

УДК 614.2:908: 349.3, 614.881

АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ НОРМАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П., Алимов Р.Р., Барсукова И.М., Колочков Д.В.**
*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, e-mail: arr0303@mail.ru*

Происходящие в настоящее время структурные изменения системы оказания скорой медицинской помощи (СМП), в частности, формирование госпитального этапа, требуют совершенствования нормативно-го обеспечения. Цель: анализ развития и оценка текущего состояния нормативного обеспечения оказания СМП на госпитальном этапе. Дизайн/Методология/подход: с помощью историко-аналитического и юридико-лингвистического методов исследованы нормативно-правовые акты (более 25), регулирующие деятельность подразделений госпитального этапа СМП на территории Российской Федерации, начиная с 1735 года по 31.12.2012. Результаты: выяснено, что первые сведения о порядке приема больных в больницы России появляются в начале 18-го века. В последующие годы изменения нормативной базы отражали расширение функций приемных отделений и повышение требований к качеству их выполнения. Дана характеристика основных действующих нормативно-правовых актов. В настоящее время созданы законодательные основы для дальнейшей модернизации госпитального этапа СМП в Российской Федерации. Вместе с тем выявлены проблемы нормативного обеспечения оказания СМП на госпитальном этапе, в том числе формирования стационарных отделений СМП на базе приемных отделений: 1) компетенции врача СМП, утвержденные приказом Минздравоохранения РФ от 23.07.2010 N 541 н, не учитывают расширение его функций в стационарном отделении СМП стационара; 2) отсутствуют утвержденные приказами Министерства Здравоохранения РФ стандарты оказания СМП на госпитальном этапе, а также методические рекомендации по их использованию в клинических ситуациях. Практическая значимость. Данная статья будет полезна как для научных, так и практических работников в сфере СМП и организации здравоохранения. Устранение выявленных проблем нормативного регулирования позволит повысить качество оказания помощи и уровень финансирования стационарных отделений СМП. Уточнение компетенций врача СМП позволит сформировать требования к профессиональному стандарту, после принятия которого возникнут правовые основания к пересмотру образовательного стандарта по специальности.

Ключевые слова: нормативное обеспечение, организация здравоохранения, скорая медицинская помощь, стационарное отделение скорой медицинской помощи

ANALYSIS OF DEVELOPMENT OF REGULATION OF EMERGENCY MEDICAL CARE IN HOSPITAL**Miroshnichenko A.G., Minnullin I.P., Alimov R.R., Barsukova I.M., Kolochkov D.V.**
Research Institute for emergency n.a. I.I. Dzhanelidze, St.-Petersburg, e-mail: arr0303@mail.ru

Structural changes in the system of emergency medical care occurring at present time, particularly hospital care formation, requires regulation development of this system. Purpose: analyze of development and evaluation of current regulation of hospital emergency medical care. Design/methodology/approach: A range of recently published works (more than 25) regarding regulations of hospital emergency medical care in the Russian Federation during 1735-2012 with use of historical and legal techniques. Findings: the first regulations of hospital emergency medical care (admission of patients to hospitals in Russia) are mentioned in the first half of 18 century. The changes of regulations reflected increase of functions of admission rooms and severization of requirements to quality of functions implementation of admission rooms. Current regulations are characterized in the paper. The problems of regulation of emergency medical care in hospital, including emergency department formation on the base of admission departments are explored in the paper. At present enacted federal law provide further improvement of emergency medical care in hospital in the Russian Federation. Therefore the following gaps in regulation of emergency medical care in hospital are evidenced: 1) improved list of competences of a doctor of emergency medicine with functions of a doctor of emergency department (order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation from 23.07.2010 № 541n «On approval of Unified Managers, specialists and workforce qualification reference book», Part «Qualifications of worker positions in the field of health care») is absent; 2) approved standards guidelines for emergency medical care in hospital through orders of the Ministry of Health of the Russian Federation are absent. Practical implications: a very useful source of information for scientific researcher and practitioner in the field of emergency medicine and health care organization. Specifying of competences of doctor of emergency department allows to formulate requirements for occupational standards. Approved occupational standards will cause of arising of legal grounds for revise of educational standards of specialty.

