

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Под общ. ред. Н. Н. Карякина

*Учебник*

*Рекомендовано Координационным советом  
по области «Здравоохранение и медицинские науки»  
в качестве учебника*

**Том 1**



ИЗДАТЕЛЬСТВО  
ПРИВОЛЖСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Нижний Новгород

2023

УДК 614.2(075)  
ББК 51.1я73  
О641

Авторский коллектив:

Абросимова Е. Б., Алебашина Л. А., Гажва С. И., Доцанникова О. А., Ибрагимова Ю. Ш.,  
Карякин Н. Н., Качко А. В., Китаева Ю. И., Ковалишена О. В., Коптева Л. Н., Кочкурова Е. А.,  
Незнахина М. С., Переслегина И. А., Поздеева Т. В., Халак М. Е., Шкаредная О. В.

Рецензенты:

**Кобякова О. С.** — д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;  
**Конради А. О.** — д-р мед. наук, профессор, академик РАН, заместитель генерального  
директора по научной работе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России,  
заведующий НИО артериальной гипертензии, заведующий кафедрой организации управления  
и экономики здравоохранения Института медицинского образования Центра Алмазова;  
**Богомолова Е. С.** — д-р мед. наук, профессор, проректор по учебной работе  
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Благодарности:

И. Ю. Арефьеву, А. С. Благонравовой, Г. Ю. Велединской, С. В. Вожику, М. Н. Иванову,  
И. Н. Новоточиновой, И. А. Пудовой, Т. Е. Романовой, Г. Ю. Семиной, С. И. Савелову,  
А. В. Смирновой, Е. Я. Соловьевой

**О641** **Организация здравоохранения и общественное здоровье : учебник в 2 т.**  
Т. 1 / под общ. ред. Н. Н. Карякина. — Нижний Новгород : Издательство При-  
волжского исследовательского медицинского университета, 2023. — 372 с.

ISBN 978-5-7032-1490-9

ISBN 978-5-7032-1491-6

В учебнике представлен широкий круг вопросов, касающихся организации деятельности и управления медицинской организацией. Изложенный материал представляет собой аналитический синтез теории управления, нормативных актов и практического опыта, что предполагает наличие у читателя базовой подготовки по общественному здоровью и организации здравоохранения.

Изложены основы управления здравоохранением на государственном уровне и на уровне отдельной медицинской организации. Читателю предлагается ознакомиться с основами проектного управления в здравоохранении. Показано значение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, а также эпидемиологической безопасности медицинской деятельности. Особое внимание уделено правовым аспектам и разрешительным процедурам в деятельности медицинской организации. Раскрыты ключевые аспекты финансирования медицинской помощи.

Рассмотрен широкий круг вопросов, касающихся управления медицинским персоналом: допуск к медицинской деятельности, кадровая работа, охрана труда, а также психологические основы управления трудовыми ресурсами организации.

Предназначен для обучающихся в ординатуре по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье», а также врачам, интересующимся вопросами организации здравоохранения, в том числе претендующим на получение квалификационной категории.

УДК 614.2(075)  
ББК 51.1я73

ISBN 978-5-7032-1490-9  
ISBN 978-5-7032-1491-6

© Коллектив авторов, 2023  
© ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, 2023

## ОГЛАВЛЕНИЕ

---

---

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ .....</b>	<b>9</b>
<b>РАЗДЕЛ 1. ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ</b>	
<b>В ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....</b>	<b>11</b>
<b>Глава 1. Теория управления в здравоохранении.....</b>	<b>13</b>
1. Введение в менеджмент .....	13
2. Организация как объект управления .....	18
3. Функции управления в организации .....	26
4. Организационные процессы.....	35
5. Методы принятия решений в управлении .....	41
6. Лидерство в управлении .....	51
<b>Глава 2. Управление проектами в здравоохранении.....</b>	<b>59</b>
1. Отличительные особенности проектного менеджмента от традиционного .....	59
2. Место и роль проектного менеджмента в системе здравоохранения.....	61
3. Основы проектного управления в медицинской организации.....	65
<b>Глава 3. Управление здравоохранением</b>	
<b>в Российской Федерации.....</b>	<b>73</b>
1. Некоторые вопросы государственного управления.....	73
2. Номенклатура медицинских организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения .....	88
3. Государственные программы в здравоохранении .....	93
<b>РАЗДЕЛ 2. УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИЕЙ</b>	
<b>МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....</b>	<b>103</b>
<b>Глава 1. Медицинская помощь</b>	
<b>в Российской Федерации .....</b>	<b>105</b>
1. Общие вопросы .....	105

2. Трехуровневая система медицинской помощи.....	118
3. Медицинские осмотры и медицинская экспертиза.....	120
4. Определение момента смерти человека.....	124
5. Медицинские изделия и лекарственные препараты.....	126
6. Льготные группы населения.....	129
<b>Глава 2. Организация работы медицинских учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.....</b>	
1. Организация деятельности поликлиники.....	140
2. Диспансерное наблюдение и профилактические осмотры.....	147
3. Финансирование первичной медико-санитарной помощи.....	151
4. Учетные и отчетные формы при оказании первичной медико-санитарной помощи.....	156
<b>Глава 3. Организация работы стационарной медицинской помощи.....</b>	
1. Приемное отделение.....	169
2. Стационарное отделение.....	171
3. Отдел госпитализации.....	172
4. Операционное отделение.....	173
5. Медицинская реабилитация.....	178
6. Дневной стационар.....	181
7. Порядок направления пациентов на специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.....	182
8. Финансирование стационарной помощи.....	184
9. Оценка деятельности стационаров.....	185
<b>Глава 4. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.....</b>	
<b>Глава 5. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской деятельности.....</b>	
<b>Глава 6. Информационные технологии в здравоохранении.....</b>	
1. Подключение организации к информационным мультисервисным сетям.....	222
2. Серверные кластеры, системы хранения данных и другое «железо».....	226

3. Лицензируемое и прикладное программное обеспечение для клиники .....	227
4. Требования к информационной безопасности .....	229
5. Медицинская информационная система.....	237
6. Сайт и социальные сети медицинской организации .....	241
<b>Глава 7. Административно-хозяйственная деятельность в многопрофильной клинике .....</b>	<b>243</b>
<b>Глава 8. Организация работы и особенности управления стоматологическим учреждением .....</b>	<b>256</b>

**РАЗДЕЛ 3. ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ И РАЗРЕШИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....267**

**Глава 1. Юридические аспекты деятельности медицинской организации..... 269**

1. Права граждан в сфере охраны здоровья.....	269
2. Правовые аспекты ответственности в здравоохранении .....	280
3. Адвокатский запрос.....	290
4. Юридическая ответственность медицинских работников.....	293
5. Правовой статус руководителя медицинской организации и его ответственность.....	316
6. Хозяйственные споры в работе медицинского учреждения .....	319

**Глава 2. Лицензирование медицинской деятельности .....**

**Глава 3.оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров..... 335**

**Глава 4. Добровольная сертификация медицинских организаций .....**

<b>медицинских организаций .....</b>	<b>356</b>
--------------------------------------	------------

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- EFQM — The European Foundation for Quality Management  
JCI — Joint Commission International  
TQM — Total Quality Management (метод непрерывного повышения качества)
- АХЧ — административно-хозяйственная часть  
ВБИ — внутрибольничная инфекция  
ВК — врачебная комиссия  
ВКК — внутренний контроль качества  
ВМП — высокотехнологичная медицинская помощь  
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения  
ГИС — государственная информационная система  
ГП — государственная программа  
ДМС — добровольное медицинское страхование  
ЕГИСЗ — единая государственная информационная система здравоохранения  
ЕИС — единая информационная система  
ЖНВЛП — жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты  
ИДС — информированное добровольное согласие  
ИПМР — индивидуальная программа медицинской реабилитации  
ИСМП — инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи  
ИТП — индивидуальный тепловой пункт  
КБМД — качество и безопасность медицинской деятельности  
КДО — консультативно-диагностическое отделение  
КОСГУ — классификация операций сектора государственного управления  
КПГ — клинико-профильная группа  
КСГ — клинико-статистическая группа  
ЛП — лекарственный препарат  
ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение  
МВД — Министерство внутренних дел Российской Федерации  
МИ — медицинские изделия  
МИС — медицинская информационная система  
МКФ — международная классификация функционирования  
МНН — международное непатентованное наименование

МО — медицинская организация  
МП — медицинская помощь  
МРОТ — минимальный размер оплаты труда  
МСЭ — медико-социальная экспертиза  
МСЭК — медицинская социальная экспертная комиссия  
МФЦ — многофункциональный центр  
МЧС — Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий  
НИР — научно-исследовательская работа  
НМЦК — начальная (максимальная) цена контракта  
НС — наркотические средства  
ОКИ — острые кишечные инфекции  
ОКПД — Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности  
ОМС — обязательное медицинское страхование  
ООИ — особо опасные инфекции  
ОПО — опасный производственный объект  
ПВ — психотропные вещества  
ПГТ — программа государственных гарантий  
ПИТ — последствия интенсивной терапии  
ПК — персональный компьютер  
ПКГ — профессиональные квалификационные группы  
ПМСМ — первичная медико-санитарная помощь  
ПО — программное обеспечение  
ПОК — первичный онкологический кабинет  
ПСО — первичное сосудистое отделение  
ПФХД — план финансово-хозяйственной деятельности  
РСЦ — региональный сосудистый центр  
СИЗ — средства индивидуальной защиты  
СМИ — средства массовой информации  
СМК — система менеджмента качества  
СМП — специализированная медицинская помощь  
СНГ — Содружество независимых государств  
СОП — стандартные операционные процедуры  
СУОТ — система управления охраной труда  
ТК РФ — Трудовой кодекс Российской Федерации  
ТПГГ — территориальная программа государственных гарантий

ТПОМС — территориальная программа обязательного медицинского страхования

ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования

УК РФ — Уголовный кодекс Российской Федерации

УФАС — Управление Федеральной антимонопольной службы

ФАП — фельдшерско-акушерский пункт

ФАС — Федеральная антимонопольная служба

ФМБА — Федеральное медико-биологическое агентство

ФП — фельдшерский пункт

ФРМР — федеральный регистр медицинских работников

ФСА — Федеральная служба по аккредитации

ФСБ — Федеральная служба безопасности

ФСС — Фонд социального страхования

ФСТЭК — Федеральная служба по техническому и экспортному контролю

ФФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания

ЦАОП — центр амбулаторной онкологической помощи

ЦОД — центр обработки данных

ЦСО — централизованное стерилизационное отделение

ЧП — чрезвычайное происшествие

ШРМ — шкала реабилитационной маршрутизации

ЭВН — экспертиза временной нетрудоспособности

ЭИБ — электронная история болезни

ЭЦП — электронно-цифровая подпись

---



## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

Этот учебник дает представление о специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», которая относится к группе «Медицинские специальности», при этом занимает особое место. В ней нет описания решений, принятых по тактике лечения пациента, или рекомендаций для сохранения его здоровья, нет примеров ярких побед над тяжелой болезнью и спасения жизни. Однако, на организаторе здравоохранения лежит большая часть невидимой для пациента работы: обеспечение лекарственными препаратами, закупка медицинских изделий и высокотехнологичного оборудования, обеспечение бесперебойной работы подразделений и вся административно-хозяйственная деятельность.

Только главный врач и его заместители видят медицинскую организацию как единый организм, где каждый специалист играет очень важную роль, где любой, самый незначительный на первый взгляд, сбой может привести к трагическим последствиям. В связи с этим подходить к изучению специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» нужно крайне ответственно, уделяя пристальное внимание каждому разделу: экономике, кадровому делу, юриспруденции и многому другому. Несмотря на такое многообразие немедицинских направлений, в центре внимания организатора здравоохранения находится пациент: выбор приобретаемого оборудования основывается не только на экономической эффективности, но прежде всего на пользе для больного. Открытие новых направлений деятельности больницы — это медицинское, а не экономическое решение. В противном случае нам негде было бы лечить «сложных» пациентов, а стационары были бы переполнены «типичными» и малозатратными больными.

Организатор здравоохранения принимает управленческие решения, непосредственно или опосредованно влияющие

не на одного больного, а на сотни и тысячи граждан, поэтому его решения должны быть не ситуативными, а продуманными и взвешенными. Цена ошибки — дефекты в обеспечении лечебного процесса, ухудшение доступности для граждан качественной медицинской помощи, а лично для управленца — административная или уголовная ответственность.

В нашей специальности нет однозначных решений, нет категоричных ответов, поэтому управление в здравоохранении — это соединение единоначалия и коллегиальности, личного авторитета, опыта коллег и учителей.

Успешное управление складывается из четырех компонентов: профессиональных знаний и умений, т.е. информации о предмете управления; надпрофессиональных знаний и компетенций, т.е. информации по широкому кругу вопросов, необходимой любому руководителю; владения навыками психологии управления. А самый главный компонент — наличие высоких этических норм, без которых любые принимаемые решения не могут принести пользы обществу.

Этот учебник не является единственным пособием, раскрывающим все аспекты специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». В нем сделан акцент на первой части наименования нашей профессии — «организация здравоохранения», на изучении вопросов управления медицинской организацией, необходимых будущему главному врачу или государственному служащему. Уверен, что книга также будет полезна всем организаторам здравоохранения, претендующим на повышение своей квалификационной категории, а также врачам разных специальностей, интересующимся основами принятия решений в управлении медицинской организации.

В дополнение к настоящему учебнику читателю может быть полезна книга «Управление медицинской организацией. Первые шаги», вышедшая в свет на два года раньше данной работы. В ней приведены практические рекомендации для вновь назначенного руководителя.

*Карякин Н.Н.,  
доктор медицинских наук, профессор*

РАЗДЕЛ 1.

# **ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**



ГЛАВА 1.  
**ТЕОРИЯ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

---

---

**1. ВВЕДЕНИЕ В МЕНЕДЖМЕНТ**

Управление организацией здравоохранения — сложный процесс, основанный на выборе оптимальных решений, с постоянным учетом как внутренних проблем организации, так и меняющейся экономической и политической ситуации.

Управление является древнейшей областью человеческой деятельности. Оно существует столько, сколько люди живут и трудятся совместно. Только благодаря скоординированным действиям люди могли развиваться и создавать огромные материальные и социальные ценности. С такой позиции *управление* — это система скоординированных мероприятий, направленных на достижение значимых целей.

Современные немецкие исследователи В. Зигерт и Д. Ланг дают следующее определение: «Управление — это такое руководство людьми и такое использование средств, которое позволяет выполнять поставленные задачи гуманным, экономичным и рациональным путем».

Известный американский ученый П. Друкер считает, что «управление — это особый вид деятельности, превращающий неорганизованную толпу в эффективную, целенаправленную и производительную группу».

Менеджмент и управление в специальной управленческой литературе рассматриваются как тождественные понятия.

В основу управления положены теоретические разработки ведущих ученых XX столетия, которые на разных этапах развития и становления теории управления выявили и сформулировали различные подходы и создали научные школы и которые, несмотря на неоднозначность трактовок, внесли свой вклад в теорию управления (табл. 1).

Таблица 1

**Характеристики научных школ управления**

Период	Основные положения научной школы управления	Представители
<i>Школа научного управления</i>		
1885–1920 гг.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Использование научного анализа для решения задач.</li> <li>2. Обеспечение работников ресурсами.</li> <li>3. Использование материального стимулирования.</li> <li>4. Отбор работников и их обучение.</li> <li>5. Отделение планирования от других видов работ</li> </ol>	Ф. Тейлор Ф. Гилберт Г. Гант
<i>Классическая (административная) школа управления</i>		
1920–1950 гг.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Развитие принципов управления.</li> <li>2. Развитие функций управления.</li> <li>3. Систематизированный подход к управлению всей организацией</li> </ol>	А. Файоль Л. Урвик Э. Гаррингтон М. Вебер Г. Форд
<i>Школа человеческих отношений и школа поведенческих наук</i>		
1930–1950 гг.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Управление с использованием межличностных отношений.</li> <li>2. Применение наук о человеческом поведении.</li> <li>3. Использование всего потенциала работника</li> </ol>	Э. Мэйо М. Фоллетт Г. Мюнстерберг Д. Макгрегор Ф. Герцбер У. Оучи
<i>Количественный метод</i>		
С 1950 г. по настоящее время	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разработка и применение математических моделей в управлении.</li> <li>2. Развитие количественных методов в принятии решений.</li> <li>3. Применение экономико-статистических методов в управлении</li> </ol>	С. Форрестр Э. Райф С. Саймон

До начала XX века управление не считалось самостоятельной областью научного исследования. В 1920-е годы известный французский инженер Анри Файоль предложил следующую последовательную систему принципов менеджмента, которая используется не только в промышленности, но и в социальной сфере, в том числе в здравоохранении:

1. Разделение труда. Его цель — выполнение работы, большей по объему и лучшей по качеству при прочих равных условиях. Достигается за счет сокращения целей.

2. Полномочия и ответственность. Полномочия — право отдавать приказ, а ответственность — его противоположность. Где дают полномочия, там возникает ответственность.

3. Дисциплина — одна из задач руководителя. Дисциплина предполагает справедливое применение санкций.

4. Единоначалие. Работник должен получать приказы только от одного начальника.

5. Единство направления. Каждая группа, действующая в рамках одной цели, должна быть объединена единым планом и иметь одного руководителя.

6. Подчиненность личных интересов общим. Интересы одного работника не должны преобладать над интересами организации.

7. Вознаграждение персонала. За свою службу работники должны получать справедливую плату.

8. Централизация. Способ организации отдельных групп в направлении общих целей и плана.

9. Скалярная цель. Иерархия руководящих должностей.

10. Порядок. Расположение всего на своем месте.

11. Справедливость. Сочетание доброты и правосудия в управлении организацией.

12. Стабильность рабочего места для персонала. Высокая текучесть кадров снижает эффективность организации.

13. Инициатива. Разработка плана и его реализация.

14. Корпоративный дух. Является результатом взаимосвязанной работы персонала.

Менеджеры — определенная категория людей, чья работа состоит в умении добиваться поставленных целей, направляя труд, интеллект, мотивы поведения людей, работающих в организации, на достижение результата. Управленцы в медицинской организации — это главный врач и его заместители по основным направлениям деятельности, руководители подразделений, старшие и главные медицинские сестры (табл. 2).

**Управленцы в медицинской организации — это главный врач и его заместители по основным направлениям деятельности, руководители подразделений, старшие и главные медицинские сестры.**

Таблица 2

**Характеристика управленческих ролей руководителя**

<b>Категория</b>	<b>Роль</b>	<b>Характер роли</b>
Межличностные роли	Номинальный начальник	Символ юридической власти, выполняющий определенные церемониальные обязанности
	Лидер	Стимулирует подчиненных на достижение цели
	Связник	Служит звеном в цепи
Информационные роли	Нервный центр	Собирает несистематизированную информацию, принимает все типы информации
	Распространитель	Передает отобранную информацию подчиненным
	Представитель	Передает отобранную информацию во внешний мир
Решающие роли	Предприниматель	Проектирует и начинает изменения внутри организации
	Ликвидатор нарушений	Принимает корректирующие меры в нестандартных ситуациях
	Распределитель средств	Решает, кто должен получить ресурсы
	Посредник	Участствует в переговорах с другими сторонами

Главной задачей людей, занятых в управлении, является координация всех ресурсов организации (капитала, зданий, оборудования, материалов, труда, информации) для достижения ее целей.

Орган управления формирует структурный состав организации, характер связей между звеньями и элементами структуры, степень централизации и децентрализации распределения полномочий и ответственности работников, занимающих разные должности. Таким образом, управление — это руководство, администрация, дирекция.

Менеджмент базируется на трех основных методологических подходах к управлению:



1. Системный подход. С его помощью организация рассматривается как единое целое со всеми сложнейшими ее связями и отношениями, а также согласованием деятельности всех ее подсистем.

2. Ситуационный подход. При использовании ситуационного или конкретного подхода руководители исходят из того, что конкретная ситуация является основой применения возможных методов управления. При этом наиболее эффективным считают тот метод, который в большей степени соответствует данной управленческой ситуации. Эта концепция пригодна для более эффективного достижения целей организации.

3. Процессный подход основывается на концепции, согласно которой управление есть непрерывная цепь функций управления, осуществляемая в результате выполнения связанных между собой действий.

Использование того или иного подхода определяется целями и задачами на различных этапах управления медицинской организацией.

В любой организации, в том числе и медицинской, можно выделить два вида разделения труда менеджеров: горизонтальное и вертикальное.

*Горизонтальное разделение труда* связано со специализацией менеджеров преимущественно по функциональному признаку, т.е. закреплению за ними одной или нескольких предметных функций менеджмента. Такое разделение труда обуславливает создание в медицинской организации специальных подразделений: приемного отделения, палатного отделения, лабораторной службы, диагностических подразделений, отделения реанимации и интенсивной терапии, поликлинического отделения и пр.

*Вертикальное разделение труда* зависит от характера осуществляемых процессов (специализации), масштабов деятельности (мощности) конкретной медицинской организации. Выделяют четыре иерархических уровня менеджмента:

- *наивысший* — учредитель бюджетной или частной организации; он принимает решения по назначению руководителя, предоставляет основные средства производства, решает другие задачи;
- *высший* — руководитель организации, предприятия, учреждения, его заместители по функциональным областям деятельности (главный врач и его заместители по лечебной работе,

клинико-экспертной работе, финансово-экономической деятельности, административно-хозяйственной части);

- *средний* — руководители подразделений, служб и административных органов предприятия (заведующие палатными и диагностическими отделениями, приемным отделением, инженерной службой, пищеблоком);

- *базовый* — руководители дежурных бригад, старшие медицинские сестры отделений, руководители участков инженерных служб и т.д.

Менеджмент медицинской организации подразумевает управление финансовыми, трудовыми и материальными ресурсами, а также управление качеством. В этой связи в современных условиях оправданным со стороны управленцев является поиск новых методов и способов достижения конечного результата. Для эффективного использования финансовых средств, которых всегда не хватает, возникла необходимость по-новому планировать деятельность медицинского учреждения, а для управленческого аппарата приоритетными задачами стали максимизация доходов и снижение издержек. Вместе с тем уход от централизации и бюджетного финансирования способствовал появлению частных медицинских организаций и развитию платных медицинских услуг в государственном здравоохранении.

## 2. ОРГАНИЗАЦИЯ КАК ОБЪЕКТ УПРАВЛЕНИЯ

Понятие «организация» имеет широкое толкование и используется в нескольких значениях: учреждение, заведение, предприятие; процесс упорядочения чего-либо; общественное объединение, группа людей или единомышленников, имеющих общую цель.

Менеджмент изучает организацию как сознательную деятельность людей, координирующих свои усилия для достижения единой цели.

**Менеджмент изучает организацию как сознательную деятельность людей, координирующих свои усилия для достижения единой цели.**

Организации как учреждения можно разделить:

- по форме собственности (государственные, муниципальные, частные). В системе здравоохранения: федеральные,

региональные, муниципальные, частные медицинские организации (в том числе индивидуальные предприниматели), профессиональные сообщества и ассоциации;

– целевому назначению (производство продукции, оказание услуг, выполнение работ). Как правило, медицинские организации созданы для оказания медицинской помощи путем производства целого комплекса услуг;

– профилю производства и оказываемых услуг (специализированные, многопрофильные). Примером могут служить специализированные медицинские организации (далее – МО): педиатрического, кардиологического профиля, инфекционные, психиатрические больницы, диспансеры; многопрофильные МО: областные клинические больницы, диагностические центры;

– организационно-правовой форме (коммерческие, некоммерческие, в том числе учреждения: бюджетные, автономные, казенные);

– особенностям производства и оказываемых услуг (научные, научно-производственные, производственные, одностадийные, многостадийные).

Каждая организация имеет миссию, цели и задачи.

**Миссия** — сжатое заявление, декларирующее предназначение и философию организации (рис. 1).



Рисунок 1. Функции миссии организации

Как правило, миссия — это отдельный документ, который провозглашает цель и задачи организации. **Цель** — итоговый результат, к которому стремится организация и который является смыслом ее существования.

С целью непосредственно связаны **задачи** — определенный объем работ, который должен быть выполнен заранее установленным способом в заранее определенные сроки. Задачи организации традиционно делятся на три группы: работа с людьми и предметами, энергией и информацией.

Пример миссии медицинской организации.

*Миссия клинической больницы «РЖД-Медицина»:*

*«Мы — сотрудники клинической больницы “РЖД-Медицина” города Х. Мы — команда профессионалов, выстраивающих свою работу, основываясь на принципах доверия, стабильности, качества, индивидуального подхода к пациентам, оказания многопрофильной медицинской помощи, применяя новые технологии; с заботой возвращаем нашим пациентам высшую ценность — здоровье, в условиях уюта, комфорта и тепла.*

*Наша цель — стать лучшей медицинской клиникой, применяющей передовые технологии, отличающейся высоким качеством медицинской деятельности и сервисом обслуживания».*

Все организации, независимо от видов деятельности и целей, состоят из отдельных взаимосвязанных элементов, т.е. имеют определенную структуру. Организационная структура управления основывается на следующих принципах:

1. Разделение труда и специализации.
2. Четкость линий власти.
3. Разделение ответственности.
4. Сочетание полномочий и ответственности.
5. Диапазон контроля (нормы подчиненности).
6. Коммуникации.

В медицинской организации выделяют техническую и социальную структуры.

*Техническая структура* представляет собой материальную базу медицинской организации, образованную зданиями, оборудованием и технологиями. Техническая структура является жесткой, она определяет необходимый профессиональный состав работников.

*Социальная структура* представлена персоналом медицинской организации, существующими формальными

и неформальными группами, всем многообразием личных и производственных отношений, связей между структурными подразделениями по горизонтали и вертикали. Социальная структура является гибкой, меняющейся в зависимости от складывающейся ситуации.

Одинаковых организаций не бывает, поэтому организационная структура в каждой организации разрабатывается индивидуально в соответствии с назначением и основными направлениями деятельности и утверждается руководителем.

Существуют следующие типы построения организационных структур:

1. Линейная организационная структура относится к централизованным иерархическим организационным структурам, где во главе каждого уровня иерархии управления находится единоличный руководитель, обладающий всем комплексом полномочий и осуществляющий на своем уровне все функции управления. В соответствии с принципом единоначалия у каждого есть только один вышестоящий руководитель, а подчиненные получают указания только от одного непосредственного начальника (рис. 2).

Линейная структура является жесткой, механистической и имеет как достоинства, так и недостатки (табл. 3). Она с успехом применяется в небольших медицинских организациях, оказывающих простой набор услуг.

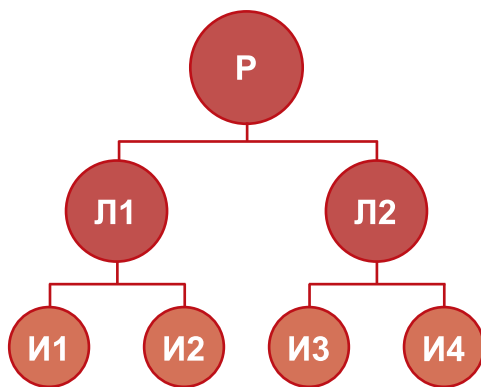


Рисунок 2. Линейная организационная структура (*P* – руководитель организации, *Л* – линейные руководители, *И* – исполнители)

Таблица 3

**Преимущества и недостатки линейной организационной структуры**

Преимущества	Недостатки
Согласованность действий исполнителей	Высокие требования к квалификации и широте познаний руководителя
Четкая система взаимосвязей руководителя и подчиненных	Невозможность качественной реализации всех функций управления одним лицом
Высокая оперативность исполнения указаний	Перегрузка руководителя большим потоком стратегической и оперативной информации
Поручение исполнителям заданий, обеспеченных ресурсами	Необходимость многочисленных контактов с подчиненными и вышестоящими руководителями
Личная ответственность исполнителя за задание	Отсутствие помощи специалистов при принятии решений по узкоспециальным вопросам
Прямая ответственность руководителя за деятельность своего подразделения	Авторитарный стиль управления может стать причиной психологической напряженности в коллективе

2. Линейно-функциональная (штабная) организационная структура сохраняет линейную иерархию подчинения, однако к управлению привлекаются руководители функциональных служб, подразделений, которые консультируют линейного руководителя, помогают ему в разработке конкретных программ, решений, планов (рис. 3).

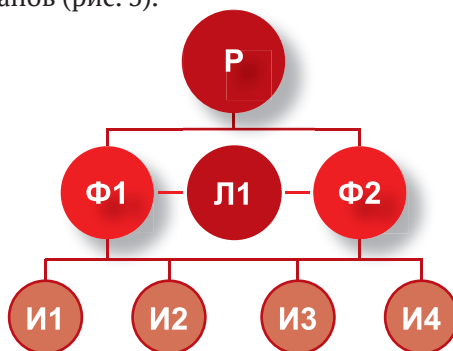


Рисунок 3. Линейно-функциональная (штабная) организационная структура (*Р* – руководитель организации, *Л* – линейные руководители, *Ф* – функциональные руководители, *И* – исполнители)

Руководители функциональных служб медицинской организации (главный бухгалтер, главный экономист, начальник отдела кадров, руководитель юридической службы) осуществляют управление опосредованно, через линейного руководителя. Они не могут самостоятельно отдавать распоряжения руководителям других служб и подразделений, их функция — сбор данных и анализ результатов работы, подготовка обоснований для планирования, принятия управленческих решений и внесения коррективов (табл. 4).

Таблица 4

**Преимущества и недостатки линейно-функциональной организационной структуры**

<b>Преимущества</b>	<b>Недостатки</b>
Сохранение положительных характеристик линейной структуры	Трудности поддержания взаимосвязей и взаимодействия между подразделениями на горизонтальном уровне
Освобождение линейных руководителей от необходимости решать рутинные задачи	Чрезмерно развитая централизация по вертикали
Принимаемые руководителем решения, подготовленные специальной функциональной службой, отличаются продуманностью и профессионализмом	Удлинение путей коммуникации и реализации управленческого решения
Нет необходимости универсальной профессиональной подготовки руководителя	Недостаточно четкая ответственность функциональных служб за результаты реализации управленческого решения
Возможность привлечения экспертов по узкоспециальным вопросам	—

Многие медицинские организации характеризуются линейно-функциональной организационной структурой.

Функциональные руководители обладают по отношению к руководителям более низкого уровня рекомендательными или контрольно-отчетными полномочиями.

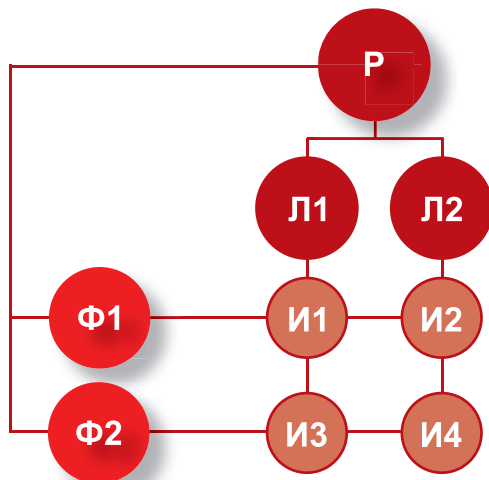


Рисунок 4. Матричная организационная структура (*Р* — руководитель организации, *Л* — линейные руководители, *Ф* — функциональные руководители, *И* — исполнители)

3. Матричная организационная структура. Это современный эффективный тип организационной структуры. Отличительной особенностью является наличие у сотрудника одновременно двух обладающих равными полномочиями руководителей, перед которыми исполнитель отчетывается по результатам работы (рис. 4). При этом один руководитель — функциональный, ответственен за организацию ресурсного обеспечения (планирование, штаты, финансы, информация), другой руководитель — производственный, ответственен за реализацию планов, оказание услуг и др.

Матричная организационная структура обладает рядом существенных преимуществ (табл. 5).

Таблица 5

**Преимущества и недостатки матричной организационной структуры**

Преимущества	Недостатки
Возможность оперативного маневрирования при изменениях внутренней и внешней среды организации	Нечеткое распределение прав и ответственности за работу подразделения между двумя руководителями



Преимущества	Недостатки
Сокращение нагрузки на руководителей высшего уровня за счет делегирования части полномочий, высвобождение времени на обдумывание стратегических целей	Возникновение конфликтов между управленцами разных уровней
Гибкость и оперативность маневрирования ресурсами при реализации нескольких проектов	Увеличение расходов на содержание управленческого персонала
Лучшая ориентация на динамику спроса	–
Мотивация руководителей всех уровней на внедрение инноваций	–

4. Дивизиональная организационная структура (рис. 5). Дивизиональная организация вырастает из департаментализации, в которой за основу берется какой-либо конечный результат: потребитель, продукт или рынок. Такая организационная структура широко представлена в государственном управлении. Примером может служить система здравоохранения РФ. Главным руководителем в этом случае является министр здравоохранения РФ, дивизионы — регионы РФ, а дивизионные руководители — руководители органов управления здравоохранением субъекта Российской Федерации (министр, директор департамента, руководитель управления).

Медицинские организации используют дивизиональную организационную структуру при разворачивании подразделений (создании филиалов) в других районах, городах. Следует подчеркнуть высокую самостоятельность дивизионных руководителей, которая предусматривает как широкие полномочия, так и ответственность за результаты работы подразделения (табл. 6).

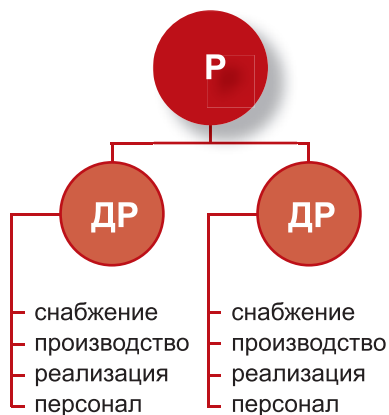


Рисунок 5. Дивизиональная организационная структура (Р — руководитель организации, ДР — дивизионные руководители)

Таблица 6

**Преимущества и недостатки дивизиональной  
организационной структуры**

<b>Преимущества</b>	<b>Недостатки</b>
Четкое разделение ответственности	Высокая потребность в руководящих кадрах
Высокая гибкость и адаптивность системы	Сложная координация, повышенные затраты за счет дублирования функций
Высокая самостоятельность структурных единиц	Сложность осуществления единой политики
Разгрузка высшего уровня менеджмента	Разобщенность персонала
Простота коммуникационных сетей	Слабый синергический эффект
Кадровая автономия, высокая мотивация	–

Анализируя достоинства и недостатки каждого типа организационной структуры, следует понимать, что не существует лучшей или худшей организационной структуры, в каждом случае она должна соответствовать цели и задачам организации, ее размерам, этапу жизненного цикла и условиям существования.

### 3. ФУНКЦИИ УПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ

Функции управления — виды деятельности, с помощью которых субъект управления (управленческий аппарат, руководитель, менеджер) воздействует на управляемый объект (трудовой коллектив).

