



В.Г. Трепель, М.А. Шишов

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Территориальный орган Росздравнадзора по Ростовской области
Россия, 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. Ченцова, 71/63 «б». E-mail: rostmedpravo@rambler.ru*

Цель: сравнение показателей и структуры младенческой смертности в России и Ростовской области, а также установление общих принципов построения системы внутреннего контроля, направленного на совершенствование организации медицинской помощи детям первого года жизни при хирургических заболеваниях.

Материалы и методы: проведен мониторинг показателей младенческой смертности, указанных в официальных документах органов исполнительной власти, а также выполнен анализ нормативно-правовых актов.

Результаты: показатели Ростовской области за последние 8 лет выше среднероссийских, при этом «волнообразный» характер «кривой младенческой смертности» указывает на необходимость совершенствования организационных мероприятий, направленных на снижение смертности детей, в связи с чем выделены актуальные для медицинской организации обязательные составляющие внутреннего контроля.

Заключение: снижение младенческой смертности может быть обеспечено за счет построения системы внутреннего контроля на уровне медицинской организации, содержащей такой компонент как контроль медицинской помощи, оказанной детям первого года жизни при хирургических заболеваниях, обусловленных пороками и аномалиями развития.

Ключевые слова: контроль качества и безопасности медицинской деятельности, младенческая смертность.

V.G. Trepel, M.A. Shishov

IMPROVEMENT OF THE CHILD CARE FIRST YEAR OF LIFE IN SURGICAL DISEASES

*Roszdraznadzor regional office in the Rostov region
71/63B Chencova str., Rostov-on-Don, 344037, Russia. E-mail: rostmedpravo@rambler.ru*

Purpose: To compare the performance and structure of infant mortality in Russia and Rostov region, as well as the establishment of the general principles of the system of internal controls designed to improve the organization of medical care for children of the first year of life in surgical diseases.

Materials and methods: The infant mortality rate specified in the official documents of the executive authorities was monitored, as well as the analysis of legal acts.

Results: The performance of the Rostov region for the last 8 years above the national average, while the «wavy» character «infant mortality curve» refers to the need to improve organizational measures aimed at reducing child mortality, and therefore the actual allocated for medical organization obligatory components of internal control.

Summary: The decline in infant mortality can be achieved by constructing a system of internal control at the level of the medical organization comprising such components as the control of health care provided for children of the first year of life in surgical diseases caused by defects and developmental abnormalities.

Key words: quality and safety of medical practice, infant mortality.



Введение

Проблема совершенствования организации медицинской помощи детям первого года жизни не теряет свою актуальность на протяжении последних десятилетий, неоднократно она затрагивалась и Президентом Российской Федерации. В настоящее время, в Российской Федерации действует «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» [1], предусматривающая положения о сохранении здоровья каждого ребенка и необходимости принятия мер, направленных на снижение младенческой и детской смертности. Вопрос младенческой смертности оказывает непосредственное влияние на демографические показатели, в связи с чем, приобретает особую социальную значимость. В «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» [2] отмечено, что показатель младенческой смертности, рассчитанный по действующей в Российской Федерации системе, несмотря на его снижение, примерно в 2 раза выше, чем в развитых европейских странах, Канаде и США (по расчетам в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения). При этом, как отмечено в распоряжении Правительства РФ от 09.12.2013 № 2302-р [3], доля смертности новорожденных в смертности детского населения составляет 55-70% младенческой и 40 процентов смертности детей до 5 лет. Вместе с тем стремление снизить показатели младенческой смертности не ограничено пределами отдельных государств, цели снижения материнской, младенческой и детской смертности провозглашены в числе целей развития тысячелетия ООН. Во всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей, принятой в 1990 году, особо обращено внимание на то, что детская и младенческая смертность недопустимо высоки во многих частях мира, однако могут быть значительно сокращены при использовании средств, которые уже известны и вполне доступны. При этом необходимо учитывать, что отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, не только занимают ведущее место в причинах младенческой смертности, но и стоят у истоков большинства детских заболеваний и инвалидности [4].

В соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» к 2018 году необходимо обеспечить снижение младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах. В свою очередь в Послании Президента РФ Федеральному Собранию от 12.12.2013 отмечен ненадлежащий характер принятых мер по исполнению «майских указов 2012 года». Как отмечено в распоряжении Правительства РФ от 09.12.2013 №2302-р [3], совершенствование перинатальной помощи должно осуществляться одновременно по 2 направлениям - развитие инфраструктуры службы и оптимизация организационных моделей. В свою очередь, одним из «нововведенных» требований к организации медицинской помощи является обязанность медицинских организаций осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее внутренний контроль), установленная Федераль-

ным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Федеральный закон №323-ФЗ). Вместе с тем, ни рекомендаций, ни общепринятых методик осуществления внутреннего контроля, особенно в сферах с повышенным риском развития неблагоприятных исходов лечения, не существует.

С учетом вышеизложенного цель данной работы - сравнение показателей и структуры младенческой смертности в России и Ростовской области, а также установление общих принципов построения системы внутреннего контроля, направленного на совершенствование организации медицинской помощи детям первого года жизни при хирургических заболеваниях.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели проведен мониторинг показателей младенческой смертности в России (в период с 1994 по 2013) и Ростовской области (в период с 2005 по 2012), указанных в официальных документах федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти Ростовской области, а также выполнен анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи детям первого года жизни при хирургических заболеваниях, в частности стандарты оказания медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи по профилям «детская хирургия», «детская урология-андрология», «неонатология», а также больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями.

Результаты

Показатели младенческой смертности в Российской Федерации за период с 1994 года по первые 10 месяцев 2013 года, указанные в официальных документах уполномоченного федерального органа исполнительной власти представлены в таблице 1.

В целом по России в период от 1994 до 2011 года отмечается тенденция к постоянному снижению показателей младенческой смертности (табл. 1). Исключением стал 2012 год, характеризующийся умеренным ростом данного показателя, что в некоторой степени обусловлено применением новых критериев рождения, соответствующим рекомендациям ВОЗ. В частности, с 2012 г. медицинскими критериями рождения являются в том числе: срок беременности 22 недели и более; масса тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах); длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна). Как следствие, рост показателей младенческой смертности в 2012 г., может быть обусловлен учётом случаев смерти живорожденных детей, которые ранее не подлежали регистрации.

Показатели младенческой смертности в Ростовской области в целом отражают динамику, характерную для Российской Федерации (табл. 2). В частности, в период с 2005 по 2011 г. отмечалось снижение младенческой смертности, при этом в 2012 г. также отмечается рост данного показателя.



Показатели младенческой смертности в РФ (с 1994 по 2013 гг.)

Год	Показатель	Источник данных
1994	18,6	Государственный доклад Минздрава РФ, РАМН "О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году"
1995	17,7	Решение коллегии Минздрава РФ "О реализации федеральной целевой Программы "Безопасное материнство" (протокол от 05.03.2002 №5)
1996	17,4	Решение коллегии Минздравмедпрома РФ "Об итогах деятельности отрасли в 1995 году и задачах на 1996 год" (протокол от 06.02.1996 №3)
1997	17,2	Решение коллегии Минздрава РФ "Совершенствование оказания медицинской помощи детям с неотложными состояниями" (протокол от 11.02.2003 №3)
1998	16,5	Государственный доклад Минздрава РФ, РАМН "О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году"
1999	16,9	Решение коллегии Минздрава РФ "Младенческая смертность в Российской Федерации. Пути снижения" (протокол от 09.01.2001 №1)
2000	15,3	Государственный доклад Минздравсоцразвития России, РАМН "О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2006 году"
2001	14,6	Письмо Минздравсоцразвития России от 14.02.2007 №1065-ВС "О младенческой смертности в Российской Федерации в 2001-2006 гг."
2002	13,3	
2003	12,4	
2004	11,6	
2005	11,0	
2006	10,2	"Методическое письмо. Об итогах реализации программы "Родовый сертификат" в Российской Федерации в 2006 - 2008 годах" (утв. Минздравсоцразвития РФ 23.09.2009 №15-4/2328-07)
2007	9,4	"Методическое письмо. Об итогах реализации программы "Родовый сертификат" в Российской Федерации в 2006 - 2008 годах" (утв. Минздравсоцразвития РФ 23.09.2009 №15-4/2328-07)
2008	8,5	Письмо Минздравсоцразвития России от 21.02.2011 №15-4/10/2-1694 "О материнской смертности в Российской Федерации в 2009 году"
2009	8,1	Письмо Минздравсоцразвития России от 21.02.2011 №15-4/10/2-1694 "О материнской смертности в Российской Федерации в 2009 году"
2010	7,5	Государственный доклад Минздравсоцразвития РФ "О положении детей в Российской Федерации. 2010 год"
2011	7,4	Приказ Минздрава России от 28.06.2013 №420 "Об утверждении Программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка"
2012	8,6	Распоряжение Правительства РФ от 09.12.2013 №2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации»
2013	8,2*	(*по итогам 10 месяцев) Распоряжение Правительства РФ от 09.12.2013 №2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации»