Keywords: regulatory support, health care organization, emergency medicine, emergency department

Скорая медицинская помощь (далее – СМП) как самостоятельный вид медицинской помощи представляет собой сложную многокомпонентную систему оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме на догоспитальном и госпитальном этапах. В соответствии с «Концепцией развития здравоохранения

в Российской Федерации до 2020 года» дальнейшее развитие системы СМП является важным направлением модернизации отечественного здравоохранения. При сохранении тенденции к сокращению конечного фонда стационаров СМП на фоне устойчивой тенденции к ежегодному росту госпитализации совершенствование орга-

низационных технологий оказания СМП на госпитальном этапе является важной составляющей повышения качества оказания СМП населению страны. Очевидно, что данные структурные изменения невозможны без оптимизации нормативного обеспечения оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе. Исследование нормативной основы функционирования составляющих госпитального этапа СМП, а также анализ нерешенных вопросов является актуальным.

Цель исследования: анализ развития нормативного обеспечения оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе.

Материал и методы исследования

Исследованы нормативно-правовые акты, регулирующие оказание СМП на госпитальном этапе на территории Российской Федерации, начиная с 1735 по 2012 годы, с помощью историко-аналитического и юридико-лингвистического методов.

Результаты исследования и их обсуждение

До недавнего времени правовое регулирование деятельности приемных отделений (далее – ПО) больниц скорой медицинской помощи (далее – БСМП) на федеральном уровне осуществлялось достаточно ограниченным перечнем нормативно-правовых актов (далее – НПА). Впервые сведения о порядке госпитализации в больницы России появились в «Генеральном регламенте о госпиталях» в начале 18-го века [9], где описываются такие функции приемных покоев (далее – ПП) как регистрация пациента, активирование вещей и ценностей, их обработку и хранение. В работе А.А. Нечаева 1952 г. [6] и И.Г. Георги 1974 г. [4] описываются помещения ПП: «(ПП) обычно располагался в 1–2 комнатах и имел в своем составе 1–3 кровати. Санпропускника не было...» Описание процесса приема больных и оказания медицинской помощи в Обуховской больнице Санкт-Петербурга дополняет Г. Аттенгофер в работе 1820 г. [2]: «больные осматриваются дежурным медиком в особой комнате. Запрещается размещать больных без осмотра – минуя приемный покой, на койки клиник больницы... Больным весьма слабым здоровьем не отказывают, а на время помещают их и лечат в самой приемной комнате». В «Наставлении для строения богоугодных заведений» (1820–1823) впервые было регламентировано создание при больницах особых «приемных комнат» с ваннами для помывки поступающих больных, и т.о. закреплена за ПП функция санитарной обработки больных. В 1844 году были приняты «Правила о приеме, отказе и размещении больных

в больницах» ведомства общественного призрения в Санкт-Петербурге, которыми регламентировался состав помещений ПП, порядок приема, ставшие основой для большинства уставов городских больниц России [11]. Важен вклад выдающихся деятелей отечественной медицины: М.Я. Мудров установил заполнение при приеме больных истории болезни [5, 25], Н.И. Пирогов предложил принцип медицинской сортировки [10], С.П. Боткин – сортировочные отделения, дезкамеры, карточную систему учета госпитализированных больных [24].

К концу 19-го века наиболее крупные больницы России были обеспечены ПП. Приемно-сортировочное отделение с изолятором для заразных больных с 1885 г. существовало в петербургской Обуховской больнице; в московской Солдатенковской больнице был организован ПП с сомнительным отделением динамического наблюдения [25]. С 1924 г. в СССР начались планомерная реконструкция и капитальный ремонт больниц. ПП многих больниц были перестроены. Сортировочные отделения крупных больниц были превращены в диагностические. В 1938 г. приказом Наркомздрава СССР от № 1315 утверждены «Правила приема и выписки больных из городских больниц», определяющие дополнительные показания для госпитализации [22]. Созданный в 1939 году при Наркомздраве РСФСР Больничным совет в одном из своих решений рекомендует: «а) оснащение ПП рентгеновским кабинетом и прочим необходимым оборудованием...; б) обеспечение немедленного осмотра врачом доставленного в ПП... и культурная эвакуация его после установления диагноза в отделение; в) комплектование врачей ПП из числа квалифицированных специалистов». С этого момента к традиционным функциям ПО добавляются экстренная диагностика и срочная медицинская помощь, вводятся показатели сроков оказания помощи и её объема.