Реализация основных функций управления направлена на получение конкретного результата за счет рационального использования ресурсов. К ресурсам, которыми оперирует профессиональный менеджер в своей деятельности, относятся люди, финансы, время, материалы, сырье, оборудование, энергия и др. Конечным результатом деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения является

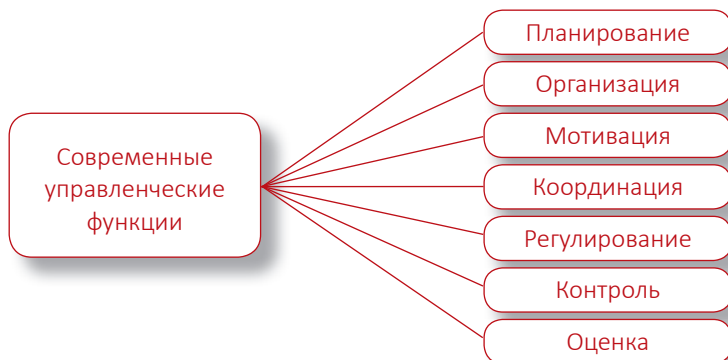


Рисунок 6. Управленческие функции

улучшение общественного здоровья. Для частных медицинских организаций — получение прибыли.

Управленец должен уметь планировать, организовывать и контролировать использование ограниченных ресурсов для достижения целей своей организации. Важной заботой менеджера является также координация и регулирование деятельности многочисленных структурных подразделений организации в соответствии с поставленными целями, а также мотивирование персонала организации.

Современный подход к изучению процесса менеджмента состоит в разделении управленческих функций (рис. 6).

**Планирование** — управленческая деятельность, отражаемая в планах и фиксирующая будущее состояние объекта менеджмента в текущие моменты времени.

Содержание планирования деятельности медицинской организации как функции менеджмента состоит в обоснованном определении основных направлений и пропорций развития организации с учетом различных источников обеспечения и спроса на медицинские услуги.

Задачи планирования:

- обеспечение целенаправленного развития организации в целом и всех ее структурных подразделений;
- ориентация на раннее распознавание проблем развития. План определяет состояние объекта, желаемое в перспективе, и предусматривает конкретные меры, направленные

на поддержку благоприятных или сдерживание отрицательных тенденций развития;

- координация деятельности подразделений и сотрудников организации. Координация осуществляется как предварительное согласование действий при подготовке планов и как согласованная реакция на возникающие помехи и проблемы при выполнении планов;

- создание объективной базы для эффективного контроля. Наличие планов позволяет производить объективную оценку деятельности предприятия путем сравнения планируемых и фактических значений параметров по принципу «план-факт»;

- стимул (мотивация) трудовой активности сотрудников. Успешное выполнение плановых заданий — объект особого стимулирования и основание для взаимных расчетов, создающее действенные мотивы для продуктивной и скоординированной деятельности всех участников процесса управления;

- информационное обеспечение работников организации. Планы содержат важную для каждого участника их реализации информацию о целях, прогнозах, альтернативах, сроках, ресурсных и административных условиях проведения работ.

Результатом процесса планирования в организации является система взаимосвязанных плановых документов — планов.

План — основа деятельности организации любой формы собственности; содержит указания кому, какую задачу и в какое время решать, какие ресурсы нужно выделить для решения каждой задачи. Например, распределение функций заведующего отделением в соответствии с традиционной градацией по функциям менеджмента выглядит следующим образом:

- разрабатывает перспективные и текущие планы повышения квалификации врачей отделения (курсы повышения квалификации, профессиональной переподготовки, обучение на рабочем месте и т.п.);

- составляет план проведения врачебных конференций;

- обеспечивает рациональное планирование и составление графиков дежурств врачей-ординаторов.

Недостатки в планировании ведут к снижению производительности труда, например простоям коек, оборудования, непринятым больным, невыполненным исследованиям и назначениям, а в итоге — к кризисным явлениям.

Организация — вторая функция управления, нацеленная на упорядочение деятельности менеджера и исполнителей. Если функция планирования отвечает на вопросы, что включать в план, что предпринять, что предвидеть и т.д., то функция организации ставит вопросы, кто и как будет организовывать выполнение плана предприятия. Функция организации основывается на ряде принципов (табл. 7).

Таблица 7

### Характеристика принципов функции организации

Принципы	Характеристика
Принцип разделения	Все виды деятельности предприятия должны быть определены и сгруппированы
Принцип специализации труда	Расширение зоны труда, ротация (чередование) работ и привлечение сотрудников к принятию касающихся их решений
Скалярный принцип	Цепочка прямых должностных отношений руководителей и подчиненных в масштабе всей организации
Принцип диапазона управления	Предельное число сотрудников, которыми может эффективно руководить один человек
Принцип централизации	Концентрация прав на принятие решения на высшем уровне управления организацией

При осуществлении функции организации руководитель выполняет следующие задачи:

- деление организации на части и обеспечение выполнения общей управленческой задачи путем распределения ответственности и делегирования полномочий;
- формирование организационной структуры организации, налаживание взаимодействия ее элементов;
- создание условий для формирования определенной организационной культуры организации;
- организация выполнения принятых решений;
- текущая организация производственных процессов;
- обеспечение деятельности организации всеми видами ресурсов;
- преобразование (реорганизация) системы в ходе развития из менее организованного состояния в более организованное (техническое перевооружение, реконструкция предприятия и т.д.).

Важное условие рациональной организации управления — делегирование менеджером полномочий подчиненным, которые будут принимать решения в порученных им областях.

Существует пять причин нежелания руководителей делегировать полномочия:

1. Заблуждение «Я это сделаю лучше».
2. Отсутствие способности руководить.
3. Отсутствие доверия к подчиненным.
4. Боязнь риска.
5. Отсутствие выборочного контроля для предупреждения руководства о возможной опасности.

Параллельно делегированию руководство должно контролировать результаты работы подчиненных. Обратная связь при контроле помогает направлять подчиненного на достижение целей. Она также дает руководителю гарантию, что проблема будет выявлена прежде, чем разовьется в катастрофу.

Выделяют шесть причин нежелания подчиненных брать ответственность на себя:

1. Подчиненный считает, что удобнее спросить руководителя, что делать, чем самому решить проблему.
2. Подчиненный боится критики за допущенные ошибки, поскольку большая ответственность увеличивает возможность совершения ошибки.
3. У подчиненного отсутствуют информация и ресурсы, необходимые для успешного выполнения задания.
4. У подчиненного уже больше работы, чем он может выполнить, или же он считает, что это так.
5. У подчиненного отсутствует уверенность в себе.
6. Подчиненному не предлагается каких-либо положительных стимулов для проявления дополнительной ответственности.

Например, распределение функций заведующего отделением в соответствии с традиционной градацией по функциям менеджмента выглядит следующим образом:

- осуществляет инструктаж на рабочем месте принимаемых на работу медицинских работников по охране труда и технике безопасности, противопожарной безопасности, знакомит их с должностными инструкциями и другими нормативными документами;
- организует выполнение планов повышения квалификации врачей отделения;

- организует работу и руководит советом медицинских сестер больницы, отчитывается о его деятельности;
- формирует резерв и готовит врачей для выдвижения на должность заведующего отделением;
- организует обучение врачей-ординаторов, медицинских сестер и младшего медицинского персонала по вводимым организационным инновациям в отделении;
- ведет необходимую учетно-отчетную документацию;
- отдает распоряжения и принимает решения в пределах своей компетенции, делегирует свои полномочия.

**Мотивация.** Под мотивацией понимается процесс стимулирования персонала к деятельности, направленной на достижение индивидуальных и общих целей организации. Для намеренного воздействия на сотрудников могут применяться методы принуждения и поощрения («кнута и пряника»). Однако не всегда экономические и административные методы срабатывают эффективно. Теоретики менеджмента разрабатывают новые способы мотивации к труду, опираясь на психологические мотивы.

Методы мотивации воспринимаются разными людьми по-разному. Одни предпочитают моральные, другие — материальные стимулы. В связи с этим основные способы мотивации труда объединяются в четыре относительно самостоятельных направления (рис. 7).



Рисунок 7. Характеристики направлений мотивации

Например, распределение функций заведующего отделением в соответствии с традиционной градацией по функциям менеджмента выглядит следующим образом:

- содействует развитию наставничества, проведению смотров-конкурсов на звание «Лучший по профессии»;
- вносит предложения главному врачу больницы о поощрении и наложении взысканий врачебному персоналу;
- вносит предложения по разработке системы стимулирующих надбавок по результатам труда врачебному, среднему и младшему медицинскому персоналу;
- поручает врачам выполнение отдельных функций заведующего отделением.

**Координация** — управленческая деятельность, обеспечивающая согласованность работы различных производственных и функциональных подразделений организации в процессе выполнения плановых заданий.

При помощи этой функции решаются задачи, связанные с разделением труда в управлении организацией. Цель координации и регулирования — установление взаимодействия в работе всех подразделений, руководителей и специалистов, а также устранение помех и отклонений от заданного режима работы.

В медицинских организациях иногда непредвиденно возникает необходимость концентрировать материальные, трудовые и финансовые ресурсы на особо важных участках. Отсюда возникают отклонения от первоначально заданных условий. Например, к отклонениям могут привести перебои в снабжении,

**Координация в медицинской организации осуществляется как с помощью формальных актов — локальных нормативных документов, так и путем вербальной коммуникации на общепольничных конференциях и совещаниях, индивидуальных рабочих встречах.**

нарушение персоналом трудовой дисциплины, повышенная заболеваемость населения, нехватка временных ресурсов и др. В таких ситуациях особо важна координация усилий руководителей подразделений для преодоления кризиса.

Координация в медицинской организации осуществляется как с помощью формальных актов — локальных



нормативных документов, так и путем вербальной коммуникации на общебольничных конференциях и совещаниях, индивидуальных рабочих встречах.

Оперативная координация работ состоит из следующих этапов:

- выяснение причин отклонений от плановых заданий;
- определение состава дополнительных работ и производственных заданий для их выполнения;
- определение резервов, выделяемых организацией для выполнения дополнительных работ;
- уточнение распределения обязанностей и ответственности между менеджерами различных уровней управления, призванными устранять возникшие отклонения в ходе производства.

Например, распределение функций заведующего отделением в соответствии с традиционной градацией по функциям менеджмента выглядит следующим образом:

- совместно с медицинским персоналом разбирает случаи нарушения врачами, средним и младшим медицинским персоналом правил внутреннего трудового распорядка и медицинской деонтологии;
- вносит главному врачу больницы и его заместителям предложения по вопросам улучшения организации труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала;
- проводит еженедельные конференции по передаче дежурств;
- проводит конференции по разбору сложных случаев, оперативных вмешательств, результатов патологоанатомических экспертиз;
- вносит предложения руководству больницы по направлению врачебного персонала на курсы повышения квалификации;
- участвует в производственных совещаниях, проводимых руководством больницы.

**Регулирование** — управленческая деятельность, направленная на ликвидацию отклонений от заданного режима функционирования и приведение объекта управления в требуемое состояние.

Регулирование предполагает процесс выработки корректирующих мер и реализации принятых организационно-технологических, экономических и технических решений, обеспечивающих своевременное и безусловное устранение выявленных проблем (отклонений).

Задачи регулирования:

- обновление плановых заданий, нормативов, стандартов с целью обеспечения своевременного и эффективного достижения целей организации;
- перераспределение материально-технических и финансовых ресурсов;
- оперативное управление ходом производственного процесса;
- обеспечение ответственности и преемственности оперативного управления;
- обеспечение информационной подготовки для принятия решений.

Например, распределение функций заведующего отделением в соответствии с традиционной градацией по функциям менеджмента выглядит следующим образом:

- осуществляет оперативное руководство работой отделения;
- обеспечивает выписку, получение и хранение медикаментов для отделения;
- изучает, обобщает и организует внедрение в практическую деятельность передовых форм и методов труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала;
- вносит изменения и дополнения в перечень обязанностей врачей, старших медицинских сестер, другого персонала отделения в соответствии с действующим законодательством;
- готовит материалы для руководства больницы по результатам деятельности отделения.

**Контроль** — управленческая деятельность, фиксирующая состояние объекта управления в заданные моменты времени.

При помощи этой функции управления организация обеспечивает достижение своих целей. Под контролем понимается не стремление менеджера уличить кого-либо в неверных действиях, поступках или ошибках, а своевременное обнаружение возможных отклонений до их появления. Американский теоретик Р. Уотермен назвал контроль «искусством управления».

Процесс контроля включает:

- установку нормативов, стандартов, ограничений;
- выработку критериев оценки результатов работы;
- измерение фактических результатов работы;
- анализ причин отклонения и дестабилизирующих факторов;
- прогнозирование последствий сложившихся ситуаций.

Например, распределение функций заведующего отделением в соответствии с традиционной градацией по функциям менеджмента выглядит следующим образом:

- контролирует выполнение медицинским персоналом приказов и распоряжений главного врача, а также стандартов и порядков оказания медицинской помощи;
- контролирует правильность расстановки медицинского персонала, выполнение графиков работы;
- контролирует качество, своевременность и эффективность проведенных врачами отделения диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий;
- контролирует объем и качество работы врачей, среднего и младшего медицинского персонала;
- контролирует своевременное и четкое выполнение средним медицинским персоналом врачебных назначений;
- контролирует своевременность выписки, правильность учета, распределения, расходования и хранения медикаментов и перевязочных материалов;
- контролирует соблюдение требований санитарно-противоэпидемического режима;
- контролирует качество оформления медицинской документации;
- контролирует соблюдение медицинским персоналом правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструкций, правил приема и сдачи дежурств, принципов медицинской деонтологии.

**Оценка** — анализ степени фактического достижения запланированных целей. Оценка обозначает и пересмотр, а при необходимости и модификацию целей.

Количество времени, затрачиваемое менеджером на осуществление различных функций управления, заметно отличается в зависимости от занимаемого уровня в управленческой иерархии организации.

#### 4. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ

Управление деятельностью любой организации представляет собой совокупность управленческих процедур.

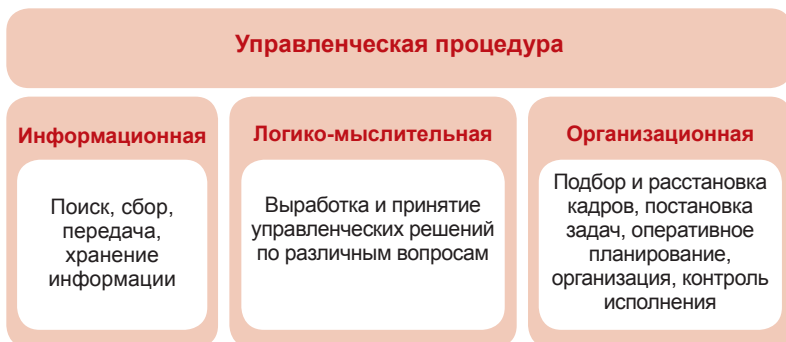


Рисунок 8. Структура управленческой процедуры

Управленческая процедура — комплекс взаимосвязанных и следующих в определенном порядке управленческих операций и документов, направленных на достижение фиксированной цели. Каждая управленческая процедура состоит из трех частей: информационной, логико-мыслительной и организационной (рис. 8).

Ценность и своевременность управленческого решения преимущественно зависят от способности менеджера в нужный момент произвести сбор, анализ и толкование информации.

Информационное обеспечение — одна из важнейших обеспечивающих функций, качество которой является определяющим фактором обоснованности принимаемого решения и эффективности функционирования системы менеджмента.

Следующим важным компонентом управленческого процесса является логико-мыслительный процесс разработки и принятия решения. Организация выполнения управленческих решений включает в себя подбор и расстановку кадров, постановку задач, оперативное планирование, организацию и контроль исполнения.

**Организация выполнения управленческих решений включает в себя подбор и расстановку кадров, постановку задач, оперативное планирование, организацию и контроль исполнения.**

Выполняя функцию контроля, менеджер вновь получает информацию, которая

является источником для анализа качества, своевременности и адекватности принятого решения. Таким образом, управленческую процедуру можно представить в виде замкнутого цикла.

Пример управленческого цикла:

1. Информация. Заведующий терапевтическим отделением в начале смены получил информацию о временной нетрудоспособности участкового врача-терапевта. Регистратура выдала 20 талонов на прием по предварительной записи. У кабинета начинают собираться пациенты.

2. Анализ информации. Анализируя ситуацию, заведующий отделением пришел к выводу о необходимости организации терапевтического приема для пациентов по предварительной записи. Были сформулированы альтернативные решения, рассмотрены аргументы «за» и «против» (табл. 8):

Таблица 8

### Логический анализ принятия решения по проблеме

№ п/п	Решение	Аргументы	
		За	Против
1.	Распределить пациентов среди других врачей этой смены	– быстрота; – рутинные действия исполнителей	– большая нагрузка на терапевтов в связи с сезонным подъемом заболеваемости; – возможные конфликтные ситуации из-за «двойной очереди»
2.	Вызвать врача-терапевта из очередного отпуска в связи с производственной необходимостью	– отсутствие нарушения очередности приема у других терапевтов; – отсутствие увеличения нагрузки на других терапевтов	– отсутствие информации о возможности врача, находящегося в отпуске, выйти на работу в течение 20 минут
3.	Сократить бригаду врачей-терапевтов, проводящих медицинский осмотр, и организовать прием пациентов одним из врачей	– отсутствие нарушения очередности приема у других терапевтов; – отсутствие увеличения нагрузки на других терапевтов	– увеличение нагрузки на бригаду врачей, проводящих медицинский осмотр; – очереди среди проходящих медосмотр

№ п/п	Решение	Аргументы	
		За	Против
4.	Провести терапевтический прием заведующему отделением	<ul style="list-style-type: none"> <li>– отсутствие нарушения очередности приема у других терапевтов;</li> <li>– отсутствие увеличения нагрузки на других терапевтов;</li> <li>– контроль ведения медицинской документации у больных на приеме</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– необходимость участия заведующего отделением в работе ВК;</li> <li>– окончание сроков подготовки квартального отчета;</li> <li>– выполнение функций заведующего отделением: разбор конфликтных ситуаций, оформление заключений</li> </ul>

3. Принятие решения. Взвесив преимущества и недостатки всех вариантов решения и запросив информацию о количестве пациентов, приглашенных на медицинский осмотр, заведующий выбрал решение 3.

4. Доведение решения до исполнителей. Заведующий отделением дал распоряжение (управленческое решение): 1) врачу-терапевту К. прекратить проведение медицинского осмотра, передав всех запланированных пациентов терапевту Н., и приступить к терапевтическому приему пациентов по предварительной записи; 2) регистратуре перенаправлять записанных пациентов к врачу-терапевту К.

5. Контроль исполнения. Контроль выполнения управленческого решения показал следующий результат: все пациенты по предварительной записи были приняты в назначенное время; отсутствовали конфликтные ситуации из-за «двойной очереди»; все назначенные к прохождению медицинского осмотра были приняты терапевтом (наблюдалась очередь из 1–2 человек). Полученная и проанализированная информация будет служить основой для принятия нового управленческого решения при возникновении схожей ситуации.

Опыт работы показывает, что деятельность любой организации представляет собой непрерывный процесс разработки и реализации различных управленческих решений.

Управленческое решение — выбор альтернативы, осуществленный руководителем в рамках его должностных полномочий и компетенции и направленный на достижение целей организации.

В современной литературе, посвященной управленческим решениям, существует большое количество самых разнообразных критериев, которые могут быть положены в основу классификации решений (табл. 9).

Таблица 9

### Классификация управленческих решений по разнонаправленным характеристикам

Признаки классификации	Управленческие решения
Поле принятия	Экономические, политические, организационные, военные, социальные, технические
Порядок принятия	Индивидуальная форма, коллегиальная форма
Значимость цели	Стратегические, тактические, оперативные
Масштаб воздействия	Общие, частные
Количество критериев выбора	Однокритериальные, многокритериальные
Глубина воздействия	Одноуровневые, многоуровневые
Характер разработки	Уравновешенные, импульсные, инертные
Форма решения	Письменные, устные
Способ фиксации	Документированные, недокументированные
Направление воздействия	Внешние, внутренние
Сфера воздействия	Глобальные, локальные
Подход к формированию	Интуитивные, адаптивные, экспериментальные, экспертные, рациональные

Принимаемое управленческое решение должно быть качественным.

Качество управленческого решения — степень соответствия выработанных теоретических рекомендаций той реальной проблеме, которая является предметом решения.

Требования к качеству управленческого решения:

1) обоснованность. Менеджер может принять качественное решение в случае, когда он обладает специальными знаниями в той области, в которой руководит. Необходимо располагать достоверной, своевременной информацией. Информация должна быть систематизирована и обработана;

2) непротиворечивость. Частные решения не должны противоречить общим. Существует внутренняя непротиворечивость решения, под которой понимается соответствие целей и средств их достижения, и внешняя непротиворечивость — преемственность решений, их соответствие стратегиям и ранее принятым решениям;

3) своевременность принятия решения, которая означает, что время, затраченное на принятие и реализацию решения, должно соответствовать реальным условиям функционирования объекта. Даже оптимальное решение, рассчитанное на получение наилучшего экономического эффекта, может оказаться бесполезным, если будет принято поздно. Более того, оно может даже причинить определенный ущерб;

4) адаптивность. Решение всегда носит временный характер. За пределами этого периода решение может и обострить проблему. Разрешить проблему раз и навсегда невозможно, и качество выбранной альтернативы следует оценивать с учетом того, что через некоторое время, возможно, придется корректировать решение или принимать новое;

5) реальность. Решение должно разрабатываться и приниматься с учетом объективных возможностей, потенциала организации, т.е. материальные, финансовые, человеческие возможности и ресурсы организации должны быть достаточны для эффективной реализации выбранной альтернативы;

6) правомочность. Это означает, что решение должно приниматься тем лицом или органом, который имеет соответствующее законное основание его принимать.

Итак, управленческое решение может считаться качественным, если оно отвечает всем перечисленным выше требованиям. Причем речь идет именно о системе условий, поскольку несоблюдение хотя бы одного из них приводит к дефектам качества решения и, следовательно, к потере эффективности, трудностям или даже невозможности его реализации.



## 5. МЕТОДЫ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В УПРАВЛЕНИИ

Для решения управленческих задач чаще всего используется **метод непрерывного повышения качества** (Total Quality Management — TQM), являющийся инструментом на пути к бережливой медицинской организации. Миссия TQM в применении к здравоохранению предполагает системную работу не только над повышением качества медицинской помощи, но и над усовершенствованием организации работы в клинике, в том числе работы персонала и сервиса. Реализация данного метода включает в себя постоянное параллельное усовершенствование трех составляющих:

- качества услуг;
- качества организации процесса;
- уровня квалификации персонала.

При этом критерием качества со стороны сотрудников является удовлетворенность результатом своей работы, а пациентов — качеством оказанной помощи, в итоге — растет доходность клиники.

Использование данного инструмента приводит к повышению производительности труда, уменьшению количества профессиональных ошибок, конфликтных ситуаций с пациентами и администрацией, а также к увеличению прибыли.

Существует шесть самых доступных и эффективных инструментов непрерывной работы:

**1. PDCA** (от англ. «Plan-Do-Check-Act» — планируй, делай, проверяй, действуй).

Планирование — определение стратегических целей развития и путей их достижения.

Выполнение — реализация разработанного плана с применением необходимых инструментов.

Проверка — оценка результатов и выявление возможностей улучшения.

Действие — применение изменений и улучшений, выявленных на предыдущем этапе.

Данный инструмент может применяться не только руководителем, но и каждым сотрудником.

**2. «Прогулки Гемба».**

Данный термин подразумевает регулярное неформальное общение руководителя с подчиненными — «выход из теплого

кабинета», поскольку врачи клиники, как никто другой, ежедневно сталкиваются с рабочим процессом и пациентами, знают проблемы клиники изнутри. Именно от них могут исходить идеи по улучшению качества лечебного процесса, внедрению современных технологий и методик лечения, они могут предложить реальные решения спорных ситуаций, являясь наиболее ценным ресурсом клиники.

### **3. «Пять почему?»**

Задавая себе вопрос «почему?» несколько раз, руководитель сможет полностью погрузиться в суть проблемы и найти рациональное решение, определить связь между причиной и следствием, используя один из инструментов анализа первопричин проблем в клинике.

В качестве примера может быть приведен поиск ответа на вопросы: «Почему врач не пользуется оборудованием или материалом, которые есть на оснащении в клинике?», «Почему при наличии микроскопа в клинике врач в лучшем случае пользуется индивидуальной оптикой или работает без увеличения?», «Почему пациенты после первичной консультации не остаются для дальнейшего лечения в клинике?», «Почему у одного врача часто случаются конфликты с пациентами, а у другого с ними полное взаимопонимание?» и т.д.

### **4. «Тойота Ката».**

Впервые данную технику использовал Майк Ротер при анализе эффективности работы автомобильной компании. Ката — модель поведения, отличающаяся культурой постоянного совершенствования. Интерпретация этого понятия в условиях клиники предполагает работу с сотрудниками. Одна ката — постоянное обучение сотрудников, вторая ката — повышение мотивации сотрудников, стимулирование к постоянному совершенствованию путем решения поставленных руководством задач. Со временем все это приведет к повышению качества оказания медицинских услуг, а в конечном результате — к увеличению прибыли.

### **5. Три М: мури, муда и мура.**

Метод описывает проблемы, которые могут привести к сложностям в реализации бережливых технологий.

- *Мури* — *перегрузка*. Примером данного состояния является формирование у сотрудников синдрома хронической усталости

сти и профессионального выгорания специалистов. Увеличение продолжительности рабочего дня, превышение количества принимаемых врачом пациентов, увеличение объема врачебных манипуляций в одну и ту же единицу времени, недостаточное оснащение рабочего места лишают врачей и средний медицинский персонал возможности участвовать в развитии лечебного учреждения и делают безрезультатными требования руководителей клиники.

- *Муда* — *отходы*. В медицине это явление, как правило, связано с нарушением или изначально неправильно организованной системой снабжения необходимыми расходными материалами и оборудованием, нарушением работы лаборатории и т.д. Например, при реализации алгоритма фиксации ортопедической конструкции обнаруживается отсутствие необходимого цемента; при явке пациента в назначенное время оказывается, что ортопедическая конструкция еще не доставлена из зуботехнической лаборатории, и т.д.

Данные издержки приводят к ненужному ожиданию, увеличению времени лечебного процесса и, как следствие, к конфликтам с пациентами.

- *Мура* — *неровности (конфликты)*, как правило, является следствием муда. Выход из данной ситуации требует от руководства тотального управления качеством и создания благоприятных условий для клиентов и сотрудников клиники.

## **6. Программное обеспечение непрерывного совершенствования.**

На сегодняшний день существует большое количество цифровых инструментов для непрерывного совершенствования работы клиники и создания преимуществ на рынке медицинских услуг: электронная регистратура, внедрение электронной медицинской карты больного, телемедицина, онлайн-консультации, планирование оперативного вмешательства и т.д.

Кроме того, методика TQM предполагает ряд последовательных действий (шагов) на пути достижения эффективного результата:

1. *Повышение заинтересованности руководящего звена клиники в улучшении ее работы.* Необходима абсолютная уверенность руководителя или владельца клиники в способности управленческого аппарата к реальным, эффективным достижениям,

с учетом его профессиональной пригодности и всесторонней образованности (эффективные менеджеры).

2. *Осознание необходимости коллегиального принятия решений в целях улучшения деятельности медицинской организации.* Вариантом решения является создание дополнительной структуры (совет, комиссия) по улучшению деятельности клиники, куда должны войти представители высшего руководящего звена клиники, руководители существующих в клинике лечебно-диагностических подразделений и врачи доминирующих в клинике специальностей. Данный шаг может эффективно использоваться при сетевой форме медицинской организации.

3. *Вовлечение в процесс достижения эффективного результата всего состава руководства.* Это значит, что за достижение конечного результата несет ответственность весь руководящий состав учреждения (от главного врача до главного бухгалтера), и обязывает каждого участника пройти специальную подготовку, регулярно изучать требования к стандартам медицинской деятельности, нововведения в области законодательства, владеть информацией о существующих методах улучшения деятельности медицинских учреждений.

4. *Активное участие врачей и другого персонала в процессе внедрения нововведений с целью улучшения профессиональной деятельности.* Необходимо понимать, что без участия коллектива эффективный результат недостижим, поэтому после привлечения руководства нужно переходить к привлечению специалистов требуемого профиля. При участии заведующего отделением формируется группа по улучшению работы в составе каждого подразделения. К основным задачам этой группы относится оценка результатов деятельности и работа по непрерывному совершенствованию деятельности (тиражирование полученных знаний и компетенций одним врачом в рамках лечебного учреждения, проведение мастер-классов, семинаров, создание онлайн-лекций, постоянное обучение сотрудников и т.д.).

5. *Поощрение индивидуального участия.* Принцип поощрения строится на оценке результатов труда и вклада каждого члена коллектива в повышение эффективности и качества работы медицинского учреждения, может выражаться в различных вариантах (грамоты, благодарственные письма, премии, стимулирующие надбавки, повышающий коэффициент и т.д.).

6. *Формирование группы по совершенствованию системы управления процессами* включает в себя определение представителя, отвечающего за конкретный этап процесса оказания медицинской услуги и успешное функционирование медицинской клиники, при этом ответственность за каждый этап несет одно должностное лицо.

7. *Привлечение поставщиков.* В современной экономической ситуации прямой и доверительный контакт с поставщиками поможет избежать ситуаций с отсутствием или дефицитом расходных материалов. Без их содействия не может осуществляться ни один процесс улучшения деятельности медицинской клиники.

8. *Обеспечение качества функционирования систем управления медицинской организацией.* Часто в медицинских клиниках система контроля качества настроена на выявление и статистический анализ уже совершенных ошибок и принятие решений, направленных на их исправление, в то время как данная система должна работать на предупреждение и недопущение факта возникновения дефектов при оказании медицинской помощи.

9. *Разработка стратегии и тактики улучшения деятельности.* Залогом успеха лечебного учреждения является не только разработка долгосрочной стратегии, направленной на повышение качества медицинских услуг, но и принятие ее коллективом и работа над ее выполнением во всех звеньях системы.

10. *Создание системы поощрений и наград.* Данный пункт предполагает достижение улучшения в деятельности, связанной с врачебными ошибками и отношением к ним. Перемены формируются двумя путями: применением мер взыскания к каждому допустившему ошибки и поощрением отдельных сотрудников в случае выполнения ими поставленных задач или вклада в процесс совершенствования деятельности медицинской клиники.

Реализация метода TQM требует от руководителей новых знаний, необходимых для работы в современной системе здравоохранения.

Для быстрого реагирования на современные требования государственной политики, обеспечения стабильной работы лечебного учреждения и прогнозирования его развития необходимо осуществлять распределение видов управленческой деятельности между сотрудниками организации (матрица).

Матрица представляет собой инструмент, с помощью которого устанавливается ответственность исполнителей за решение задач управления.

Вариантом матрицы распределения видов управленческой деятельности в медицинской организации может служить разработанная нами табличная версия (табл. 10).

Таблица 10

**Матрица распределения видов управленческой деятельности среди подразделений медицинской организации**

Наименование видов управленческой деятельности	Структурные подразделения					
	Главный врач	Зам. гл. врача по мед. части	Зам. гл. врача по экономике	Зам. гл. врача по ЭР	Зам. гл. врача по хоз. вопросам	Зам. гл. врача по кадрам
1. Организация системы управления	ЦР	С	СИ	У	У	ПИ
2. Управление персоналом	ЦР	С	С	У	У	РПИ
3. Управление экономическим развитием	ЦР	С	ПСИ	У	У	У
4. Управление финансами и бухгалтерским учетом	ЦР	С	РПИ	У	У	У
5. Управление лечебной деятельностью	Ц	РПИ	У	РПИ	–	У
6. Управление качеством лечебного процесса	Ц	РПИ	У	РПИ	–	–
7. Управление ремонтно-строительной работой	Ц	С	ПСИ	У	РПИ	У
8. Управление трудом и заработной платой	Ц	Р	РПИ	У	ПСИ	У
9. Управление охраной труда и техникой безопасности	Ц	С	С	У	У	РПИ

Наименование видов управленческой деятельности	Структурные подразделения					
	Главный врач	Зам. гл. врача по мед. части	Зам. гл. врача по экономике	Зам. гл. врача по ЭР	Зам. гл. врача по хоз. вопросам	Зам. гл. врача по кадрам
10. Управление маркетингом	Ц	РПИ	СИ	У	У	У
11. Управление информатизацией и компьютеризацией	Ц	С	РПИ	У	У	У
12. Управление транспортом	Ц	С	С	–	РПИ	–
13. Управление обслуживающим хозяйством	Ц	С	С	–	РПИ	–
14. Управление организационно-методической работой	Ц	РПИ	С	У	У	У
15. Выявление проблемных ситуаций	ЦР	ПИ	ПИ	У	У	У
16. Анализ эффективности управления	ЦР	ПИ	ПУ	У	У	У

*Примечание.* Ц — постановка цели, формирование задачи; Р — принятие решения, утверждение; П — подготовка решения, составление расчета; С — согласование, рассмотрение; И — исполнение, выполнение, контроль; У — участие, информирование, сбор данных; символ «–» — неучастие в выполнении операции.

Горизонтальные строки таблицы представляют собой виды управленческой деятельности, вертикальные столбцы — должности руководителей, возглавляющих структурные подразделения. На пересечении строк и столбцов имеется символ, устанавливающий ответственность конкретного руководителя за определенную операцию управления.

Данная таблица распределения видов управленческой деятельности позволяет четко разделить их между руководством организации и подразделениями, определить технологическую последовательность операций управления и закрепить их за конкретными

руководителями или специалистами, что способствует повышению эффективности работы медицинской организации. Повышение качества оказываемой населению медицинской помощи также напрямую зависит от совокупности принимаемых управленческих решений и способов их реализации, в свою очередь обусловленных состоянием менеджмента медицинского учреждения.

Для определения эффективности деятельности медицинской организации имеются различные подходы: эффективность с точки зрения контрагентов, пациентов, сотрудников и руководителей, которые не всегда могут совпадать.

*Эффективность со стороны контрагентов достигается:*

- путем снижения количества жалоб от пациентов, сокращения или полного отсутствия времени ожидания приема;
- расчетом среднего количества оказанных медицинских услуг на одного пациента для определения страховыми компаниями предсказуемой цены;
- снижением стоимости услуг там, где это возможно без ущерба для клиники;
- контролем обоснованности манипуляций при оказании медицинской помощи.

*Эффективность со стороны пациентов достигается:*

- путем высокого качества обслуживания;
- сокращением числа конфликтных ситуаций, начиная от регистратуры и заканчивая врачебным приемом (от подписания договора до оплаты);
- сокращением сроков оказания медицинской услуги;
- доступностью записи в удобное для пациента время, включая электронную.

*Эффективность со стороны персонала достигается:*

- путем расчета и учета времени, необходимого для приема одного пациента в зависимости от нозологической формы заболевания;
- оказанием медицинской услуги в рамках клинических рекомендаций, соблюдения порядка оказания медицинской помощи;
- соответствием численности среднего медицинского персонала потребностям лечебного учреждения;
- соответствием рабочего места врача требованиям к оснащению кабинета в зависимости от профессиональных компетенций специалиста и работающей системы мотивации труда.



*С точки зрения руководства клиники эффективность достигается:*

- при повышении качества оказываемых медицинских услуг;
- стабильным финансированием со стороны фонда ОМС и получением прибыли за счет оказания платных услуг;
- соответствием штатного расписания клиники реальной укомплектованности специалистами.

