

29 ноября 2011 г.
№ 10 (106)

ЗВЕЗДНАЯ ГАЗЕТА

газета МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МО ЗВЕЗДНОЕ

Фотофакт



27 ноября 2011 года состоялся футбольный турнир, посвященный трехлетию постройки спортивной площадки на Дунайском пр., д.3-д.5. Проводил турнир наш депутат и бесценный тренер – любимец маленьких дворовых футболистов – Белевский Владимир Алексеевич.

Не первый год играют ребята в футбол под его руководством и добились определенных успехов: призовые места на соревнованиях для них уже не новость.

В этом турнире наша «Звездная команда» заняла I место, остальные места распределились следующим образом: II место – ПМК «Юность» 1; III место – ПМК «Юность» 2;

От всей души поздравляем юных спортсменов и желаем дальнейших побед.

22 ноября 2011 года состоялась очередная автобусная экскурсия для старшего поколения: «город Ломоносов» с посещением Ораниенбаумского парка. Экскурсию проводил очень эрудированный и обаятельный экскурсовод Михаил. Экскурсанты совершили длительную прогулку по парку, любуются красотами вековых дубов, стройных елей и, несмотря на снежную порошу, остались очень довольны, получили массу впечатлений и узнали много интересного.



Управление пенсионного фонда в Московском районе информирует

Расширены возможности использования материнского капитала

Теперь семьи, владеющие государственным сертификатом на материнский капитал, могут направить его средства или часть средств на оплату не только обучения, но и содержания ребенка в образовательном учреждении*.

Это может быть как детский сад, так и любое образовательное учреждение, которое реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования или основные образовательные программы начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования.

Чтобы направить средства материнского капитала на эти цели, владельцу сертификата одновременно с заявлением необходимо представить в территориальный орган ПФР договор с образовательным учреждением, чьи услуги по содержанию ребенка будут оплачиваться средствами материнского капитала. При этом договор должен содержать расчет размера платы за содержание ребенка.

Первый платеж будет осуществлен не позднее чем через два месяца со дня принятия заявления о распоряжении средствами материнского капитала; остальные средства – в соответствии с указанными в договоре сроками.

Напомним, что размер материнского капитала составляет 365 тысяч 698 рублей 40 копеек. Планируется, что размер материнского капитала будет с 1 января 2012 года проиндексирован на 6% и составит 387,6 тыс. рублей. Государственный сертификат на материнский капитал получили уже свыше 90 тыс. семей в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.

* В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 14 ноября 2011 года № 931 «О внесении изменений в Правила направления средств (части средств) материнского (семейного) капитала на получение образования ребенком (детьми) и осуществление иных связанных с получением образования ребенком (детьми) расходов» во исполнение Федерального закона от 28 июля 2010 года № 241-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и о порядке предоставления единовременной денежной выплаты за счет средств материнского (семейного) капитала».

Увеличен размер прожиточного минимума пенсионеров

В очередной раз увеличен размер прожиточного минимума пенсионера с учетом уровня инфляции и изменением потребительских цен на товары и услуги.

Величина прожиточного минимума для установления социальной доплаты к пенсии устанавливается ежегодно региональными законами о региональных бюджетах на соответствующий финансовый год и на плановый период.

Прожиточный минимум пенсионера на 2012 год утверждён:

- в Санкт-Петербурге в размере 5 157,7 руб., что выше величины прожиточного минимума пенсионера в текущем году на 524 руб.;
- в Ленинградской области в размере 4 950 руб., что выше величины прожиточного минимума пенсионера в текущем году на 400 руб.

Социальная доплата к пенсии была введена с 1 января 2010 года для неработающих пенсионеров, у которых общая сумма материального обеспечения меньше величины прожиточного минимума, установленного в регионе. Социальная доплата к пенсии равна разнице между величиной прожиточного минимума и общей суммой материального обеспечения пенсионера. В настоящее время социальную доплату к пенсии получают более 68 000 пенсионеров Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Безопасность

«Пожар – это большое бедствие, а огонь – судья беспечности людей!»

Приближаются Новогодние и Рождественские праздничные мероприятия. В период предпраздничной подготовки деятельность специалистов отдела профилактики пожаров и предупреждения ЧС ПСО ППС направлена на предупреждение пожаров и создание условий для их успешного тушения. Специалисты сектора проводят мониторинг и профилактические мероприятия с организаторами массовых мероприятий о соблюдении требований норм и правил пожарной безопасности в местах проведения новогодних ёлок в образовательных и культурно-зрелищных учреждениях.

Пожар – это нередко результат всего лишь несоблюдения правил пожарной безопасности, основ эксплуатации электрооборудования и электроприборов, неосторожного обращения с огнём.