Изменения характера госпитализации за счет увеличения удельного веса urgentных больных в хирургических отделениях до 90%, в терапевтических до 42%, а в целом в больницах Ленинграда в 1955 году – до 47%, потребовали изменения нормативного обеспечения деятельности ПО. В 1963 г. приказом Минздрава СССР № 395 [14] вводится понятие БСМП, там же закрепляются предыдущие положения о деятельности ПО и создается нормативная основа для приемно-выписных отделений. Технологии оказания СМП посвящена методическая разработка Б.Д. Комарова (1981) [8], который описывает новые функции приемных отделений: более детальную диагностику,

раннее синдромальное лечение, табель оснащения и должностные инструкции. На её основе, а также на основе ряда локальных актов субъектового уровня (приказа ГУЗ ИК Ленсовета № 803 [12]), приказа Минздрава СССР № 404 [16], ПО стало рассматриваться как госпитальный этап оказания СМП. Действующие по настоящее время и определяющие организацию деятельности ПО НПА представлены Приказами Минздрава СССР № 201 [13], № 600 [15], СНиП-69-78 «Нормы проектирования ЛПУ» [23]. Таким образом, законодательная база, регулирующая деятельность ПО, не подвергалась изменению более 30 лет.

Значительный рост потребности населения в СМП, наблюдающийся с конца 80-х годов прошлого столетия и продолжающийся в настоящее время, потребовал изменения технологии оказания данного вида помощи и её обеспечения [1, 7, 3]. Исследование работы приемных отделений крупных многопрофильных стационаров в конце 80-х годов группой ученых под руководством Б.Д. Комарова (1981) [8] выявило следующие недостатки и нерешенные вопросы организации работы приемных отделений БСМП:

1) длительные сроки ожидания первичного врачебного осмотра в приемных отделениях, связанное с многопрофильностью поступающих больных, отсутствием возможности обеспечения равномерного обращения в стационар больных и пострадавших, соответственно отсутствием возможности равномерной нагрузки на врачей-специалистов (сокращение времени простоя или значительного ожидания с формированием очереди к врачу), занятостью врача-специалиста оказанием помощи контингенту больных (пострадавших), не требующих специализированного лечения;

2) высокий уровень необоснованной госпитализации на койки специализированного лечения;

3) отсутствие адекватного кадрового обеспечения ПО БСМП (1 врач ПО на 300–400 коек, 50 обращений в сутки, малая взаимозаменяемость врачей-специалистов, связанная с перечнями знаний и навыков их квалификационных характеристик).

Одним из путей оптимизации условий оказания СМП на госпитальном этапе как вида помощи стало расширение функций врача СМП на госпитальное звено оказания скорой медицинской помощи – приемные отделения (покои) стационаров с выполнением дополнительных функций динамического наблюдения и краткосрочного пребывания, введение врача по специальности СМП в штат подразделений как лечащего врача. Исследование опыта оказания по-

мощи на госпитальном этапе на примере СПБНИИ СП им. И.И. Джанелидзе показал, что от лечащего врача ПО требуются знания и владение навыками оказания помощи по следующим общим профилям: терапия, хирургия, нейрохирургия, урология, травматология, гинекология, и специализированным профилям: неврология, токсикология, сосудистая хирургия, комбустиология. Поиск специалиста, способного выполнять осмотр больных и пострадавших в соответствии с перечисленными профилями нозологий потребовал анализа нормативных актов, регулирующих компетенции врачей.