Для повышения эффективности работы клиники в процесс принятия управленческих решений важно вовлекать весь коллектив, увеличивая мотивационную активность каждого сотрудника, направленную на его личностно-профессиональный рост и успешное развитие клиники. Одним из инструментов достижения эффективного результата является постоянное повышение квалификации врачей и среднего персонала не только за счет бюджетных средств (для муниципальных учреждений) или личных средств сотрудника (для частных клиник), но и за счет прибыли от оказания платных медицинских услуг.

Метод TQM целесообразно использовать при управлении медицинской клиникой с целью решения проблем и повышения эффективности работы. Опираясь на принципы данной методики, каждая клиника может стать эффективным медицинским учреждением с непрерывным ростом качества оказываемых медицинских услуг.

Дополнительный метод достижения успеха в работе медицинской клиники — метод стратегического планирования — SWOT-анализ, позволяющий определить маркетинговую стратегию организации и выявить факторы, оказывающие влияние на совершенствование управления медицинской организацией. Суть метода заключается в определении факторов внешней и внутренней среды медицинского учреждения и разделении их на четыре категории: сильные стороны (Strengths), слабые стороны (Weakness), возможности (Opportunities), угрозы (Threats) (рис. 9). Рассмотрим его на примере принятия управленческого решения «X» в медицинской организации.

*S — сильные стороны:*

- опыт работы;
- высококвалифицированный кадровый состав врачей и среднего персонала;

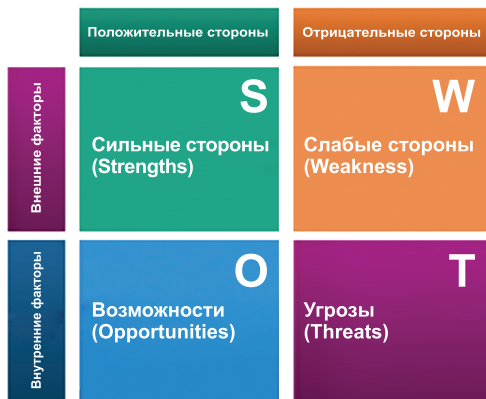


Рисунок 9. SWOT-анализ

- ориентация на систему управления качеством;
  - ориентация на бережливые технологии;
  - сложившийся коллектив, отсутствие текучести кадров среди врачей и среднего персонала;
  - внедрение передовых технологий и оказание эксклюзивных услуг;
  - устойчивый экономический рост на протяжении нескольких лет.
- W – слабые стороны:*
- дефицит квалифицированных кадров;
  - увеличение темпов инфляции;
  - низкое качество используемых материалов;
  - морально устаревшие технологии и оборудование;
  - недостаточный уровень организации (например, нарушение сроков изготовления и сдачи индивидуальных медицинских изделий);
  - высокий уровень затрат на закупки;
  - отсроченное внедрение современных технологий;
  - недостатки в работе администраторов (отсутствие информирования пациентов, напоминания о приеме, комфортной и доброжелательной обстановки при ожидании приема и т.д.);
  - отсутствие системы поощрения сотрудников и признания их заслуг;
  - износ основных средств;
  - несоответствие фактического финансирования плановому.

*О — благоприятные возможности:*

- наличие в регионе системы повышения квалификации;
- возможность участия в государственных программах подготовки и стажировки для руководителей и врачей;
- уменьшение налоговой нагрузки;
- повышение имиджа клиники;
- развивающийся рынок востребованных медицинских услуг, обеспеченный оборудованием и расходными материалами;
- стремительное развитие импортозамещения;
- повышение уровня жизни населения региона;
- активная застройка района;
- развитие и использование рынка услуг связи.

*Т — угрозы:*

- бюрократическая государственная машина;
- увеличение тарифов на электроэнергию;
- недостаточная государственная поддержка предпринимательства;
- усиление конкуренции;
- наличие неэффективных структурных подразделений;
- неравномерность социально-экономического развития города;
- снижение уровня жизни;
- недостаточный опыт управленческого звена клиники.

Первые две категории — внутренние факторы, а вторые две — внешние. Данная методика анализа не зависит от экономических факторов, не привязана к бюджету, поэтому может применяться клиниками любой формы собственности.

Изучив все четыре фактора для определенной клиники, руководитель должен разработать план по укреплению сильных сторон и поиску благоприятных возможностей, параллельно стремясь снизить количество слабых сторон и нивелировать влияние угроз.

## **6. ЛИДЕРСТВО В УПРАВЛЕНИИ**

В современных условиях эффективность руководства становится решающим фактором успеха любой организации. Однако современные организации здравоохранения испытывают недостаток талантливых лидеров и хорошо подготовленных

руководителей на разных уровнях управления. Например, существует несколько причин, по которым заведующие отделением медицинской организации во многих случаях не признаются в медицинской среде как лидеры:

- не уделяется внимание вопросам лидерства при подготовке врачей;
- ими используется авторитарный стиль, который не поощряет к лидерству других;
- в медицинской среде существует стойкое убеждение, что профессиональное развитие врача в основном связано с повышением квалификации в рамках специальности, а не с приобретением управленческих компетенций;
- в медицинских организациях редко практикуется планирование профессиональной карьеры врача с учетом его лидерских качеств.

**Лидерство и руководство являются основополагающими понятиями, с которыми связано эффективное управление организациями.**

**Руководство — формальная властная позиция, которая не имеет отношения к личным качествам людей. Лидерство — проявление психологического влияния, неформальной власти.**

*Лидерство — проявление психологического влияния, неформальной власти.* Лидерство как неформальная властная позиция позволяет на основе влияния и убеждения добиваться от других выполнения поставленных задач при ответной позитивной реакции других.

Лидерство и руководство являются основополагающими понятиями, с которыми связано эффективное управление организациями.

**Лидерство** — способность влиять на группы людей, чтобы побудить их работать для достижения поставленных целей.

**Руководство** — процесс формального воздействия на коллективы людей с целью эффективной координации их действий в производстве.

*Руководство — формальная властная позиция, которая не имеет отношения к личным качествам людей.*

Лидерство не заменяет руководство и не существует вне его, а дополняет управление в тех случаях, когда традиционные методы управления не дают высоких результатов и не позволяют эффективно достигать поставленной цели.

Лидер воодушевляет людей и вселяет энтузиазм в работников, передавая им свое видение будущего, помогая адаптироваться к новому и пройти этап изменений. Менеджер-руководитель направляет работу других и несет персональную ответственность за ее результаты. Свое взаимодействие с подчиненными он строит на фактической информации, нормативных документах, традициях организации и в рамках установленных целей (табл. 11).

Таблица 11

### Основные черты руководителя и лидера

Менеджер-руководитель	Лидер
Администратор	Новатор
Поручает	Вдохновляет
Работает по целям других	Работает по своим целям
План — основа действий	Видение — основа действий
Полагается на систему	Полагается на людей
Использует доводы	Использует эмоции
Контролирует	Доверяет
Поддерживает движение	Дает импульс движению
Профессионален	Энтузиаст
Принимает решения	Превращает решения в реальность
Делает дело правильно	Делает правильное дело
Уважаем	Обожаем

Между лидером и руководителем имеются общие аспекты, такие как постоянное общение с людьми, объединенными в группы для достижения поставленных общих целей, мотивирование персонала и др., а также и различающиеся аспекты деятельности. Так, руководитель назначается официально и полномочия ему даны законом, перед которым он несет ответственность. Лидер не является обладателем прав и полномочий и выдвигается неофициально.

**Эффективные руководители имеют и используют как навыки управления, так и навыки лидерства.**

Наиболее желательное сочетание в практике управления — соединение в одном лице лидера и руководителя. Однако некоторые лидеры не являются хорошими руково-

дителями, а некоторые руководители — хорошими лидерами. Эффективные руководители имеют и используют как навыки управления, так и навыки лидерства.

В основе деятельности лидеров лежат два источника:

- а) власть, которой лидер пользуется в связи с выполнением конкретных ролей;
- б) личное влияние.

Власть полномочий и власть влияния полностью зависят от личности, применяются руководителями в конкретных управленческих ситуациях. Власть, которой пользуются руководители внутри организаций, имеет разные формы. Известна следующая классификация форм власти:

1. *Власть, основанная на принуждении (страхе)*, — влияние на подчиненного средствами наказания: лишение премии, выговор, понижение в должности и др.

Например, главный врач больницы по ходатайству заведующего отделением может вынести врачу выговор, лишить премии за систематическое нарушение трудовой дисциплины.

2. *Власть, основанная на вознаграждении*, — оказание влияния через положительные подкрепления подчиненного с целью добиться от него желаемого результата.

Например, главный врач больницы наделен властью повышать зарплату медицинскому персоналу за счет внебюджетных средств.

3. *Экспертная власть*, или влияние через разумную веру. Данная власть достигается благодаря знаниям, навыкам и умениям, которыми обладают руководители и которые отсутствуют у членов коллектива.

Например, врач может обладать экспертной властью благодаря тому, что прошел профессиональную подготовку, связанную с использованием нового метода оперативного вмешательства. До тех пор, пока врачи отделения не научатся применять новый метод, обученный врач будет считаться экспертом.

4. *Эталонная власть*, или власть примера. Власть, построенная не на логике и традициях, а на силе личных качеств или способностей лидера. Это выражение уважения и восхищения личными качествами человека благодаря наличию у него харизмы.

Например, назначение нового главного врача, который обладает внушительной внешностью, независимостью характера, развитыми риторическими способностями, уверенной манерой держаться, привело к укреплению трудовой дисциплины.

5. *Законная власть*, или влияние через традиции, основана на признании членами группы того, что лидеры имеют право предъявлять требования в связи с занимаемой должностью и теми полномочиями, которые были делегированы им в соответствии с характером должностных обязанностей.

Например, заведующий отделением имеет право требовать, чтобы врачи и медсестры выполняли свои служебные обязанности.

6. *Власть, основанная на информации*, базируется на возможности доступа к нужной и важной информации и умении использовать ее для влияния на подчиненных.

Например, заведующий отделением, участвуя в совещаниях руководства по вопросам развития медицинской организации, владеет информацией, касающейся реорганизации отделения и потребности в работниках определенной квалификации, и обладает властью предлагать врачам повысить квалификацию для работы в новых условиях.

7. *Власть связей* строится на способности руководителя воздействовать на других людей через ассоциацию его с влиятельными людьми как внутри учреждения, так и вне его.

Например, заведующий отделением, являясь близким родственником главного врача, мотивирует этим фактом медицинских работников к сокращению сроков выполнения задания по внедрению электронного документооборота в отделении, поскольку точно знает, что в этом случае гарантировано материальное поощрение.

Исследуя основные формы власти, изучая, как лидеры делегируют свои полномочия и общаются с членами группы, специалисты в области психологии управления выделили различные стили лидерства (табл. 12).

Таблица 12

**Характеристика стилей лидерства**

<b>Стили лидерства</b>	<b>Краткая характеристика</b>
Директивный	Лидер руководствуется принципом «делай так, как я сказал», держит сотрудников под контролем и в качестве движущей силы использует поощрение, наказание, инициативу
Организаторский	Лидер строгий, но справедливый руководитель. Дает подчиненным ясные указания, воздействует убеждением, сообщает каждому свою оценку его качеств и достижений
Личностный	Лидер следует девизу «прежде всего люди, а дело — потом». Доверяет людям, ценит добрые отношения в коллективе. В качестве стимула обеспечивает сотрудникам дополнительные льготы, чувство комфортности, безопасности, спокойствия
Демократический	Лидер придерживается принципа «один человек — один голос». Такой лидер побуждает сотрудников активно участвовать в принятии решений, каждого лично контролирует и побуждает к активным действиям
Наставнический	Лидер руководствуется принципом «ты можешь это сделать». Лидер такого типа помогает членам «команды» и поощряет их работать лучше, давая им возможность личного развития
Темповый	Лидер задает темп работы, стремится больше выполнять сам, берется за многие задания, много работает, предполагая, что остальные сотрудники последуют его примеру, предоставляет многим возможность самостоятельно планировать и работать

Отношение лидеров к своим подчиненным сильно влияет на выбор ими *стиля руководства (управления)*. Существуют следующие стили управления:

1. *Авторитарный стиль (единоличный, волевой, директивный)*. Руководитель, будучи энергичным, волевым человеком, чаще всего хорошо профессионально подготовленным, отдает распоряжения подчиненным уверенно, непререкаемым тоном, иногда опускаясь до резкостей и грубости. Он проявляет нетерпимость к возражениям, инакомыслию, не разрешенной им самостоятельности. Отвлекающие от работы «мероприятия и сантименты» считает недопустимыми. Отдавая распоряжения, не заботится



об обратной связи, так как всегда чувствует себя непогрешимым. Такой руководитель активно контролирует выполнение своих распоряжений, помощникам не доверяет и зачастую дублирует их деятельность, групповые решения подменяет единоличными. В результате он скатывается к «воронкообразному» управлению, т.е. берет все на себя, и ответственность в том числе.

*2. Демократический стиль.* Одной из главных черт руководителя во взаимоотношениях с подчиненными является коллегиальность.

Руководитель демократического толка держит группу в курсе своих планов и задач, выслушивает и учитывает замечания и предложения подчиненных. Практикует коллективную подготовку решений, старается передать некоторые функции управления группе, дает подчиненным возможность работать самостоятельно, но при этом достаточно четко очерчивает свои управленческие функции, функции своих помощников и меру делегирования полномочий в том или ином случае.

Демократический стиль в целом считается наиболее предпочтительным, так как он гибок, дает возможность самореализации всем членам группы в должной мере.

*3. Либеральный стиль.* Руководитель практически передоверяет свои функции помощникам. Он слишком «доступен», к нему каждый в любой момент может прийти по делу и просто так, отвлечь от работы, разговаривать долгое время, но решение будет принято лишь в том случае, если оно подготовлено подчиненным и требует только визы, а не совместной доработки.

Либерал открыт, дружелюбен, в общении боится обидеть своих подчиненных приказом. Сам либо ничего не делает, либо делает все за всех, так как организовать выполнение своих поручений подчиненными не может, обильно занимается канцелярщиной.

*4. Бюрократический стиль.* Руководитель, использующий бюрократический стиль руководства, как правило, человек неуверенный. Как и авторитарный лидер, бюрократ не придает значения развитию отношений с персоналом. Характерными чертами такого лидера являются отсутствие гибкости в руководстве и четкое соблюдение правил. Он чувствует себя спокойно, когда следует установленным политике и процедурам, а если предписания отсутствуют, бюрократ теряет уверенность.

Сравнительный анализ стилей руководства свидетельствует о том, что при авторитаризме производительность труда выше, чем при демократическом стиле руководства, но в последнем случае существенно выше удовлетворенность трудом. Либеральному стилю, как правило, сопутствует низкий уровень производительности труда и отсутствие удовлетворенности, конфликтность, фрустрация.

В реальности в «чистом виде», ни один из приведенных стилей не используется. На практике в поведении одного и того же руководителя сочетаются элементы различных стилей в зависимости от ситуации, хотя общие установки, предпочтение того или иного стиля сохраняются.

---

## ГЛАВА 2. УПРАВЛЕНИЕ ПРОЕКТАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

---

### 1. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЕКТНОГО МЕНЕДЖМЕНТА ОТ ТРАДИЦИОННОГО

Управление проектами — часть общего менеджмента и тренд сегодняшнего дня. В основе методов управления проектами лежат методики сетевого планирования, разработанные еще в конце 1950-х годов в США. Однако человечество фактически использовало проектное управление с момента своего существования, например, коллективная охота на животных с целью добычи пищи или обустройство жилища имели все признаки проектов!

В настоящее время все больше компаний прибегают к технологиям проектного управления, если необходимо решить нестандартную или стратегически важную задачу в ограниченные сроки с ограниченными ресурсами.

Почему решение подобных задач требует применения проектных технологий? Дело в том, что традиционный менеджмент в большей степени ориентирован на процесс, а не на результат. Его задача — как можно дольше удержать компанию на восходящем участке кривой ее жизненного цикла, обеспечивая высокий уровень активности бизнес-процессов, а значит и непрерывный рост ключевых показателей деятельности.

В проектном же менеджменте за основу принимается цель, для достижения которой разрабатываются календарный и финансовый планы, осуществляется оценка рисков.

*Принципиальные отличия традиционного менеджмента от проектного:*

1. Традиционный менеджмент ориентирован на ход событий, в то время как проектный менеджмент стремится к достижению определенной, заданной цели.

2. Традиционный менеджмент ориентирован на организацию, а проектный — на результат.

3. В случае традиционного менеджмента может отсутствовать определенный срок окончания конкретной работы, в то время как проектный менеджмент зачастую строго ограничен в финансах и времени.

4. В традиционном менеджменте идет планирование распределения позиций, в проектном тщательно планируются используемые ресурсы.

5. Традиционному менеджменту важен рабочий процесс, проектный менеджмент в большей мере ориентируется на определение и достижение целей.

6. В традиционном менеджменте принята общая рабочая норма, в проектном — приемка по окончанию.

7. Традиционный менеджмент характеризует относительная надежность, проектный менеджмент — предсказуемая надежность.

8. В традиционном менеджменте есть опасность монотонности, в проектном, наоборот, присутствует разнообразие, приоритет отдан ненормированности.

9. В традиционном менеджменте привлечен постоянный персонал, в проектном — проектная команда, которая меняется в зависимости от проекта.

Причинами для внедрения проектного управления в организациях являются:

1. Возможность повышения общего уровня эффективности (на 20–30%).

2. Повышение скорости оборачиваемости финансовых средств (около 50%).

3. Улучшение показателей удовлетворенности клиентов (до 30%).

4. Усиление лояльности сотрудников компании и их удовлетворенности своей деятельностью (до 30%).

Несмотря на преимущества проектного менеджмента над традиционным при решении целого круга задач, он не лишен и определенных недостатков:

1. Частое дублирование функциональных обязанностей, возрастание нагрузки на руководителя и участников проектной команды.

2. Возникновение стрессовых ситуаций, связанных с переоценкой возможностей сотрудников, техники и т.п.

3. Выгорание. Особенно в длительных и высоконагруженных проектах.

4. Конкуренция между командами за ресурсы, если проектов несколько.

5. Появление дополнительных бюрократических процедур.

6. В зависимости от организационной структуры, в которой реализуется проект, возможно нарушение ключевого принципа управления: у одного подчиненного может быть только один руководитель (иногда непосредственный руководитель и руководитель проекта, в котором принимает участие сотрудник, — разные лица).

Таким образом, проектный менеджмент — это методология достижения успеха, искусство руководства по координации усилий людей и использованию ресурсов, с применением современных научных методов для достижения оптимальных результатов по стоимости, времени и качеству, а также удовлетворению интересов всех участников проекта.

Проектный менеджмент может сосуществовать с традиционным, т.е. процессным менеджментом, в рамках одной организации. Самое главное — не внедрять его инструменты искусственно, лишь в угоду управленческой моде, если никаких реальных причин для этого нет. В противном случае, это и будет главной ошибкой применения проектных технологий!

**Проектный менеджмент — это методология достижения успеха, искусство руководства по координации усилий людей и использованию ресурсов, с применением современных научных методов для достижения оптимальных результатов по стоимости, времени и качеству, а также удовлетворению интересов всех участников проекта.**

## **2. МЕСТО И РОЛЬ ПРОЕКТНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В настоящее время в здравоохранении наблюдается активное развитие управленческих технологий, внедрение таких концепций и инструментов, как Lean-менеджмент (бережливое производство), проектное управление, управление рисками,

которые ранее были характерны только для производственных предприятий.

*Общие цели реформирования и развития здравоохранения:* достижение реальных позитивных сдвигов в показателях индивидуального и общественного здоровья, сокращение прямых и косвенных потерь общества от заболеваемости и преждевременной смерти граждан.

*Стратегические цели развития здравоохранения* — создание современной высокотехнологичной базы здравоохранения, обеспечивающей всеобщую доступность качественной и эффективной медико-социальной помощи населению при одновременном расширении возможностей инвестирования в собственное здоровье.

*Цели реформирования и развития хозяйствующих субъектов здравоохранения* — формирование внутренних и внешних условий для эффективного функционирования и развития организаций здравоохранения в гармоничном взаимодействии с окружающей их социально-экономической и эколого-гигиенической средой.

Данная тенденция продиктована целями реформирования и развития здравоохранения, а также необходимостью достижения целей соответствующих программных документов:

– Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года (утверждена Указом Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254).

– Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640).

– Национальным проектом «Здравоохранение» (включен в проектную часть Госпрограммы).

– Восемью Федеральными проектами, паспорта которых утверждены протоколом заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14.12.2018 № 3.

В приказе Минздрава России от 10.11.2017 № 904 «Об организации проектной деятельности в Министерстве здравоохранения Российской Федерации» даются основные определения проектной деятельности, определяются понятия «проект» и «проектная деятельность»:

– проект — комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленных на достижение уникальных результатов в условиях временных и ресурсных ограничений;

– проектная деятельность — деятельность, связанная с инициированием, подготовкой, реализацией и завершением проектов.

Процесс разработки и управления проектом может быть описан как последовательность определенных шагов от замысла до завершения проекта, где результаты выполнения предыдущего шага становятся исходными данными для шага последующего:

Шаг 1. Замысел проекта.

Шаг 2. Разработка плана проекта.

Шаг 3. Определение команды исполнителей.

Шаг 4. Исполнение проекта.

Шаг 5. Завершение проекта.

Описанная шаговая последовательность характерна для классической методологии проектного менеджмента — *метода водопада Waterfall* (или каскадной модели). Ее преимущество — прозрачность последовательности действий, обеспечение высокого уровня контроля в проекте и максимально возможное исключение ошибок.

Другой классический метод — *метод критического пути* (Critical Path Method, СРМ), который предполагает, что задачи разделяют по длительности и приоритету. Среди всех задач выбираются критически важные, исполнению их в плановые сроки уделяется максимум внимания, в то время как сроки выполнения остальных задач могут допустимо отклоняться от плана и контролироваться не так жестко. Применение СРМ дает возможность увеличить скорость реализации работ при минимуме ошибок, но не обеспечивает высокую адаптивность к изменениям в процессе реализации проекта.

Для реализации проектов с высокой скоростью изменений наиболее эффективной методологией является Agile — *гибкая*

**Процесс разработки и управления проектом может быть описан как последовательность определенных шагов от замысла до завершения проекта, где результаты выполнения предыдущего шага становятся исходными данными для шага последующего.**

*методология управления.* Agile включает в себя два основных метода Scrum и Kanban.

Scrum подходит для разработки чего-либо инновационного, обеспечивает высокую адаптивность и вовлеченность команды и заказчика в проект. Под каждый проект собирается команда специалистов с распределенными ролями, работающая на общий результат. Разработка ведется спринтами — короткими периодами в 1–2 недели. Промежуточные результаты постоянно оцениваются, а на основе оценки принимается решение о последовательности выполнения дальнейших задач. К сожалению, при данном подходе сложно планировать бюджет.

Kanban — метод, пришедший в управление проектами из бережливого производства, позволяет быстро перестраиваться под новые вводные, менять приоритеты, загрузку за счет исключения потерь времени и управления узкими местами. Может применяться как способ улучшения бизнес-процессов компании в целом.

Выбор методов управления проектами определяется типом проекта, имеющимися временными ресурсами, скоростью изменения внутренних и внешних переменных, квалификацией членов команды проекта. Всего в менеджменте выделяют более 15 методов, подходящих для проектов разного масштаба и тематики. Кроме традиционных и гибких методов, отдельно выделяют методы для объемных и сложных проектов — методы, основанные на процессах, и методы управления изменениями.

Так как проекты в области здравоохранения имеют долгосрочный характер и направлены в основном на организационные изменения, инфраструктуру и модернизацию IT-систем для предоставления лучшего сервиса пациентам и врачам, то в процессе их реализации может возникнуть потребность в своевременном управлении изменениями. При управлении изменениями широко используются:

1. Моделирование событий (Event Chain Methodology, ESM). Суть метода — написание реалистичного сценария и выявление того, как внешние прогнозируемые события повлияют на скорость и реализуемость проекта. ESM позволяет спрогнозировать и даже предотвратить наступление рисков.



2. Экстремальное управление (Extreme Project Management, EXP) применяется для краткосрочных проектов с большой скоростью изменений, высокой неопределенностью и рисками. EXP предполагает возможность изменения плана проекта, бюджета и даже результата.

Практически все методологии проектного управления, описанные выше, могут успешно применяться в системе здравоохранения для реализации задач как национальных и федеральных проектов, так и локальных проектов медицинских организаций различных форм собственности.

### **3. ОСНОВЫ ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Проекты, реализуемые в медицинских организациях, можно разделить на две группы. К первой группе относятся проекты, разрабатываемые и исполняемые в рамках задач федеральных или региональных проектов и программ. Вторую группу составляют проекты, инициируемые самой организацией в целях совершенствования ее деятельности или расширения линейки оказываемых услуг. Разница между группами может заключаться в источниках формирования бюджета проекта, возможных вариантах выбора технологий (Waterfall или Agile), сроках реализации и уровне рисков. Как правило, в проектах, инициируемых в рамках собственных интересов медицинской организации, наблюдается более высокий уровень рисков, в том числе и за счет применения гибких проектных технологий — «управляемого проектного хаоса».

Для того, чтобы организации быть успешной при реализации проектов для собственных нужд развития, еще до начала работы над проектом необходимо честно и развернуто ответить на несколько важных вопросов:

- Почему возник этот проект?
- Кого стоит привлечь к его разработке и реализации?
- Какие конкретные результаты нужно получить? Измеримы ли они?
- Какие условия необходимо соблюсти для обеспечения успеха проекта?



Рисунок 10. Шкала успеха проекта

- Какие есть ограничения?
- Какие работы необходимо выполнить? Какие ресурсы для этого нужны?

- Какие ресурсы имеются, а какие необходимо привлечь извне?

Особое внимание следует уделить ресурсному обеспечению. Дело в том, что правильное определение необходимых ресурсов и возможность их своевременного получения на 75% определяют успех проекта. Никакая, даже самая компетентная и работоспособная команда, не сможет обеспечить достижение целей проекта в отсутствии необходимого ресурсного обеспечения. Вклад команды в успех проекта, принятый за 100%, всего процентов 25 (рис.10)!

Кроме материальных ресурсов важными факторами достижения целей проекта выступают время и денежные средства. Можно говорить о «золотом» треугольнике проекта, который в идеальном варианте является равносторонним, что свидетельствует о сбалансированности проекта по срокам, материальным и финансовым ресурсам (рис. 11). Площадь треугольника — заданный уровень качества результата проекта. Важно, чтобы в процессе управления проектом, при измене-



Рисунок 11. «Золотой» треугольник проекта

нии (особенно сокращении!) сроков, ресурсов и финансирования проекта, площадь треугольника оставалась неизменной. В противном случае результат проекта не будет соответствовать целевому.

Наиболее частые нарушения качества результатов наблюдаются в социальных проектах, что связано с особенностями их финансирования из прибыли организации и использования гибких методологий разработки Agile. В зоне высоких рисков относительно качества результатов также находятся проекты организационных изменений, где в случае недостаточной проработки проекта может оказаться, что «хотели, как лучше, а получилось, как всегда». В более выигрышном положении оказываются технические или инфраструктурные проекты, реализуемые, как правило, в технологии Waterfall. Однако и здесь могут быть свои исключения, например, проекты, связанные с изменением ИТ-инфраструктуры.

*Особенности ИТ-проектов в медицинских организациях:*

1. Наличие большого количества функциональных заказчиков внутри самой медицинской организации.

2. Ответственный за развитие информационной системы не всегда находится в штате компании в силу действующих ограничений на соотношение медицинских и административных работников (государственные и муниципальные учреждения).

3. Стоимость контракта поддержки информационной системы увеличивается по мере увеличения штата.

4. Из-за наличия разных источников запросов и для того, чтобы выглядеть эффективным в лице заказчика, исполнитель ИТ-проекта вынужден обещать сделать «быстро», что приводит к росту многозадачности и достижению функционального предела нагрузки сотрудников. Результат — заказчики внутри медицинской организации не довольны скоростью решения задач проекта.

Этому есть и еще одна причина: заказчик — медицинская организация — разрабатывает и реализует проект в методологии Waterfall, а организация-исполнитель — реализует проект в методологии Agile, как это принято в ИТ-компаниях. В результате, ИТ-компания, в случае изменений или перегрузки работников, при нехватке рабочих рук вообще переходит на экстремальное

управление проектами, т.е. EXP. Вот и получается «разговор слепого с глухим».

5. Функциональные заказчики не могут уделять много времени управлению IT-проектом в силу необходимости выполнения прямых обязанностей, связанных с медициной.

Ключевой рекомендацией здесь может быть поиск способа включения в штат медицинской организации ответственного за реализацию IT-проектов. Он ни в коем случае не должен находиться на стороне исполнителя работ (подрядчика). В этом и заключается особая сложность реализации IT-проектов в медицинских организациях.

Независимо от типа проектов для их успешной реализации в медицинских организациях можно сформулировать несколько простых рекомендаций. Всегда следует:

- запускать проект с привлечением на старте всех заинтересованных сторон;
- выполнять планирование и оценку проекта по алгоритму планирования, изложенному в Project Management Body Of Knowledge (PMBOK — свод знаний по управлению проектами), вне зависимости от дальнейшего использования классических или гибких методологий;
- предоставлять возможность доступа исполнителю (подрядчику) к актуальному календарному плану проекта для «сверки часов» всеми задействованными сторонами;
- регулярно проводить анализ отклонений проекта от календарного плана-графика;
- выявлять причины отклонений от расписания проекта и промежуточных целевых результатов;
- разрабатывать мероприятия, повышающие вероятность завершения проекта точно в срок;
- определять риск-маркеры и отслеживать состояние внешних и внутренних переменных проекта, способных спровоцировать наступление рисков; ввести управление рисками;
- помнить, что в каждом проекте складывается своя структура, свои роли.

Для каждого нового проекта заново осуществляется распределение функций, полномочий и ответственности. Клонировать проекты невозможно!

Так как все в проектах начинается с людей, возникает вопрос «как сформировать эффективную проектную команду из числа бесконечно занятых сотрудников». Ответ тривиален — надо найти тех, кто непосредственно заинтересован в результатах проекта. «Увидеть», какие роли в проекте они могут исполнять лучше всего, поставить конкретные задачи, наделить полномочиями и дать необходимую степень свободы принятия решений.

Существует множество классификаций ролевой структуры команды, но наиболее интересной в данном случае представляется классификация R. Meredith Belbin (табл. 13).

Таблица 13

### Классификация R. Meredith Belbin

Название роли	Описание роли
Инициатор, председатель	Человек, который генерирует стратегию движения команды и цель работы
Заказчик, оформитель	Ответственный за тактику достижения цели, обеспечивает «снабжение» (контракты с субподрядчиками, формализация инструкций, мозговой штурм и пр.)
Генератор идей, провокатор	Тот, кто стимулирует процессы решения конкретных задач, иногда нестандартными методами
Критик, скептик	Человек, который выступает в роли «фильтра»: отсеивает пусть даже весьма креативные, но неуместные прямо сейчас идеи и решения
Рабочая пчела	Тот, кто воплощает в жизнь то, что сгенерировали на предыдущих этапах
Опора, дипломат	Личность, сглаживающая конфликты, мотивирующая, вдохновляющая

Название роли	Описание роли
Добытчик, контрактор	Своеобразный «коннектор», объединяющий команду с внешним миром, и, если надо, изыскивающий ресурсы, которые нужны «на вчера» внутри команды или вовне
Финализатор	Тот, кто отвечает за конечный результат/приемку проекта (выявляет ошибки на промежуточных стадиях и указывает пути доработки)

В процессе реализации проекта сотрудники могут совмещать несколько ролей. Важно только не забывать учитывать их текущие и потенциальные компетенции. В случае ошибочного распределения обязанностей между сотрудниками необходимо как можно раньше эти ошибки исправить, чтобы избежать возникновения дополнительных рисков проекта. Риски же, в свое время, тесно связаны с неопределенностью и отражают ее влияние на достижение целей проекта.

Важность правильного ролевого распределения для предотвращения рисков или их последствий связана со способностью людей допускать психологические ошибки при их трактовке.

*Ошибки, возникающие из-за психологических эффектов:*

- эффект «репрезентативности» — переоценка надежности малых выборок и редких событий, неслучайный характер выборки;
- эффект «наглядности» — переоценка «понятных», запоминающихся рисков;
- эффект «эгоцентризма» — ориентация на собственный опыт, а не данные;
- эффект «консерватизма» — неизменность сложившегося мнения о каких-либо событиях;
- эффект «края» — недооценка высоковероятных событий и переоценка маловероятных;

- эффект «Монте-Карло» — стремление установить связь между двумя последовательными событиями, в то время, как они могут быть независимы друг от друга.

Хорошим инструментом выявления рисков выступает SWOT-анализ — анализ факторов внешней (возможности и угрозы) и внутренней (сильные и слабые стороны) среды. Внешние угрозы и слабые переменные внутренней среды организации — однозначные источники проектных рисков, вероятность наступления которых лучше определять экспертным путем или с помощью метода аналогий. Любой сложный математический расчет будет красивым, но бесполезным дополнением, так как ни одна модель не может учесть все многообразие влияющих факторов, предсказать скорость и направление их моментного изменения.

Для эффективного управления рисками не следует взваливать всю работу на проектного менеджера. Каждому риску необходимо назначить ответственного. Как на старте проекта, так и в ходе его реализации надо отслеживать окружающую среду, и, несмотря на самые оптимистичные прогнозы, необходимо оставлять запас времени, финансовых и материальных ресурсов на случай наступления рискованных ситуаций. Оценку исполнителей по длительности работ и затратам проекта рекомендуется увеличивать в 1,5–2 раза.

Не менее важно следовать хорошо известному управленческому принципу: не загружать исполнителей работ более, чем на 80%, в противном случае у организации не будет резервов для реагирования на риск.

Подводя итоги и говоря о важности внедрения проектного управления в деятельность медицинских организаций, необходимо отметить, что кроме организационного и экономического есть немаловажный имиджевый эффект.

Результаты, которые медицинская организация может получить от внедрения проектного управления, в стратегическом горизонте планирования заведомо превышают затраченные усилия, так как обеспечивают совершенствование организационной структуры и бизнес-процессов, стимулируют изменения корпоративной культуры в сторону открытости и прозрачности коммуникаций, формируют у сотрудников гибкость мышления и готовность к изменениям. Проекты как

таковые, исходя из особенностей их методологий, являются площадкой для повышения квалификации сотрудников и вариантом опережающего обучения.

При желании освоить предметную область управления проектами лучше ориентироваться на первоисточники — *своды правил и стандарты проектного управления*, принятые как в России, так и за рубежом:

1. Project Management Body Of Knowledge, PMBOK — свод знаний по управлению проектами.

2. ГОСТ Р ИСО 21504-2016. Управление проектами, программами и портфелем проектов. Руководство по управлению портфелем проектов.

3. ГОСТ Р ИСО 21500-2014. Руководство по проектному менеджменту.

4. ISO 31000:2018. Менеджмент рисков.

5. Стандарты оценки компетенций менеджера проекта:

- IPMA Individual Competence Baseline (IPMA ICB);
  - НТК (Национальные требования к компетентности специалистов, Россия).
-



## ГЛАВА 3. УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

---

### 1. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ

Российская Федерация является самым большим по площади государством в мире, составляя, по данным Росстата, 17 125 426 км<sup>2</sup> с населением на 01.01.2022 г. 145 478 097 человек (в 2022 г. — 9-е место в мире). Это наложило отпечаток на форму государственного устройства — федеративность, а, следовательно, на механизмы управления.