Решение проблемы пожарной безопасности во многом зависит от повышения уровня противопожарных знаний у населения. Очень важно, чтобы с детских лет закладывался прочный фундамент противопожарного поведения как в дошкольных и школьных учреждениях, на производстве, так и в быту. С детства у детей необходимо воспитывать навыки осторожного обращения с огнём, правильного поведения при пожаре, знать о последствиях пожаров в жилых домах и учреждениях.

Пожар – это большое бедствие, а огонь – судья беспечности людей!

В целом по городу за 10 месяцев 2011 года произошло 3036 пожаров, погибло на пожарах -117 человек, пострадало -257 человек. Ущерб составил 100 639 189 рублей. Из-за беспечности граждан происходит до 70% пожаров. За 9 месяцев

2011г в Московском районе произошло пожаров-183; спасено – 91 чел.; погибло-7 чел.; травмировано на пожаре – 91 чел. Ущерб составил-11184294 руб.

При проведении праздничных мероприятий необходимо заранее обеспечить помещения первичными средствами пожаротушения, выходы держать свободными для прохода, установить ёлку в соответствии с правилами пожарной безопасности, запретить пользование пиротехнических изделий в помещениях и направлять петарды в сторону людей, домов. Необходимо приобретать только сертифицированную пиротехническую продукцию.

Напоминаем, что необходимо делать при возгорании новогодней ёлки:

– ёлку необходимо повалить на пол, чтобы пламя не поднималось вверх (могут загореться обои, шторы, мебель);

– накрыть горящую ёлку плотной мокрой тканью, залить водой или забросать песком;

– при загорании электрогирлянды немедленно обесточить её, вызвать пожарную охрану, вывести людей из помещения.

Специалисты отдела совместно с персоналом учреждений, проводят практическую отработку плана эвакуации. Целью такого занятия является проверка степени подготовленности персонала, детей и учащихся к действиям по плану эвакуации, исправности и работоспособности систем оповещения и управления эвакуацией людей, подготовленности добровольных пожарных формирований при тушении условного пожара.

Н. ЗУБКОВА,
ведущий специалист сектора профилактики пожаров отдела ПП и ПЧС



БУРЯК Борис
Анатольевич,
хирург,
депутат
МО МО Звездное

Сколько пациентов должен (может) принять в час врач на амбулаторном приеме?

Приступая к поиску ответа на этот вопрос, мы решили уточнить, что считать приемом врача, как определяют этот термин руководящие документы. Ответ мы нашли в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации N 269 от 16 июля 2001 г. «О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав». В целях реализации Программы работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении ...1. Ввести в действие с 01.09.2001 отраслевой стандарт (ОСТ N 91500.09.0003-2001) (приложение)»

Прием (осмотр, консультация)- это производимые по определенному плану действия врача при возникновении у пациента потребности в медицинской помощи, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, дающие возможность составить представление о состоянии организма пациента, результатом которых является профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания, синдрома.

Итак, приложение к отраслевому стандарту ОСТ N 91500.09.0003-200, определяет «прием (осмотр, консультация) врача—хирурга» как сложную услугу, состоящую из набора простых медицинских услуг, которые требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т.д. и отвечающий формуле:

«пациент» + «комплекс простых услуг» = «этап профилактики, диагностики или лечения».

Из каких же простых медицинских услуг состоит сложная услуга «прием врача-хирурга»? (см. табл. 1, 2)

Определив, что считать приемом (осмотром, консультацией) врача — хирурга, и из каких простых услуг состоит эта сложная услуга, мы приступили к изучению материалов, связанных с подсчетом затрат времени на данную услугу. В отраслевом стандарте трудозатраты не прописаны.

Итак: сколько пациентов может принять за один час работы врач-хирург? Простой хронометраж с суммированием результата не мог удовлетворить нас, т.к. не учитывал повторяемости простых услуг.

Ответ был найден в исследовании экономиста Научно-исследовательского института труда и социального страхования, Ю. Ряхимова, опубликованного в журна-

ле «Кадровик. Трудовое право для кадровика» в № 8, 2008 г.

В указанной статье идет речь о системе результативных показателей, выступающей в виде норм нагрузки по месту оказания медицинских услуг, а именно для амбулаторно-поликлинических учреждений. Определены нормы нагрузки, для врача-хирурга по усовершенствованной системе и на основе показателей рассчитанных норм времени по коэффициентам повторяемости. Все определенные нормы нагрузки представлены в таблицах

В табл. 1 указаны сведения по медицинской услуге, которую оказывает врач-хирург: «Прием (осмотр, консультация) врача хирурга, первичный», а в табл. 2 по медицинской услуге: «Прием (осмотр, консультация) врача хирурга, повторный».