Положения Приказов Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» и от 7 июля 2009 г. № 415н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 26.12.2011 № 1644н) не содержат материала о перечне нозологий, по которым врач может оказывать помощь, имеются лишь ссылки на оказание помощи по специальности в соответствии со стандартами. Утвержденные порядки оказания помощи используют только профиль нозологий без уточнения перечня нозологий. К примеру, Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13 апреля 2011 года № 316н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы по профилю “Неврология”» свидетельствует о следующем: «настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю “Неврология”».

Единственным НПА, подробно описывающим врачебные квалификационные характеристики, содержащим показатели уровня профессиональной компетентности, объема знаний, перечень нозологий, практических умений и навыков врачей различных специальностей, является Приказ Минздрава СССР от 21.07.1988 № 579 (ред. от 25.12.1997) «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов». Необходимо отметить, что в сборник включены квалификационные характеристики врачей-специалистов по 86 врачебным должностям. Каждая из характеристик содержит требования к общим и специаль-

ным знаниям и умениям специалиста, список обязательной литературы. Необходимо отметить, что все квалификационные характеристики прошли рецензию во всех ГИДУВах и ФУВах РФ, в 3-х республиканских министерствах здравоохранения, 10 областных отделах здравоохранения, ряде научно-исследовательских институтов.

Исследования потребности населения в медицинской помощи на госпитальном этапе СМП разными авторами показывают, что наиболее востребованными специальностями являются терапия, хирургия, гинекология. Анализ квалификационных характеристик вышеперечисленного НПА и наиболее распространенных должностей врачебного состава приемных отделений стационаров – врача-терапевта, хирурга и гинеколога – показал, что квалификационные характеристики врача-терапевта не содержат перечня неврологических, токсикологических, хирургических и гинекологических заболеваний, врача-хирурга – гинекологических, токсикологических и терапевтических, врача-гинеколога – заболеваний хирургического, токсикологического и терапевтического профилей и многих других. Предварительный анализ показал, что предъявляемым требованиям к компетенциям врача, работающего в отделении экстренной медицинской помощи многопрофильного стационара, в настоящий момент в наибольшей степени соответствуют квалификационные характеристики специалиста врача СМП. Данные характеристики включают в себя весь перечень нозологий по профилям, которым требуется оказание помощи на госпитальном этапе СМП, при этом следует принять во внимание, что перечень навыков врача СМП не ограничивается догоспитальным этапом СМП.

Необходимо учесть, что наличие в стационаре высокоспециализированных врачей при отсутствии широкопрофильного врача СМП в соответствии с порядками оказания профильной медицинской помощи требует выполнения в ПО именно данными высокоспециализированными врачами первичного осмотра пациента, что приводит к задержкам его осмотра при их занятости. Вместе с тем существующая нормативная база в виде Порядка оказания СМП позволяет врачу СМП оказывать медицинские услуги на госпитальном этапе СМП в стационарном отделении СМП.

Вышедший в 2009 году приказ Минздравсоцразвития России № 415н [18] утвердил квалификационные требования к врачу по специальности «Скорая медицинская помощь» и перечень занимаемых должностей, в том числе должность врача

приемного отделения (в специализированном учреждении здравоохранения или при наличии в учреждении здравоохранения соответствующего специализированного структурного подразделения).

Важным развитием данного положения стало решение федерального органа управления здравоохранением РФ: 5 марта 2010 года Коллегия Минздравсоцразвития РФ приняла решение об апробации в реальном режиме времени новой модели функционирования ПО БСМП с учетом опыта, накопленного СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, а также некоторыми регионами РФ, такими как Татарстан, Ростов-на-Дону, Республика Чувашия и др. Результатом этой работы стал разработанный и утвержденный Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 № 586н «О внесении изменений в Порядок оказания СМП, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 1 ноября 2004 г. № 179н [20]. Данным приказом впервые были нормативно закреплены такие принципиально новые понятия, как «госпитальный этап скорой медицинской помощи» и «стационарное отделение скорой медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения», «врач скорой медицинской помощи стационарного отделения скорой медицинской помощи», динамическое наблюдение и краткосрочное лечение на койках СМП. Новшеством данного нормативного акта стали высокий уровень стандарта диагностической оснащенности подразделения и дополнительные функции динамического наблюдения и краткосрочного лечения, направленные на инструментальное подтверждение диагноза стационарного отделения скорой медицинской помощи и повышение обоснованности направления на специализированное стационарное лечение. Введение в штат врача СМП создает условия для ускоренного адекватного диагностического и лечебного пособия, освобождения узких специалистов от несвойственных им функций и повышения объемов и качества оказания ими специализированной помощи в стационаре, уменьшения уровня госпитализации, соответственно более эффективного использования коечных мощностей многопрофильных стационаров.