Динамика младенческой смертности в Ростовской области (с 2005 по 2012 гг.)

Год	Показатель	Источник данных
2005	14,9	Областной закон Ростовской области от 14.01.2008 №852-ЗС "Об утверждении Программы социально-экономического развития Ростовской области на 2008-2012 годы"
2006	13,3	Государственный доклад Минздравсоцразвития России, РАМН "О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2006 году"
2008	14,9	Постановление Администрации РО от 16.12.2009 №672 "Об утверждении Концепции демографической политики Ростовской области на период до 2025 года"
2009	9,1	Постановление Администрации РО от 24.03.2011 №148 "Об утверждении Областной долгосрочной целевой программы "Модернизация здравоохранения Ростовской области на 2011-2013 годы"
2010	10,1	Постановление Администрации РО от 16.12.2009 №672 "Об утверждении Концепции демографической политики Ростовской области на период до 2025 года"
2011	7,6	Постановление Правительства РО от 25.09.2013 №593 "Об утверждении государственной программы Ростовской области "Развитие здравоохранения"
2012	9,1	Постановление Правительства РО от 25.09.2013 №593 "Об утверждении государственной программы Ростовской области "Развитие здравоохранения"

Сравнение представленных показателей младенческой смертности в России и Ростовской области (рис. 1) позволяет сделать следующие выводы:

- в отличие от общероссийской динамики в период с 2005 по 2011 гг. в Ростовской области показатели младенческой смертности имеют «волнообразный» характер и не свидетельствуют о постоянном и ежегодном снижении данного показателя;

- показатели уровня младенческой смертности в Ростовской области выше, чем аналогичные показатели, рассчитанные для Российской Федерации в целом;

- динамика данных показателей указывает на наличии потенциального резерва для снижения уровня младенческой смертности в Ростовской области.



Рисунок 1. Показатели младенческой смертности в РФ и Ростовской области с 2005 по 2012 гг.

Если сравнивать структуру причин младенческой смертности в России и Ростовской области, можно сделать вывод о том, что ведущими причинами являются болезни перинатального периода и врожденные пороки развития. Как указано в письме Минздравсоцразвития России от 14.02.2007 №1065-ВС [4], решающее значение в смертности детей до 1 года имеет возрастной фактор: в возрасте 0-3 мес. умирает 76,4% детей, от 3-6 мес. - 12,7%, от 6-9 мес. - 6,7%, от 9-12 мес. - 4,2%. При этом из всех умерших детей в возрасте до 1 года от врожденных аномалий (пороков) 92% умирает в стационарах, а из них более 31% умирает в родильных домах и отделениях.

С учётом вышеизложенного врожденные аномалии (пороки) необходимо относить к эндогенным социально-значимым причинам смерти детей до 1 года. А снижение младенческой смертности от врожденных аномалий (пороков) представляет собой актуальную проблему, стоящую, в том числе, перед врачами детскими-хирургами и организаторами здравоохранения. Следовательно, снижение младенческой смертности может быть обеспечено, в том числе, за счет построения системы внутреннего контроля на уровне медицинской организации. В свою очередь, учитывая структуру младенческой смертности, данная система в обязательном порядке должна содер-



жать такой компонент, как контроль медицинской помощи, оказанной детям первого года жизни при хирургических заболеваниях, в том числе пороках и аномалиях развития.

