан особый режим приема больных с пневмониями в поликлиниках или стационарах? Еще один интересный вопрос.

Настораживающе выглядит указанная в Порядке (пункт 6) технология направления больных на консультацию в кабинет врача-пульмонолога: «При направлении к врачу-пульмонологу врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участ-

ковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и врачами других специальностей представляется выписка из амбулаторной карты (истории болезни) с указанием предварительного (или заключительного) диагноза, сопутствующих заболеваний, а также имеющихся данных лабораторных и функциональных исследований». Такую же форму направления пациентов к врачам-специалистам устанавливают: Порядок оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями, Порядок оказания медицинской помощи больным с ревматическими болезнями.

Загруженные обилием «бумажной» работы врачи первичного звена вряд ли позитивно оценят дополнительное бремя по оформлению развернутых описаний и обоснований для консультации чуть ли не каждого пульмонологического больного. В чем-то, может быть, поможет компьютеризация, применение оргтехники и средств коммуникации. Правда, это дополнительные затраты финансирования, и там, где такой возможности нет сейчас, маловероятно, что она появится с момента вступления в силу Порядка. В то же время отсутствие требования соблюдения указанного варианта оформления направления к специалисту в порядках кардиологической и гастроэнтерологической направленностей с очевидностью свидетельствует о непринципиальном характере подробной детализации данных во всех случаях при направлениях на консультацию к узкопрофильным специалистам.

Кроме того, подобная организации медицинской помощи категорически меняет потребность во врачах-специалистах в сторону их заметного увеличения. Так, известно, что фактически сегодня в Санкт-Петербурге один врач-пульмонолог приходится на 2 поликлиники (1 поликлиника обслуживает около 100 тыс. жителей). Этого явно недостаточно для обеспечения требований Порядка. По другим врачебным профилям ситуация не намного лучше. При этом известно, что в сельской местности положение с обеспечением должного количества врачей-специалистов по профилю заболевания наихудшее и перспектив его улучшения практически нет.

Некая своеобразность требований к работе врачей первичного звена здравоохранения наблюдается также в большинстве порядков оказания медицинской помощи, относящихся к нетерапевтическим специальностям. В качестве примера можно привести Порядок оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля (утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ № 206н от 02.04.2012 г.) [5]. Данный Порядок (пункт 9) первоначально устанавливает, что участковые врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи) осуществляют наблюдение и лечение пациентов со следующими заболеваниями

и состояниями: воспалительные заболевания толстой кишки (язвенный колит, болезнь Крона); синдром раздраженного кишечника; функциональный запор; дивертикулярная болезнь толстой кишки; кишечные стомы; недержание кала; хронические заболевания анокопчиковой области. Обязательность консультаций врача-колопроктолога в таких случаях вроде бы не оговаривается. Однако уже следующий, 10-й пункт Порядка вносит сомнения в подобное утверждение. В отмеченном пункте указано: «Врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи)... при подозрении или выявлении заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности и их осложнений направляют больных на консультацию к врачу-колопроктологу колопроктологического кабинета; осуществляют амбулаторное лечение больных с колопроктологическими заболеваниями в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи с учетом рекомендаций врачей-колопроктологов...» То есть консультация колопроктолога практически требуется всегда всем больным указанного профиля заболеваний, несмотря на сформулированные в 9-м пункте Порядка отдельные заболевания, разрешенные для якобы самостоятельного лечения врачом первичного звена.

Вполне сбалансированным выглядит Порядок оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля [6], который регламентирует лечение пациентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи и с учетом рекомендаций врачей-гастроэнтерологов (пункт 6). Перечень пациентов, наблюдающихся и лечащихся у врачей первичного звена, изложен конкретно и четко (пункт 7): больные с неосложненным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; больные с неосложненным течением язвенной болезни и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки; больные с хроническим гастритом и синдромом функциональной диспепсии; больные с дискинезиями желчного пузыря и желчевыводящих путей; больные с неосложненным течением хронического панкреатита; с жировой инфильтрацией печени; больные с компенсированным циррозом печени; больные с синдромом раздраженного кишечника.

В Порядке оказания медицинской помощи больным с ревматическими болезнями прослеживаются все те же особенности, свойственные ранее рассмотренным порядкам [7]. Единственным ревматическим заболеванием, разрешенным для самостоятельной (без консультации врача-ревматолога) курации врачам первичного звена, является хроническая ревматическая болезнь сердца (пороки) без признаков воспалительной активности (пункт 4). После консультации врача-ревматолога разрешено осуществ-

влять лечение больных, страдающих остеоартрозом мелких и средних суставов, а также остеоартрозом крупных суставов без синовита, не нуждающихся в эндопротезировании. Предусмотрено также лечение получающих терапию по рекомендации врача-ревматолога больных: воспалительными болезнями суставов и позвоночника и системными болезнями соединительной ткани вне обострения; метаболическими болезнями суставов (подагра, псевдоподагра, окроноз и др.); первичным остеопорозом (постменопаузальный и сенильный).