Вместе с тем важным и в настоящее время нерешенным вопросом является необходимый перечень компетенций врача СМП стационарного отделения СМП. Результаты исследования показали, что квалификационные характеристики врача СМП, утвержденные приказами Минздрава СССР № 579 (1988 г.) [17], Минздравсоцразвития РФ от № 541н (2010 г.) [21], не учитывают

изменившиеся кадровые потребности данного вида помощи. Так, например, отсутствуют компетенции врача, предполагающие выполнение основных функций стационарного отделения СМП согласно положению об организации деятельности данного типа подразделений (приложение № 1 к порядку оказания СМП Приказа Минздравсоцразвития РФ № 586н). В частности, пункт 10. «Отделение осуществляет следующие функции: ...определение медицинских показаний для направления больных (пострадавших) в специализированные отделения лечебно-профилактического учреждения, в котором создано Отделение, или в другие лечебно-профилактические учреждения; ... оказание скорой медицинской помощи больным (пострадавшим) в стационарных условиях, ... включая: – проведение лечебно-диагностических мероприятий, требуемых по состоянию здоровья больного (пострадавшего), в том числе в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии и операционной для проведения противошоковых мероприятий, до направления его в специализированное отделение лечебно-профилактического учреждения, в котором создано Отделение, или в другие лечебно-профилактические учреждения; – уточнение диагноза, динамическое наблюдение за состоянием больного (пострадавшего) не более суток, краткосрочное лечение в течение 3-х суток».

Подготовленный профильной комиссией экспертного совета МЗ РФ проект порядка оказания СМП (<http://rosminzdrav.ru/open/discuss/projects/30>) предусматривает приведение компетенций врача СМП в соответствие с потребностями стационарного отделения СМП, так, дополнительно к уже имеющимся будут отнесены: оценка данных УЗИ внутренних органов, рентгенографии, применение шкал оценки тяжести травм, краткосрочное лечение и др. Уточнение компетенций врача СМП позволит сформировать требования к профессиональному стандарту, после принятия которого возникнут правовые основания к пересмотру образовательного стандарта по специальности.

Необходимость пересмотра компетенций врача СМП связана и с реализацией приказа Минздравсоцразвития РФ № 586н, утвержденного в мае 2012 года, и приказа Минздравсоцразвития России № 555н [19], которые регламентировали новый тип коек в номенклатуре коечного фонда по профилям медицинской помощи – койки СМП. Данный тип коек используется для суточного динамического наблюдения и краткосрочного лечения (не более 3-х суток) в стационаре.

Внесены изменения в статотчетность о деятельности медицинских учреждений,

касающиеся врача СМП на госпитальном этапе и коек СМП в стационаре. Так, в формах № 30, 17 государственной статистической отчетности учреждений системы здравоохранения (приказ Росстата от 29.12.2011 № 520, от 14.01.2013 № 13) появились койки СМП для краткосрочного пребывания и койки СМП динамического наблюдения, новое наименование учитываемых врачебных специальностей – «скорая медицинская помощь».

В настоящее время госпитальный этап СМП закреплён на законодательном уровне статьей 35, Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» условиями оказания этого вида помощи – «2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме... в ... стационарных условиях».