Выделяют три типа государственного устройства: унитарный, федеративный и конфедеративный.

*Унитарные государства* — единые государства, состоящие лишь из административно-тер-

риториальных единиц. Основные признаки, составляющие унитарное государство, — наличие одноуровневой системы законодательства и подразделение на административно-территориальные единицы — муниципальные образования. Примером таких стран являются Беларусь, Чехия, Черногория и др.

*Федеративные государства* — государства, складывающиеся из ряда государственных образований (штатов, кантонов, земель, республик, областей). Основные признаки федерации — наличие двухуровневой системы власти: федеральной и региональной, двухканальной системы налогообложения; существование двухуровневой системы государственных органов. Примерами являются Россия, Германия, США, Канада, Австралия и др.

**Выделяют три типа государственного устройства: унитарный, федеративный и конфедеративный.**

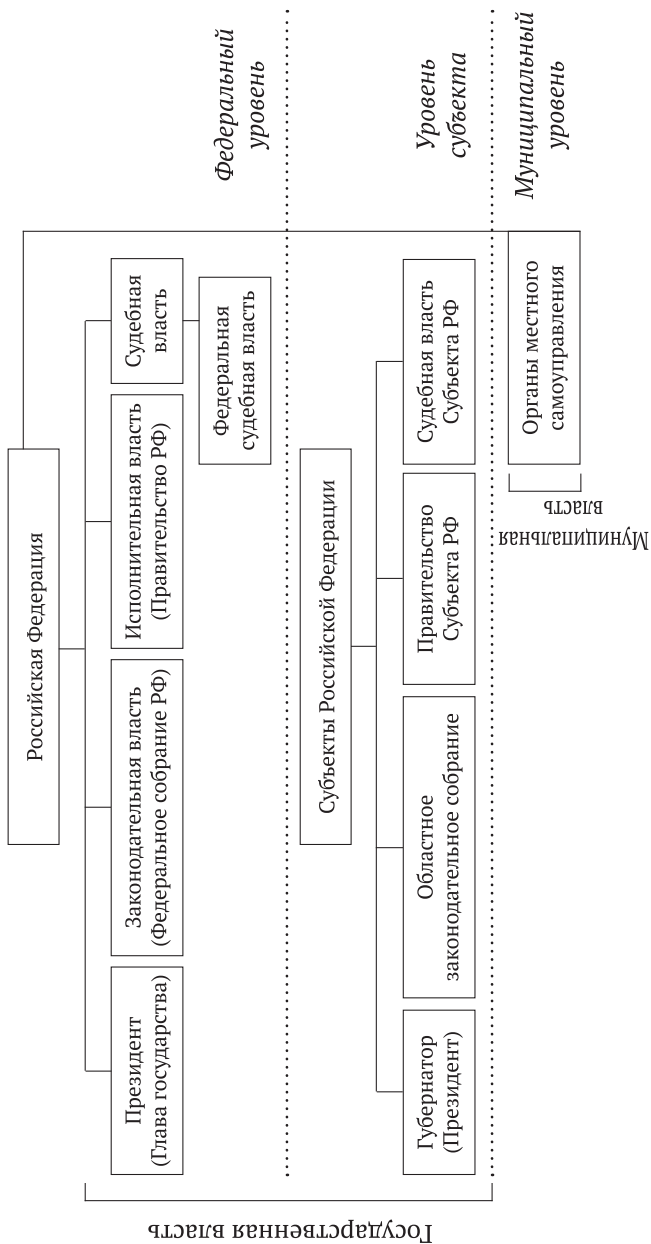


Рисунок 12. Уровни власти в Российской Федерации

*Конфедеративные государства* — объединение, т.е. временный союз государств, созданный для совместного решения задач в разных сферах; не обладает суверенитетом, так как отсутствуют общий центральный государственный аппарат и единая система законодательства. Примерами являются Евросоюз, Содружество независимых государств (СНГ), Союз России с Беларусью.

Российское государство — демократическое федеративное правовое государство с республиканской формой правления. Включает в свой состав 89 субъектов Российской Федерации: республики, края, автономную область, области, города федерального значения, автономные округа. Все эти субъекты равны.

Республики имеют свою конституцию и законодательство, остальные субъекты Российской Федерации — свои уставы и законодательства. Российская Федерация также делится на 8 федеральных округов, в каждом из которых работает полномочный представитель Президента России. В состав регионов России входят муниципальные образования — самостоятельный уровень власти, включающий в себя муниципальные районы и городские округа, которые, в свою очередь, состоят из городских и сельских поселений. Данные принципы закреплены в Конституции нашей страны — нормативно-правовом акте, имеющем наивысшую юридическую силу.

*Когда употребляют термин государственная власть, в его смысл включаются как федеральный, так и региональный уровни власти (рис. 12).*

Именно поэтому в названии учреждений обозначают подчиненность следующим образом: федеральное государственное бюджетное учреждение «НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России (ФГБУ...), государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» (ГБУЗ...), муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Вязниковского района Владимирской области «Степанцевская районная больница» (МБУЗ...). Подумайте, почему использованы термины «бюджетное» и «учреждение».

Все нормативно-правовые акты в России можно представить в виде их иерархии по степени силы документов, т.е. правового главенства одного документа над другим:

1. Конституция.
2. Федеральные конституционные законы.

3. Федеральные законы.
4. Указы Президента.
5. Акты Правительства (постановления, распоряжения).
6. Ведомственные акты (например, приказы Минздрава России).
7. Нормативные документы субъекта России.
8. Муниципальные правовые документы.

Федеральное собрание РФ принимает федеральные законы (отдельно выделяют федеральные конституционные законы), основанные на конституционно закрепленных положениях, например, статьи 41 Конституции РФ, в том числе Федерального закона от 21.11.2011 № 232-ФЗ «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации» (именно так верно писать в тексте закон: первоначально указывается дата, затем номер, далее его наименование) или Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Кроме организующих, важнейшими являются документы о финансировании системы здравоохранения, которые принимаются ежегодно, например, Федеральный закон от 06.12.2021 № 390-ФЗ «О федеральном бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», где определяются параметры расходов как на текущий год, так и плановый двухлетний период, аналогичным способом утверждается бюджет Федерального фонда ОМС: Федеральный закон от 06.12.2021 № 392-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов». Номер таких документов заканчивается буквами «ФЗ», в случае принятия федерального конституционного закона — «ФКЗ».

Путем принятия федерального закона регулируются вопросы концептуального общегосударственного значения, реализация которых затрагивает различные уровни власти, министерства, агентства и службы, частных лиц. В случаях, когда необходимо регулировать отдельные вопросы, имеющие общегосударственное значение, используют отраслевое законодательство: Федеральный закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов», Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и др.

К подзаконным документам относятся нормативные правовые акты, издаваемые на основе и во исполнение законов.

Они могут конкретизировать нормы законов, толковать их или устанавливать новые нормы, но при этом должны соответствовать и не противоречить законам. Подзаконные акты являются средством реализации законодательных норм. Они также подразделяются на несколько видов в зависимости от положения и компетенции органа, издавшего подзаконный акт, и имеют иерархическую структуру. Ведущая роль в системе подзаконных актов РФ принадлежит актам Президента РФ, которые принимаются, как правило, в форме указов, например, Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» и нормативным актам Правительства РФ, которые принимаются в форме постановлений и распоряжений. Например, ежегодные постановления Правительства РФ о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; ежегодные распоряжения о Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций.

Нормативные акты Правительства РФ не могут противоречить Конституции РФ, федеральным законам, актам Президента РФ и имеют большую силу по отношению к актам федеральных органов исполнительной власти и актам органов власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления.

Акты федеральных органов исполнительной власти (ведомственные акты) издаются на основе и во исполнение Конституции РФ, федеральных законов, указов Президента РФ, постановлений и распоряжений Правительства РФ.

Министерство здравоохранения РФ входит в состав Правительства РФ. Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ и постановлением Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской

**Акты федеральных органов исполнительной власти (ведомственные акты) издаются на основе и во исполнение Конституции РФ, федеральных законов, указов Президента РФ, постановлений и распоряжений Правительства РФ.**

Федерации» полномочия по нормативному регулированию в сфере здравоохранения закреплены за Министерством здравоохранения РФ. Именно благодаря такой правовой конструкции, Минздрав России (официальное сокращенное наименование данного министерства) имеет право издавать приказы. Например, приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (зарегистрировано в Минюсте России 01.06.2023 № 73664). Вот еще один важный правовой штрих — зарегистрировано в Минюсте России. Зачем это нужно?

Согласно постановлению Правительства РФ от 13.08.1997 № 1009 «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации», федеральные органы исполнительной власти обязаны «обеспечивать своевременное принятие нормативных правовых актов во исполнение федеральных конституционных законов, федеральных законов, указов и распоряжений Президента Российской Федерации, постановлений и распоряжений Правительства Российской Федерации и в 10-дневный срок направлять в Министерство юстиции Российской Федерации запрашиваемые в соответствии с пунктом 4 настоящего постановления нормативные правовые акты», а также исключить случаи направления для исполнения нормативных правовых актов, не прошедших государственную регистрацию и не опубликованных в установленном порядке. Документы, не имеющие правового значения, а несут методический, справочный характер.

Кроме того, официально разъяснить (толковать) применение того или иного нормативно-правового акта, в том числе, федеральных законов, имеют право федеральные органы исполнительной власти в случаях, если на них возложена соответствующая обязанность, или, если это необходимо, для обоснования решения, принятого по обращению

**Документы, не прошедшие регистрацию в установленном порядке, не имеют правового значения, а несут методический, справочный характер.**

гражданина (Типовой регламент внутренней организации федеральных органов исполнительной власти, утвержденный постановлением Правительства РФ от 28.07.2005 № 452).

Например, Минэкономразвития России очень часто дает разъяснения по применению законодательства, в том числе Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». При этом в своих письмах Минэкономразвития России обращает внимание, что согласно Положению о Минэкономразвития России, Министерство не наделено полномочиями по официальному разъяснению законодательства Российской Федерации, а также практики его применения.

Федеральные службы (Росздравнадзор, Роспотребнадзор) и федеральные агентства (Федеральное медико-биологическое агентство) издают распоряжения и приказы, имеющие нормативно-правовой характер при их регистрации в Минюсте России, например, постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20.06.2022 № 18 «Об отдельных положениях постановлений Главного государственного санитарного врача Российской Федерации по вопросам, связанным с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (зарегистрирован в Минюсте России 01.07.2022 № 69091).

Согласно Федеральному закону от 21.07.2014 № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» предусмотрено до принятия нормативного акта федерального значения проводить его публичную общественную экспертизу. Для этого в РФ работает сайт [www.regulaihen.gov.ru](http://www.regulaihen.gov.ru), где приблизительно в течение 2 месяцев проходит общественная экспертиза зако-

**Подзаконные акты субъектов РФ имеют свою иерархическую структуру и распространяются на все субъекты права, учредителем которых является субъект РФ, для всех иных — носят рекомендательный характер, кроме случаев, отдельно определенных федеральным законодательством, в том числе при введении режима ЧС или повышенной готовности.**

нопроекта, в том числе на предмет коррупционности документа.

Подзаконные акты субъектов РФ имеют свою иерархическую структуру и распространяются на все субъекты права, учредителем которых является субъект РФ, для всех иных — носят рекомендательный характер, кроме случаев, отдельно определенных федеральным законодательством, в том числе при введении режима ЧС или повышенной готовности.

Уровни власти имеют различные полномочия в сфере здравоохранения, которые закреплены главой 3 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья можно объединить в следующие группы:

1) нормативное регулирование сферы здравоохранения (проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья, защита прав и свобод человека и гражданина в сфере охраны здоровья, установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства, международное сотрудничество);

2) организация системы безопасности населения РФ, в том числе, при оказании медицинской помощи (санитарная охрана территории РФ; реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях; организация и осуществление различных видов контроля в сфере охраны здоровья; мониторинг безопасности медицинских изделий и лекарственных препаратов; организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами);

3) регулирование вопросов допуска к медицинской деятельности (лицензирование отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья);

4) ведение федеральных информационных систем;

5) организация медицинской помощи в подведомственных федеральных медицинских организациях;

6) организациях медицинской помощи отдельным категориям граждан (обеспечение лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, противовирусными лекарственными препаратами; лиц, боль-



ных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами; организация медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд РФ);

7) обеспечение разработки и реализации программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация.

Для реализации полномочий на федеральном уровне создан уполномоченный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения — Министерство здравоохранения Российской Федерации.

*Полномочия Минздрава России:*

1) проведение единой государственной политики в сфере здравоохранения, разработка и реализация государственной программы развития здравоохранения, федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и других программ в сфере охраны здоровья;

2) утверждение документов, регулирующих деятельность медицинских организаций: устанавливающих требования к размещению медицинских организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения; утверждение номенклатуры медицинских организаций, коечного фонда по профилям медицинской помощи, медицинских услуг, должностей медицинских работников и фармацевтических работников; установление общих требований к структуре и штатному расписанию муниципальных организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения;

3) координация деятельности в сфере охраны здоровья федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, субъектов государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения;

4) нормативно-правовое регулирование сферы здравоохранения, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных препаратов для медицинского применения, санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

5) нормативно-правовое регулирование организации среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования, аккредитации и аттестации специалистов;

6) другие полномочия.

Часть полномочий с федерального уровня передается на уровень субъектов РФ (*делегирование полномочий*). К ним относится: лицензирование медицинской деятельности в медицинских орга-

**Часть полномочий с федерального уровня передается на уровень субъектов РФ (делегирование полномочий), на осуществление которых бюджетам субъектов перечисляются субвенции.**

низациях, подведомственных региональным и муниципальным органам власти, частных медицинских организаций; некоторых разделов фармацевтической деятельности; деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. На осуществление переданных полномочий бюджетам субъектов РФ перечисляются субвенции.

Согласно Бюджетному кодексу РФ, **субвенция** — бюджетные целевые средства, предоставляемые бюджету другого уровня бюджетной системы РФ на безвозмездной и безвозвратной основах на оплату в **полной** (!) мере расходов, связанных с возникновением дополнительных обязательств и полномочий.

Субвенции не следует путать с **субсидиями** — формой перечисления средств с одного уровня бюджетной системы в другой для частичного возмещения расходов, при реализации собственных полномочий. Например, строительство областной больницы — это региональное полномочие, но оно может быть частично профинансировано из федерального бюджета, такая поддержка может составлять соотношение 5/95.

*Полномочия субъектов РФ в сфере здравоохранения:*

1) защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья;  
2) разработка, утверждение и реализация различных программ в сфере здравоохранения;

3) организация системы безопасности населения субъекта РФ, в том числе при оказании медицинской помощи; реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохране-

ние здоровья людей при чрезвычайных ситуациях; организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья; мониторинг безопасности медицинских изделий и лекарственных препаратов; организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами;

4) организация оказания населению субъекта РФ всех видов медицинской помощи в подведомственных медицинских организациях;

5) организация обеспечения лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями; средствами для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи;

6) организация медицинской помощи отдельным категориям граждан;

7) координация деятельности исполнительных органов государственной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на территории субъекта РФ и др.

Для реализации полномочий субъект РФ формирует структуру исполнительных органов государственной власти. В разных регионах орган может быть представлен комитетом, департаментом, министерством. Высшее должностное лицо субъекта РФ (губернатор) назначает на должность руководителя исполнительного органа государственной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья по согласованию с Минздравом России.

**Высшее должностное лицо субъекта РФ (губернатор) назначает на должность руководителя исполнительного органа государственной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья по согласованию с Минздравом России.**

Отдельные полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья могут быть переданы ими для осуществления органам местного самоуправления (делегирование полномочий).

Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья достаточно ограничены и включают:

1) создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) участие в реализации на территории муниципального образования мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях;

3) информирование населения муниципального образования, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и состояний, представляющих опасность для окружающих на территории муниципального образования, проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению населения и пропаганде донорства крови и (или) ее компонентов; профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни;

4) создание благоприятных условий в целях привлечения медицинских и фармацевтических работников для работы в медицинских организациях.

**Полномочия в сфере здравоохранения, в том числе в организации медицинской помощи, закреплены только за государственной властью (федеральной и региональной). Органы местного самоуправления создают условия для более эффективной реализации мероприятий по охране здоровья и занимаются организацией медицинской помощи в случае передачи (делегирования) полномочий с регионального уровня.**

В случае передачи полномочий в сфере здравоохранения с регионального на муниципальный уровень к полномочиям органов местного самоуправления может относиться обеспечение организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения.

Как правило, это применяется, если муниципальное образование имеет большую отдаленность от регионального центра и фактическая коммуникация затруднена, или, когда муниципальное образование имеет свободные средства в своем бюджете для дополнительного

инвестирования в медицинскую помощь гражданам, проживающим на его территории.

Таким образом, полномочия в сфере здравоохранения, в том числе в организации медицинской помощи, закреплены только за государственной властью (федеральной и региональной). Органы местного самоуправления создают условия для более эффективной реализации мероприятий по охране здоровья и занимаются организацией медицинской помощи в случае передачи (делегирования) полномочий с регионального уровня. Делегирование полномочий всегда сопряжено с определенным режимом финансирования — передачей субвенций.

До 2010 года в России существовал и муниципальный уровень управления здравоохранением, органы местного самоуправления имели в собственности медицинские организации. Однако в силу особенностей правового статуса местного самоуправления (конституционно закрепленной независимости от государственной власти) это приводило к фактическому разобщению в реализации единой политики в сфере здравоохранения на региональном уровне. В каждом регионе примерно 25–40 муниципальных образований, т.е. 25–40 самостоятельных центров принятия решений. Очевидно, что грамотного и эффективного консолидированного управления было очень тяжело достичь. Объединение здравоохранения под единое начало регионов привело к созданию *региональной централизованной модели управления медицинской помощью* в Российской Федерации (рис. 13).

**Объединение здравоохранения под единое начало регионов привело к созданию региональной централизованной модели управления медицинской помощью в Российской Федерации.**

Как указывалось выше, в соответствии с главой 3 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» («О полномочиях федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья»), одним из полномочий федеральных органов государственной

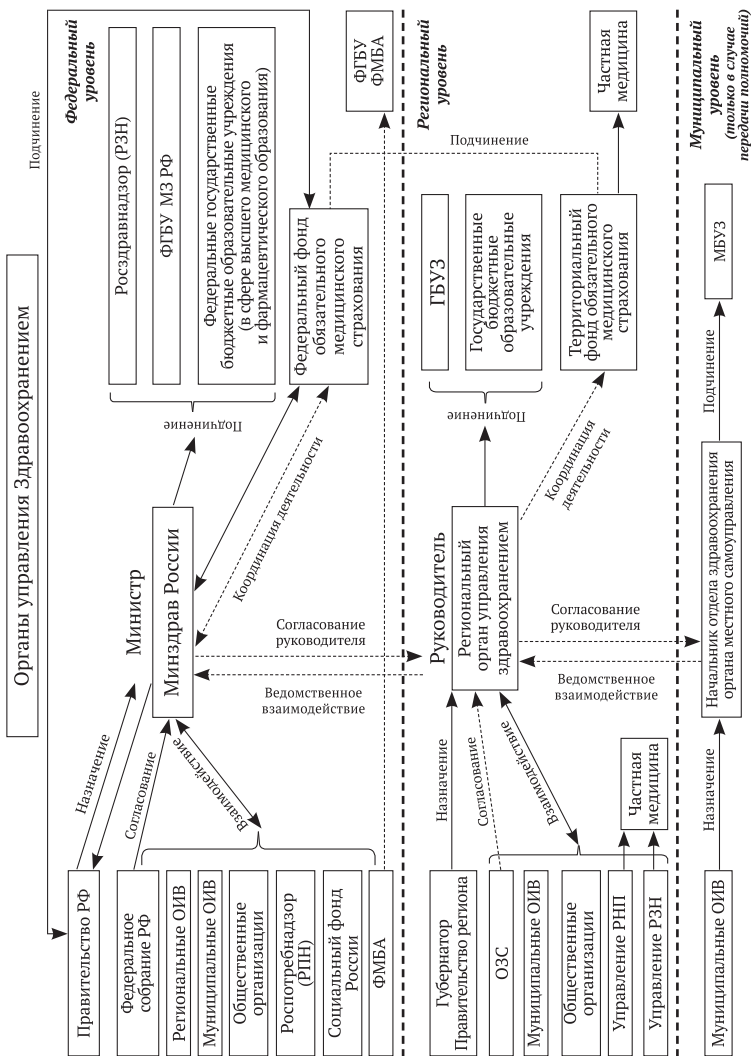


Рисунок 13. Структура управления здравоохранением России

власти является организация оказания населению первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных соответствующим органам исполнительной власти.

В целях осуществления указанных полномочий могут создаваться государственные унитарные предприятия, государственные (муниципальные) учреждения и другие организации, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляют уполномоченные органы власти в сфере здравоохранения (статья 26.11 Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»).

Органы исполнительной власти формируют систему медицинских организаций, которые соответственно могут быть федеральными (например, подведомственными Минздраву России), региональными (подведомственными региональному органу исполнительной власти в сфере управления здравоохранением), муниципальными (подведомственными органу местного самоуправления). Однако, кроме государственных и муниципальных медицинских организаций, здравоохранение России включает также частную медицину.

Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские, фармацевтические и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

Таким образом, здравоохранение России характеризуется преимущественно двумя уровнями управления системы здравоохранения

**Здравоохранение России характеризуется преимущественно двумя уровнями управления системы здравоохранения (федеральным и региональным), в случае переданных полномочий — муниципальным уровнем, а также тремя формами собственности (государственной, муниципальной, частной).**

(федеральным и региональным), в случае переданных полномочий — муниципальным уровнем, а также тремя формами собственности (государственной, муниципальной, частной).

## **2. НОМЕНКЛАТУРА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В соответствии со статьей 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, независимо от организационно-правовой формы, называется медицинской организацией. К медицинским организациям приравниваются также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Разнообразие типов медицинских организаций изложено в номенклатуре медицинских организаций (приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»). В ней все медицинские организации разделены на 2 группы: по виду медицинской деятельности и территориальному признаку.

### **I. Номенклатура медицинских организаций по виду медицинской деятельности:**

#### *1. Лечебно-профилактические медицинские организации:*

1.1. Больница (в том числе детская).

1.2. Больница скорой медицинской помощи.

1.3. Участковая больница.

1.4. Специализированные больницы (в том числе по профилю медицинской помощи), а также специализированные больницы государственной и муниципальной систем здравоохранения, например, гинекологическая, гериатрическая, инфекционная, в том числе детская и другие.

1.5. Родильный дом.

1.6. Госпиталь.

1.7. Медико-санитарная часть, в том числе центральная.

1.8. Дом (больница) сестринского ухода.



1.9. Хоспис.

1.10. Лепрозорий.

1.11. Диспансеры, в том числе диспансеры государственной и муниципальной систем здравоохранения: лечебно-физкультурный, кардиологический, кожно-венерологический и др.

1.12. Амбулатория, в том числе лечебная.

1.13. Поликлиники (в том числе детские), а также поликлиники государственной и муниципальной систем здравоохранения: консультативно-диагностическая, в том числе детская и др.

1.14. Женская консультация.

1.15. Дом ребенка, в том числе специализированный.

1.16. Молочная кухня.

1.17. Центры (в том числе детские), а также специализированные центры государственной и муниципальной систем здравоохранения: высоких медицинских технологий, в том числе по профилю медицинской помощи, гериатрический, диабетологический и др.

1.18. Медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови: станция скорой медицинской помощи, станция переливания крови, центр крови.

1.19. Санаторно-курортные организации: бальнеологическая лечебница, грязелечебница и др.

*2. Медицинские организации особого типа:*

2.1. Центры общественного здоровья и медицинской профилактики, медицины катастроф и др.

2.2. Бюро медико-социальной экспертизы, медицинской статистики, патологоанатомическое, судебно-медицинской экспертизы.

2.3. Лаборатории: клинико-диагностическая, бактериологическая, в том числе по диагностике туберкулеза.

2.4. Медицинский отряд, в том числе специального назначения (военного округа, флота).

2.5. Отдельный медицинский батальон.

*3. Медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека:*

3.1. Центры гигиены и эпидемиологии.

3.2. Противочумный центр (станция).

3.3. Дезинфекционный центр (станция).

3.4. Центр гигиенического образования населения.

3.5. Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

**II. Номенклатура медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения по территориальному признаку:**

4.1. Федеральные.

4.2. Краевые, республиканские, областные, окружные.

4.3. Муниципальные.

4.4. Межрайонные.

4.5. Районные, в том числе центральные.

4.6. Городские, в том числе центральные.

Медицинские организации, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций, на базе которых осуществляется практическая подготовка медицинских работников, (клинические базы) могут включать в свое наименование слово «клинический».

Отметим, что медицинские организации, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций, на базе которых осуществляется практическая подготовка медицинских работников, (клинические базы) могут включать в свое наименование слово «клинический».

С целью формирования эффективной сети медицинских организаций утверждены требования к размещению медицинских

организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, исходя из потребностей населения (соответствующий приказ Минздрава России от 27.02.2016 № 132н).

В соответствии с численностью обслуживаемого населения рекомендуются следующие виды медицинских организаций:

– станция скорой медицинской помощи — 1 на 50 тыс. человек и выше;

– амбулатория, в том числе врачебная, или центр (отделение) общей врачебной практики (семейной медицины) — 1 на 2–10 тыс. человек;

- поликлиника — 1 на 20–50 тыс. человек;
- детская поликлиника — 1 на 10–30 тыс. детей;
- центр консультативно-диагностический (поликлиника консультативно-диагностическая) — 1 на 250 тыс. человек;
- центр консультативно-диагностический детский (поликлиника консультативно-диагностическая детская) — 1 на 100 тыс. детей;
- поликлиника стоматологическая — не менее 1 на 100 тыс. человек;
- детская стоматологическая поликлиника — 1 на 20–50 тыс. детей;
- диспансер психоневрологический — не менее 1 на субъект РФ;
- диспансер наркологический — не менее 1 на субъект РФ;
- диспансер кожно-венерологический — не менее 1 на субъект РФ;
- диспансер противотуберкулезный — не менее 1 на субъект РФ;
- диспансер онкологический — не менее 1 на субъект РФ;
- участковая больница — 1 на 5–20 тыс. человек;
- городская больница — 1 на 20–300 тыс. человек;
- детская городская больница — 1 на 20–200 тыс. детей;
- районная больница — 1 на 20–100 тыс. человек;
- краевая, республиканская, областная, окружная больница — не менее 1 на субъект РФ;
- детская краевая, республиканская, областная, окружная больница — не менее 1 на субъект РФ;
- больница инфекционная — не менее 1 на субъект РФ;
- больница инфекционная детская — 1 на 500 тыс. детей.

В населенных пунктах с меньшим количеством населения размещение медицинских организаций и их подразделений проводится с учетом приказа Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями и дополнениями) (табл. 14).

**Размещение медицинских организаций  
и их подразделений**

Число жителей, человек	Вид медицинской организации	
	Расстояние до медицинских организаций или их подразделений	
	Менее 6 км	Более 6 км
Менее 100	Выездные формы работы вне зависимости от расстояния. Организируются домовые хозяйства	
101–300	Выездные формы работы, домовые хозяйства	Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт
301–1000	Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт вне зависимости от расстояния	
1001–2000	Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт	Отделение общей врачебной практики, врачебная амбулатория
Более 2000	Отделение общей врачебной практики, врачебная амбулатория вне зависимости от расстояния	

Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в населенных пунктах с численностью населения свыше 20 тыс. человек, размещаются с учетом шаговой доступности, не превышающей 60 минут.

Предусмотрено, что медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в экстренной форме, размещаются с учетом транспортной доступности, не превышающей 60 минут, а медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в неотложной форме, — не превышающей 120 минут.

Место расположения и территория обслуживания станций скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи, поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи) устанавливаются с учетом численности и плотности населения, особенностей застройки, состояния транспортных магистралей, интенсивности автотранспортного движения, протяженности населенного пункта, с учетом 20-минутной транспортной доступности.

Для реализации полномочий по установлению требований к размещению медицинских организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения, иных объектов

инфраструктуры в сфере здравоохранения, исходя из потребностей населения, Минздравом России разработана геоинформационная система (ГИС), являющаяся частью единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ). Геоинформационная система в автоматическом режиме оценивает реальную доступность медицинской помощи в каждом населенном пункте страны: она содержит информацию обо всех населенных пунктах, численности проживающего в них населения, транспортной инфраструктуре и медицинских организациях. На основе ГИС формируется свод населенных пунктов с затрудненной доступностью медицинской помощи. По сути, это электронная интерактивная карта РФ с медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Она позволяет оценить имеющуюся и перспективную инфраструктуру здравоохранения, способствуя таким образом выработке стратегии на уровне региона и страны в целом.

### **3. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПРОГРАММЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Программное управление является одним из механизмов государственного управления в отдельных сегментах экономики. Оно используется наравне с традиционным (вертикальным) и проектным управлениями, однако отличается многоуровневым включением власти, одновременным, взаимодополняющим финансированием из различных источников для достижения поставленной цели, выраженной в исчисляемых показателях, а также реализуемое на большей территории государства. Примером может служить Программа развития перинатальных центров (утверждена распоряжением Правительства России от 09.12.2013 № 2302-р), предусматривавшая строительство в течение 2013–2016 гг. 32 региональных перинатальных центров в 30 наиболее остро нуждающихся субъектах Российской Федерации. Программой также были предусмотрены мероприятия, направленные на подготовку необходимых медицинских специалистов для работы в перинатальных центрах, совершенствование

Государственная программа Российской Федерации — документ стратегического планирования, содержащий комплекс планируемых мероприятий, взаимосвязанных по задачам, срокам осуществления, исполнителям и ресурсам, а также инструментов государственной политики, обеспечивающих в рамках реализации ключевых государственных функций достижение приоритетов и целей государственной политики в сфере социально-экономического развития и обеспечения национальной безопасности Российской Федерации.

государственного планирования, содержащий комплекс планируемых мероприятий, взаимосвязанных по задачам, срокам осуществления, исполнителям и ресурсам, а также инструментов государственной политики, обеспечивающих в рамках реализации ключевых государственных функций достижение приоритетов и целей государственной политики в сфере социально-экономического развития и обеспечения национальной безопасности Российской Федерации.

Государственная программа (далее — ГП) используется как главный инструмент планирования социально-экономического развития страны (принцип программно-целевого планирования) и ключевой элемент формирования бюджета, ориентированного на результат (как альтернатива сметному финансированию).

территориальной модели оказания акушерской и неонатологической помощи. По результатам реализации Программы к 2016 г. были достигнуты следующие показатели: снижение материнской смертности — до 15,9 случая на 100 тыс. родившихся живыми, младенческой смертности — с 8,7 случая на 1 тыс. родившихся живыми в 2012 г. до 7,8 случая в 2016 г., ранней неонатальной смертности — с 3,55 случая на 1 тыс. родившихся живыми в 2012 г. до 3,15 случая в 2016 г., а также рост выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре.

Итак, государственная программа Российской Федерации — документ страте-

Правительство РФ разрабатывает государственную программу РФ, определяет срок ее реализации, утверждает их перечень. В настоящее время в РФ реализуются около 50 государственных программ, перечень которых можно найти на сайте Правительства РФ.

На основании государственной программы РФ составляется проект федерального бюджета на очередной финансовый год и плановый период, включая около 80% федерального бюджета.

В 2022 г. выделено 7 направлений реализации государственных программ: сохранение населения, здоровья и благополучия людей; возможности для самореализации и развития талантов; комфортная и безопасная среда для жизни; достойный, эффективный труд и успешное предпринимательство; развитие науки, промышленности и технологий; цифровая трансформация; сбалансированное региональное развитие.

Начало использования программно-целевых методов государственного регулирования относится к 1930 г. в индустриально развитых странах Европы. Большой опыт разработки и реализации Государственных программ был накоплен в СССР. Первой целевой программой в СССР многие считают план ГОЭЛРО, разработанный на основе указаний В.И. Ленина в 1920 г. Первое упоминание о целевых программах в более позднее время встречается в 1971 г. — в решениях XXIV съезда КПСС была утверждена «целостная концепция качественной перестройки планового руководства хозяйством, отвечающая требованиям современного уровня высокоразвитой советской экономики, ускорения научно-технического прогресса». В последующем осуществлялась программная проработка наиболее важных проблем (экономических, научно-технических и др.). В конце 1970–1980-х гг. перманентно разрабатывалась Комплексная программа научно-технического прогресса, основные параметры которой закладывались при составлении пятилетних планов развития страны. В новейшей истории России государственная программа, как главный инструмент планирования социально-экономического развития страны, используется с 2011 г. Федеральный закон от 28.06.2014 № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» закрепил определение государственных и муниципальных программ на законодательном уровне и придал государственным программам статус документа стратегического планирования.

Цели государственных программ формируются исходя из установленных Президентом РФ национальных целей развития Российской Федерации. К указанным целям предъявляются следующие требования: *конкретность, измеримость, достижимость, актуальность и указание срока достижения.*

В соответствии с Указом Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года», национальная цель развития РФ на период до 2030 г. в области демографии — сохранение населения, здоровья и благополучия людей. Индикаторами достижения данной цели являются снижение смертности населения от всех причин до 11,5 случая на 1000 населения и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г.

Государственная программа имеет единый принцип построения (рис. 14). Она включает подпрограммы, мероприятия, федеральные целевые программы (далее — ФЦП), ведомственные целевые программы (далее — ВЦП). В состав государственных программ входят также национальные проекты.

В настоящее время в качестве управления государственными программами используется новая система, утвержденная постановлением Правительства РФ от 26.05.2021 № 786 «О системе управления государственными программами Российской Федерации».

Предусмотрено разграничение государственной программы на проектную и процессную части. Проектная часть направлена на получение конкретного, измеримого результата в определенный срок (включает федеральные, ведомственные проек-

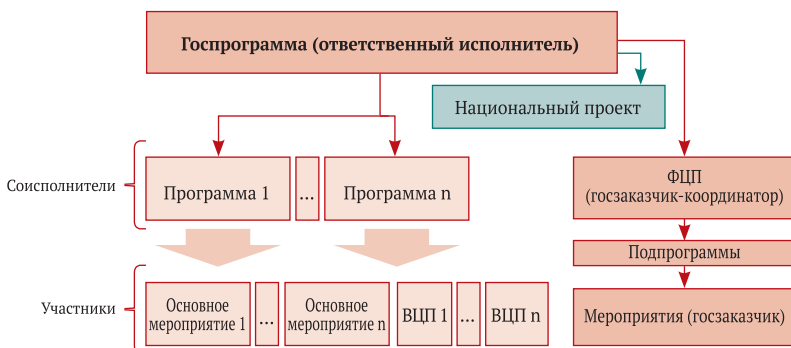


Рисунок 14. Структура государственных программ



ты). Процессная часть направлена на поддержание результата и включает осуществление комплекса процессных мероприятий, непрерывных или постоянно возобновляющихся. Процессная часть включает непосредственные, нормативно обусловленные функции федеральных органов исполнительной власти, они могут быть отражены в ведомственных программах.