В указанных нормах учтено время на обслуживание рабочего места, отдых и личные потребности в размере 5% от оперативного времени. Для более точного установления нормы нагрузки определяется удельный вес первичных и повторных посещений к хирургу за смену (табл. 3, 4).

На основе данных по коэффициентам повторяемости вычисляются средневзвешенные затраты времени на одно первичное и повторное посещение в поликлинике, которое заносится в колонку 7. По вычисленным данным рассчитываем средневзвешенное значение показателя расчетных норм времени на лечебно-диагностическое посещение (из расчета соотношений первичного и повторного приемов 0,39 и 0,61):

$$T_{\text{ср}} = \frac{(13 \times 39 + 9,4 \times 61)}{100} = 10,8 \text{ мин.}$$

По рассчитанным данным определяем часовую норму нагрузки для врача-хирурга амбулаторного приема, по формуле:

$$N_n = \frac{60 \times 0,949}{10,8} = 5,7 \text{ (пациентов).}$$

Подставляя рассчитанный показатель в следующую формулу, рассчитываем функцию врачебной должности в год:

$$\Phi_{\text{год}} = 5,7 \times 1780,2 = 10\,147 \text{ (пациентов).}$$

Итак, в результате исследователь получил: N_n = 5.7 пациентов в час.

Обратимся теперь к нашей работе в поликлинике. Каковы требования руководящих документов? Все ранее действовавшие приказы распоряжения Министерства здравоохранения, и более поздние Министерства здравоохранения и социального развития, которые касались норм нагрузки (обслуживания), в настоящий момент не действуют. Они были отменены более поздними приказами. В настоящий момент врач-хирург ведущий амбулаторный

прием руководствуется последним, по дате, приложением к письму Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, № 01/20-2181, присланным в ЛПУ 10 декабря 2009 года. В этом приложении сказано, что норма нагрузки (обслуживания) для врача-хирурга, оказывающего первичную амбулаторно-поликлиническую помощь в ЛПУ взрослой сети, должна составлять **6 посещений на 1 час работы**. Эта рекомендация очень близка к результату, полученному путем хронометража работ во время и расчетов с учетом коэффициента повторяемости услуг и времени на обслуживание рабочего места, отдых и личные потребности в размере 5% от оперативного времени.

С чем же тогда связаны жалобы на дефицит времени врачей, ведущих амбулаторный прием? Как мы видим, времени на выполнение работ, связанных с амбулаторным приемом, выделено достаточно. Расхождение рекомендации Комитета и результата исследования не превышает 5%.

Причина дефицита времени на амбулаторном приеме кроется в перечне услуг, которые подвергались хронометражу и, по-видимому, учитывались Комитетом при составлении приложения к Письму от 10 декабря 2009 года.

Обратившись к таблицам 1 и 2, мы убедимся, что перечень медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечисленных в приложении к отраслевому стандарту ОСТ N 91500.09.0003-200 не содержит такого важного пункта, как «оформление медицинской документации».

Нам также не удалось найти подтверждения тому, что при определении норм нагрузки как-то учитывалась эта важная составляющая работы врача.

Оформление медицинской документации регламентируется десятком актуальных на сегодняшний день документов, но наиболее важным, с практической точки зрения является «Приложение № 2/август-декабрь к Генеральному тарифному соглашению на 2010 год», которым определен порядок применения тарифов на амбулаторно-поликлиническую и амбулаторно-консультативную помощь в Санкт-Петербурге.

Позволю себе процитировать пункт 2 (основные понятия).

«В комплекс медицинских услуг, относящихся к врачебному посещению, наряду с непосредственно услугой врачебного осмотра (первичного или повторного), входят(!) назначенные врачом по результатам последнего и зафиксированные в медицинской карте пациента профилактические, лечебные, диагностические услуги (диагностика ультразвуковая, рентгеновская, функциональная и т.п.). Услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии – кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.). Услуги эндоскопические, услуги лабораторной диагностики (клинико-ди-

Таблица 1

01.057.01 ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ХИРУРГА ПЕРВИЧНЫЙ

Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента

01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический
01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический
01.31.011	Пальпация общетерапевтическая
01.31.012	Аускультация общетерапевтическая
01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая
02.06.001	Измерения объема лимфатических узлов
02.31.001	Термометрия общая
02.09.001	Измерения частоты дыхания
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения
02.12.001	Исследование пульса
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях

Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента*

25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях
25.31.002	Назначение диетической терапии при неуточненных заболеваниях
25.31.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при неуточненных заболеваниях

Таблица 2

01.057.02 ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ХИРУРГА ПОВТОРНЫЙ

Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента

01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический
01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический
01.31.011	Пальпация общетерапевтическая
01.31.012	Аускультация общетерапевтическая
01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая
02.06.001	Измерения объема лимфатических узлов
02.31.001	Термометрия общая
02.09.001	Измерения частоты дыхания
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения
02.12.001	Исследование пульса
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях

* Возможность использования дополнительных медицинских услуг продиктована временными рамками, отведенными на обследование экстренного больного в конкретной ситуации.