В соответствии со ст.90 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ руководитель медицинской организации, вне зависимости от её принадлежности к какой-либо из систем здравоохранения, обязан установить порядок осуществления внутреннего контроля. В то же время положениями п.3 ч.1 ст.87 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ внутренний контроль отнесён к одной из форм контроля качества и безопасности медицинской деятельности. При этом ч.2 ст.87 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ предусмотрен закрытый перечень составляющих контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Как следствие, если внутренний контроль - это одна из форм осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности, то и составляющие внутреннего контроля должны быть определены с учётом предусмотренных законом общих составляющих контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В то же время если предусмотрены ч.2 ст.87 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ составляющие контроля качества и безопасности медицинской деятельности не относятся к компетенции руководителя медицинской организации, то они не могут быть утверждены в качестве составляющих внутреннего контроля. Таким образом, с учётом требований п.3 ч.1, ч.2 ст. 87, ст.90 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ, можно сделать заключение о том, что внутренний контроль - это система мероприятий, позволяющих, с одной стороны, обеспечить неукоснительное исполнение требований законодательства в сфере здравоохранения, а с другой стороны - оценивать деятельность медицинских работников. С учётом вышеизложенного для построения системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказываемой детям первого года жизни при хирургических заболеваниях, на первом этапе необходимо установить: перечень подлежащих оценке требований и к качеству, и к безопасности медицинской деятельности; а также перечень критериев оценки деятельности врача детского хирурга. На втором этапе необходимо разработать и утвердить организационную модель, определяющую конкретных исполнителей данного контроля, их права, обязанности и порядок взаимодействия.

Выделим составляющие оценки качества и безопасности медицинской деятельности. В силу положений п.21 ст.2 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. В то же время согласно ст.10 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются, в том числе, применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. С учётом приведенных норм закона можно сделать заключение о том, что внутренний контроль в обязательном порядке должен включать в себя оценку исполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. В настоящее время действуют следующие порядки оказания медицинской помощи, регулирующие деятельность

детского хирурга при оказании медицинской помощи детям первого года жизни:

- 1) «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия» [5];
- 2) «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология» [6];
- 3) «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» [7];
- 4) «Порядок оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями» [8].

Если рассматривать стандарты медицинской помощи применительно к классу XVII «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» (по МКБ-10), то можно выделить три группы стандартов, различающихся по времени их принятия. К первой относятся принятые в конце прошлого века «Временные отраслевые стандарты объема медицинской помощи детям» [9]. Ко второй – основная часть стандартов медицинской помощи, касающихся врожденных пороков развития у детей первого года жизни, принятых в 2005-2007 годах, например: «Стандарт медицинской помощи больным с атрезией пищевода с трахео-пищеводным свищем» [10] и другие. Основная проблема стандартов названных групп является то, что они не прошли государственную регистрацию в Минюсте России, и, следовательно, не влекут правовых последствий как не вступившие в силу и не могут служить основанием для регулирования соответствующих правоотношений. К третьей группе относятся несколько принятых в 2012 году и зарегистрированных Минюстом России стандартов медицинской помощи, касающихся врожденных пороков развития сердечно-сосудистой системы, например «Стандарт специализированной медицинской помощи при врожденных аномалиях (пороках развития) сердечной перегородки» [11] и другие.

Официальное определение для такого понятия, как «безопасность медицинской деятельности», действующее законодательство не содержит. Тем не менее, в приказе Минздрава РФ от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» (вместе с ОСТ ТО 91500.01.0005-2001) дано определение термину «безопасность» как отсутствию недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба. Вместе с тем в Решении коллегии Минздрава РФ N 14, коллегии Госстандарта РФ N 43, коллегии ФФОМС №6-11 от 03.12.1997 «Об основных положениях стандартизации в здравоохранении» о безопасности медицинской помощи говорится в большей степени о процессах, оборудовании, инструментах, материалах, медикаментах и других компонентах, применяемых в здравоохранении. Кроме того, целесообразно учитывать и определение такого термина, как «безопасность товара (работы, услуги)», содержащегося в Законе РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей». В частности безопасность товара (работы, услуги) – это безопасность товара (работы, услуги) для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса выполнения работы (оказания услуги). С учётом вышеизложенного можно сделать заключение о том, что оценка безопасности медицинской деятельности в рамках внутреннего контроля должна включать в себя оценку риска, связанного с возможностью нанесения ущерба, при: вы-



полнении медицинских вмешательств или их комплекса; использовании отдельных лекарственных средств; применении отдельных медицинских изделий.