Одной из государственных программ РФ является «Развитие здравоохранения Российской Федерации».

В историческом аспекте можно отметить несколько программ.

В 2006 г. началась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье», включавшего разделы по развитию первичной медико-санитарной помощи, повышение заработной платы медицинским работникам участкового звена и скорой медицинской помощи, повышению доступности высокотехнологической медицинской помощи, формированию здорового образа жизни, программу родового сертификата (рис. 15).

В 2007–2009 гг. началась программа по созданию сети травмоцентров, первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров, составивших основу организации трехуровневой системы организации медицинской помощи в России. Одновременно проводилось оснащение высокотехнологичным оборудованием онкологических диспансеров. В 2011–2013 гг. осуществлялась модернизация здравоохранения, на которую было выделено свыше 400 млрд. рублей для укрепления материально-технической базы медицинских организаций, информатизации здравоохранения и внедрения стандартов оказания медицинской помощи для организации медицинской помощи.

В 2013 г. утверждена государственная программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации» на 2013–2020 гг. (далее — ГП «Развитие здравоохранения») с последующей пролонгацией. Далее реализовывалась ГП «Развитие здравоохранения Российской Федерации» на 2018–2024 гг. утверждена постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 (в различных редакциях).

С учетом принципа проектного управления государственными программами, целями ГП «Развитие здравоохранения» к 2024 г. являются увеличение ожидаемой средней продолжительности жизни до 73,6 лет; снижение смертности населения от всех причин до 13,4 на 1000 населения, младенческой смертности до 4,5 на 1000 родившихся живыми, смертности от болезней системы кровообращения

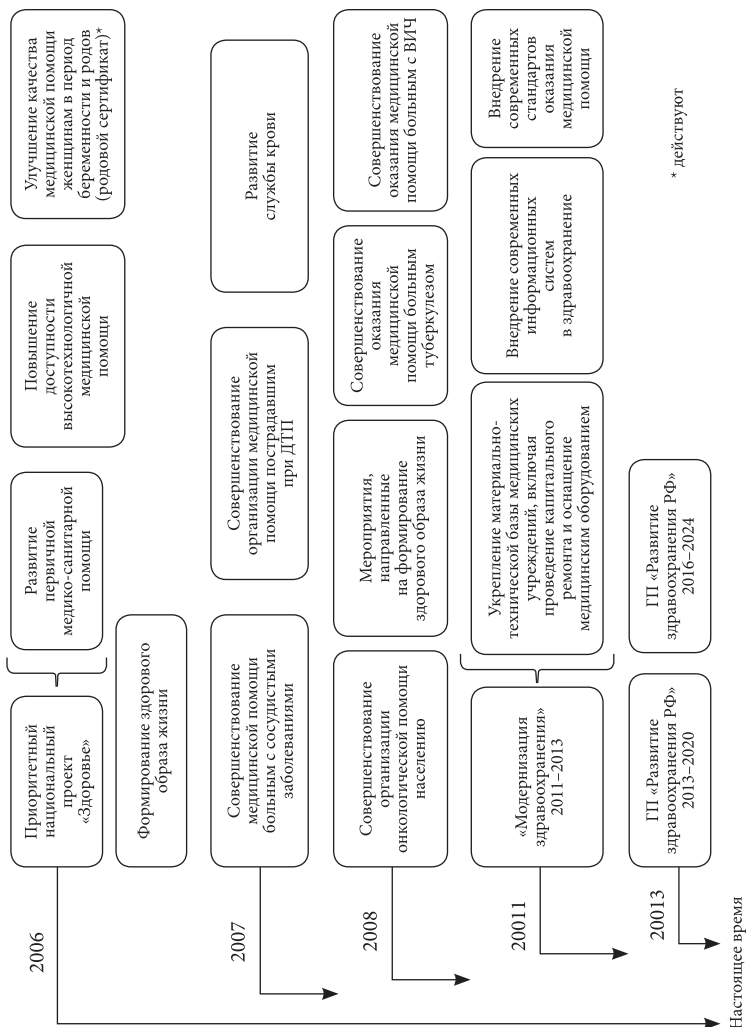


Рисунок 15. Программы развития здравоохранения России

до 555 на 100 тыс. населения, смертности от новообразований до 195,1 на 100 тыс. населения; повышение удовлетворенности населения доступностью медицинской помощи (табл. 15).

С целью развития здравоохранения определены следующие задачи:

1) создание и развитие медицинской инфраструктуры, в том числе в малонаселенных пунктах; развитие сети медицинских организаций первичного звена в малонаселенных пунктах; приобретение мобильных медицинских комплексов; организация санитарно-авиационной эвакуации в труднодоступных населенных пунктах;

2) совершенствование системы оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, злокачественных новообразованиях, а также детскому населению;

3) ликвидация кадрового дефицита;

4) информатизация здравоохранения;

5) увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни;

6) повышение качества и доступности медицинской помощи для лиц старше трудоспособного возраста.

Таблица 15

**Структура ГП «Развитие здравоохранения Российской Федерации» 2018–2024 гг.**

№ п/п	Процессная часть	Проекты (проектная часть)	
		Федеральные проекты (ФП)	Отношение к национальным проектам (НП)
1.	Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	ФП «Развитие системы оказания ПМСП»	НП «Здравоохранение»
		ФП «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»	
		ФП «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»	
		ФП «Укрепление общественного здоровья»	НП «Демография»
		Отдельные мероприятия ФП «Старшее поколение»	

№ п/п	Процессная часть	Проекты (проектная часть)	
		Федеральные проекты (ФП)	Отношение к национальным проектам (НП)
2.	Подпрограмма «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины»		
	1 ведомственная целевая программа	ФП «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»	НП «Здравоохранение»
3.	Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей»		
	3 ведомственные целевые программы	ФП «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация»	
4.	Подпрограмма «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении»		
	2 ведомственные целевые программы	ФП «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»	НП «Здравоохранение»
5.	Подпрограмма «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»		
	1 ведомственная целевая программа	ФП «Развитие экспорта медицинских услуг»	НП «Здравоохранение»
6.	Подпрограмма «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья»		
	5 ведомственных целевых программ		
7.	Подпрограмма «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»		
	2 ведомственные целевые программы		
8.	Подпрограмма «Информационные технологии и управление развитием отрасли»		
	3 ведомственные целевые программы	ФП «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)»	НП «Здравоохранение»

ГП «Развитие здравоохранения» имеет 8 направлений (под-программ), 30 ведомственных целевых программ, формирующих процессную часть, в состав которых входят:

1. Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным и больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

2. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации.

3. Высокотехнологичная медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

4. Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями.

5. Укрепление материально-технической базы учреждений.

6. Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи.

7. Обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами в амбулаторных условиях.

8. Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации.

9. Медицинская реабилитация.

10. Анализ и мониторинг системы здравоохранения.

11. Информационно-технологическая поддержка реализации государственной программы.

В состав ГП «Развитие здравоохранения» в качестве приложений входят правила распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ, а также информация по опережающему развитию приоритетных территорий РФ.

ГП «Развитие здравоохранения» включает национальный проект «Здравоохранение» (8 ФП) и национальный проект «Демография» (2 ФП).

В соответствии со статьей 82 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» источниками финансирования ГП «Развитие здравоохранения» являются средства бюджетов, средства обязательного медицинского страхования, «средства организаций и граждан, средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники».

На основе федеральной ГП «Развитие здравоохранения» субъекты РФ формируют региональные государственные программы, которые соответствуют федеральной программе, но могут содержать дополнительные направления. Так, в ГП «Развитие здравоохранения Нижегородской области» нет направлений № 2, 6, 7. В то же время она содержит такие подпрограммы, отсутствующие в федеральной ГП, как «Совершенствование системы территориального планирования здравоохранения Нижегородской области», «Энергосбережение и повышение энергетической эффективности здравоохранения Нижегородской области», «Развитие государственно-частного партнерства».

В чем практическое значение знаний о системе планирования и финансирования здравоохранения в виде государственной программы для руководителя медицинской организации? Известно, что оснащение медицинской организации проводится в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, а также в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Если руководитель медицинской организации планирует инновационное развитие своей медицинской организации сверх ограничений, установленных для его медицинской организации нормативными документами, то его предложения должны соответствовать подпрограммам и проектам государственной программы развития здравоохранения субъекта. Только в этом случае он может получить дополнительное финансирование. При необходимости можно выйти с инициативой по внесению изменений в государственную программу не только субъекта РФ, но и федеральную государственную программу.

---

РАЗДЕЛ 2.

**УПРАВЛЕНИЕ  
ОРГАНИЗАЦИЕЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**





ГЛАВА 1.  
**МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

---

---

**1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ**

Медицинская помощь — это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг (статья 2 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Классифицируется по видам, условиям и форме оказания помощи.

К видам медицинской помощи относятся (статья 32 Федерального закона № 323-ФЗ):

- 1) первичная медико-санитарная помощь (далее — ПМСП);
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь;
- 5) клиническая апробация.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

**ПМСП является основной системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.**

3) плановая — медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий; заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

ПМСП является основной системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (статья 33 Федерального закона № 323-ФЗ). ПМСП осуществляется в амбулаторных условиях и дневных стационарах.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формиро-

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы оказания медицинской помощи:

1) экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

вание групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы.

ПМСП подразделяют на три подвида:

– первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;

– первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);

– первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь.

В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Организация ПМСП взрослому населению регулируется приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», детскому населению — приказом Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

*Специализированная медицинская помощь* (далее — СМП) (статья 34 Федерального закона № 323-ФЗ) оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Осуществляется в стационарных условиях и условиях дневного стационара в плановой, неотложной и экстренной формах.

**Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи.**

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения,

а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Направление граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета осуществляется путем применения специализированной информационной системы в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Организация предоставления специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, регулируется приказами Минздрава России: от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»; от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования»; от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

*Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь* (статья 35 Федерального закона № 323-ФЗ) оказывается гражданам бесплатно при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Данная помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне меди-

цинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

На территории Российской Федерации для оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи (112) в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях; женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных; лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования. Она включает в себя санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом, а также наземным, водным и другими видами транспорта.

Выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи оказывается медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.

Организация скорой медицинской помощи регламентирована приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

*Паллиативная медицинская помощь* (статья 36 Федерального закона № 323-ФЗ) представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях

**Паллиативная медицинская помощь классифицируется по виду как паллиативная первичная доврачебная, паллиативная первичная врачебная, паллиативная специализированная.**

улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Паллиативная медицинская помощь классифицируется по виду как паллиативная первичная доврачебная, паллиативная первичная врачебная, паллиативная

специализированная. Данная помощь может оказываться в амбулаторных условиях, в том числе на дому, стационаре и дневном стационаре планово, экстренно и в виде неотложной формы.

Оказание паллиативной медицинской помощи регулируется приказом Минздрава России и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

Еще к одному виду помощи можно причислить клиническую апробацию, которая представляет собой практическое применение разработанных и ранее не применявшихся методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи для подтверждения доказательств их эффективности (статья 36.1 Федерального закона № 323-ФЗ). Она осуществляется при наличии информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного пациента, а в отношении несовершеннолетнего пациента и пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя. Медицинская помощь в рамках клинической апробации оказывается при наличии заключений этического комитета и экспертного совета Минздрава России и реализуется в федеральных медицинских организациях за счет средств федерального бюджета.

Развитие информационных технологий привнесло в здравоохранение медицинскую помощь, оказываемую с применением телемедицинских технологий (статья 36.2 Федерального закона № 323-ФЗ).

Консультации пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

1) профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и врачебной тайны.

Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается (статья 37 Федерального закона № 323-ФЗ):

1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Минздравом России;

2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

**При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и врачебной тайны.**

- 3) на основе клинических рекомендаций;
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), утверждается приказом Минздрава России и включает в себя:

- этапы оказания медицинской помощи;
- правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Так, например, в приказе Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» описаны правила организации оказания медицинской помощи взрослым с онкологическими заболеваниями, входящими в рубрики C00–C97, D00–D09, D21, D31–D33 и D35–D48 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее — МКБ-10), а также с подозрением на онкологические заболевания. Данным приказом утверждены:

- маршрутизация таких пациентов с учетом трехуровневой системы оказания медицинской помощи в России: это первичный онкологический кабинет поликлиники (далее — ПОК), центр амбулаторной онкологической помощи (далее — ЦАОП), онкологический диспансер:

- сроки ожидания медицинской помощи, правила организации деятельности, а также требования к оснащению оборудованием и штатному расписанию ПОК, ЦАОП, отделений онкологического диспансера (онкологической больницы), в том числе отделений радиологии, противоопухолевой терапии, радиотерапии, фотодинамической терапии и др.;

- типовой протокол консилиума врачей.

В настоящее время медицинская помощь в России взрослому населению оказывается с учетом стандартов медицинской



помощи и на основании действующих клинических рекомендаций. С 1 января 2019 г., согласно изменениям, введенными Федеральным законом от 25.12.2018 № 489-ФЗ, стандарты медицинской помощи должны разрабатываться на основе одобренных и утвержденных клинических рекомендаций.

Впервые определение «клиническим рекомендациям» как систематически разрабатываемым документам с целью помощи в принятии решений практикующим врачом и пациентом для обеспечения надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации в 1990 г. дали американские исследователи M. Field and K. Lohr.

Клинические рекомендации содержат основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения пациента, алгоритмы медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи, в том числе стоматологической.

Таким образом, согласно современной парадигме оказания медицинской помощи, содержание стандартов должно быть подчинено содержанию клинических рекомендаций. Это новация последних лет, когда в правовое поле Федеральным законом от 25.12.2018 № 489-ФЗ введены клинические рекомендации. Учитывая вышеизложенное и в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ термин «стандарт медицинской помощи» приобретает уточненное определение — это нормативный акт Минздрава России, разработанный в установленном им порядке на основе клинических рекомендаций, включающий в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, видов лечебного питания и иных мероприятий, с учетом которого организуется и оказывается медицинская помощь.

**Стандарт медицинской помощи — это нормативный акт Минздрава России, разработанный в установленном им порядке на основе клинических рекомендаций.**

Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и подлежат рассмотрению научно-практическим советом, созданным Минздравом России, с последующим утверждением медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, после чего размещаются на официальном сайте Минздрава России и сайтах медицинских профессиональных некоммерческих организаций.

По каждому заболеванию, состоянию для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено соответственно не более

**По каждому заболеванию, состоянию для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено соответственно не более одной клинической рекомендации, которая пересматривается не реже одного раза в три года.**

одной клинической рекомендации, которая пересматривается не реже одного раза в три года.

Стандарт медицинской помощи включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- медицинских услуг, включенных в номенклатуру медицинских услуг;

- зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ;

- медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

- компонентов крови;

- видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

- иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

В стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации допускается включение лекарственного препарата, зарегистрированного на территории Российской Федерации, применяемого в соответствии с характеристиками лекар-

ственного препарата, не указанными в инструкции по его применению, что устанавливается Правительством Российской Федерации.

При лечении пациента с целью принятия решений в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, определения его трудоспособности и профессиональной пригодности, осуществления оценки качества медицинской помощи, в том числе при назначении лекарственных препаратов, в каждой медицинской организации создается врачебная комиссия, возглавляемая руководителем медицинской организации или одним из его заместителей.

В сложных клинических случаях по инициативе лечащего врача созывается консилиум врачей, т.е. совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения.

Решения врачебной комиссии и консилиума врачей оформляются протоколом, который размещается в специальном журнале или истории болезни.

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ;
- 4) применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи;
- 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов

инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и лиц с ограниченными возможностями передвижения;

8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;

9) оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Для удобства описания медицинской помощи ее представляют в виде систематизированного перечня кодов и наименований медицинских услуг в сфере здравоохранения, которые сведены в единую номенклатуру, утвержденную приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Алгоритм кодирования медицинской услуги в номенклатуре включает пять уровней классификации и состоит из 13 буквенно-цифровых знаков. Код услуги — уникальная для каждой медицинской услуги комбинация, образующая основной код следующей структуры (табл. 16).

Таблица 16

**Кодовое обозначение объекта классификации  
«Орган, его структуры, функции организма»  
в разделах 01, 02, 05–11**

Система организма		Структуры организма, функции		Орган, связанные с ним структуры, функции	
Код	Наименование	Код	Наименование	Код	Наименование объекта
А	Нервная система и умственные функции	АА	Головной мозг и черепные нервы	ААА	Головной мозг
				ААВ	Оболочки головного мозга
				ААС	Желудочки головного мозга

Система организма		Структуры организма, функции		Орган, связанные с ним структуры, функции	
Код	Наименование	Код	Наименование	Код	Наименование объекта
				AAD	Внутричерепное пространство, в том числе субарахноидальное, субдуральное, эпидуральное; субарахноидальные цистерны
				AAF	Черепные нервы
				AAZ	Головной мозг и черепные нервы, если не указано конкретно

Таким образом, в номенклатуре представлены медицинские услуги в следующем виде (табл. 17).

Таблица 17

### Медицинские услуги

Код услуги	Наименование медицинской услуги
1	2
Раздел 01. Методы физического и функционального обследования без использования и с использованием приборов и приспособлений	
01.AFA.08.001.999	Клиностатическая проба
01.AFA.08.002.999	Клиноортостатическая проба пассивная (тилт-тест)
01.BZZ.02.005.999	Тонография глаза
01.DFY.05.001.008	Пальпация лимфатических узлов
01.DJA.05.001.008	Пальпация селезенки
01.DJA.06.001.008	Перкуссия селезенки
01.EBA.05.001.008	Пальпация щитовидной железы
01.EBA.07.001.008	Аускультация щитовидной железы
01.ETC.02.001.999	Термометрия общая
01.ETC.02.002.003	Измерение базальной температуры
01.HTA.02.001.999	Измерение частоты сердечных сокращений
01.HTB.01.001.999	Оценка толерантности к физической нагрузке

## 2. ТРЕХУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В целях соблюдения этапов оказания медицинской помощи, обеспечения преемственности, планирования и рационального размещения медицинских организаций, в зависимости от административно-территориальной принадлежности и вида оказываемой медицинской помощи, в России сформирована *трехуровневая система оказания медицинской помощи*.

В соответствии с нормативными документами (приказы Минздрава России: от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации”»; от 20.04.2018 № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения», а также приказ ФФОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»), разделение медицинских организаций по уровням выглядит следующим образом:

- *первый уровень* — медицинские организации, оказывающие населению муниципального образования, на территории которого расположены, первичную медико-санитарную помощь и (или) паллиативную медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь не более 5 профилей;

- *второй уровень* — медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований по широкому перечню профилей медицинской помощи. Сюда же относятся специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры;

- *третий уровень* — медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие высокотехно-

логичную медицинскую помощь, которые могут быть федерального или регионального подчинения.

Рассмотрим примеры организации медицинской помощи по трехуровневой системе при некоторых группах заболеваний:

– при подозрении на онкологическое заболевание или при онкологическом заболевании: 1-й уровень — поликлиника (первичный онкологический кабинет), 2-й уровень — центр амбулаторной онкологической помощи, 3-й уровень — онкологический диспансер или онкологическая больница (приказ Минздрава России от 19.02.2019 № 116н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»);

– травмах, сопровождающихся шоком: 1-й уровень — бригада скорой медицинской помощи, далее — травмоцентр 2-го уровня, далее — травмоцентр 1-го уровня (приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 927н «Порядок оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком»);

– остром коронарном синдроме (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда): 1-й уровень — бригада скорой медицинской помощи, которая обеспечивает проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, в том числе при наличии медицинских показаний тромболизиса; 2-й уровень — ближайшая медицинская организация, имеющая в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения; 3-й уровень — первичное сосудистое отделение или региональный сосудистый центр. При отсутствии на ближайшем расстоянии такой медицинской организации больной транспортируется в ближайшее первичное сосудистое отделение или кардиологическое отделение больницы с палатами реанимации и интенсивной терапии, с последующим переводом больного после стабилизации состояния в региональный сосудистый центр (приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»).

В настоящее время выделяют еще *четвертый уровень*, к которому относят национальные исследовательские медицинские центры, отвечающие за централизованное

организационно-методическое руководство и за курацию профильных медицинских организаций третьего уровня в субъектах РФ, оказывающих ВМП.

### **3. МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

*Медицинский осмотр* представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития (статья 46 Федерального закона № 323-ФЗ).

*Виды медицинских осмотров:*

1) профилактический медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;

2) предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, а также в ряде случаев при приеме на обучение;

3) периодический медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды;

4) предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, например, алкогольного, наркотического или остаточных явлений такого опьянения;

5) послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных



производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

б) иные осмотры, установленные законодательством Российской Федерации.

Для сохранения здоровья граждан проводится диспансеризация, под которой понимают комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, выполняемые в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемые в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Организация профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп населения регламентирована приказами Минздрава России: от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»; от 01.07.2021 № 698н «Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»; от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

Кроме того, за пациентами осуществляется диспансерное наблюдение — обследование лиц с определенной периодичностью, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, выполняемое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок и периодичность проведения диспансерного наблюдения утверждены приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Кроме медицинских осмотров, каждый врач в своей работе сталкивается с необходимостью проведения медицинской

экспертизы, нужной для определения способности гражданина осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием его здоровья (статья 58 Федерального закона № 323-ФЗ).

В Российской Федерации проводятся следующие виды *медицинских экспертиз*:

- 1) экспертиза временной нетрудоспособности;
- 2) медико-социальная экспертиза;
- 3) военно-врачебная экспертиза;
- 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;
- 5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;
- 6) экспертиза качества медицинской помощи.

*Экспертиза временной нетрудоспособности* граждан проводится в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, лечением в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантинном, беременностью и родами, другими обстоятельствами.

Экспертиза проводится лечащим врачом (в ряде случаев фельдшером либо зубным врачом), который единолично формирует в форме электронного документа или в отдельных случаях выдает в форме документа на бумажном носителе листок нетрудоспособности на срок до пятнадцати календарных дней включительно (фельдшер и зубной врач — до десяти дней).

Продление листка нетрудоспособности на больший срок (но не более чем на пятнадцать календарных дней одновременно) осуществляется по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка проводится лечащим врачом на более длительный период.

Листок нетрудоспособности формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной

квалифицированной электронной подписи медицинским работником и медицинской организацией.

При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе, не позднее четырех месяцев с даты начала временной нетрудоспособности, пациент направляется для прохождения медико-социальной экспертизы в целях оценки ограничения жизнедеятельности, а в случае отказа от прохождения медико-социальной экспертизы листок нетрудоспособности закрывается. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе, не позднее десяти месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее двенадцати месяцев при лечении туберкулеза, пациент либо выписывается к занятию трудовой деятельностью, либо направляется на медико-социальную экспертизу.

При оформлении листка нетрудоспособности для соблюдения врачебной тайны указывается только причина временной нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина).

Оплата пособия по временной нетрудоспособности осуществляется за счет средств Фонда социального страхования.

Еще одним видом экспертизы, с которым сталкивается врач, является *экспертиза качества медицинской помощи* (статья 64 Федерального закона № 323-ФЗ).

Экспертиза качества медицинской помощи проводится для выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, а также в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»).

Медицинскую экспертизу следует отличать от медицинского освидетельствования, представляющее собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований,

направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

*Выделяют следующие виды медицинского освидетельствования:*

- 1) освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического);
- 2) психиатрическое освидетельствование;
- 3) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;
- 4) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;
- 5) иные виды медицинского освидетельствования, установленные законодательством Российской Федерации.

#### **4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОМЕНТА СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА**

В практике врача встречается необходимость определения момента смерти человека. Законодательством установлено, что таким моментом является момент смерти его мозга, данная смерть называется биологической (статья 66 Федерального закона № 323-ФЗ).

Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В состав консилиума врачей должны быть включены анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы по специальности не менее пяти лет. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

*Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными:*

- 1) при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;
- 2) неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, проводимых в течение тридцати минут;

3) отсутствию у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

После констатации смерти тело человека направляется на патологоанатомическое вскрытие или в случае, когда невозможно однозначно исключить вероятность насильственной смерти, на судебно-медицинскую экспертизу.

По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника патологоанатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев, определенных законодательством.

Заключение о результатах патологоанатомического вскрытия выдается близким родственникам и по их инициативе может быть обжаловано в суде.

Тело, органы и ткани умершего человека могут использоваться в медицинских, научных и учебных целях в случаях письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного, либо если тело не востребовано (статья 68 Федерального закона № 323-ФЗ).

Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора допустимо только в случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов, оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред при наличии его информированного добровольного согласия (статья 47 Федерального закона № 323-ФЗ).

Совершеннолетний дееспособный гражданин может в устной форме в присутствии

**Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора допустимо только в случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов, оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред при наличии его информированного добровольного согласия.**

свидетелей или письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально, выразить свое волеизъявление о согласии или несогласии на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации.

В случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии — один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и сестры, внуки, дедушка, бабушка).

Таким образом в Российской Федерации реализуется презумпция согласия, т.е. если гражданин при жизни не выразил запрет на использование своего тела для донорства, он согласен на использование его органов и тканей для трансплантации.

## **5. МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

Для оказания медицинской помощи используют медицинские изделия и лекарственные препараты.

Медицинскими изделиями являются любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение.

Медицинские изделия разделяют на виды в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий. Присваивает вид медицинскому изделию Росздравнадзор, размещая информацию на своем официальном сайте [www.roszdravnadzor.ru](http://www.roszdravnadzor.ru) в подразделе «Электронные сервисы» — «Государственный реестр медицинских изделий и организаций, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий».

Медицинские изделия подразделяются на классы в зависимости от потенциального риска их применения и виды, в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий, утвержденной приказом Минздрава России от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий».

Выделяют четыре класса медицинских изделий:

- класс 1 — медицинские изделия с низкой степенью риска;
- класс 2а — медицинские изделия со средней степенью риска;
- класс 2б — медицинские изделия с повышенной степенью риска;
- класс 3 — медицинские изделия с высокой степенью риска.

В соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» выделяют следующие понятия:

– лекарственные средства — вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в органы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты;

– фармацевтическая субстанция — лекарственное средство в виде одного или нескольких обладающих фармакологической активностью действующих веществ вне зависимости от природы происхождения, которое предназначено для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяет их эффективность;

– лекарственные препараты — лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, сохранения, предотвращения или прерывания беременности.

Ежегодно распоряжением Правительства Российской Федерации утверждается Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации.

Ежегодно распоряжением Правительства Российской Федерации утверждается Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации. Цены на лекарственные препараты, включенные в данный перечень, регулируются государством. В этой связи

лекарственные препараты перечня ЖНВЛП используются при реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению.

Перечень включает собственно список ЖНВЛП, список лекарственных препаратов, используемых для лечения льготных категорий граждан, страдающих высокочрезвычайными нозологиями и некоторыми орфанными заболеваниями, а также минимальный аптечный ассортимент.

В случае непереносимости лекарственного препарата из перечня ЖНВЛП или по жизненным показаниям лекарственный препарат решением врачебной комиссии может назначаться вне перечня ЖНВЛП. Кроме того, лекарственный препарат может быть назначен в соответствии с клиническими рекомендациями или стандартами медицинской помощи.

Отдельно выделяют лечебное питание, т.е. питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и выполняющее профилактические и лечебные задачи (статья 39 Федерального закона 323-ФЗ).

Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий, вклю-



чает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

Специализированными продуктами лечебного питания являются пищевые продукты с установленным химическим составом, энергетической ценностью и физическими свойствами, доказанным лечебным эффектом, которые оказывают специфическое влияние на восстановление нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма, профилактику этих нарушений, а также на повышение адаптивных возможностей организма. Нормы лечебного питания утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Обособленным инструментом медицинской помощи являются биомедицинские клеточные продукты (Федеральный закон от 23.06.2016 № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах»). Под биомедицинским клеточным продуктом понимается комплекс, состоящий из клеточной линии (клеточных линий) и вспомогательных веществ либо из клеточной линии (клеточных линий) и вспомогательных веществ в сочетании с прошедшими государственную регистрацию лекарственными препаратами для медицинского применения (далее — лекарственные препараты), и (или) фармацевтическими субстанциями, включенными в государственный реестр лекарственных средств, и (или) медицинскими изделиями.

## **6. ЛЬГОТНЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ**

При оказании первичной медико-санитарной помощи выделяют льготные группы граждан по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и продуктами лечебного питания, что олицетворяет принцип преемственности между специализированной, в том числе ВМП, и первичной медико-санитарной помощью.

В зависимости от финансового источника, нозологических форм, категории населения выделены следующие льготные группы населения:

1. *Федеральные льготники.* Нормативной базой является Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи». Право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг имеют следующие категории населения (статья 6.1): инвалиды войны, участники Великой Отечественной войны, ветераны боевых действий; лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»; лица, награжденные знаком «Житель осажденного Севастополя»; лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на различных объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств; члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне, инвалиды, дети-инвалиды.

Указанные категории населения имеют право на обеспечение лекарственными препаратами в объеме, предусмотренным перечнем ЖНВЛП, медицинскими изделиями в объеме перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам при предоставлении набора социальных услуг. Дети-инвалиды обеспечиваются специализированными продуктами лечебного питания. Перечни медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания так же, как и перечень ЖНВЛП, утверждаются распоряжениями Правительства РФ.

Финансовое обеспечение льготного отпуска лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов федеральных льготников осуществляется за счет средств федерального бюджета.

2. *Региональные льготники.* Нормативной базой является постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

Категории населения аналогичны категориям населения, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, а также дети до трех лет, дети из многодетных семей до 6 лет; категории населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50% скидкой со свободных цен; категории населения по следующим заболеваниям: детский церебральный паралич; гепатоцеребральная дистрофия и фенилкетонурия; муковисцидоз; острая перемежающаяся порфирия; СПИД, ВИЧ-инфицированные; онкологические заболевания; гематологические заболевания; лучевая болезнь; лепра; туберкулез; тяжелая форма бруцеллеза; системные заболевания кожи; бронхиальная астма; ревматизм, ревматоидный артрит; инфаркт миокарда (первые 6 месяцев); состояние после операции по протезированию клапанов сердца; пересадка органов и тканей; диабет; гипофизарный нанизм; преждевременное половое развитие; рассеянный склероз; миастения; миопатия; мозжечковая атаксия Мари; болезнь Паркинсона; хронические урологические заболевания; сифилис; глаукома, катаракта; психические заболевания; Аддисонова болезнь; шизофрения; эпилепсия; гельминтозы.

Данные категории населения имеют право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями в соответствии с вышеуказанными перечнями.

Финансовое обеспечение региональной льготы осуществляется за счет регионального бюджета.

*3. Лица, страдающие высокозатратными нозологиями.* Нормативная база — постановление Правительства РФ от 26.11.2018 № 1416 «О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта–Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации». Список нозологических форм периодически дополняется.

Данные категории населения имеют право на обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с приложением перечня ЖНВЛП.

Источник финансирования — федеральный бюджет.

4. *Лица, страдающие орфанными заболеваниями.* Нормативная база — постановление Правительства РФ от 26.04.2012 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» (с изменениями и дополнениями).

Орфанные заболевания — редко встречающиеся заболевания. В России к ним относят болезни, регистрирующиеся не чаще, чем 1 на 10 000 населения (табл. 18).

Таблица 18

### Орфанные заболевания

№ п/п	Заболевание	Код заболевания
1.	Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы–Микели)	D59.5
2.	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3
3.	Дефект в системе комплемента	D84.1
4.	Преждевременная половая зрелость центрального происхождения	E22.8
5.	Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии)	E70.0, E70.1
6.	Тирозинемия	E70.2
7.	Болезнь «кленового сиропа»	E71.0
8.	Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия)	E71.1
9.	Нарушения обмена жирных кислот	E71.3
10.	Гомоцистинурия	E72.1

№ п/п	Заболевание	Код заболевания
11.	Глютарикацидурия	E72.3
12.	Галактоземия	E74.2
13.	Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри–Андерсона), Нимана–Пика	E75.2
14.	Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия	E80.2
15.	Нарушение обмена меди (болезнь Вильсона)	E83.0
16.	Незавершенный остеогенез	Q78.0
17.	Идиопатическая (первичная) легочная (артериальная) гипертензия	I27.0

Для диагностики и патогенетического лечения используются орфанные лекарственные препараты, предназначенные только для данной группы пациентов (статья 6 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств») и назначаемые, как правило, в федеральных клиниках.

Финансирование проводится за счет средств регионального бюджета.

*5. Граждане, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие острые сердечно-сосудистые заболевания или операции на сосудах, получающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях.* Нормативная база — постановления Правительства РФ: от 30.11.2019 № 1569 «О внесении изменений в государственную программу РФ “Развитие здравоохранения”»; от 24.07.2021 № 1254 «О внесении изменений в приложение № 10 к Государственной программе Российской Федерации “Развитие здравоохранения”».

Перечень лекарственных препаратов утверждается приказом Минздрава России. В настоящее время действует приказ Минздрава России от 24.09.2021 № 936н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний», в который входит более 20 международных непатентованных наименований лекарственных препаратов.

Пациенты данной категории могут получать бесплатные лекарства в течение 2 лет после постановки на диспансерное наблюдение, что важно для поддержания эффекта ВМП, проведенной на этапе стационарного лечения, а также для профилактики осложнений.

Финансирование проводится за счет средств регионального и федерального бюджетов.

6. *Дети с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями.* Данное направление льготного обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями представлено деятельностью Фонда поддержки — «Круг добра» (далее — Фонд «Круг добра», Фонд).

Фонд «Круг добра» — один из государственных внебюджетных фондов, создан Указом Президента Российской Федерации от 05.01.2021 № 16, учредителем является Минздрав России. Включает попечительский и экспертный советы.

Источники финансирования — повышенный налог на доход граждан, превышающий 5 млн руб. в год, добровольные пожертвования от частных и юридических лиц.

Первоочередная задача Фонда состоит в обеспечении пациентов с заболеваниями, входящими в Перечень заболеваний Фонда, дорогостоящими лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, включая лекарственные препараты, не зарегистрированные на территории России, медицинские изделия для реабилитации, обеспечение лечения за рубежом. Перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий и технических средств реабилитации, закупаемых Фондом «Круг добра», обновляется по мере принятия решений членами экспертного и попечительского совета Фонда.

Для получения помощи от Фонда «Круг добра» законный представитель ребенка с заболеванием, включенным в Перечень заболеваний Фонда, по согласованию с лечащим врачом, оформляет и подает заявление в региональный орган управления здравоохранением. На основании этого заявления региональный орган управления здравоохранением вместе с медицинской организацией собирает необходимый комплект документов, формирует заявку и направляет ее для рассмотрения в Фонд. Родитель или законный представитель может самостоятельно заполнить заявление в Фонд «Круг добра» через Единый портал госуслуг.

---

ГЛАВА 2.  
**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ  
УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ  
МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

---

---

Первичная медико-санитарная помощь (далее — ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи и осуществляется медицинскими и иными организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе индивидуальными предпринимателями (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В повседневной жизни можно встретить большое разнообразие наименований мест оказания ПМСП: фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, поликлиники, женские консультации, консультативно-диагностические центры, офисы врача общей практики, стоматологический кабинет и др. (приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»).