Таблица 3

ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ХИРУРГА ПЕРВИЧНЫЙ

Код услуг	Состав работ	Нормы времени на простые услуги, в мин	Коэффициент повторяемости
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента			
01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	3,5	1
01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	2,3	1
01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1,3	0,83
01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	2,3	0,41
01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	0,33
02.06.001	Измерения объема лимфатических узлов	3,5	0,16
02.31.001	Термометрия общая	0	-
02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	0,16
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1,7	0,16
02.12.001	Исследование пульса	1,2	0,25
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	3,5	0,83
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента			
25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	5	0,58
25.31.002	Назначение диетической терапии при неуточненных заболеваниях	2	0,17
25.31.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при неуточненных заболеваниях	1	0,25
01.057.01	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Итого средневзвешенные затраты времени в мин. - 13,0	

Таблица 4

ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ХИРУРГА ПОВТОРНЫЙ

Код услуг	Состав работ	Нормы времени на простые услуги, в мин	Коэффициент повторяемости
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента			
01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	3,5	1
01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	2,3	1
01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1,3	0,83
01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	2,3	0,41
01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	0,33
02.06.001	Измерения объема лимфатических узлов	3,5	0,16
02.31.001	Термометрия общая	0	-
02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	0,16
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1,7	0,16
02.12.001	Исследование пульса	1,2	0,25
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	3,5	0,83
01.057.02	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга повторный	Итого средневзвешенные затраты времени в мин. - 9,4	

на амбулаторном приеме

агностические исследования, бактериологические исследования, биохимические исследования, иммуносерологические исследования, цитологические исследования и т.п.), и т.д. в соответствии с ОСТ 91500.09.0003-2001.

Все услуги, относящиеся к врачебному посещению (оказанные непосредственно врачом и услуги, назначенные по результатам его консультации) должны быть зафиксированы в медицинской карте с определением состояния организма пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр/консультацию пациента, является основанием для отказа в оплате посещения».

Последнее предложение наиболее четко характеризует возникающие на амбулаторном приеме противоречия между требованием выполнить методически правильно услуги, перечисленные в отраслевом стандарте и необходимостью внести в медицинскую карту записи, формально «легализующей» выполнение услуг, относящихся к врачебному посещению.

Но выполняется ли требование Генерального тарифного соглашения? Ответ на этот вопрос мы находим в недавно опубликованном отчете ТФОМС, в котором говорится о, приблизительно 6% случаев отказа в оплате. Т.к. из опыта работы в городской поликлинике, нам известно, что практически весь контроль осуществляется фондом ОМС путем изучения медицинских карт, можно сделать вывод: 94% врачебных посещений оформлены как должно.

Мы задаем себе вопрос: за счёт какого времени оформлены эти карты? Ответ однозначен - за счёт времени, отведенного на выполнение медицинских услуг предписываемых отраслевым стандартом! Косвенно о масштабах нарушения Стандарта можно судить и по жалобам пациентов, ключевой фразой в которых служит «доктор не осматрел», «даже не подошел», «не выслушал», «все время писал», и т.д.

Как мы видим, отсутствие должного внимания к трудозатратам врача приводит к нарушению Стандарта, ставит врача перед выбором, что из предписанных услуг исключить, для получения времени на выполнение необходимых, но не учтенных услуг, в частности оформления медицинской карты.

Какое число врачебных ошибок можно связать с неверным администрированием, значительно ухудшившим условия труда врача? Не имея физической возможности выполнить все предписанное регламентирующими документами за отведенное на прием время, врач вынужден жертвовать качеством приема, чтобы обеспечить качество «дневниковой записи».

Изменится ли ситуация с переходом на оплату «по законченному случаю»? Несомненно, подобная форма взаимодействия ЛПУ и Фонда представляется нам более прогрессивной. В то же время, медико-экономическая стандартизация технологий амбулаторной хирургии должна сопровождаться своевременным устранением имеющихся и вновь возникающих противоречий в нормативно-правовой базе регламентирующих документов.

Прежде всего, при составлении медико-экономических стандартов, необходимо обратить внимание на определение трудозатрат, связанных с оформлением медицинской документации.

В настоящее время, при описании МЭС, в программе «Эксперт-МЭС», трудозатраты врача на оформление медицинской документации не определены, хотя в поле «се-стра» трудозатраты определены, как 1,0 ует (10). Возможно, этому факту существует объяснение, но ясно одно - вопрос трудозатрат при планировании работы врача-хирурга на амбулаторном приеме и в новых условиях не является приоритетным!