К пробелам существующего нормативного регулирования относится отсутствие разработанных и утвержденных приказами МЗ РФ стандартов оказания СМП на госпитальном этапе и методических рекомендаций по их использованию в практике. Очевидно, что утверждение и внедрение стандартов оказания СМП, на госпитальном этапе позволит приблизить решение такой важной проблемы организации деятельности стационарных отделений СМП как их недофинансирование, в наибольшей степени связанное с применением в расчетах существующих (утвержденных на уровне субъектов РФ) тарифов специализированной стационарной помощи. Приведение в соответствие доходов и расходов отделения на основе медико-экономических стандартов оказания СМП на госпитальном этапе с последующим формированием окладов персонала, дополнительно учитывающих коэффициенты вредностей и интенсивности оказания помощи, и дополнительные денежные выплаты позволят сформировать кадровый резерв, повысить уровень мотивации к труду персонала и в целом качество помощи.

Заключение

Проведенное исследование, охватившее более чем 200-летний период истории отечественного здравоохранения, продемонстрировало динамичное изменение нормативной базы, регулирующей деятельность госпитального этапа СМП, в зависимости от концепции оказания СМП и внешних условий функционирования системы. В настоящее время созданы законодательные основы для дальнейшего совершенствования нормативного регулирования госпитального этапа СМП и модернизации системы оказания СМП на территории РФ.

Список литературы

1. Архипов В.В. Отечественное здравоохранение на рубеже веков. – СПб., 2004. – С. 256.
2. Аттенофер Г. Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга. – СПб., 1820. – 432 с.
3. Борисевич Е.М. Организационно-правовые основы формирования системы контроля качества медицинской помощи в крупном многопрофильном стационаре: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб.: ГОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Росздрава, 2010. – 25 с.
4. Георги И.Г. Описание столичного города Санкт-Петербурга. – СПб., 1794. – 757 с.
5. Копылов А.М. Организация больничного дела в Ленинграде и перспективы его дальнейшего развития: дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1962. – 460 с.
6. Нечаев А.Л. Очерки по истории Обуховской больницы. – Л.: ВММА, 1952. – 240 с.
7. Организация и оказание скорой медицинской помощи пострадавшим в ДТП; под ред. С.Ф. Багненко, В.В. Стожарова, А.Г. Мирошниченко. – СПб., 2011. – 400 с.
8. Основы организации экстренной стационарной медицинской помощи / под ред. Б.Д. Комарова. – М.: Медицина, 1981. – 240 с.
9. Петров Е. Собрание Российских законов о медицинском управлении, т.1. Генеральный регламент о госпиталях от 24 декабря 1735 г. – СПб., 1826. – С. 27–53.
10. Пирогов Н.И. Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии, т. 1–2. – СПб., 1879. – С. 384–405.
11. Правила о приеме, отказе и размещении больных в больницах ведомства общественного призрения в С.-Петербурге. – СПб., 1844. – 12 с.
12. Об организации работы приемных отделений соматических больниц: приказ главного управления здравоохранения исполкома Ленсовета № 803 от 01.09.1983 г., – Л.
13. Табель оборудования больниц и поликлиник: Приказ Минздрава СССР от 03.05.63 № 201.
14. О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению стационарного обслуживания населения СССР: приказ Минздрава СССР от 31.07.63 № 395 М.
15. О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь городских и детских городских больниц, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек: приказ Минздрава СССР от 06.06.79 № 600.
16. О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению: приказ Минздрава СССР от 20.05.88 № 404.
17. Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов: приказ Минздрава СССР от 21.06.88 г. № 579.
18. Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения: приказ Минздравсоцразвития России от 07.07.09 № 415н.
19. Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи: приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н // Российская газета. – № 132. – 13.06.2012.
20. О внесении изменений в Порядок оказания СМП, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 1 ноября 2004 г. № 179: приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 № 586н // Российская газета. – № 222. – 01.10.2010.
21. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих: приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н.
22. Правила приема и выписки больных из городских больниц: приказ Наркомздрава СССР от 15.12.1938 № 1315 М.
23. Нормы проектирования лечебно-профилактических учреждений: СНиП-69-78, утвержденные постановлением Госстроя СССР 17.05.78 г. № 92.
24. Фарбер В.Б. Сергей Петрович Боткин (1832-1889). – Л., ВМА им. Кирова, 1948. – 130 с.
25. Цингиссер А.А. Организация работы приемного отделения городской больницы: дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1967. – 175 с.