ПМСП — ведущий вид медицинской помощи во всем мире: чем больше граждан получают доступную и качественную амбулаторную помощь, тем меньше вызовов скорой помощи и меньше нуждающихся в стационарном лечении.

Среди врачей амбулаторная помощь пользуется меньшей привлекательностью за счет большей трудоемкости, более высокой ежедневной стрессовой нагрузки, меньшей технологичности, большого документооборота (до недавнего времени преимущественно в бумажном виде) и других причин. С другой стороны, работа в амбулаторном звене имеет и свои преимущества: возможность длительного наблюдения за здоровьем пациента, направленность на профилактическую работу и другие факторы. Уровню заработной платы здесь мы намеренно не даем оценку, так как проведенные исследования показывают,

что ее значение и соотношение с оплатой труда врача, работающего в стационаре, разнятся между медицинскими организациями и регионами. Однако при грамотной работе главного врача Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в части обеспечения средней заработной платы врачей в размере 200% от средней зарплаты в регионе в поликлинике выполняется.

Вся система здравоохранения страны прямо зависит от эффективности организации амбулаторной помощи. Если только представить, что поликлиническое звено перестало работать и все пациенты направляются в клиничко-диагностические отделения или приемные отделения стационаров, сразу становится очевидным, что система будет парализована. Мы видели такие ситуации в период пандемии, когда поликлиники не справлялись с пиковыми нагрузками, стационары и скорая помощь мгновенно ощущали перегрузку в своей работе. В связи с этим любой руководитель здравоохранения должен уделять пристальное внимание различным деталям организации ПМСП, начиная от рационального распределения движения пациентов, технологического обеспечения труда медицинского работника, заканчивая созданием условий для повышения знаний персонала.

Основные принципы организации ПМСП: участковость, профилактическая направленность, доступность и преемственность.

Под доступностью понимается возможность гражданина получить необходимые медицинские услуги в кратчайший срок, что достигается путем:

- организации оказания медицинской помощи по принципу приближенности ее к месту жительства, месту работы или обучения;
- наличия необходимого количества медицинских работников и уровня их квалификации;
- наличия необходимого оснащения;
- создания возможностей для выбора пациентом медицинской организации и врача;
- предоставления медицинской организацией гарантированного объема помощи в соответствии с Программой госу-



дарственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

– территориального размещения медицинских организаций исходя из потребностей населения;

– транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов.

Измеримыми характеристиками доступности являются показатели, закрепленные в территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. К таким показателям, выполнение которых предусмотрено за счет средств ОМС в 2023 году, относятся:

– количество посещений с профилактической целью для проведения профилактических медицинских осмотров — предусмотрено на уровне 0,272 на одного застрахованного;

– количество посещений с профилактической целью для проведения диспансеризации — 0,263 на одного застрахованного;

– количество посещений с иными целями — 2,395 на одного застрахованного;

– количество посещений в неотложной форме — 0,54 на одного застрахованного;

– количество обращений по поводу заболевания — 1,788 на одного застрахованного; из них выделяют отдельные диагностические (лабораторные) исследования: КТ, МРТ, УЗИ, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний и др.

Следует различать понятия «посещение» и «обращение»: обращение включает в себя не менее двух посещений и при необходимости дополнительные лабораторные услуги.

Кроме того, для пациента измеримым показателем доступности является время ожидания ПМСП. Так, сроки ожидания приема врача-терапевта, врача общей практики (ВОП) — не более 24 часов; ПМСП в неотложной форме — не более 2 часов;

**Измеримыми характеристиками доступности являются показатели, закрепленные в территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

сроки проведения консультаций врачами-специалистами (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию; сроки проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологическое заболевание не должны превышать 3 рабочих дней и т.д.

В случае несоблюдения указанных сроков со стороны пациента может появиться обоснованная жалоба.

Оказание ПМСП регулируется приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

В рамках ПМСП проводятся мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению.

В целях повышения эффективности оказания ПМСП при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, неопасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских учреждений организуется отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи. Оказание данного вида медицинской помощи осуществляется по направлению регистратора безотлагательно, на дому — в течение не более 2 часов после поступления обращения в поликлинику.

В случае отсутствия эффекта от оказываемой амбулаторной медицинской помощи и ухудшения состояния больного медицинские работники принимают меры с использованием укладки для экстренной медицинской помощи и организуют вызов бригады скорой медицинской помощи либо транспортировку больного в медицинскую стационарную организацию.

После оказания неотложной медицинской помощи пациент направляется к участковому врачу, куда передаются сведения о больном для осуществления его посещения с целью наблюдения, оценки течения заболевания и своевременного назначения

(коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активного посещения) в течение суток.

Для приближения ПМСП к месту жительства, работы или обучения граждан амбулаторные учреждения (поликлиник, врачебных амбулаторий, офисов врача общей практики и др.) функционируют по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование участков обслуживаемого населения.

Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, однако для обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан по их заявлению.

В медицинских организациях могут быть организованы участки, имеющие следующие нормативы укомплектования:

– фельдшерский — 1300 человек взрослого населения;

– терапевтический —

1700 человек взрослого населения (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, — 1300 человек взрослого населения);

– врача общей практики — 1500 человек взрослого населения;

– семейного врача — 1200 человек взрослого и детского населения;

– комплексный — 2000 и более человек взрослого и детского населения;

– педиатрический — 800 человек детского населения;

– выделяют также акушерский и приписной участки.

Для оказания медицинской помощи больным с острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным в медицинское учреждение, может организовываться стационар на дому при условии, что состояние здоровья больного и его домашние условия позволяют организовать необходимую

**Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, однако для обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан по их заявлению.**

медицинскую помощь и уход на дому. Для этого осуществляется ежедневное наблюдение больного врачом-специалистом и медицинской сестрой, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, различных процедур, а также консультации необходимых врачей-специалистов. В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными может выполняться дежурными врачами и медицинскими сестрами, а также службой неотложной медицинской помощи.

### **1. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ**

Поликлиника может быть самостоятельным юридическим лицом или структурным подразделением медицинской организации. Поликлиника организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также паллиативной медицинской помощи населению.

На должность руководителя поликлиники назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденным приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707н по характеристике должности «Главный врач медицинской организации», на должность заведующего структурным подразделением поликлиники, врача-специалиста и врача поликлиники назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к работникам с высшим образованием по соответствующей специальности.

Структура поликлиники и штатная численность устанавливаются главным врачом с учетом рекомендуемых приказом Минздрава России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» штатных нормативов (табл. 19).

Таблица 19

**Структура поликлиники в зависимости от численности  
прикрепленного населения**

Поликлиника до 30 тыс. прикрепленного населения	Поликлиника от 30 до 50 тыс. прикрепленного населения	Поликлиника свыше 50 тыс. прикрепленного населения
<b>1-й этаж</b>		
<b>Входной блок</b>		
Регистратура	То же	То же
Картохранилище/сервер для хранения электронных документов		
Зона комфортного ожидания (холл)		
Кабинет для выдачи справок		
<b>Отделение медицинской профилактики с отдельным входом (или кабинет для прикрепленного населения до 20 тыс. чел.)</b>		
Зона комфортного ожидания (холл)/стойка администратора	То же	То же
Кабинет организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации		
Кабинет диагностики и коррекции основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний (кабинеты приема врачей)		
Кабинет популяционных методов профилактики (аудитория для проведения школ здоровья)		
Смотровой кабинет		
Процедурный кабинет (забор биоматериала)		
<b>Центр здоровья (при наличии)</b>		
Зона комфортного ожидания (холл)/стойка администратора	То же	То же
Кабинет врача		
Кабинет для проведения группового профилактического консультирования (школ пациента)		
Кабинеты тестирования, инструментального и лабораторного обследования		
Кабинет гигиениста стоматологического		
Кабинет лечебной физкультуры		
Кабинет здорового питания		

Продолжение таблицы 19

Поликлиника до 30 тыс. прикрепленного населения	Поликлиника от 30 до 50 тыс. прикрепленного населения	Поликлиника свыше 50 тыс. прикрепленного населения
<b>1-й этаж</b>		
<b>Блок проведения рентгенологических исследований с отдельным входом</b>		
Рентгеновский кабинет	То же	То же
Кабинет флюорографии		
Кабинет маммографии		
		Кабинет КТ
		Кабинет МРТ
<b>Блок неотложной помощи</b>		
Отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи	То же	То же
Кабинет доврачебной помощи		
Приемно-смотровой фильтр-бокс с отдельным входом		
Отделение (кабинет) инфекционных заболеваний		
Процедурный кабинет		
Кабинет травматологии и ортопедии		
Кабинет неотложной травматологии и ортопедии		
		Кабинет паллиативной медицинской помощи
		Отделение выездной паллиативной медицинской помощи
<b>2-й этаж</b>		
<b>Терапевтическое отделение — 1 кабинет на 1700 чел. взрослого прикрепленного населения</b>		
Кабинеты врача-терапевта участкового	То же	То же
<b>Отделение общей врачебной (семейной) практики — 1 кабинет на участке врача общей практики — 1200 чел. взрослого населения, на участке семейного врача — 1500 чел. взрослого и детского населения</b>		
Кабинет врача общей практики	То же	То же

Поликлиника до 30 тыс. прикрепленного населения	Поликлиника от 30 до 50 тыс. прикрепленного населения	Поликлиника свыше 50 тыс. прикрепленного населения
<b>Блок вакцинопрофилактики</b>		
Кабинет осмотра перед вакцинацией	То же	То же
Прививочный кабинет		
Места для пациентов, которые прошли иммунизацию в прививочном кабинете и находятся под временным наблюдением		
<b>Диагностический блок</b>		
Отделение (кабинет) УЗИ	То же	То же
Отделение (кабинет) функциональной диагностики		
	Отделение (кабинет) эндоскопии	Отделение (кабинет) эндоскопии. Можно 2 кабинета: ФГДС и колоноскопии
<b>3-й этаж</b>		
<b>Лабораторный блок</b>		
Клинико-диагностическая лаборатория	То же	То же
Биохимическая лаборатория		
Микробиологическая лаборатория		
<b>Блок врачей-специалистов</b>		
Кардиолог	То же	То же
Уролог		
ЛОР		
Офтальмолог		
Эндокринолог		
Невролог		
Хирург		
		Ревматолог
		Гастроэнтеролог
		Пульмонолог
		Нефролог
		Колопроктолог

Окончание таблицы 19

Поликлиника до 30 тыс. прикрепленного населения	Поликлиника от 30 до 50 тыс. прикрепленного населения	Поликлиника свыше 50 тыс. прикрепленного населения
		Первичный онкологический кабинет (ПОК)
		Медицинский психолог
		Гериатрическое отделение (кабинет)
		Отделение (кабинет) медицинской реабилитации
<b>4-й этаж</b>		
<i>Дневной стационар</i>		
Палаты	То же	То же
Пост медицинской сестры		
Комната для приема пищи (больными)		
Кабинет заведующего (при коечности от 30 коек)		
Кабинеты врачей		
Комната персонала		
Санитарные узлы для персонала и пациентов		
<b>5-й этаж</b>		
Кабинет медицинской статистики	То же	То же
Оргметодотдел		
АХЧ		
Call-центр		
Конференц-зал		
Кабинет телемедицины		



Если количество этажей меньше, то рекомендуется размещение кабинетов производить в вышеуказанной последовательности.

В зависимости от численности прикрепленного населения в структуре поликлиники рекомендуется предусматривать различные отделения. Так, например, при численности 30–50 тыс. человек прикрепленного населения: кабинеты кардиологический, отделение (кабинет) инфекционных заболеваний, врача-невролога, оториноларингологический, офтальмологический, кабинет травматологии и ортопедии, отделение (кабинет) медицинской профилактики для взрослых, кабинет неотложной травматологии и ортопедии, урологический, фтизиатрический, врача-хирурга, кабинет врача-эндокринолога, клиничко-диагностическая лаборатория, биохимическая лаборатория, отделение (кабинет) функциональной диагностики, отделение (кабинет) ультразвуковой диагностики, отделение рентгенодиагностики, которое может включать рентгеновский кабинет, рентгеновский кабинет для рентгенографии легких (флюорографии), кабинет рентгеновский маммографический, а также отделение (кабинет) эндоскопической диагностики.

При прикреплении свыше 50 тыс. человек — к вышеперечисленному добавляются кабинет врача-гастроэнтеролога, кабинет колопроктологии, кабинет врача-нефролога (нефрологический кабинет), первичный онкологический кабинет, кабинет врача-пульмонолога, кабинет врача-ревматолога, гериатрическое отделение (кабинет), отделение (кабинет) медицинской реабилитации, кабинет паллиативной медицинской помощи взрослым, отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым, отделение рентгенодиагностики, которое может включать рентгеновский кабинет, рентгеновский кабинет для рентгенографии легких (флюорографии), кабинет рентгеновский маммографический, кабинет рентгеновский компьютерной томографии и (или) кабинет магнитно-резонансной томографии.

Основные задачи поликлиники:

– оказание первичной (доврачебной, врачебной, врачебной специализированной) медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной форме;

– проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний

и факторов риска, пропаганде здорового образа жизни, включая вопросы рационального питания;

- проведение диспансеризации населения;
- клиничко-экспертная деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности и направление граждан на медико-социальную экспертизу;
- диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями;
- организация дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе необходимыми лекарственными средствами отдельным категориям граждан;
- установление медицинских показаний и направление в медицинские организации для получения специализированных видов медицинской помощи;
- организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- проведение всех видов медицинских осмотров (профилактические, предварительные, периодические);
- установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения;
- проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям;
- осуществление медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе;

**Работа поликлиники должна организовываться по сменному графику, обеспечивающему оказание медицинской помощи в течение всего дня, а также предусматривать оказание неотложной медицинской помощи в выходные и праздничные дни.**

– оказание медицинской помощи по отказу от курения, употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем, включая направление на консультацию и лечение в специализированные профильные медицинские организации.

Работа поликлиники должна организовываться по сменному графику, обеспечиваю-

щему оказание медицинской помощи в течение всего дня, а также предусматривать оказание неотложной медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

В поликлинике рекомендуется планировать внутренние пространства, обеспечивающие комфортность пребывания пациентов, включая организацию открытой регистратуры с инфоматом, электронного табло с расписанием приема врачей, колл-центра, системы навигации, удобных холлов и оснащение входа автоматическими дверями.

В случаях отдаленного расположения населенных пунктов от медицинских организаций целесообразным является открытие Центра общей врачебной практики (семейной медицины, медицинское обслуживание всех возрастов), в котором жители могут получить не только услуги врача участкового, но и медицинскую помощь по ряду терапевтических и хирургических направлений медицинской помощи. Для этого врач общей практики (семейный врач) приобрел соответствующие компетенции в период обучения в ординатуре, а кабинет должен быть оснащен необходимыми медицинскими изделиями: таблица для определения остроты зрения (для взрослых и детей) с осветителем; аппарат для определения полей зрения (периметр); диагностический набор для офтальмоскопии и оториноскопии с ушными воронками разных размеров; тест-системы для выполнения дыхательного уреазного теста для диагностики *H. pylori*; укладка родовая акушерская; другое оборудование для диагностики и лечения, в том числе реабилитации.

С целью унификации медицинской помощи в амбулаторных условиях Минздравом России утверждены формы медицинской документации (приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»).

## **2. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ**

Важным направлением работы амбулаторных медицинских организаций является проведение профилактических

мероприятий. Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения утвержден приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н. Важно отметить, что в рамках диспансеризации проводится скрининг (раннее выявление) хронических неинфекционных заболеваний (далее — ХНИЗ), состояний и факторов риска развития ХНИЗ, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения. В программу диспансеризации и профилактических осмотров также включен онкоскрининг на 7 наиболее распространенных локализаций злокачественных новообразований. Кроме того, уделено внимание и старшей возрастной группе — проводится дополнительное обследование на выявление возраст-ассоциированных патологических состояний (гериатрических синдромов).

Особое внимание нужно уделить возможности пройти диспансеризацию не только днем, но и в вечернее время, а также по субботам. Трудовым кодексом РФ закреплено право работников при прохождении диспансеризации на освобождение от работы на один рабочий день один раз в три года с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка. Работники, достигшие возраста сорока лет, при прохождении диспансеризации имеют право на освобождение от работы на один рабочий день один раз в год с сохранением за ними среднего заработка (статья 185.1 «Гарантии работникам при прохождении диспансеризации» ТК РФ).

Диспансеризация может проходить в два этапа:

- первый, продолжительностью не более 5 рабочих дней, направлен на выявление признаков заболеваний (профилактический медицинский осмотр + проведение онкоскрининга, оценка сердечно-сосудистого риска, установление группы здоровья);
- второй, продолжительностью до 10 рабочих дней, направлен на выполнение дополнительных консультаций, исследований с целью уточнения диагноза.

Эффективность проведения диспансеризации и профилактических осмотров оценивается ежемесячно (форма № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (приказ Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н)): учитыва-

ется охват диспансеризацией прикрепленного населения, выявление хронических неинфекционных заболеваний и (или) факторов риска ХНИЗ, активное выявление на ранней стадии злокачественных новообразований, своевременность взятия на диспансерное наблюдение.

Сроки взятия на диспансерное наблюдение определены в 3 рабочих дня:

1) после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

2) после получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного.

Организация эффективного диспансерного наблюдения в первичном звене здравоохранения — еще один важный механизм снижения преждевременной смертности, а также профилактики осложнений от хронических неинфекционных заболеваний.

Диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ регламентировано приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Важным в процессе диспансерного наблюдения является достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями.

Диспансерное наблюдение осуществляется:

– врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым,

врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом);

**Важным в процессе диспансерного наблюдения является достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями.**

- врачом-специалистом;
- врачом по медицинской профилактике (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;
- фельдшером (акушером) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшером фельдшерского здравпункта (в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача).

Необходимо отметить, что перечень хронических заболеваний и состояний содержит более 100 наименований и диспансерная группа в конкретной медицинской организации и на конкретном терапевтическом участке должна составлять не менее 60% от прикрепленного населения.

Показатели эффективности проводимой диспансеризации:

1) охват диспансерным наблюдением лиц с ХНИЗ и инфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском — не менее 70%;

2) охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста из числа подлежащих ему — не менее 90%;

3) достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями;

4) сокращение числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;

5) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи;

6) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности;

7) уменьшение числа госпитализаций;

8) снижение показателей смертности, в том числе внебольничной смертности.

Таким образом, руководитель медицинской организации должен уделять максимальное внимание организационным аспектам проведения профилактических мероприятий: профилактических осмотров и диспансеризации, диспансерного наблюдения — уметь планировать работу по данному разделу и достигать вышеперечисленных целей.

### **3. ФИНАНСИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Оплата ПМСП осуществляется как в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и средств соответствующих бюджетов, так и — в качестве платной медицинской помощи — за счет средств граждан и организаций.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, определяется территориальным Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования.

В настоящее время существует несколько механизмов оплаты ПМСП, оказанной медицинскими организациями или их структурными подразделениями:

- по подушевому нормативу амбулаторно-поликлинической помощи на прикрепившихся лиц, включая оплату расходов при оказании помощи в ФП/ФАП (основной вид финансирования);

- оплата за единицу объема медицинской помощи — за медицинскую услугу, посещение, обращение;

- оплата за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (дневных стационаров при поликлинике, в том числе стационаров на дому).

Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи (далее — подушевое финансирование) — способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, зависит от численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, половозрастного состава и размера подушевого норматива финансирования по ОМС, а также показателей результативности деятельности медицинских организаций, в том числе внедряющих новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства. Оплате за счет подушевого финансирования подлежат посещения и обращения к врачу-терапевту участковому, врачу-терапевту участковому цехового врачебного участка, врачу-гериатру, врачу-педиатру

участковому, врачу общей практики (семейному врачу), врачу отделения медицинской помощи детям и подросткам в образовательном учреждении и другим врачам-специалистам, а также параклинические исследования (определение группы крови, резус-фактора, HBS-антигена, HCV-антигена, RW, ВИЧ; общий и биохимический анализ крови, включая определение общего белка и отдельных фракций и др.), все виды рентгенологических исследований, УЗИ, функциональные исследования.

Данный механизм оплаты имеет свои положительные стороны: финансирование поликлиники зависит от количества прикрепленного населения и не зависит от количества выполненных посещений и обращений, минимизирует избыточное назначение посещений и «приписки» (фиктивные случаи оказания медицинской помощи); главный врач имеет возможность прогнозировать общий объем финансирования. В случае отсутствия в поликлинике врача-специалиста, входящего в подушевое финансирование, поликлиника (заказчик) должна направить пациента в другую медицинскую организацию (исполнитель). Это внешняя медицинская услуга. Внешние медицинские услуги оплачиваются по стоимости посещения или обращения из средств подушевого финансирования. В этой связи поликлиника заинтересована в укомплектовании специалистами, что позволяет оказывать медицинскую помощь максимально в своей поликлинике, не направляя пациента к врачу-специалисту другой поликлиники.

Однако есть и отрицательный момент — отсутствие мотивации руководителя поликлиники к увеличению объемов медицинской помощи, развитию тех амбулаторно-поликлинических услуг, оплата которых включена в подушевое финансирование (например, использование телемедицинских технологий), возможность перекадывания нагрузки на некоторые виды стационарной помощи, не включенные в подушевой тариф. И здесь мощным фактором стимулирования являются показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, включая показатели установленных объемов профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

Оплата отдельным тарифом за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, посещение, обращение) включает оплату:



– посещений с иными целями; за обращение осуществляется оплата медицинской помощи, оказанной специалистом, не включенными в подушевой норматив финансирования: врачом акушером-гинекологом (в том числе для приема беременных и посещений окружных кабинетов пренатальной диагностики), врачом-терапевтом женских консультаций, врачом-онкологом (в том числе ЦАОП), врачом — детским онкологом, врачами-специалистами и средним медицинским персоналом, оказывающим стоматологическую помощь детскому и взрослому населению (за исключением ортопедического лечения взрослого населения), а также фельдшером ФП/ФАП. В структуру обращения включается не менее двух посещений по поводу заболевания, а также необходимые для лечения лабораторные и функциональные исследования, предусмотренные Программой государственных гарантий;

- посещений центров здоровья;
- посещений в неотложной форме;
- диагностических услуг (в том числе КТ, МРТ, сцинтиграфии, маммографии, велоэргометрии, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических и патологоанатомических исследований, тестирования на новую коронавирусную инфекцию COVID-19);
- комплексных посещений для проведения углубленной диспансеризации;
- комплексных посещений при обращении по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

При условии соответствия ФП/ФАП требованиям, установленным Положением об организации оказания ПМСП взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, для них за счет средств ОМС устанавливается дифференцированный финансовый норматив в зависимости от численности обслуживаемого населения (100–900 человек, 900–1500 человек, 1500–2000 человек). При несоответствии требованиям вышеупомянутого приказа ФП/ФАП остаются на бюджетном финансировании.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется за случай (законченный

случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу.

Формирование клинико-статистических групп осуществляется на основе совокупности параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов.

В качестве критериев группировки в клинико-статистических группах используются:

- диагноз (код по МКБ-10);
- хирургическое вмешательство и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с номенклатурой), а также при необходимости конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- возрастная категория пациента;
- сопутствующий диагноз и (или) осложнения заболевания (код по МКБ-10);
- оценка состояния пациента по шкалам: шкала реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ), индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (видео-ЭЭГ-мониторинга);
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- пол;
- длительность лечения;
- этап проведения ЭКО;
- показания к применению лекарственного препарата;
- степень тяжести заболевания;
- сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по ШРМ с назначением ботулинического токсина).

В дневных стационарах учет фактического количества пациенто-дней осуществляется в следующем порядке:

- день поступления и день выписки считаются за два дня лечения, за исключением пребывания больного в дневном стационаре в течение одного календарного дня;

– при переводе больного из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении;

– при переводе больного из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар (и наоборот) дата госпитализации в дневной стационар не должна соответствовать дате выписки из круглосуточного стационара.

Выведение оплаты ряда амбулаторных услуг из подушевого финансирования также мотивирует к развитию данных видов деятельности и тем самым делает более доступной первичную медико-санитарную помощь.

Мы уже неоднократно говорили о высокой важности роли участкового врача для всей системы здравоохранения. Государство выделяет дополнительные средства на развитие поликлиник, в том числе повышение оплаты труда работникам. С целью оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового приказом Минздравсоцразвития России от 19.04.2007 № 282 были утверждены следующие критерии:

– стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;

– снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;

– увеличение числа посещений прикрепленного населения с профилактической целью;

– полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;

– полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения: против дифтерии — не менее 90% в каждой возрастной группе; против гепатита В — не менее 90% лиц в возрасте до 35 лет; против краснухи — не менее 90% женщин в возрасте до 25 лет;

– стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому: при сердечно-сосудистых заболеваниях, туберкулезе, сахарном диабете;

– снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни и др.

#### 4. УЧЕТНЫЕ И ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В поликлинике применяется большое количество учетных форм медицинской документации и их заполнение, особенно в бумажном виде, трудозатратно. В последнее время в связи с развитием информационных технологий, внедрением медицинских информационных систем, созданием единого цифрового контура постепенно происходит переход на электронный медицинский документооборот. Автоматизация рабочих мест медицинских работников является актуальным и перспективным направлением развития ПМСП. Медицинская документация амбулаторно-поликлинического звена утверждена приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (табл. 20).

Таблица 20

##### Учетные медицинские формы, наиболее часто применяемые в амбулаторно-поликлинической практике

№ п/п	Название	НПА	Номер формы (при наличии)
1.	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н	025/у
2.	Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н	025-1/у
3.	Контрольная карта диспансерного наблюдения	Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н	030/н
4.	Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг	Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н	030-13/у
5.	Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение	Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н	070/у
6.	Санаторно-курортная карта	Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н	072/у

№ п/п	Название	НПА	Номер формы (при наличии)
7.	Санаторно-курортная карта для детей	Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н	076/у
8.	Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н	086/у
9.	Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы № 086/у и № 086-1/у)	Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н	086-2/у
10.	Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)	Приказ Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н	131/у
11.	Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения	Приказ Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н	131/о
12.	Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	027/у
13.	Направление на консультацию во вспомогательные кабинеты	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	028/у
14.	Книга записи вызовов врача на дом	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	031/у
15.	Книга регистрации листков нетрудоспособности	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	036/у
16.	Листок нетрудоспособности	Приказ Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н	–
17.	Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	044/у
18.	Карта обратившегося за антирабической помощью	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	045/у
19.	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	058/у
20.	Карта профилактических прививок	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	063/у
21.	Журнал учета профилактических прививок	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	064/у

## Продолжение таблицы 20

№ п/п	Название	НПА	Номер формы (при наличии)
22.	Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ, о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030	095/у
23.	Сведения о лекарственных средствах, выписанных и отпущенных гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг	Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255	030-Р/у
24.	Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию	Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255	057/у-04
25.	Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести	Приказ Минздравсоцразвития России от 15.04.2005 № 275	315/у
26.	Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве	Приказ Минздравсоцразвития России от 15.04.2005 № 275	316/у
27.	Регистрационная карта лица, подвергшегося радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС	Приказ Минздрава России от 26.11.1993 № 281	33-1/у-93
28.	Заключение о результатах медицинского освидетельствования граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	Приказ Минздрава России от 18.06.2014 № 290н	164/у
29.	Медицинское свидетельство о смерти	Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 352н	106/у
30.	Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому	Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413	039/у-02

№ п/п	Название	НПА	Номер формы (при наличии)
31.	Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому	Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413	066/у-02
32.	Протокол установления смерти человека	Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 № 950	–
33.	Заключение медицинского учреждения о наличии (отсутствии) заболевания, препятствующего поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению	Приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 № 984н	№ 001-ГС/у
34.	Паспорт здоровья	Приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 № 984н	025/у-ГС
35.	Медицинское заключение о наличии (отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами	Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1092н	–
36.	Справка о проведенных профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или наличии медицинских противопоказаний к вакцинации	Приказ Минздрава России от 12.11.2021 №1053н	–
37.	Медицинский сертификат о профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или медицинских противопоказаниях к вакцинации и (или) перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	Приказ Минздрава России от 12.11.2021 №1053н	–

## Окончание таблицы 20

№ п/п	Название	НПА	Номер формы (при наличии)
38.	Сертификат о профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или медицинских противопоказаниях к вакцинации и (или) перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	Приказ Минздрава России от 12.11.2021 №1053н	–
39.	Рецептурный бланк	Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н	148-1/у-88
40.	Рецептурный бланк	Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н	107-1/у
41.	Рецептурный бланк	Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н	148-1/у-04 (л)
42.	Специальный рецептурный бланк	Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н	107/у-НП
43.	Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием	Приказ Минздрава России от 26.11.2021 г. № 1104н	№ 002-О/у
44.	Журнал регистрации выданных медицинских заключений об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием	Приказ Минздрава России от 26.11.2021 г. № 1104н	№ 002-О/у-10
45.	Медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов	Приказ Минздрава России от 26.11.2021 г. № 1104н	№ 003-О/у
46.	Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н	–
47.	Отказ от вида медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н	–



С целью сбора и анализа показателей деятельности системы здравоохранения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи в Российской Федерации утверждены годовые формы федерального статистического наблюдения:

– форма № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях» (приказ Росстата от 30.08.2019 № 479);

– форма № 7-травматизм «Сведения о травматизме на производстве и профессиональных заболеваниях» (приказ Росстата от 22.06.2020 № 326);

– форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (приказ Федеральной службы государственной статистики от 20.12.2021 № 932);

– форма № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций»;

– форма № 15 «Сведения о медицинском наблюдении за состоянием здоровья лиц, зарегистрированных в национальном радиационно-эпидемиологическом регистре» (приказ Росстата от 27.12.2016 № 866);

– форма № 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» (приказ Росстата от 25.12.2014 № 723);

– форма № 30 «Сведения о медицинской организации» (приказ Федеральной службы государственной статистики от 20.12.2021 № 932);

– форма № 55 «Сведения о деятельности службы медицины катастроф субъекта Российской Федерации»;

– форма № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин» (приказ Росстата от 27.12.2016 № 866);

– форма № 131/о «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения» (приказ Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н).

---

ГЛАВА 3.  
**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ  
СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

---

---

Медицинская помощь, требующая круглосуточного наблюдения за пациентом, оказывается в стационарных условиях и относится к специализированной медицинской помощи.

В соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» специализированная медицинская помощь оказывается в больницах, в том числе специализированных, участковых больницах, больницах скорой медицинской помощи, родильных домах, госпиталях, медсанчастях, диспансерах. Специализированные больницы разделяют на гинекологические, гериатрические, инфекционные взрослые и детские, кардиологические, медицинской реабилитации взрослые и детские, наркологические, онкологические, офтальмологические, психиатрические взрослые и детские, психиатрические (стационар) специализированного типа, психиатрические (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением, туберкулезные взрослые и детские. Могут быть и многопрофильные больницы. Возможны также другие классификации, например, по выполняемой функции: общеклиническая, научная (научно-исследовательский институт эндокринологии), клиническая (университетская клиника).

Основная функция больниц — оказание круглосуточной медицинской помощи, проведение инвазивных диагностических исследований, после которых требуется наблюдение за пациентом, оказание хирургической помощи, проведение интенсивной терапии и подбор медикаментозного лечения в сложных клинических случаях.

Типовая структура больницы включает блок управления, клинический блок (приемное отделение, стационар: палатные

отделения, операционный блок, отделение реанимации и интенсивной терапии), лечебно-диагностические отделения и АХЧ.

Для повышения эффективности диагностики и лечения отдельных заболеваний или групп заболеваний на базе стационаров больниц организуют специализированные межрайонные центры (первичное сосудистое отделение, травмоцентр 2-го уровня, межрайонные перинатальные центры, центры амбулаторной онкологической помощи) или региональные центры (региональный сосудистый центр (далее — РСЦ), перинатальный центр 3-го уровня, региональный эндокринологический центр и др.). Их размещение зависит от сложившихся логистических потоков, возможности оказания медицинской помощи в утвержденные сроки, концентрации персонала и оборудования. Из перечисленных условий наиважнейшим для принятия управленческого решения является наличие подготовленного персонала, так как при его отсутствии любое закупаемое оборудование не будет в полной мере использовано.

Медицинские организации размещают на основе нормативов, установленных приказом Минздрава России от 27.02.2016 № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения». Так, медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в экстренной форме, за исключением станций скорой медицинской помощи, отделений скорой медицинской помощи поликлиники (больниц, больниц скорой медицинской помощи), размещаются с учетом транспортной доступности, не превышающей 60 минут; оказывающие медицинскую помощь в неотложной форме — 120 минут; краевая (республиканская, областная) — 1 на регион, инфекционная — 1 на регион, инфекционная детская на 500 тыс. жителей (табл. 21).

**Типовая структура больницы включает блок управления, клинический блок (приемное отделение, стационар: палатные отделения, операционный блок, отделение реанимации и интенсивной терапии), лечебно-диагностические отделения и АХЧ.**

Таблица 21

**Площадь земельного участка на 1 койку**

<b>Коечная емкость стационара</b>	<b>50</b>	<b>150</b>	<b>300–400</b>	<b>500–600</b>	<b>800</b>	<b>1000</b>
Площадь земельного участка на 1 койку, м <sup>2</sup>	300	200	150	100	80	60

Вопросы организации эпидемиологической безопасности пребывания пациента в стационаре регулируются постановлениями Главного государственного санитарного врача России, которые будут рассмотрены в соответствующей главе.

В состав больниц могут входить амбулаторные подразделения, например, поликлиники. При этом в поликлинику в качестве обособленных структурных подразделений могут быть включены ФП/ФАП, врачебная амбулатория. На базе больниц 3-го уровня организуются консультативно-диагностические отделения, которые необходимы для определения дальнейшей тактики лечения пациентов в сложных клинических случаях, нуждающихся в продолжении лечения в стационарных условиях, что позволяет быстрее освободить стационарную койку, следовательно, более эффективно использовать ресурсы здравоохранения. Такая структура способствует более эффективному использованию кадровых и материальных ресурсов, предотвращает создание дублирующих служб (рентгенологической, лабораторной и т.п.), при этом фактически формируется единая система управления здравоохранения на территории, как правило, небольшого муниципального образования, а медицинский персонал имеет возможность совмещать работу в амбулаторных и стационарных условиях.

Приказом Минздрава России от 21.01.2022 № 19н утверждено Типовое положение о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице (табл. 22).

Таблица 22

**Типовое положение о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице**

<b>В краевой (республиканской, областной, окружной) больнице рекомендуется предусматривать следующие подразделения</b>		
Колл-центр	Приемное отделение	Специализированные отделения. Операционный блок. Отделение анестезиологии и реанимации
Консультативно-диагностическое отделение (поликлиника)	Стационарное отделение скорой медицинской помощи. Отделение сочетанной травмы. Операционное отделение для противошоковых мероприятий	Лечебно-диагностические подразделения (лаборатории, отделения лучевой, ультразвуковой, радиоизотопной, функциональной диагностики, трансфузиологии, лечебной физкультуры, физиотерапевтическое)
Кабинет врача-эпидемиолога (отделение)		
Кабинет клинического фармаколога (отделение)		
Отделение экстренной и планово-консультативной помощи, включая дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии	Региональные центры специализированной помощи: РСЦ, травмоцентр 1-го уровня	Отдел клинико-экспертной работы. Комиссия (служба) по внутреннему контролю. Организационно-методический отдел. Юридический отдел
	Патолого-анатомическое отделение	

Профиль специализированных отделений определяют в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (табл. 23).