Подобный подход вскрывает проблему, присутствующую целой группе других порядков оказания медицинской помощи. Он вообще не согласуется с установленным Федеральным законом 323-ФЗ определением фигуры лечащего врача. Статьей (пункт 15) установлено, что лечащий врач — врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи (статья 70, пункт 2). Именно лечащий врач устанавливает диагноз (статья 70, пункт 5). Проблема заключается в том, что при исполнении большинства порядков оказания медицинской помощи непонятно, кто из двух врачей (врач первичного звена или врач-специалист) является лечащим врачом. Согласно обычной логике, это врач первичного звена, так как именно все же он организует и непосредственно оказывает помощь больному. Но тогда непонятно, как одним врачом (в данном случае — врачом первичного звена) в безусловной форме (согласно требованию об обязательности исполнения порядка медицинской помощи) может осуществляться лечение по рекомендации другого врача (в данном случае — врача-ревматолога), имеющего по закону статус врача-консультанта? Кто в таком случае несет ответственность за неблагоприятные события, наступившие в результате лечения? По закону — лечащий врач. А может ли он самостоятельно изменить лечение? Согласно требованию исполнения рассмотренных порядков медицинской помощи — нет.

Более того, построение порядков медицинской помощи по специализированным профилям в этой части противоречат Порядку оказания медицинской помощи населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля, где четко установлено (пункт 10), что врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового участка (врач общей практики, семейный врач) направляет больного на консультацию к врачу-специалисту в соответствии с профилем заболевания пациента именно при затруднении в диагностике и выборе лечебной тактики, а также при осложнен-

ном течении заболевания и при наличии медицинских показаний к лечению пациента врачом-специалистом по профилю заболевания пациента.

В условиях взаимного противоречия становится принципиально важным вопрос: какой из порядков оказания медицинской помощи для врача первичного звена является приоритетным и главным для исполнения — порядок оказания медицинской помощи населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля или порядки оказания медицинской помощи по специализированным профилям заболеваний? Логично считать, что в таких условиях приоритетным должен являться профильный для врача-терапевта участкового порядок, прямо определяющий регламент действия врачей первичного звена в рамках их специальности, то есть порядок оказания медицинской помощи населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля.

Хотелось бы найти подтверждение этой позиции на основе разграничения спектра заболеваний, установленных для лечения у врачей первичного звена и врачей-специалистов. Так, если бы были четко установлены заболевания и состояния, которыми врач первичного звена не занимается, то стало бы вполне понятным, какого пациента и согласно какому порядку он направляет к узкопрофильным специалистам. Но и здесь исчерпывающей нормативно-правовой ясности мы не обнаружим. Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 23.07.2010 г. № 541н) [8], определяет, что врач-терапевт и врач-терапевт участковый: «...выявляет общие и специфические признаки заболевания. Выполняет перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи... Выполняет перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи... Должен знать: ...клиническую симптоматику и патогенез основных терапевтических заболеваний...». Для врача общей практики (семейного врача) должностные обязанности формулируются несколько иначе: «...самостоятельно проводит обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов, при необходимости организует дообследование, консультацию, госпитализацию пациентов... при наиболее распространенных заболеваниях».

Следовательно, для обоих специалистов первичного звена здравоохранения отсутствует четкий перечень заболеваний, которыми они должны заниматься. Речь идет либо об «основных терапевтических

заболеваниях», либо о «наиболее распространенных заболеваниях». Конкретных ограничений по перечню курируемой патологии в рамках внутренних болезней для врачей первичного звена нет вообще. Так же как нет и ясности, какие внутренние болезни нужно считать «основными» или «наиболее распространенными». Отметим, что данное обстоятельство тем не менее вполне соответствует широкому профилю деятельности названных врачей.

Серьезная внутренняя противоречивость и конфликтность узловых принципов организации медицинской помощи, выявляемая в некоторых порядках, определяющих важнейшие специализированные профильные направления, несомненно, приведет к бесконечным переадресациям пациентов к различным специалистам в связи с потребностью даже незначительных изменений в ведении больного или вследствие обычной перестраховки. Об удобстве бесконечного движения потоков больных от врачей первичного звена к врачам-специалистам в стиле «туда-обратно» говорить не приходится как с точки зрения медиков, так и с точки зрения самих пациентов.