Переход на оплату «по законченному случаю» не изменит главного – планирования работы врача на день. В практике работы ЛПУ план приема на день называется «количество талонов». Вопрос о том, сколько талонов к врачу выдает в день регистратура, никак не связан с формой взаимодействия ЛПУ и фонда ОМС. В количестве «талонов» заинтересованы те субъекты и органы управления, для которых основным критерием эффективности служит «экономическая эффективность», но не качество оказания услуги.

Врач и больной заинтересованы в том, чтобы были выполнены все требования стандарта, в том числе и времени, затраченного на прием. Иными словами, и врач, и пациент заинтересованы в том, чтобы прием проводился, ровно столько времени, сколько предписано стандартом. Чтобы время, отведенное на выполнение услуг

обязательного и дополнительного ассортимента, не использовалось для оформления медицинской документации.

Беремся утверждать, что **невыполнение стандарта может приводить, и приводит, к врачебным ошибкам.** Сколько случаев запущенных заболеваний, длительных трудопотерь, летальных исходов можно отнести за счет того, что повсеместно нарушается технология амбулаторного приема, за счет того, что **врач не имеет достаточно времени для выполнения отраслевого стандарта ОСТ N 91500.09.0003-2001?**

Отказ от принятого стандарта помощи, это злоупотребление служебным положением, вид медицинской халатности. А это означает, что врач несет ответственность за все последствия нарушения стандарта. В то же время, эту ответственность необходимо разделить с органами управления, прежде всего с Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. В письме №



01/20-2181, присланном в ЛПУ 10 декабря 2009 года, Комитет определил, что норма нагрузки (обслуживания) для врача-хирурга, оказывающего первичную амбулаторно-поликлиническую помощь в ЛПУ взрослой сети, должна составлять 6 посещений на 1 час работы. Выполнить это распоряжение невозможно, не нарушив Стандарт либо требования приложения 2 к ГТС.

Также ответственность должна быть разделена с членами тарифной комиссии по обязательному медицинскому страхованию. Приложение 2 Генерального тарифного соглашения определяет: «Все услуги, относящиеся к врачебному посещению (оказанные непосредственно врачом и услуги, назначенные по результатам его консультации) должны быть зафиксированы в медицинской карте с определением состояния организма пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр/консультацию пациента, является основанием для отказа в оплате посещения». Этот пункт нуждается, как минимум, в детализации. Какой объем информации должен быть «зафиксирован в медицинской карте с определением состояния организма пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания». Как следует из хронометража, **невозможно выполнить требование Приложения 2 к ГТС, без нарушения Отраслевого стандарта, либо рекомендации Комитета!**

Качество медицинской помощи - это свойство процесса взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией профессионала, материальным обеспечением, и временем, отведенным на данное взаимодействие. Оценивать необходимо снижение риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения

нового патологического процесса, использование ресурсов здравоохранения и обеспечение удовлетворенности пациента от его взаимодействия с медицинской системой. Что можно оценить, исследуя амбулаторную карту, заполненную в условиях стресса, вызванного противоречивыми требованиями менеджмента, дефицитом времени, да и еще и постоянного (и вполне объяснимого!) недоброжелательства пациентов, связанного с недостатком внимания со стороны клинициста, вызванного, в свою очередь тем же дефицитом времени?! Но ведь проводится непрерывная оценка качества лечения и экспертизы временной нетрудоспособности (514 приказ, исключительно подробный, но не содержащий указаний, сколько оперативного времени предполагается на выполнение его требований!). Постоянно представляются отчеты о проверках качества в ЛПУ амбулаторного звена. О достоверности этих отчетов судить не беремся. К текущим проверкам Фонда ОМС, Фонда Соцобеспечения, Комитета или страховых компаний, обычно, замечаний не бывает. А внезапные проверки, как правило, служат для решения различных кадровых вопросов, т.к. результат их всегда предreshen. Труд же врача, который в силу своего положения или имеющихся знаний должен в ходе своей деятельности принимать решения, оказывающие значительное воздействие на сложнейший комплекс процессов и объектов, можно отнести к

интеллектуальному труду. Деятельность, в которой основной движущей силой являются знания, не поддается количественному измерению и, тем более не может быть оценена при проверке амбулаторной карты, даже самой уважаемой комиссией. Интеллектуальная деятельность определяется по её результатам. Так же эту деятельность нельзя измерять по произведенным затратам, за исключением, пожалуй, одного показателя - затраченного времени. Косвенным признаком некачественного выполнения услуг: «01.057.01 - прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный» и «01.057.02 - прием (осмотр, консультация) врача - хирурга повторный», - можно считать недостаточное количество времени, отведенного на эти услуги.