Таблица 23

**Рекомендуемая структура РБ/ЦРБ**

<b>Количество обслуживаемого населения, человек</b>			
<b>10–30 тыс.</b>	<b>30–50 тыс.</b>	<b>50–100 тыс.</b>	<b>100–200 тыс.</b>
75 коек	80–130 коек	180–300 коек	400 коек и более
Поликлиника	То же	То же	То же
Приемное отделение			
Терапевтическое отделение с педиатрическими койками	Терапевтическое отделение с кардиологическими койками (при условии удаленности ближайшего кардиологического отделения более 100 км)	Терапевтическое отделение	
		Кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии	Кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии для больных с острым коронарным синдромом (ПСО)
Хирургическое отделение с гинекологическими койками для оказания urgentной помощи	То же	Хирургическое отделение	Хирургическое отделение с хирургическими койками для детей
		Отделение травматологии и ортопедии	То же
Гинекологические койки			
Инфекционное отделение		Инфекционные отделения для взрослых и детей	

<b>Количество обслуживаемого населения, человек</b>				
<b>10–30 тыс.</b>	<b>30–50 тыс.</b>	<b>50–100 тыс.</b>	<b>100–200 тыс.</b>	
75 коек	80–130 коек	180–300 коек	400 коек и более	
Отделение (койки) реанимации (интенсивной терапии)	То же	Отделение анестезиологии и реанимации	То же	
Отделение сестринского ухода		То же		
Ургентный родильный зал с койками для беременных и рожениц		Родильное отделение с койками патологии беременности		
Отделение Скорой медицинской помощи		То же	То же	То же
Первичный онкологический кабинет (ПОК) в поликлинике	Детская поликлиника			
Неврологическое отделение	Неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ПСО)			
Травмоцентр 3-го уровня	Травмоцентр 2-го уровня			
	Центр амбулаторной онкологической помощи			То же

Окончание таблицы 23

<b>Количество обслуживаемого населения, человек</b>			
<b>10–30 тыс.</b>	<b>30–50 тыс.</b>	<b>50–100 тыс.</b>	<b>100–200 тыс.</b>
75 коек	80–130 коек	180–300 коек	400 коек и более
		Стоматологическая поликлиника	
		Рентгеновское отделение, кабинет УЗИ, функциональной диагностики, клинично-диагностическая лаборатория	
			Офтальмологическое отделение
			ЛОР-отделение
			Урологическое отделение
			Кабинет КТ
			Эндоскопическое отделение
			Отделение паллиативной медицинской помощи
			Отделение реабилитации
Аптека, пищеблок, лабораторное отделение, патологоанатомическое отделение, стационары дневного пребывания, в том числе стационары на дому, организационно-методический отдел. РБ/ЦРБ могут иметь фельдшерско-акушерские пункты, фельдшерские здравпункты, амбулатории			
Минздрав России рекомендует оснащать медучреждения транспортными средствами отечественного производства из расчета одно транспортное средство на 1300 человек взрослого населения			

Для эффективной организации медицинской помощи Минздравом России утверждены формы медицинской документации,



используемые на стационарном этапе (приказ Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения»).

## 1. ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Госпитализация пациентов осуществляется через приемное отделение, являющееся структурным подразделением медицинской организации, предназначенное для приема и регистрации больных, врачебного осмотра, оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, уточнения профиля отделения для госпитализации пациентов, санитарно-гигиенической обработки пациентов и их транспортировки в отделения стационара.

Основные функции приемного отделения:

1) прием, осмотр и обследование пациентов, поступивших (обратившихся) в приемное отделение;

2) проведение пациентам исследований, необходимых для решения вопроса о госпитализации, наблюдение за пациентами, находящимися в приемном отделении, для уточнения предварительного диагноза и определения дальнейшей маршрутизации;

3) оформление и ведение учетно-отчетной медицинской документации;

4) определение требований к транспортировке пациентов и их транспортировка в отделения медицинской организации или перевод в другую медицинскую организацию;

5) проведение медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического, токсического) и оформление его результатов (при наличии лицензии);

6) обеспечение мероприятий по выявлению и профилактике инфекционных заболеваний;

7) прием на хранение личных вещей госпитализируемых пациентов установленным порядком;

8) поддержание постоянной готовности приемного отделения к работе в условиях чрезвычайных ситуаций и при выявлении пациентов с особо опасными инфекциями.

Приемное отделение размещается в лечебном корпусе медицинской организации, в котором расположены отделения стационара с наибольшей коечной емкостью, на первом этаже. Ширина проезжей части дороги, ведущей к приемному отделению, должна допускать возможность разъезда 2 автомобильных транспортных средств. Однако приемные отделения для педиатрического, акушерского, инфекционного, кожно-венерологического, туберкулезного, психиатрического (психосоматического) отделений должны быть автономными.

Место высвобождения транспортных средств, доставивших пациентов, должно быть оборудовано теплым навесом и обеспечивать одновременное размещение 1–2 санитарных автомобилей, а подъезд — снабжен пандусом.

В приемном отделении, как правило, должны быть холл с местами для ожидания посетителей (ожидальня), пост дежурной медицинской сестры, смотровой кабинет, противошоковая, перевязочная (чистая и гнойная), процедурный кабинет, диагностический бокс (палата), кабинет заведующего отделением, кабинет старшей медицинской сестры, комната сестры-хозяйки, комната персонала, санитарный пропускник и туалет для посетителей.

При наличии возможности в приемном отделении разворачиваются экспресс-лаборатория, рентгеновский кабинет, изолятор, кабинет ультразвуковой диагностики, кабинет эндоскопии, дополнительные смотровые кабинеты, комната отдыха медицинского персонала и другие вспомогательные помещения.

Места для ожидания посетителей должны быть обеспечены мебелью с покрытием, позволяющим проводить санитарную обработку и дезинфекцию ее поверхностей. На стендах должны быть размещены информационные материалы для пациентов и их родственников, где указываются информация о самой медицинской организации и ее должностных лицах с их контактными телефонами и адресами для направления письменных обращений, в том числе по электронной почте; часах и днях посещения пациентов родственниками; перечень продуктов, разрешенных для передачи пациентам; копия лицензии на право осуществления медицинской деятельности; права пациента; информация о контролирующих и правоохранительных органах, должностных лицах, к которым может обратиться пациент

при нарушении его прав, с указанием номеров их контактных телефонов и адресов для направления письменных обращений, в том числе по электронной почте.

Важное место в работе приемного отделения занимают операционная и палата интенсивной терапии. Это позволяет оказывать экстренную помощь тяжелым пациентам, доставленным бригадами скорой помощи либо попутным транспортом.

После оказания помощи пациент может быть отпущен домой, госпитализирован в профильное отделение стационара либо помещен под наблюдение в диагностические палаты приемного покоя. Последнее требуется в непонятных диагностических случаях, например, при алкогольном опьянении пациента, отсутствии признаков жизни, подозрении на другое угрожающее заболевание и т.д. В случаях улучшения состояния здоровья лечение продолжают в амбулаторных условиях, в противном случае переводят в отделения стационара.

## 2. СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Стационарные отделения больницы организованы согласно порядкам оказания медицинской помощи. В зависимости от профиля отделения коечная мощность должна соответствовать рекомендуемой (чаще 30 коек), палаты отделения оснащаются централизованной системой подачи кислорода, больничные койки размещаются не более 4 в одной палате, пост медицинской сестры, процедурная и перевязочная (в хирургических отделениях, в терапевтических — манипуляционная) оборудованы согласно профилю отделения. Штатная численность также определена порядком оказания медицинской помощи, в том числе 1 освобожденный заведующий, 3–4 врача, 8–10 медицинских сестер, а также буфетчицы, санитарки и уборщицы. Соотношение врачебного и сестринского персонала 1 : 3 — 1 : 4 считается оптимальным. Следует учитывать, что любой круглосуточный пост (врачебный или сестринский) требует привлечения 4,25 штатных единицы (из-за посменной работы и периодических ежегодных отпусков). В случае выявления в хирургических или терапевтических отделениях пациентов с метициллин-резистентными формами стафилококков

и другими антибиотико-устойчивыми штаммами выделяют отдельные палаты, отдельную медицинскую одежду, инвентарь и посуду. Для обеспечения охраны труда медицинских работников, а также эпидемиологической безопасности пребывания пациента администрацией медицинского учреждения организуется контроль за параметрами микроклимата и показателями микробной обсемененности воздушной среды и поверхностей с периодичностью не реже 1 раза в 3 месяца.

Стационарное отделение включает в себя профильные койки: травматологические, неврологические, кардиологические, сосудистые и другие в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи». Однако в состав одного отделения могут быть включены койки различных профилей, например, в состав хирургического отделения включаются торакальные, абдоминальные и сосудистые койки. На каждый профиль коек должна быть получена лицензия.

Профиль коек и их сметная численность определяется учредителем медицинской организации. Виды медицинской помощи, оказываемые в медицинской организации, должны соответствовать лицензии и перечисляются в уставе.

Медицинская и другая отчетная документация, предусмотренная в стационарном отделении, определена приказом Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения».

### **3. ОТДЕЛ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Для эффективной организации госпитализации плановых больных может быть создан отдел (кабинет) госпитализации для дистанционной подготовки пациента к госпитализации.

Задача отдела госпитализации — формирование и сопровождение очереди на госпитализацию в каждое отделение стационара.

Источниками включения пациентов в лист ожидания на госпитализацию являются:

- амбулаторный прием пациентов в консультативно-диагностическом отделении (далее — КДО);
- работа с федеральными базами данных пациентов, направленных для получения отдельных видов помощи, например, высокотехнологичной, не включенной в базовую программу ОМС и финансируемую из федерального бюджета;
- работа с интернет-ресурсами, позволяющими проводить дистанционный первичный отбор пациентов, нуждающихся в профильной госпитализации.

В результате открытия отдела госпитализации в больнице наблюдается:

- повышение равномерности загрузки каждого отделения;
- снижение количества непрофильных госпитализаций вследствие позднего выявления соматических противопоказаний;
- высвобождение времени заведующих отделениями и старших медицинских сестер, снятия с них непрофильных функций;
- снижение возможности госпитализаций «вне очереди».

Отдел возглавляется опытным медицинским работником (чаще врачом), в его составе работают администраторы, в обязанности которых входит контроль за подготовкой пациентом документов, необходимых для его госпитализации, регулирование количества запланированных для поступления пациентов относительно планируемой выписки.

#### **4. ОПЕРАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**

Организация работы операционного отделения является важным вопросом в любом стационаре. В состав операционного отделения включаются все операционные залы больницы, оказывающие как экстренную, так и плановую медицинскую помощь.

Принято разделять операционные по эпидемиологическим характеристикам больных, отдельно выделяя зоны для пациентов с инфицированными ранами, отделяя потоки больных с наивысшей степенью чистоты от других видов вмешательств,

однако требования санитарных правил допускают не разделять операционные блоки на септические и асептические. При этом строго должны быть соблюдены условия зонирования помещений по чистоте, обеспечена эффективная работа механической приточно-вытяжной вентиляции, соблюдены нормативные параметры микроклимата и микробиологической чистоты воздушной среды, разделены технологические потоки, применены отделочные материалы, предназначенные для стерильных помещений.

Для снижения возможности интраоперационного заражения пациента операционные блоки должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономной системой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающей нормируемые параметры микроклимата и чистоту воздуха, либо ламинарными системами кондиционирования, т.е. системой очистки и подогрева воздуха, который подается в проекцию операционного стола, что препятствует попаданию возбудителя в рану. Операционные относятся к классу чистоты категории А, нормируемый воздухообмен в час должен быть:

- приток не менее 100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для асептических помещений; 80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для септических помещений;

- вытяжка 80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для асептических помещений расчетного воздухообмена и не менее десятикратного для септических помещений.

При размещении операционного блока изолированно от других лечебных корпусов необходимо предусмотреть удобные утепленные переходы, соединяющие операционный блок с другими лечебно-диагностическими и клиническими подразделениями.

В операционной допускается размещение одного операционного стола. Исключение составляют методики, где технологией предусмотрена установка сразу нескольких столов, при этом должна быть обеспечена профилактика перекрестного инфицирования пациентов.

Зону общебольничного режима (после шлюза) отделяют от остальных помещений операционного блока «красной чер-

той». Вход персонала других отделений за «красную черту» запрещен. При необходимости персонал других отделений должен проходить в операционный блок через санитарные пропускники с соблюдением всех требований санитарной обработки.

В операционные блоки предусматривают отдельные входы для пациентов (через шлюз) и персонала (через санитарный пропускник). В операционные персонал входит через предоперационные, пациентов доставляют через помещение подготовки больного (наркозная) или из коридора операционного блока. Для новых и реконструируемых организаций в малые операционные амбулаторно-поликлинических организаций, а также отделений стационара пациент входит через шлюз, а персонал — через предоперационную.

В операционных предусматривают автоматически закрывающиеся двери (доводчики, фотоэлементы и пр.). Все двери операционной должны оставаться закрытыми, за исключением тех случаев, когда есть необходимость перемещения оборудования, персонала или больного. Лечебно-диагностическое оборудование в операционных по возможности должно крепиться на консолях. Число персонала, которому разрешено входить в операционную, особенно после начала операции, должно быть сведено к минимуму.

Операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетом необходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства. В операционных и родовых залах врачи и другие лица, участвующие в операции или приеме родов, должны работать в стерильных халатах и бахилах, специальной обуви, шапочках, перчатках и медицинских масках.

*Централизованное стерилизационное отделение (далее — ЦСО).* Создание ЦСО при больницах мощностью более 100 коек является обязательным, при больницах мощностью до 100 коек — при наличии хирургических и акушерских стационаров. ЦСО размещают с учетом удобных связей с операционным блоком, отделением реанимации, родовым блоком, обеспечиваемых в том числе вертикальными коммуникациями.

Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны: «грязная», «чистая» и «стерильная». К «грязной» зоне относят помещения приема и очистки медицинских изделий, к «чи-

стой» зоне — помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизаторы, к «стерильной» зоне — стерильная, половина стерилизационной, склад стерильных материалов и экспедиция. Проход в помещения «стерильной» зоны осуществляют через шлюз, который оборудуют раковиной для мытья рук и вешалкой/шкафом для специальной одежды. С учетом мощности ЦСО предпочтение следует отдавать установке стерилизационного оборудования проходного типа, которое размещают между «чистой» и «стерильной» зонами.

В крупных ЦСО следует предусматривать помещение для центрального компьютера, предназначенного для автоматизации производственных процессов и контроля качества стерилизации. В организациях мощностью менее 25 коек и 50 посещений в смену для обработки изделий медицинского назначения многократного применения допускается оборудование ЦСО с сокращенным набором помещений. При наличии одного помещения расстановку оборудования осуществляют с учетом последовательности технологических процессов, выделяя «грязную» и «чистую» зоны. Прием и выдачу медицинских изделий осуществляют в разные двери (или дверь и передаточное окно). При маленькой мощности (и площади помещения (меньше 10 м<sup>2</sup>)) прием использованных и выдача стерильных изделий может осуществляться по графику.

В зависимости от степени контаминации раны во время операции выделяют:

- чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления);
- условно-чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути при отсутствии необычного заражения);
- загрязненные (контаминированные) раны (операционные раны со значительным нарушением техники стерильности или утечкой содержимого из желудочно-кишечного тракта);
- грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном плане до начала операции).

Риск развития внутрибольничной инфекции для чистых ран составляет 1–5%, для условно чистых — 3–11%, для загрязненных — 10–17%, для грязных — более 25–27%.



Задачей организатора здравоохранения является построение работы операционного блока так, чтобы имеющиеся в отделении ресурсы (персонал, оснащенные операционные залы) были максимально полно вовлечены в работу. Операционное и реанимационное отделения — наиболее финансовоемкие службы, где постоянные издержки велики (заработная плата, обеспечение санитарных условий, амортизация оборудования, находящегося в постоянной готовности и т.д.). Для этого вводятся чек-листы учета работы каждого операционного стола, регистрируется время простоя между операциями, длительность анестезиологической подготовки больного и другие показатели.

В операционных отделениях организуется постоянная видеозапись, необходимая для анализа эффективности рабочего процесса и безопасности лечения больного. Использование современных технологий для обеззараживания поверхностей и воздуха позволяет существенно сократить время простоя и повысить эпидемиологическую безопасность.

Современная операционная оснащена разнообразным дорогостоящим оборудованием: наркозные аппараты с контролем жизненно важных функций во взаимосвязи с реанимационным отделением.

При невозможности оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» в имеющемся отделении реанимации пациент перевозится санитарной авиацией в Центр анестезиологии и реаниматологии.

В штат отделения анестезиологии и реанимации включается заведующий, организуются круглосуточные посты врача лабораторной диагностики (4,75 ставки), в случае отсутствия в больнице круглосуточной лаборатории. На 6 коек палаты реанимации предусматриваются 5,14 врача анестезиолога-реаниматолога и 2 врача, работающих в дневную смену; 15,5 ставок медицинской сестры-анестезиста, 4,75 ставки младшей сестры по уходу за больными, 4,75 ставки санитарки. Рекомендуются также предусматривать дополнительно должности врача по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта и медицинского психолога.

В оснащении палат реанимации на 6 коек должно входить:

– аппарат искусственной вентиляции легких с увлажнителем и монитором параметров дыхания, функцией неинвазивной искусственной вентиляции легких — 7 шт.;

– аппарат искусственной вентиляции легких транспортный (СМУ, SIMV, CPAP) — 2 шт.;

– дыхательный мешок для ручной искусственной вентиляции легких — 3 шт.;

– монитор пациента (оксиметрия, неинвазивное артериальное давление, электрокардиограмма, частота дыхания, температура) — 3 шт.;

– центральный пульт монитора — 1 шт.;

– электрокардиостимулятор — 2 шт.;

– шприцевой и инфузионные насосы — по 12 шт.;

– кровать-весы — 1 шт.;

– дефибриллятор — 1 шт.;

– другое оборудование.

Каждая койка должна быть оборудована местом центрального подведения кислорода и вакуума.

## 5. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Важным направлением деятельности любого стационара является *реабилитация*, которая организуется на основе специализированного отделения, а предоставляется у постели больного. Оказание реабилитационной помощи регулируется приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» и приказом Минздрава России от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей».

Под медицинской реабилитацией понимают комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение ка-

чества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Медицинская реабилитация осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой (далее — МДРК) под руководством врача по физической и реабилитационной медицине (врача по медицинской реабилитации) как в стационарных, так и амбулаторных условиях, а также в условиях дневного стационара.

Для определения индивидуальной маршрутизации пациента применяется шкала реабилитационной маршрутизации.

Выделяют три этапа медицинской реабилитации:

– первый этап рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям «анестезиология и реаниматология», «неврология», «травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология», «терапия», «онкология», «нейрохирургия», «пульмонология». Необходимые мероприятия должны быть начаты в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляться ежедневно продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов при взаимодействии мультидисциплинарной реабилитационной команды (далее — МДРК) с лечащим врачом, при необходимости с врачом анестезиологом-реаниматологом;

– на втором этапе медицинская реабилитация осуществляется в специализированных отделениях, например, в реабилитационном отделении для пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями. Медицинская реабилитация на втором этапе проводится по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющего медицинскую реабилитацию на первом этапе, либо по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста. Мероприятия по медицинской реабилитации на втором этапе выполняются

ежедневно, продолжительностью не менее 3 часов. Важно, что по окончании лечения пациенту выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются клинический диагноз заболевания, реабилитационный диагноз (перечень кодов по международной классификации функционирования (далее — МКФ), сведения о реабилитационном потенциале, индивидуальный план медицинской реабилитации, факторы риска проведения реабилитационных мероприятий, следующий этап медицинской реабилитации с учетом показателей шкалы реабилитационной маршрутизации (далее — ШРМ);

– третий этап медицинской реабилитации осуществляется в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях не реже чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов.

Медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию, подразделяются на четыре группы:

– медицинские организации первой группы осуществляют медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается в 1–3 балла по ШРМ;

– медицинские организации второй группы осуществляют медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается в 2–5 баллов по ШРМ;

– медицинские организации третьей группы осуществляют медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается в 2–6 баллов по ШРМ;

– медицинские организации четвертой группы — федеральные учреждения, осуществляющие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается в 3–6 баллов по ШРМ.

Оказание реабилитационной помощи является важным элементом работы стационара. Недооценка потенциала реабилитации приводит к существенному снижению эффективности лечения больного. В практике многих врачей, особенно тех, кто имеет опыт в оказании высокотехнологичной помощи, к сожалению, встречались ситуации нивелирования лечебного эффекта от корректно выполненной операции, когда через несколько месяцев у пациента при контрольном осмотре наблюдался регресс функциональных нарушений.

## 6. ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Кроме круглосуточного стационара, в организации стационарного лечения используют дневной стационар, являющийся структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь или специализированную помощь, и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи:

– дневной стационар в поликлинике — форма оказания медицинской помощи в поликлинике, при которой организуются условия для продолжительного пребывания пациента в течение дня в медицинской организации с целью получения комплекса лечебных процедур. Данная форма применяется в случаях, не требующих круглосуточного пребывания, при сохранении показаний к ежедневному лечению пациента с использованием различных медицинских технологий: физиотерапия, лечебная физкультура, инфузионная терапия;

– дневной стационар в стационаре — форма оказания медицинской помощи, реализуемая на базе круглосуточного стационара для получения широкого комплекса медицинских услуг, имеющихся в стационаре в случаях, когда пациент не требует круглосуточного медицинского наблюдения. Данная форма используется реже, чем дневной стационар в поликлинике, так как сопряжена с перекрещиванием потоков амбулаторных и стационарных пациентов и более низкой экономической эффективности;

– дневной стационар на дому — форма оказания амбулаторной медицинской помощи по месту жительства пациента с привнесением медицинских технологий к «постели больного». Такая форма реализуется, как правило, работниками амбулаторно-поликлинических организаций путем предоставления, например, реабилитационного оборудования и других медицинских изделий (тренажеров, артезов и т.д.) во временное пользование пациенту в квартире, путем оказания услуг по массажу, лекарственной терапии и др.

## **7. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ, МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

Организация предоставления специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи (далее — ВМП), регулируется приказами Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи»; от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования»; от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

Госпитализация пациента в больницу проводится по направлению врача поликлиники (неотложная, плановая форма), при доставке бригадой скорой медицинской помощи (экстренная форма) или путем самообращения. При направлении поликлиники лечащий врач оформляет выписку из медицинской документации пациента и направление на бланке медицинской организации на госпитализацию. Выписка из медицинской документации должна содержать диагноз заболевания (состояния); код диагноза по МКБ-10; сведения о состоянии здоровья, проведенных методах диагностики и лечения; рекомендации о необходимости оказания специализированной медицинской помощи с указанием формы ее оказания (неотложная, плановая). В случае если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать пациента (или его законного представителя) о воз-

возможности выбора медицинской организации в установленном порядке с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

Решение о госпитализации принимает дежурный врач приемного отделения.

В случае необходимости планового направления пациента для оказания специализированной (за исключением ВМП) медицинской помощи в федеральные медицинские организации (нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения; необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний и др. причины) лечащий врач готовит документы, которые заверяются главным врачом и направляются в федеральную медицинскую организацию. Решение принимает врачебная комиссия федеральной медицинской организации. Не исключается самообращение пациента.

При необходимости ВМП решение о направлении принимает врачебная комиссия направляющей медицинской организации, решение о госпитализации принимает также врачебная комиссия, но уже той медицинской организации, где предполагается выполнение ВМП.

Для направления пациента на оказание ВМП оформляются направление лечащего врача на госпитализацию; выписка из медицинской документации из поликлиники по месту жительства (форма 027/у), в которой решением врачебной комиссией установлено наличие медицинских показаний к оказанию ВМП и определена медицинская организация; прилагаются копии паспорта, пенсионного страхового свидетельства, полиса ОМС. Комплект документов направляется по почте или электронной связи:

– в случае оказания ВМП, включенной в базовую программу ОМС, в принимающую медицинскую организацию, оказывающую ВМП;

– в случае оказания ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, в орган управления здравоохранением субъекта РФ,

откуда документы после проверки направляются в медицинскую организацию, оказывающую ВМП.

В обоих случаях в информационной системе на сайте [www.talon.rosminzdrav.ru](http://www.talon.rosminzdrav.ru) размещается № талона на оказание ВМП (форма 025/у-ВМП), проводится отслеживание информации о госпитализации.

## **8. ФИНАНСИРОВАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ**

Как и в случае с первичной медико-санитарной помощи (далее — ПМСП), оплата специализированной, в том числе ВМП, медицинской помощи осуществляется как в рамках Программы государственных гарантий за счет средств обязательного медицинского страхования и средств соответствующих бюджетов, так и за счет средств граждан и организаций.

Формы оплаты специализированной медицинской помощи в системе ОМС:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистической группы (далее — КСГ) или клинико-профильной группы (далее — КПП);

- прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента и его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, проведении диагностических исследований, оказании услуги диализа.

Способ оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара на основе КСГ или КПП определяет субъект РФ.

В случае оплаты специализированной медицинской помощи за счет средств бюджета расходы планируются на основе финансового норматива стоимости единицы госпитализации, указанной в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — ППГ).

Оплата ВМП проводится за счет средств ОМС (список 1 ППГ) и бюджетов различных уровней (список 2 ППГ). Независимо от источника, в ППГ указан средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, который преду-



смаатривается на территории субъекта с учетом коэффициента дифференциации.

## 9. ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРОВ

Объем медицинской помощи в стационаре рассчитывается в количестве госпитализаций.

Для оценки эффективности работы стационара используются показатели доступности специализированной помощи, эффективности работы коечного фонда и качества медицинской помощи.

*Показатели доступности специализированной помощи:*

1. Количество госпитализаций на 1 застрахованного (на 1 жителя). Норматив устанавливается Программой государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

2. Обеспеченность койками на 10 000 населения. Показатель рассчитывается на основе частного между числом среднегодовых коек, умноженным на 10 000, и среднегодовой численностью и характеризует ресурсы стационарной помощи.

3. Сроки оказания специализированной помощи. Сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями — 7 рабочих дней с момента гистологической верификации опухоли или установления предварительного диагноза заболевания (состояния).

*Показатели эффективности работы коечного фонда:*

1. Выполнение планового объема госпитализаций (%).

2. Показатель среднегодовой занятости койки (в днях) или времени функционирования койки (по учреждению, отделению). Рассчитывается на основании частного между количеством проведенных койко-дней и числа среднегодовых коек. На основании этого показателя оценивается полнота использования коечного фонда стационара, планируется деятельность стационара и потребность в койках. Принятый норматив

среднегодовой занятости койки зависит от отделения и колеблется от 300 до 340, но не более 360. Отклонения от норматива указывают на недостаточность обеспечения коечного фонда либо избыток коечного фонда по сравнению с потребностью, на неудовлетворительную организацию отбора пациентов на госпитализацию и выписку, на наличие в стационаре отделений, где допускается высокая занятость койки (инфекционное, педиатрическое, родильное), может быть вызвано проведением ремонта, карантинном при несоблюдении противоэпидемических мероприятий.

3. Показатель средней длительности пребывания больного на койке (в днях). Рассчитывается на основании частного между количеством проведенных больным койко-дней и числом выбывших больных (выписанных или умерших). Данный показатель позволяет оценить организацию лечебно-диагностической работы, используется для планирования деятельности стационара. Норматив для каждого профиля отделения стационара установлен индивидуально. Отклонения в показателе от норматива могут быть следствием тяжелого состояния больных, сложных случаев заболеваний, нарушения своевременности и полноты диагностических исследований, лечения, недостаточной квалификации врача, отсутствия или недочетов планов обследования внутрибольничной инфекции. Это может также говорить о высоком качестве диагностики и лечения на поликлиническом этапе, преждевременной выписке, преобладании больных с легкой патологией, недостаточной квалификации врачей, отсутствии или недочетах планов обследования.

4. Средняя длительность лечения в днях по нозологии. Представляет собой частное между количеством проведенных койко-дней выписанными больными с определенным диагнозом и числом больных, выписанных с этим диагнозом. Данный показатель позволяет проводить оценку организации лечебно-диагностической работы и планировать деятельность стационара. Причиной отклонения показателя (выше или ниже среднего показателя по каждой нозологии) могут быть тяжелое состояние пациента, сложные случаи, недостаточный контроль за лечебным процессом, недостаточная квалификация врача, отсутствие или недочеты планов обследования, недостаточная диагностика.

5. **Оборот койки.** Расчет производится на основании частного между числом выбывших больных и числом среднегодовых коек, используется для оценки качества работы стационара. Норматив для терапевтических коек — 30,4, для хирургических — 28. Несоответствие этого показателя нормативу может быть следствием тяжелого состояния больных, сложных случаев заболеваний, неудовлетворительной диагностики, переоценки или недооценки врачами клинических и лабораторных данных.

*Показатели качества медицинской помощи:*

1. **Летальность.** Рассчитывается на основании частного между числом умерших, умноженного на 100%, и числа выбывших из стационара; позволяет оценить эффективность стационарной помощи. Норматив показателя — не более 1,2–1,4, а отклонения от него могут быть следствием тяжелого состояния больных, сложных случаев заболеваний, неудовлетворительного уровня диагностики, лечения, ухода за больными, несвоевременной госпитализации, плохой работы реанимационной службы, несоблюдения порядков, клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи.

2. **Частота расхождения клинического и патологоанатомического диагноза по нозологиям.** Рассчитывается на основе частного между числом заключительных клинических диагнозов, не совпавших с патологоанатомическим, умноженным на 100%, и общим числом патологоанатомических вскрытий; позволяет оценить качество врачебной диагностики в стационаре. Норматив показателя выше среднего показателя по каждой нозологии, отклонения указывают на тяжелое состояние больных, сложные случаи заболеваний, неудовлетворительную диагностику, переоценку или недооценку врачами клинических и лабораторных данных.

3. **Процент повторной госпитализации.** Представляет собой частное между числом повторных госпитализаций и числом всех госпитализаций в год, позволяет оценить качество работы амбулаторно-поликлинической и стационарной службы. Норматив показателя — до 15%, его отличие может указывать на несоответствие организации лечебно-диагностического процесса в стационаре порядкам, клиническим рекомендациям и стандартам, недолечивание стационарных больных, отсутствие преемственности в организации восстановительного лечения и реабилитации в поликлинике.

4. Необоснованное поступление больных в отделения стационара. Рассчитывается на основе частного между числом больных, переведенных в другое отделение, умноженным на 100% и числом всех больных, поступивших в отделение. Используется для оценки качества диагностической работы и квалификации специалистов. Норматив составляет 9%, отклонения от него могут быть вызваны низкой квалификацией врачей приемного отделения и врачей скорой медицинской помощи, несоответствием оснащения диагностическим оборудованием медицинской организации.

5. Процент переводов из одного отделения в другое. Показатель рассчитывается на основе частного между числом больных, переведенных в другое отделение, умноженным на 100%, и числом всех больных, поступивших в отделение. Норматив показателя — 12%, отклонения от него могут указывать на высокий уровень заболеваемости полиорганной патологией, недооценку врачами симптомов и клинических данных.

К другим показателям, характеризующим работу стационара, относятся наличие обоснованных жалоб на работу отделения со стороны пациентов и их законных представителей, удовлетворенность качеством медицинской помощи (по результатам опроса пациентов).

---

ГЛАВА 4.  
**ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА  
И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

---

---

Внутренний контроль качества (далее — ВКК) и безопасности медицинской деятельности — принципиально важный раздел работы в медицинской организации. Каждый пациент, обратившийся за помощью, уверен, что его болезнь — это основной вызов, однако медицинская помощь — это сложный многокомпонентный процесс, в котором задействован широкий круг персонала, оборудования и лекарственных средств. На каждом этапе может произойти сбой: несоблюдение дозы вводимого препарата или его несовместимое назначение, недооценка сопутствующей патологии, осуществление хирургического вмешательства на здоровом симметричном органе, инфицирование пациента внутрибольничной флорой и многое другое. В этой связи система внутреннего контроля качества направлена на создание безопасных условий при получении медицинской помощи, а также на снижение рисков наступления неблагоприятных событий. ВКК осуществляется в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

ВКК решаются следующие задачи с учетом специфики медицинской организации (далее — МО), видов, условий и форм оказания медицинской помощи и перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности:

– предупреждение, раннее выявление и снижение рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, а также минимизация последствий их наступления, в том числе несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента; невыполнения, несвоевременного или ненадлежа-

щего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи с учетом стандартов и клинических рекомендаций; несоблюдение сроков ожидания медицинской помощи, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

- оценка соблюдения прав граждан при осуществлении медицинской деятельности;

- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, стандартов медицинской помощи;

- обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

- принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках федерального государственного контроля, ведомственного контроля, контроля качества медицинской помощи фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями;

- принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

Имеющиеся методические рекомендации «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). Вторая версия» (утв. ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора 01.03.2022)

формулируют основные показатели, которые позволяют обеспечить условия для организации и проведения ВКК, соблюсти принципы управления качеством, а также проводить мероприятия ВКК и оформлять его результаты в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов Российской Федерации.

*Где и кем проводится внутренний контроль качества?* ВКК осуществляется организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Ответственным за организацию и проведение ВКК является руководитель МО либо уполномоченный им заместитель руководителя. В зависимости от вида МО по решению руководителя ВКК организуется и проводится комиссией (службой), включающей работников МО, и (или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности. С учетом базового перечня направлений ВКК утверждается состав комиссии. Отсутствие в названии комиссии слова «врачебная» позволяет включать в ее состав различных работников МО, например, работников аптеки, отдела кадров, главных и старших медсестер, эпидемиолога, работников по технике безопасности, юрисконсульта и т.д.

В каждой МО должно быть разработано положение о порядке работы ВКК (рис. 16).



Рисунок 16. Примерная структура положения о работе ВКК

По решению руководителя МО разрабатываются иные локальные акты в рамках ВКК (стандартные операционные процедуры, карты, алгоритмы действий работников) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов, клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи.

Для осуществления мероприятий ВКК могут привлекаться научные и иные организации, ученые и другие специалисты.

ВКК включает:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности (КБМД) путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

- сбор статистических данных, характеризующих КБМД МО и их анализ;

- учет нежелательных событий (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан, медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи), например, прокол перчатки в ходе операции, попадании крови пациента на слизистые медицинского работника;

- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи с учетом стандартов и на основе клинических рекомендаций;

- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, непредвиденных реакциях при применении лекарственных препаратов, индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности, иных фактах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека и выявленных на всех этапах обращения, сообщаемой МО в уполномоченный Федеральный орган исполнительной власти;

- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по эксплуатации медицинских изделий, нежелательных реакциях, особенностях взаимодействия между собой, фактах, создающих угрозу жизни и здоровью, сообщаемой в ФС Росздравнадзора;

- мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста.



ВКК осуществляется с помощью плановых и целевых проверок. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем МО не реже 1 раза в квартал.