Итак, отличительными особенностями существующих в настоящее время порядков оказания медицинской помощи, регламентирующих действия врачей первичного звена здравоохранения, являются:

- отсутствие единого подхода к определению условий, требующих обращения врача первичного звена широкого профиля за консультацией к узкопрофильным специалистам;

- требование практически тотального консультирования больных у специалистов отдельных профильных направлений;

- формирование условий, приводящих к необходимости увеличения числа врачей-специалистов узкого профиля для обеспечения возрастающего количества консультаций больных соответствующего профиля;

- возникновение потребности в изменении регламента работы врачей-специалистов с ростом числа их консультаций «на дому»;

- отсутствие четкого соответствия предписываемой модели взаимоотношения врачей первичного звена со специалистами отдельных профильных направлений установленному законодательством статусу лечащего врача;

- требование сравнительно трудоемкого процесса оформления документов для направления на консультацию к врачам узкого профиля;

- высокая вероятность невозможности соблюдения порядков оказания медицинской помощи на территориях с ограниченным обеспечением узкопрофильными специалистами.

В связи с этим до момента вступления в действие безусловного требования по исполнению порядков оказания медицинской помощи крайне важно добиться, чтобы рассмотренные нормативные документы не порождали новые вопросы и проблемы, а решали старые задачи. Для этого требуется привести все порядки в четко согласованное с законодательством и между собой состояние.

Остается решить, что же делать практическому врачу, если этого не произойдет?

Очевидно, что до корректировки всех несогласованных между собой элементов, регламентирующих действия в рамках порядков, практическим врачам следует ориентироваться на установленный статьей 4 «Основные принципы охраны здоровья» Закона 323-ФЗ приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.

По большому счету, все процедуры такой помощи должны соответствовать тексту врачебной клятвы (статья 71 «Клятва врача» Закона 323-ФЗ), где сформулировано обязательство действовать исключительно в интересах пациента.

С этих позиций при наличии нескольких вариантов тактики врача, определяемых различиями нормативно-правового регулирования его работы, он должен выбрать из них тот, который наиболее необходим для пациента. Здесь излишне напоминать, что именно такой подход всегда был ведущим в морально-этическом кодексе отечественной медицины.

## Литература

1. *Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»* <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html-comments/> // Российская газета — Федеральный выпуск № 5639. 23 ноября 2011 г. — <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>. — Последний визит на сайт 04.10.12.

2. *Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. № 1183н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»* // Российская газета. 25 декабря 2010 г. — <http://www.rg.ru/printable/2010/12/25/terapy-site-doc.html>. — Последний визит на сайт 04.10.12.

3. *Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля»* // Опубликовано на сайте Министерства здравоохранения и социаль-

ного развития РФ 02.10.2009 г. — <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/932/?print=1>. — Последний визит на сайт 04.10.12.

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 апреля 2010 г. № 222н г. Москва «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями пульмонологического профиля» // Российская газета — Федеральный выпуск № 5185. 19 мая 2010 г. — <http://www.rg.ru/2010/05/19/prikaz-dok.html>. — Последний визит на сайт 04.10.12.

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 апреля 2010 г. № 206н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля» // Российская газета — Федеральный выпуск № 5217. 25 июня 2010 г. — <http://www.rg.ru/2010/06/25/kishki-dok.html>. — Последний визит на сайт 04.10.12.

6. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 2 июня 2010 г. № 415н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при заболеваниях гастроэнтерологического профиля» // Российская газета — Федеральный выпуск. 13 августа 2010 г. — <http://www.rg.ru/2010/08/gastro-doc.html>. — Последний визит на сайт 04.10.12.

7. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 4 мая 2010 г. № 315 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с ревматическими болезнями» // Российская газета — Федеральный выпуск. 25 мая 2010 г. — <http://www.rg.ru/printable/2010/05/25/revmatizm-doc.html>. — Последний визит на сайт 04.10.12.

8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» // Российская газета — Федеральный выпуск № 5296. 27 сентября 2010 г. — <http://www.rg.ru/2010/09/27/spravochnik-dok.html>. — Последний визит на сайт 04.10.12.

**Адрес для переписки: Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедра амбулаторной медицины и экспертизы временной нетрудоспособности, зав. кафедрой Онищенко Евгений Федорович; e-mail: [Evgeniy.Onishchenko@spbmapo.ru](mailto:Evgeniy.Onishchenko@spbmapo.ru).**