При изучении вопроса планирования трудозатрат в различных ЛПУ амбулаторного звена, мы выяснили, что администрация поликлиник настоятельно рекомендует заведующим амбулаторными отделениями увеличивать количество т.н. «явок» и «законченных случаев». Основным аргументом, при этом, выступает необходимость обеспечения поступления средств в ЛПУ (в том числе и на зарплату врача). Эта рекомендация, по нашему мнению, вступает в противоречие с необходимостью выполнения всех услуг Стандарта.

В настоящее время все услуги 01.057.01 и 01.057.02, во всех ЛПУ амбулаторного звена Санкт-Петербурга не могут, по нашему мнению, считаться выполненными с должным качеством.

Ответственность за некачественное выполнение данных услуг должна быть, в равной степени, распределена между врачом и органами управления.

Следует, так же провести хронометраж заполнения всех форм учетно-отчетной документации, оценить трудозатраты на их заполнение, с учетом кратности и объема, указать на каждой форме, после кода ОКУД, среднее время на её заполнение, и т.д.

Необходимо в кратчайшие сроки изменить нормы нагрузки, с учетом реальных трудозатрат. **Амбулаторный прием врача-хирурга не может длиться менее 20 минут!**

Следует внести изменения в регламент различных проверок, в виде пункта, предписывающего оценивать время, выделенное врачу на его работу. Врачу, при написании различных объяснительных записок, по любому поводу (жалобы пациента и т.п.), следует указывать *все* трудозатраты, и *все* случаи отвлечения его от лечебного процесса (к примеру, внезапный вызов «наверх» во время амбулаторного приема и пр.), с целью выявления возможного дефицита времени на оказание услуги. Дефицит времени следует считать главной причиной врачебных ошибок, т.к. квалификация врача в Санкт-Петербурге, а так же мотивация его на добросовестное выполнение своих обязанностей всегда была, и остается на высшем уровне!

Территориальная избирательная комиссия № 19 сообщает, что по согласованию с Санкт-Петербургской избирательной комиссией, в целях обеспечения конституционных гарантий избирательных прав граждан РФ планируется образование 4 временных избирательных участков в местах временного пребывания избирателей:

УИК № 1073 – СПб ГУЗ «Городская больница № 20»

УИК № 1074 – СПб ГУЗ «Городской противотуберкулёзный диспансер»

УИК № 1075 – СПб ГУЗ «Городская поликлиника № 51»

УИК № 1076 – ОАО «Автопарк № 1 «Спецтранс»

Приём предложений по кандидатурам в состав вышеуказанных участковых избирательных комиссий с 29.11. 2011 до 12.00 30.11.2011 осуществляется в каб. № 343 ТИК № 19 Московского района (Московский пр., д. 129). Контактный телефон **388-96-88.**



В.В. КРИВИЦКИЙ,
кандидат
исторических наук,
старший научный
сотрудник
Государственного
Эрмитажа,
житель муниципаль-
ного образования
Звездное

Скифы и греки в VI – V веке до н. э., 2600-500 лет тому назад, вели торговлю, но без денег. Монеты редко находят в скифских памятниках. Был обмен. В обмен на одни товары получали другие. Так и скифы в обмен на продукты питания, сельскохозяйственное сырьё, от греков получали разнообразные изделия из глины, металла, украшения, оружие. Некоторые эти изделия отличаются высоким художественным и техническим исполнением и иногда украшались различными изображениями животных птиц и фантастических существ.

Вот таким фантастическим существом, чудовищем и является Медуза Горгона. Согласно древнегреческому мифу, Медуза, одна из трех горгон, крылатых чудовищ, от которых никто не возвращался живым, вместе с сестрами, горгонами, обитала на краю земли. Тело Медузы покрывала медная чешуя, в волосах вились и шипели змеи, её страшный взгляд превращал всё живое в камень. Герой аргосских сказаний Персей, одолев с помощью богов Медузу, отдал ее отрубленную голову богине Афине, которая укрепила её на своём щите-эгиде. Эгида (от древнегреческого aigis или aigidos) в древнегреческой мифологии щит Зевса – символ покровительства и гнева богов. «Под эгидой» – под покровительством богов.

Вот и на замечательном бронзовом, позолоченном нагруднике от панциря, обнаруженном в кургане V века до н. э., 2500 лет тому назад, станицы Елизаветинской на Кубани, раскопанного выдающимся русским учёным, археологом, Н.И. Веселовским в 1912-1915 годах, представлена рельефная, огромная голова, выполненная в рельефе, Медузы Горгоны, изображению которой греки и скифы приписывали защитные свойства. Этот панцирный нагрудник привезён сюда, как считают учёные-археологи, из Коринфа или из Ионии, из Греции.