В настоящее время критерии оценки деятельности врача детского хирурга нормативно-правовыми актами не утверждены. Однако, в качестве примера, можно рассмотреть следующие подходы к оценке деятельности врачей-специалистов:

- ставить эффективность деятельности врача в зависимость от общих статистических показателей, по примеру «Критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)» [12].

- ставить эффективность деятельности врача в зависимость от развития у его пациентов осложнений или неблагоприятных исходов лечения по примеру «Критериев качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период», [13].

При этом с учётом требований вышеназванного ОСТАГО 91500.01.0005-2001 внутренний контроль должен осуществляться на следующих уровнях: контроль (оценка деятельности) медицинской организации; структурного подразделения; отдельного врача; отдельного «пролеченного случая» (пациента).

В свою очередь, организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с требованиями п.4.20 «Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» [14] может быть отнесена к полномочиям врачебной комиссии медицинской организации по решению её руководителя.

Заключение

Проведенный мониторинг уровня и структуры младенческой смертности в России и Ростовской области

свидетельствует о наличии резервов для снижения. При этом, принимая во внимание, что показатели Ростовской области выше среднероссийских, для данного региона вопрос о снижении младенческой смертности является крайне актуальным. «Волнообразный» характер «кривой младенческой смертности» за последние 8 лет в Ростовской области при стабильных социально-экономических и географических показателях указывает на необходимость совершенствования организационных мероприятий, направленных на снижение смертности детей. Учитывая, что врождённые пороки занимают второе место в структуре младенческой смертности, при этом более 90% пациентов с данной патологией умирает в стационарах, одним из составляющих организационных мероприятий, направленных на снижение младенческой смертности, должно стать эффективное осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи на уровне медицинской организации, в том числе применительно к неонатальной хирургии. Действующее законодательство в сфере здравоохранения позволяет выделить актуальные для медицинской организации обязательные составляющие данной формы контроля, а также общие принципы его организации. Вместе с тем суть внутреннего контроля не должна сводиться только к формальной самооценке. Постоянный всесторонний и систематический мониторинг деятельности организации в рамках внутреннего контроля - это необходимая ступень для внедрения методов «Бенчмаркинга» - методики проведения измерений и анализа - для поиска передового опыта внутри организации и вне ее с целью улучшения своей деятельности [15]. Как следствие - внедрение и формирование системы внутреннего контроля, особенно в организациях, оказывающих неонатальную хирургическую помощь, должно быть «не для галочки», а как инструмент повышения качества оказанной медицинской помощи, а следовательно и снижения показателей младенческой смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РФ от 01.06.2012 №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы»
2. Указ Президента РФ от 09.10.2007 №1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»
3. Распоряжение Правительства РФ от 09.12.2013 № 2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации»
4. Письмо Минздравсоцразвития России от 14.02.2007 №1065-ВС «О младенческой смертности в Российской Федерации в 2001 - 2006 гг.»
5. Приказ Минздрава России от 31.10.2012 №562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия»
6. Приказ Минздрава России от 31.10.2012 №561н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология»
7. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»
8. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №917н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями»
9. Приказ Минздрава РФ от 07.05.1998 № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям»
10. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.04.2006 №242 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с атрезией пищевода с трахео-пищеводным свищом»
11. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 №1656н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при врожденных аномалиях (пороках развития) сердечной перегородки»
12. Приказ Минздравсоцразвития России от 11.05.2007 №325 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)»
13. Приказ Минздравсоцразвития России от 01.02.2011 №72н «О порядке расходования средств, перечисленных медицинским организациям на оплату услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни»
14. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»
15. «ГОСТ Р ИСО 9004-2010. Национальный стандарт Российской Федерации. Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества» (утв. приказом Росстандарта от 23.11.2010 №501-ст).