References

1. Arhipov V.V. National health care system at the turn of the century. Spb, 2004. pp. 256.
2. Attenger G. Medical and topographic description of city Saint-Petersburg. SPB, 1820, pp. 432.
3. Borisovich E.M. Management and legal basis for formation of quality control system of medical care in multifield hospital (autoreferat Ph.D. dissertation in Medical Science). Spb, 2010. pp. 25.

4. Georgi I.G. Discription of city Saint-Petersburg. SPB, 1794. pp.757.
5. Kopylov A.M. Organization of hospital management in Leningrad and its development prospects (Ph.D. dissertation in Medical Science). L., 1962, pp. 460.
6. Nechaev A.L. Essay of history of Obuchov-hospital. L., VMA, 1952., pp. 240.
7. Bagnenko S.F. Emergency medical assistance in road traffic accidents / S.F. Bagnenko, V.V. Stozharova, A.G. Miroshnichenko. SPb, 2011, pp. 400.
8. Basis of organization of emergency medical care in hospital/ edited by B.D. Komarov. M.: Medicine, 1981. pp. 240.
9. Petrov E. Collection of Russian Laws of organization of medical care, vol.1 «General regulation for hospital from 24. December 1735», SPB, 1826, pp. 27–53.
10. Pirogov H.I. Military and medical practice and private assistance in war theatre in Bulgaria and in the rear areas, t.1-2. SPb, 1879, pp. 384–405.
11. Regulation of admission, refusal and hospitalization of patients to hospitals of authorities for public assistance of S.-Petersburg. SPB, 1844, p. 12
12. The Order of Directorate General of Health Services of Executive Committee of Leningrad no. 803 from 01.09.1983, L., «On admission unit management of hospitals for somatic disease treatment».
13. The Order of the Ministry for Health Care of SSSR from 03.05.63 no. 201 «Equipment list for hospitals and policlinics».
14. The Order of the Ministry for Health of care SSSR № 395 from 31. July 1963, M., «On the status and measures for further improvement of hospital service rendered to the public of SSSR».
15. The Order of the Ministry for Health Care of SSSR from 06.06.1979 no. 600 «On approval of staff normative of medicine, pharmacy and education personnel and food handler of municipal and child health municipal hospitals in towns with population over 25 000 people».
16. The Order of the Ministry for Health Care of SSSR from 20.05.1988 no. 404 «On measures for further improvement of emergency medical service rendered to the public».
17. The Order of the Ministry for Health Care of SSSR from 21. July 1988 no. 579 «On approval of qualifying characteristics of a doctors ».
18. The Order of the Ministry for Health Care of Russia no. 415n from 7. July 2009 «On approval of qualifying requirements to specialists with higher and postgraduate medical and pharmaceutical education».
19. The Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation from 17.05.2012 № 555n «On approval of nomenclature of bed capacity for medical treatment profile». «Rossijskaja gazeta». no. 132. 13.06.2012.
20. The Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation from 02.08.2010 no. 586n «On amendments to Order of emergency medical care, approved by Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation from 01.11.2004 no. 179»// Rossijskaja gazeta, no. 222, 01.10.2010.
21. The Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation from 23.07.2010 no. 541n «On approval of Unified Managers, specialists and workforce qualification reference book».
22. The Order of Narkomzdrav SSSR no. 1315 from 15. December 1938, M., «Regulation of admission and discharge from the city hospital».
23. SNiP-69-78 «Standards for design of medical preventive institutions», approved by resolution of Gosstroy of SSSR from 17.05.78 no. 92.
24. Farber V.B. Sergej Petrovich Botkin (1832-1889). L., VMA n.a. S.M. Kirov, 1948, pp. 130.
25. Cingisser A.A. Admission unit management in municipal hospital (Ph.D. dissertation in Medical Science). L., 1967, pp. 175.

Рецензенты:

Стожаров В.В., д.м.н., профессор кафедры скорой медицинской помощи, ФГОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России», г. Санкт-Петербург; Медведева А.А., д.ю.н., профессор кафедры трудового права, ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России», г. Санкт-Петербург.

Работа поступила в редакцию 14.05.2013.