Итак, посмотрим, оттиснут или выбит по какой-то модели тонкой работы; мелкие детали нанесены чеканкой, гравировкой. Вся поверхность занята головой Медузы Горгоны с орнаментально изгибающимися змеями вокруг головы. Древний мастер представил Медузу нарядной, роскошной, украсил её искусно сделанными ювелирными изделиями. Так, в уши вдеты четырёхгранные, удлинённо-пирамидальной формы серьги с небольшими шариками внизу. Даже отчётливо выражена прорезанная в ухо толстая проволока от серьги. На шее надето богатое, пышное ожерелье, которое состоит из подвесок в виде маленьких вазочек-амфор и шаровидных бус, нанизанных вперемишку, причём это ожерелье ещё и составляет бахрому всего панциря. Волнистые выющиеся волосы разделены прямым пробормом на две стороны, обрамляют завитками и ниспадают мелко выющимися локонами с двух сторон по бокам головы (по четыре с каждой стороны) и заканчиваются так же мелкими завитками. Так, локоны превратились в орнаментальные завитки. Волосы Медузы «кишат» змеями. Змеи, выползая из волос, по четыре с каждой стороны, красиво, изящно изгибаются, занимая всё пространство нагрудника. Самые большие змеи, извиваясь, ползут сверху вниз, постепенно уменьшаясь. Так, змеи превратились в орнаментальные линии, полосы. Наверху нанесён растительный орнамент, напоми-

нающий растение, лотос. Вот все эти мотивы и составляют художественное убранство панциря. Придают ему ещё больший эффект, подчеркивают его художественное оформление. Ну а сама голова Медузы Горгоны всё же производит устрашающее, отталкивающее впечатление. Так, ведь мастер создал образ страшного чудовища. Как же он этого достиг? Лицо слишком широкое, приплюснутое, грозные, широко раскрытые глаза, готовые выскочить из своих орбит, курносый, очень широкий нос, раздуваются ноздри, раздуты щеки, неестественно выгнутый подбородок выдвинут вперед, разинут слишком большой рот,

На серебряном, позолоченном круглом медальоне, части конской упряжи, нагрудном украшении, также представлена голова Медузы Горгоны. Найден медальон в 1901 году в Ахтанизовском кургане на Таманском полуострове, а изготовлен в I веке до н. э., 2100 лет тому назад, в Восточном Средиземноморье. Выполнен медальон в высоком рельефе (горельефе), тореvтикой, то есть тиснением, оттиснут по форме-матрице, мелкие детали нанесены гравировкой, чеканкой. Но здесь ничего устрашающего мы не увидим. Это совсем другой образ, а, отнюдь, не чудовище, страшилище. У Медузы Горгоны приятное, спокойное,

Медуза Горгона



плоский язык значительно высунут, оскалена пасть (зубы отчетливо выделены) и по краям рта выступают наружу по два клыка, похожих на кабаньи, загнутые дуг за друга, перевитые между собой. И всё же описанная Медуза, несмотря на ужасающие черты, является красивым художественным изображением в строго выдержанном стиле и общей гармонии частей. Можно смело сказать, что рисунок был составлен талантливым мастером своего дела с соблюдением древних традиций, связанных с легендой о Медузе.

Далее, в 1839 году в Крыму в окрестностях города Керчь был раскопан курган IV века до н. э., 2400 лет тому назад. В нём были обнаружены бронзовые позолоченные кнemiды-поножи. Которые перед боем одевались на ноги для защиты от удара голени и коленей. Изготовлены поножи из цельного кованного позолоченного листа бронзы, мелкие детали нанесены чеканкой, гравировкой в верхней части, в том месте, где колено ноги, поножи украшены изображением головы, маской Медузы Горгоны. Её изображение передано предельно условно. Очень упрощенно. Так, волосы и змеи здесь заменены мелкими, частыми кружочками, которые занимают большую часть верха головы, и как выющиеся локоны обрамляют голову с двух сторон, слишком большие надбровные дуги, рот в виде узкой, изогнутой полосы, острый подбородок в виде маленького острого угла, нос очень широкий. И действительно, это изображение по своему облику напоминает, скорее всего, только маску, чем голову или лицо. Почему учёные-археологи и называли это изображение маской Медузы Горгоны. Облик её резкий, устрашающий: резко выступают надбровные дуги, выпученные глаза готовы выскочить из орбит, раздутые ноздри, резко выступает вперёд острый подбородок.

круглое лицо с чуть курносым, чуть вздёрнутым носом, правильным ртом, без высунутого языка, но зато змеи в её пышной причёске, в густых, выющихся волосах представлены в изобилии, даже нижняя часть лица обрамлена двумя змеями, перевившимися под самым подбородком, как бы завязались узлом и превратились в своеобразный орнамент, узор. В общем, получилось очень красивое построение. Облик Медузы постепенно смягчился, и она, в конце концов, обратилась даже в красивый и вместе с тем строгий женский тип. А чтобы изделие стало ещё более нарядным, красивым, оно обрамлено узким, плоским бортиком с гравированным узором в виде венка из листьев, перехваченных в четырёх местах – сверху, внизу и по сторонам – широкими, позолоченными полосками с сетчатым орнаментом. Что и придало ещё больший эффект медальону.

Перед нами «прошли» только головы Медузы.

А теперь увидим, как выглядела полностью, вся Медуза Горгона, с крыльями. Так, в 1889 году археолог В.Н. Ястребов во время раскопок кургана V века до н. э., 2500 лет тому назад, у села Мартоноша, Херсонской губернии, случайно обнаружил великолепный бронзовый позолоченный сосуд-кратер, в котором разводили вино с водой. Изготовлен же кратер в греческой колонии в Южной Италии, в Апулии. Ручки прикреплены к кратеру вертикально и сделаны в виде больших, круто закрученных завитков, которые называются волютами; и, довольно оригинально, весьма, своеобразно, необычно, украшены фигурой Медузы Горгоны. Фигура изготовлена в технике литья, мелкие детали нанесены чеканкой, гравировкой. Само изображение скульптурное, объёмное, рассчитано на обозрение сбоку и спереди. Хорошо передан объём, от частой смены

света и тени, поверхность кажется трепещущей. Формы ласкают глаз своей мягкостью. Скульптура четко, гармонично вписана в форму ручек. Верхние крылья соединяются с волютообразными ручками, нижние расположены на уровне ног. Всё это придает изделию эффект и усиливает восприятие предмета и формы в целом. А чтобы придать этому образу необычный, сверхъестественный характер, древний мастер изобразил Медузу с четырьмя крыльями. На ней одета греческая одежда – короткий хитон без рукавов, плотно прилегающий к крепкому, сильному, мускулистому телу. Платье спереди, от пояса к низу, ложится тремя крупными складками. Чешуя, известная в мифе, на теле отсутствует. На голове повязка, волосы спереди, лоб обрамляют фестоны, позади ушей за плечи ниспадает масса густых волос. Древний художник изобразил чудовище, страшилище, которое должно было наводить страх, ужас. Так, у Медузы громадная голова по отношению к туловищу, лицо выпуклое, маленькие, оттопыренные, как бы наострѐнные уши расположены почти на одном уровне с лицом. Огромные выпученные, выпуклые глаза, готовые выйти из глазниц. Оттеняются слишком выдающимися надбровными дугами. Тонкая переносица, нос книзу расширяется утолщается, раздуты ноздри, скулы и подбородок круглого лица выдаются вперед, разинут рот, высунут язык. Между верхней губой и языком виднеется ряд зубов, обозначенных прямой полоской, не проработанных отдельно. А чтобы ещё больше придать этому образу сверхъестественный фантастический вид, древний скульптор представил Медузу четырёхкрылой. Она приготoвилась к бою, нападению: её руки согнуты в локтях, кисти рук сжаты в кулаки; она быстро бежит (правая нога, которой отталкивается от земли, вытянута, левая несколько согнута, поставлена под прямым углом), то есть как бы готова моментально взлететь и наброситься на свою жертву. Мастер не смог расположить змей на голове, а чтобы подчеркнуть, что это существо связано со змеями, он их (змей) поместил по одной с двух сторон в нижней части у основания ручек. Змеи, как бы извиваясь, ползут в противоположные стороны.

И, конечно же, каждый мастер по своему отобразил этот фантастический мифический образ, видимо таким, каким он ему представлялся в его воображении; а чтобы придать этому образу ещё больше необычный сверхъестественный характер, древний художник использовал такие художественные приемы, как: стилизация, то есть обобщение, упрощение, условность изображаемого. Ну а изображение Медузы Горгоны на панцире, поножах, на медальоне от конской упряжи должны были, по представлениям того времени, своим видом, блеском, сверканьем наводить страх, ужас на врага, защитить воина от смерти; а скульптурное изображение Медузы Горгоны на кратере должно отгонять злых духов, всякие дурные влияния во время пиршества, празднества. Сам же мотив Горгоны часто встречается в греческом искусстве на памятниках архитектуры, надгробных памятниках, различных произведениях прикладного искусства. А у скифов в основном на золотых бляшках, которые нашивались на парадную одежду.

Рассказали же нам эти замечательные памятники истории материальной культуры о торговых, экономических, культурных связях Северного Причерноморья с античным миром, древней Грецией, скифами и греками; и о талантливых мастерах, создавших великолепные произведения прикладного искусства, в совершенстве владевших различными приёмами художественной обработки металла, в чем и достигли больших успехов.