Целевые (внеплановые) проверки проводятся при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих КБМП, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки; поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, иным вопросам, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан. А также во всех случаях летальных исходов и внутрибольничного инфицирования или осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

Срок проведения плановых и целевых проверок устанавливается руководителем либо уполномоченным им заместителем в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности МО, но не должен превышать 10 рабочих дней.

Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н включает в себя 37 критериев качества в медицинской организации, приведем некоторые из них:

- наличие нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности;
- обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных исследований и других стандартных операционных процедур;
- обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из медицинской организации, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации;
- обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;
- организация безопасной деятельности клинико-диагностической лаборатории (отделения), наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов;
- соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе информированного согласия, медицинской

тайны, обеспечение комфортных условий пребывания пациентов;

- осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов;

- осуществление мероприятий по профилактике рисков при хирургических вмешательствах, в том числе на основе клинических рекомендаций;

- осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации и др.

Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению руководителя медицинской организации, но не реже чем 1 раз в квартал.

По результатам проведения мероприятий ВКК комиссией составляется отчет, включающий выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности МО и медицинских работников. По итогам проведенных мероприятий осуществляются разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация; анализ результатов ВКК в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности; обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля.

С целью постоянного контроля качества медицинской помощи (далее — МП) используется метод контрольных листов (чек-листов) (табл. 24).

Таблица 24

## Фрагмент образца чек-листа (стационар)

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
6.3	Порядок сортировки пациентов при поступлении/обращении в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств	Наличие и исполнение алгоритма сортировки пациентов при поступлении/обращении в МО. Информирование пациентов о причинах задержки оказания помощи (например, осмотра врача)	6.3.1	Проверить наличие алгоритма сортировки пациентов		
			6.3.2	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5 сотрудников приемного отделения/отделений на предмет знания основных положений алгоритма		
			6.3.3	Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев поступления в стационар экстренных пациентов		
			6.3.4	Оценить качество информирования пациентов и их сопровождающих о причинах задержки оказания помощи, опросить не менее 5 пациентов, находящихся в приемном отделении в ожидании помощи на предмет понимания ими причин задержки		
6.4	Своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар	Наличие и соблюдение временных нормативов при поступлении в стационар (этапов госпитализации), в соответствии с алгоритмами МО	6.4.1	Проверить наличие утвержденных нормативов этапов госпитализации		

Окончание таблицы 24

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
6.4	Своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар	Наличие и соблюдение временных нормативов при поступлении в стационар (этапов госпитализации), в соответствии с алгоритмами МО	6.4.2	Проверить соблюдение временных нормативов, проверить не менее 20 ИБ пациентов, поступивших экстренно		
			6.4.3	До первичного осмотра медсестры. До первичного осмотра врача. До постановки диагноза. До перевода в отделение/операционную/ АРО/ОРИТ/ПИТ отказа в госпитализации и направление на амбулаторное лечение		

Комиссией не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, на основании которого руководителем МО утверждается перечень корректирующих мер. Информация доводится до сведения сотрудников путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинико-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий.

Критерии качества медицинской помощи осуществляются на основании приказа Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», используются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и стационарных условиях) (табл. 25–27).

Таблица 25

**Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и стационарных условиях)**

Показатель	Критерии оценки
а) ведение медицинской документации	Заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой; наличие ИДС на медицинское вмешательство
б) первичный осмотр пациента и сроки оказания МП	Оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте
в) установление предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента	
г) формирование плана обследования и лечения пациента при первичном осмотре	

Окончание таблицы 25

Показатель	Критерии оценки
д) назначение ЛП для медицинского применения с учетом инструкций по применению, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний	
е) установление клинического диагноза	Оформление обоснования клинического диагноза с соответствующей записью в амбулаторной карте; установление КД в течение 10 дней с момента обращения; проведение, при затруднении установления КД, консилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением МО
ж) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания МП в стационарных условиях с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, оформление направления с указанием КД при необходимости оказания МП в стационарных условиях в плановой форме	
з) проведение коррекции плана обследования и лечения с учетом КД, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов МП и клинических рекомендаций	

<b>Показатель</b>	<b>Критерии оценки</b>
и) назначение и выписывание ЛП в соответствии с установленным порядком	Оформление протокола решения ВК МО; внесение записи в амбулаторную карту при назначении ЛП для медицинского применения и применении МИ по решению ВК МО
к) проведение ЭВН в установленном порядке	
л) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности наблюдения	
м) проведение медицинских осмотров, длительности в установленном порядке, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление длительности наблюдения	

Таблица 26

**Критерии качества медицинской помощи  
в стационарных условиях**

<b>Показатель</b>	<b>Критерии оценки</b>
а) первичный осмотр пациента и сроки оказания МП в приемном отделении или профильном структурном подразделении	Оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте
б) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения, врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации МО не позднее 2 часов с момента поступления пациента	

Продолжение таблицы 26

Показатель	Критерии оценки
в) формирование плана обследования и лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования	
г) назначение ЛП с учетом инструкций по применению, возраста, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний	
д) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики	
ж) установление КД на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами МП, а также клинических рекомендаций	Установление КД в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) МО; установление КД при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение



Показатель	Критерии оценки
з) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром)	Принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной МО врачебной комиссией с оформлением протокола и внесением в стационарную карту; принятие при затруднении установления КД и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту; оформление обоснования КД соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром)
и) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (ДС) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (ДС), далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанного заведующим профильным отделением	
к) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом КД, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения	Проведение коррекции плана обследования и лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (ДС), осмотра заведующим профильным отделением после установления КД;

Окончание таблицы 26

Показатель	Критерии оценки
	проведение коррекции плана обследования и лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (ДС), осмотра заведующим профильным отделением при изменении степени тяжести состояния пациента
л) назначение ЛП, не включенных в перечень ЖНВЛ для медицинского применения и перечень МИ, имплантируемых в организм человека при оказании МП в рамках ПГГ бесплатного оказания гражданам МП, врачебной комиссией МО, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту	Осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри МО с принятием решения о переводе заведующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится) с внесением соответствующей записи в стационарную карту
м) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую МО, имеющую оборудование, в соответствии со стандартом оснащения, и кадры, в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе ВК МО из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем МО, в которую переводится пациент	

Таблица 27

**Критерии качества по группам заболеваний (состояний)**

<b>Группа заболеваний</b>	<b>Критерии качества (абс.)</b>	<b>Группа заболеваний</b>	<b>Критерии качества (абс.)</b>
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	24	Болезни органов дыхания	8
Новообразования	29	Заболевания органов пищеварения	24
Болезни крови, кроветворных органов	3	Болезни кожи и подкожной клетчатки	16
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	12
Психические расстройства и расстройства поведения	8	Болезни мочеполовой системы	20
Болезни нервной системы	7	Беременность, роды и послеродовый период	16
Болезни глаза и его придаточного аппарата	8	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	13
Болезни уха и сосцевидного отростка	8	Симптомы, признаки и отклонения от нормы	1
Болезни системы кровообращения	15	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	12

Приведем пример оценки выполнения критериев качества медицинской помощи взрослым при черепно-мозговой травме (табл. 28).

Таблица 28

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при черепно-мозговой травме**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-нейрохирургом и/или врачом травматологом-ортопедом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго	Да/Нет
3.	Выполнены интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при оценке по шкале Глазго 9 баллов и ниже)	Да/Нет
4.	Выполнены нейромониторинг, мониторинг дыхания, кровообращения, оксигенации крови (при оценке Глазго 8 баллов и ниже)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография головного мозга не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнены контрольная компьютерная томография или магнитно-резонансная компьютерная томография (при хирургическом вмешательстве по поводу внутричерепной гематомы)	Да/Нет
7.	Отсутствие пролежней в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

Данные чек-листы помогают стандартизовать процесс оценки качества МП и упростить интерпретацию полученных результатов в динамике.

## ГЛАВА 5. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

---

Оказание качественной и безопасной помощи пациентам невозможно без соблюдения эпидемиологической безопасности как одного из главных компонентов безопасности.

С эпидемиологическими вопросами на протяжении профессиональной деятельности встречается каждый врач, а если речь идет о руководителе медицинской организации, то они входят в круг наиболее важных. Примером служит пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которая оставила яркий след в памяти всего мирового медицинского сообщества, а ее источником часто выступали пациенты, получающие помощь в медицинских организациях, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП), острые кишечные инфекции или ОРВИ, являющиеся нередким событием в медицинских учреждениях.

Чтобы обеспечить эпидемиологически безопасные условия для оказания медицинской помощи, необходимо создать безопасную среду для нахождения пациента; самое простое и главное, что надо помнить, — эпидемиологический процесс не возникает просто так, всегда есть три звена: 1) источник инфекции; 2) механизм передачи; 3) восприимчивый организм. Остановить эпидемический процесс можно, только подействовав на одно из трех звеньев, например изолировав источник инфекции или проводя мероприятия по дезинфекции, стерилизации, а также соблюдая правила асептики и антисептики для предотвращения реализации механизмов передачи инфекции; на восприимчивый организм можно подействовать экстренной вакцинацией/химиопрофилактикой. Важно понимать, в каком случае эти мероприятия окажут наибольший эффект, желательно с минимальными затратами. Если речь идет о воздушно-капельной

инфекции, то при большинстве инфекций с аэрозольным механизмом передачи наиболее эффективны мероприятия, направленные на восприимчивых лиц (иммунопрофилактика, разобщение), а при кишечных и гемоконтактных инфекциях, напротив, меры, направленные на разрыв механизма передачи, будут наиболее действенными.

В итоге цель всех проводимых мероприятий — создание эпидемиологически безопасной среды для нахождения как пациентов, так и персонала. При этом соблюдение санитарно-эпидемиологического режима — еще не гарантия эпидемиологической безопасности, а лишь способ обеспечения минимально необходимого набора требований, выполнять и контролировать которые могут медицинские сестры. Эпидемиологическая безопасность — неотъемлемая составляющая системы качества и безопасности медицинской деятельности.

Ключевые положения обеспечения эпидемиологической безопасности:

- Безопасность медицинских технологий.
- Безопасность больничной среды.
- Кадровое обеспечение.
- Эпидемиологический мониторинг.
- Микробиологический мониторинг.
- Мониторинг лечебно-диагностического процесса.

Эпидемиологическая безопасность представляет собой такое состояние медицинской организации, при котором риск заноса, распространения, возникновения инфекций сведен к минимуму. Главному врачу необходимо также понимать, что все инфекции в медицинской организации могут быть либо занесены извне (заносы инфекции в медицинскую организацию) — с вновь поступающими пациентами, принимаемыми на работу сотрудниками (больными или носителями патогенных, условно-патогенных микроорганизмов), контаминированными пищевыми продуктами, товарами, материалами, оборудованием и пр.; либо «возникнуть из недр» самой медицинской организации (ВБИ/ИСМП) — за счет формирования резервуаров инфекции и циркуляции возбудителей внутри медицинской организации. В последнем случае инфекции могут поражать пациентов и сотрудников без дополнительного заноса возбудителя извне. В этой связи для обеспечения эпидемиологической безопас-

ности важно: 1) не допустить заноса инфекции (четкая работа приемных отделений и эпидемиологическая настороженность всего персонала); 2) не допустить ее распространения внутри медицинской организации.

Согласно приказу Минздрава России от 29.11.2021 № 1108н «Об утверждении порядка проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации в медицинской организации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации», организация мероприятий по профилактике ИСМП осуществляется врачом-эпидемиологом, эпидемиологическим отделом медицинской организации, лицом, уполномоченным руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации, Комиссией по профилактике ИСМП (далее — Комиссия).

Проведение мероприятий по профилактике ИСМП и обеспечению эпидемиологической безопасности медицинской деятельности осуществляется медицинскими и иными работниками (например, специалист по вентиляции) медицинской организации в рамках исполнения должностных обязанностей.

Для контроля за проведением мероприятий и координации действий медицинских и иных работников медицинской организации по профилактике ИСМП в медицинской организации создается Комиссия, которая осуществляет следующие функции:

- проводит анализ заболеваемости ИСМП, анализ потенциального и реализованного риска ИСМП и формирует рекомендации по профилактике ИСМП в медицинской организации;
- проводит оценку качества, полноты и своевременности профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проводит оценку причин и условий возникновения единичного или групповых случаев ИСМП;
- осуществляет формирование комплекса необходимых мер для ликвидации эпидемической ситуации и предотвращения возникновения случаев ИСМП;
- рассматривает подготовленную врачом-эпидемиологом, эпидемиологическим отделом или лицом, уполномоченным

руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации, программу профилактики ИСМП и рекомендует ее к утверждению в медицинской организации.

Комиссия создается на основании приказа руководителя медицинской организации. Председателем Комиссии назначается руководитель или заместитель руководителя медицинской организации. В состав Комиссии включаются врач-эпидемиолог, главная (старшая) медицинская сестра, заведующие структурными подразделениями, врач-бактериолог, врач клинический фармаколог, врач-инфекционист, врач-патологоанатом и другие работники медицинской организации. Заседания Комиссии проводятся в соответствии с планом, утверждаемым руководителем медицинской организации. Форма проведения заседаний Комиссии определяется руководителем медицинской организации. Решение Комиссии оформляется протоколом.

Комиссия с целью реализации своих задач и выполнения функций может запрашивать у работников медицинской организации письменные и устные объяснения по существу рассматриваемых вопросов, вносить предложения по снижению риска возникновения случаев ИСМП, необходимым противоэпидемическим мероприятиям, по материально-техническому обеспечению для профилактики ИСМП.

Председатель Комиссии ежеквартально и по итогам года представляет руководителю медицинской организации письменный отчет о работе Комиссии. Контроль за ее деятельностью осуществляет руководитель медицинской организации.

**В медицинской организации должно проводиться расследование каждого случая подозрения на инфекцию с постановкой эпидемиологического диагноза и оформлением документов, а также обсуждение отдельных случаев (сложные, групповые, с летальным исходом и пр.) на Комиссии по профилактике ИСМП.**

В медицинской организации должно проводиться расследование каждого случая подозрения на инфекцию с постановкой эпидемиологического диагноза и оформлением документов, а также обсуждение отдельных случаев (сложные, групповые, с летальным исходом и пр.) на Комиссии по профилактике ИСМП.



В медицинской организации должны быть следующие документы:

- стандартные операционные (рабочие) процедуры СОП (алгоритм, порядок) расследования случая ИСМП. Можно объединить в один документ выявление случая, передачу информации врачу-эпидемиологу, расследование случая и регистрацию ИСМП;

- карта (карты)/акты эпидемиологического расследования случая ИСМП;

- протоколы заседания Комиссии по профилактике ИСМП с разбором случаев, решения Комиссии;

- экстренные извещения (форма № 058/у), журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у).

Таким образом, эпидемиологическая безопасность — определенная культура медицинской организации, включающая создание условий, препятствующих распространению инфекций; слаженную работу всего персонала, начиная от хозяйственной службы, младшего и среднего персонала, заканчивая главным врачом; мониторинг ситуации; внедрение современных технологий и др.

Итак, для начала разберемся, с какими документами будет работать руководитель:

1. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», направлен на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 “Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней”».

3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 “Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг”». В документе утверждены правила

по эксплуатации зданий и сооружений субъектами медицинских услуг, требования к аптечным организациям и зданиям соцобслуживания.

4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 3 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 2.1.3684-21 “Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий”». Название документа определяет требования, которые он нормирует. Особое внимание медицинским организациям следует обратить на раздел 10, где описаны требования к обращению с отходами.

5. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27.10.2020 № 32 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм СанПиН 2.3/2.4.3590-20 “Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения”».

6. Приказ Минздрава России от 29.11.2021 № 1108н «Об утверждении порядка проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации в медицинской организации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации». В приказе установлены критерии постановки диагноза ИСМП пациентам и медицинским работникам, утвержден порядок проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации в медицинской организации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, а также номенклатура инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации.

7. Приказ Минздрава России от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных

и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью 4 статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры», где установлены обязанности по организации проведения предварительных и периодических осмотров работников, которые возложены на работодателя.

8. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 2 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 “Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания”». Документ содержит сведения о допустимых нормах концентрации вредных, загрязняющих, отравляющих веществ в атмосферном воздухе, в воздухе рабочей зоны, нормы предельно допустимых веществ на поверхности оборудования, нормативы качества и безопасности воды, в том числе показатели ее радиационной безопасности, предельно допустимые концентрации веществ в системах водоснабжения и т. д. Установлены также предельно допустимые уровни физических факторов на рабочих местах. В частности, допустимые величины параметров микроклимата в помещениях, уровень производственной вибрации, дозы излучения, параметры освещения на рабочих местах.

9. Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

В результате «регуляторной гильотины» от января 2021 г. прекратило действие большое количество отдельных санитарных правил по различным инфекционным заболеваниям, но был сформирован перечень документов, которые вошли в «белый список» — нормативные правовые акты, сохранившие свое действие.

СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», вышедший взамен «старого» СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим

медицинскую деятельность» и отдельных СП (санитарных правил) по инфекционным заболеваниям, включает в себя:

– общие правила по профилактике инфекционных болезней (требования при организации и проведении санитарно-эпидемиологических мероприятий, а также мероприятий в эпидемиологическом очаге; требования при введении карантина, профилактические мероприятия и пр.);

– санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной, дератизационной и дезинсекционной деятельности;

– санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасности при работе с патогенными биологическими агентами (ПБА);

– требования по санитарной охране территории Российской Федерации;

– нормативные требования по обширному перечню инфекционных болезней (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С, туберкулез, особо опасные инфекции (ООИ), острые кишечные инфекции (ОКИ), полиомиелит, столбняк, менингококковая инфекция, легионеллез и др.);

– нормативные требования по профилактике паразитарных болезней;

– мероприятия для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, включая описание профилактических и противоэпидемических мероприятий для медицинских организаций; правила обработки рук медицинского персонала, использования перчаток; организацию дезинфекционных мероприятий; обеспечение эпидемиологической безопасности при эндоскопических вмешательствах; меры профилактики ИСМП для стационаров (отделений) хирургического профиля, реанимации и интенсивной терапии, акушерского профиля и перинатальных центров, инфекционного профиля, стоматологических медицинских организаций и санитарно-эпидемиологические особенности подразделений различного профиля;

– вопросы обеспечения безопасности иммунизации и обращения с иммунобиологическими препаратами.

Мы коснулись лишь некоторых документов в рамках обеспечения эпидемиологической безопасности, но существует также

множество методических рекомендаций и указаний, описывающих более узкие направления, например документы по профилактике новой коронавирусной инфекции, вирусных и парентеральных гепатитов и прочих инфекционных заболеваний.

В нормативных документах указано большое количество требований в рамках обеспечения эпидемиологической безопасности медицинской деятельности. Для того чтобы они были понятны и, соответственно, исполнимы, необходимо разработать внутренние локальные акты (приказы, инструкции, алгоритмы, СОПы и пр.), которые сотрудники будут использовать в работе. Врач-эпидемиолог подготавливает локальные нормативные правовые акты по соблюдению санитарно-эпидемиологических требований для конкретной медицинской организации в соответствии с профилем ее деятельности, а также организует грамотную работу сотрудников путем проведения обучений и тренингов на рабочих местах.

Рассмотрим основные аспекты работы, направленной на обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности в медицинской организации — основные компоненты, которые должны быть включены в программу обеспечения эпидемиологической безопасности.

#### *1. Обеспечение безопасности пациента:*

– работа по выявлению и профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи: выявление и учет случаев ИСМП; работа комиссии по профилактике ИСМП (проведение заседаний комиссии не реже 1 раза в квартал); обучение всего персонала медицинской организации по вопросам профилактики ИСМП; проведение оперативного и ретроспективного анализа заболеваемости с целью установления закономерностей инфицирования, тенденций и особенностей развития эпидемиологического процесса ИСМП; анализ причин и условий возникновения инфекционной (паразитарной) заболеваемости, а также проведение микробиологического мониторинга, направленного на обнаружение возбудителей ИСМП у пациентов; анализ резистентности выделяемой микрофлоры к антимикробным и дезинфицирующим препаратам, антисептикам;

– рациональное применение противомикробных лекарственных препаратов, химических и (или) биологических средств для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний;

– подготовка пациента на амбулаторном этапе (полное обследование для исключения наличия противопоказаний к госпитализации, соблюдение сроков годности лабораторных анализов и инструментальных исследований) перед госпитализацией в стационар;

– сокращение сроков нахождения пациентов в стационаре хирургического профиля (пациент поступает обследованным, поэтому может быть оперирован в кратчайшие сроки для исключения контаминации внутрибольничной микрофлорой, с целью снижения рисков развития ИСМП).

### *2. Обеспечение безопасности персонала:*

– проведение предварительных и периодических медицинских осмотров;

– вакцинопрофилактика сотрудников (в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям);

– периодический контроль сотрудников хирургического профиля на носительство золотистого стафилококка (планово, как фактор оценки вовлеченности персонала в процесс ИСМП; в случае возникновения осложнений, вызванных *S. aureus*, и по эпидемиологическим показаниям — в случае эпидемиологического неблагополучия);

– организация и проведение обучения для медицинского персонала (врачей, среднего и младшего медицинского звена) по различным вопросам: организация санитарно-эпидемиологического режима отделений и отдельных кабинетов, обращение с изделиями медицинского назначения, обращение с медицинскими отходами, профилактика аварийных ситуаций и пр.;

– мониторинг и профилактика возникновения аварийных ситуаций на рабочих местах (укол/порез/попадание биологических жидкостей на кожу и слизистые оболочки глаз, носа, рта и пр.).

### *3. Обеспечение безопасности окружающей среды:*

– дезинфекционный режим: санитарно-эпидемиологические мероприятия в отношении внешней среды как резервуара госпитальной микрофлоры — дезинфекция воздуха бактерицидными облучателями открытого или закрытого типа (рециркуляторами воздуха); контроль качества воды; бельевой режим (обращение с грязным и чистым бельем, соблюдение точности его доставки и хранения, а также качество стирки

и дезинфекции); проведение текущих и генеральных уборок; обращение с изделиями медицинского назначения, в том числе инструментами многократного использования (качество проведения дезинфекции, предстерилизационной очистки (ПСО) и стерилизации); качество обработки медицинской аппаратуры; обращение с медицинскими отходами; работа дезкамерного отделения (обработка постельных принадлежностей);

– разработка программы производственного контроля с учетом результатов микробиологических исследований (как подробный план контроля факторов внешней среды в целях профилактики ИСМП у пациентов и сотрудников медицинской организации), проведение микробиологического мониторинга обсемененности объектов внешней среды для профилактики экзогенного инфицирования пациентов.

*4. Безопасные медицинские технологии* — обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий, применяемых в медицинской организации, в том числе соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств — разработка СОПов, инструкций на проведение инвазивных вмешательств, стандартизация процессов обработки медицинского оборудования (в том числе высокотехнологичного со сложными этапами обработки, дезинфекции и стерилизации).

*5. Дезинфицирующие и антисептические средства:*

– плановый контроль и оценка чувствительности дезинфицирующей и антисептических средств к циркулирующей в медицинской организации микрофлоре;

– при необходимости своевременная ротация дезинфицирующих и антисептических средств.

*6. Обеспечение безопасности питания:*

– проверка пищеблока и буфетных в отделениях на предмет соблюдения санитарно-эпидемиологического режима в целях профилактики возникновения острых кишечных инфекций;

– обследование сотрудников, занятых в процессе приготовления и реализации продуктов питания, на носительство *S. aureus* и кишечных инфекций (дизентерии, сальмонеллеза и условно-патогенной микрофлоры).

Руководитель должен позаботиться о том, чтобы обеспечить медицинскую организацию достаточным количеством расходных материалов, изделий медицинского назначения для

пациентов, средств индивидуальной защиты (перчатки стерильные и нестерильные, маски, респираторы, халаты и пр.), инвентарем для проведения уборок, дезинфицирующими и антисептическими средствами и прочими расходными материалами. В противном случае нельзя требовать соблюдения установленных правил. На расходных материалах нельзя экономить, так как средства индивидуальной защиты позволят сберечь здоровье персонала медицинской организации, достаточное количество изделий медицинского назначения для пациентов поможет предотвратить заражение гемоконтактными инфекциями пациентов и персонала.

Так, например, чтобы соблюдались стандартизированные процессы гигиенической и хирургической обработки рук, в первую очередь необходимо создать условия для качественного выполнения данной процедуры: обеспечить места для обработки рук раковиной достаточного объема, подводом горячей воды, бесконтактным (как в последних требованиях СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней») или хотя бы локтевым смесителем, наличием диспенсера с бумажными полотенцами, дозаторами для мыла и антисептика и, собственно, мылом и спиртовым антисептиком для обработки рук. Желательно также снабдить сотрудников средствами для ухода за кожей рук, чтобы избежать проблем с различными кожными проявлениями воздействия антисептических и дезинфицирующих препаратов. Важно подбирать качественные и апробированные в клинике препараты, для того чтобы персонал соблюдал рекомендованные требования по обработке и рук, и поверхностей, в противном случае создается риск формального подхода к данным процедурам из-за агрессивности воздействия дезинфектантов.

Рассмотрим подробнее вопросы по работе с ИСМП. Необходима постоянная настороженность в данном вопросе, иначе главный врач учреждения будет знать лишь «вершину айсберга», а проблема имеет накопительный эффект и может «выдать» себя в неподходящий момент.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи — любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, поражающие больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне



зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки. Они есть абсолютно в любой медицинской организации и все случаи ИСМП подлежат учету и регистрации в эпидемиологическом бюро (ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»).

Причины неполного выявления случаев ИСМП:

– неумение врача установить случай ИСМП; если это врач-клиницист, необходимо провести обучение по диагностике инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, утвердить стандартные определения случая инфекции в соответствии с профилем оказываемой помощи;

– неспособность работать в команде — врач-эпидемиолог должен максимально слаженно организовать работу с отделениями по своевременному выявлению таких случаев либо выполнять эту работу самостоятельно — проводить оперативный мониторинг. Однако на самом деле — это командная работа, которая затрагивает все подразделения медицинской организации;

– сотрудник может быть перегружен рутинной работой, поэтому времени на выявление и учет ИСМП не остается. Такой отговоркой зачастую пользуются врачи-клиницисты. При любом удобном случае они всегда об этом напоминают и администрации учреждения, и врачу-эпидемиологу. На практике все решаемо. Главное захотеть и приложить немного усилий;

– административные и штрафные санкции — не должно быть карательных мероприятий или поиска виновных, в первую очередь это повод задуматься о качестве и безопасности лечебно-диагностического процесса, так как при недостатке информации невозможно оценить эпидемиологическую ситуацию и своевременно провести профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Еще один вопрос, на который следует обратить внимание, — анализ резистентности выделяемой микрофлоры к антимикробным, дезинфицирующим препаратам и антисептикам. В нем очень важно взаимодействие между специалистами: эпидемиологом, бактериологической лабораторией, клиническим фармакологом, а также специалистом, отвечающим за хирургическую службу, — заместителем главного врача по хирургии или заведующим операционным блоком. При этом основная задача

главного врача — расставить кадры таким образом, чтобы эти специалисты работали «в связке», а не тянули каждый одеяло на себя. Для того чтобы этот раздел работы осуществлялся на высоком уровне, необходимо обеспечить доступность микробиологических исследований в режиме 24/7/365 и организовать полноценный микробиологический мониторинг. Доступность исследований обеспечивается не только и не столько наличием микробиологической лаборатории или договором со сторонней организацией, сколько слаженной работой коллег при передаче биоматериала из отделений в лабораторию и результатов из лаборатории в отделения; вовлеченностью лечащих врачей и желанием неформально подойти к назначению микробиологического обследования. Госпитальный эпидемиолог осуществляет этиологическую расшифровку случаев ИСМП, совместно с клиническим фармакологом проводит оценку антибиотикорезистентности, выполняет ротацию дезинфицирующих препаратов при необходимости.

**Аудит — процесс оценки (проверки) качества и безопасности медицинской деятельности. В более широком понимании — это процедура улучшения качества медицинской деятельности путем проведения систематического анализа всех ее аспектов (включая ресурсы, процессы и результаты) на соответствие согласованным четким критериям (стандартам, требованиям) с последующим внедрением изменений.**

Комплекс мероприятий по профилактике ИСМП (дезинфекция, стерилизация, асептика и антисептика, изоляционные мероприятия, применение антимикробных препаратов и пр.) должен быть основан на результатах аудитов, которые являются основополагающими методами функционирования системы контроля качества и безопасности.

Аудит — процесс оценки (проверки) качества и безопасности медицинской деятельности. В более широком понимании — это процедура улучшения качества медицинской деятельности путем проведения систематического анализа всех ее аспектов

(включая ресурсы, процессы и результаты) на соответствие согласованным четким критериям (стандартам, требованиям) с последующим внедрением изменений. Для слаженной работы любой выстроенной системы необходим контроль, который обеспечивается проведением плановых и внеплановых внутренних аудитов (обходов). Обходы должны осуществляться максимально часто, а не как это прописано в санитарных правилах — «не реже 1 раза в квартал». При таких обходах «не везет» обычно первому отделению, с которого начинается обход, в других отделениях принцип внезапности исключается — они уже готовы к проверке.

Наиболее эффективны тематические, «внезапные» обходы. С их помощью можно увидеть, как обстоят дела на самом деле. Такие обходы формируют у сотрудников «иммунитет» к внезапности, со временем они привыкают к такому контролю, с легкостью выполняют все требования и при проведении плановых проверок не допускают типичных ошибок. Например, проверка качества соблюдения требований по гигиене рук, работы со стерильным инструментом, санитарно-гигиенического состояния отдельных режимных помещений, знания персоналом действий по профилактике парентеральных инфекций (при аварийных ситуациях), обращение с медицинскими отходами и т.д. Этот список можно продолжать до бесконечности, главное, насколько хорошо сам врач-эпидемиолог знает требования нормативных документов и знает, что нужно проверять в отделениях, иначе эти обходы будут заканчиваться банальной фразой «в ходе проверки замечаний нет». Конечно, такие отделения есть, они являются эталонными, но на практике их единицы. Отлично, когда такая фраза появляется после устранения нарушений, это знак хорошей работы команды.

Принципы эффективного аудита:

- Не несет репрессивных функций. Основная цель — выявление системных ошибок, а не поиск и наказание виновного/виновных.
- Проводится подготовленными сотрудниками, объединенными в мультидисциплинарные команды, представляющими все заинтересованные стороны (включая врачей, медсестер, организаторов и т.д.), которым обеспечена максимальная независимость (непродвзятость).

- Используются критерии (стандарты, требования), основанные на данных доказательной медицины.

- Соблюдаются принципы конфиденциальности (иногда анонимности, например при проведении аудита нескольких отделений или МО).

- Персонал понимает свои цели и задачи.

- Снижает эффективность незавершенность цикла аудита (отсутствие этапов анализа или повторной оценки внедрения изменений), отсутствие реального информирования персонала или использование репрессивных мер.

Оптимальная рабочая схема при выявлении недочетов в работе персонала:

- Предупредить о выявленном нарушении.

- Если это не системная ошибка, повторяющаяся в работе сотрудников разных должностей и разных отделений, нужно провести индивидуальное обучение и поручить старшей медицинской сестре в отделении проконтролировать выполнение того или иного требования. Если ошибка носит системный характер, то необходимо организовать обучение по выявленной проблеме (идеально это сделать с проведением входного и выходного тестового контроля).

- Показать требуемое на практике и подробно обсудить с персоналом.

- Контролировать выполнение требований при проведении проверок.

- При невыполнении требований — предупреждение, при повторном выявлении аналогичных нарушений — объяснительная от сотрудника, составление акта выявленных нарушений и докладная записка администрации учреждения, далее по решению администрации — наложение штрафных санкций на сотрудника.

В случае проведения обучения врач-эпидемиолог максимально дает всю необходимую информацию, а потом контролирует выполнение требований. В практике Университетской клиники — ежегодное проведение тренингов для среднего медицинского персонала с входным тестовым контролем и принятием устного зачета после проведенной учебы. Кроме того, персоналу хорошо помогают в работе инструкции, в которых врач-эпидемиолог прописывает основные контролируемые моменты — организацию работы персонала в зависимости от за-

нимаемой должности (для отделений анестезиологии и реанимации; процедурных, перевязочных, постовых медицинских сестер; санитарок-буфетчиц; санитарок). С ними в любой момент могут ознакомиться как вновь устроившиеся на работу сотрудники, так и желающие «обновить» знания.

Ввиду загруженности медицинского персонала лечебным процессом врач-эпидемиолог своей работой помогает сотрудникам не терять настороженность в отношении внутрибольничных инфекций, обращает внимание на основные принципы профилактики развития осложнений у пациентов. Без наличия в штате врача-эпидемиолога невозможны внедрение и адаптация огромного количества требований, изложенных в нормативно-правовых документах, и контроль за их исполнением.

---

ГЛАВА 6.  
**ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

---

---

Информационные технологии в работе медицинской организации напоминают нервную систему человека, кроме головного мозга, функции которого выполняются администрацией медицинской организации.

IT-технологии соединяют весь организм медицинской организации в единое целое, регулируют ее жизнедеятельность и обеспечивают рациональное расходование имеющихся ресурсов. Также, как и нервная система, информационная инфраструктура представляет собой многоуровневую систему, имеющую свою архитектуру, проводящие пути, центры принятия решений, постоянное потребление данных и их обработку.

Описание информационной системы в медицинском учреждении представляет для неподготовленного читателя сложно воспринимаемый текст, однако большое количество выделяемых средств на информатизацию здравоохранения заставляет современного главного врача дополнить свою квалификацию вопросами информационных технологий и системного администрирования.

### **1. ПОДКЛЮЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ К ИНФОРМАЦИОННЫМ МУЛЬТИСЕРВИСНЫМ СЕТЯМ**

Информатизация медицинской организации — работа с большим массивом данных, в том числе их передачей. Для этого используют Интернет, который является глобальной компьютерной сетью, где все устройства взаимодействуют посредством протокола IP (интернет-протокол, протокол сетевого уровня).

Доступ в Интернет — базовая потребность любой организации, осуществляется через присоединение к сети интернет-провайдера, который выделяет IP-адреса. Получить блок адресов возможно только от операторов связи либо организаций, торгующих IP-адресами.

При наличии у медицинской организации потребностей в развитии информационных сервисов на собственной серверной базе крайне желательно избегать смены провайдеров, ранее выделивших IP-адреса. Например, крупнейшие библиотеки предоставляют доступ к своим ресурсам сотрудникам академических организаций только с IP-адресов, которые были указаны ранее в заявках. Такие сервисы, как корпоративная электронная почта, после смены адресации могут прекратить работать полностью или частично, так как адреса, выделяемые провайдерами, ранее могли быть включены в спам-реестры крупных почтовых сервисов из-за истории их использования. Очистка истории может занять длительный период. Для непрерывности производственного процесса необходимо учитывать данные нюансы при составлении конкурсной документации на услугу «Доступ в Интернет».

Развитие телекоммуникационных технологий сокращает долю традиционной телефонии в пользу IP-телефонии. Тенденция необратима, поэтому строительство отдельных коммуникаций для традиционной телефонии нецелесообразно. IP-телефония не требует отдельных кабельных коммуникаций, подключение телефонных аппаратов производится к тем же портам локальной вычислительной сети, к которым подключаются компьютеры рабочих мест. При использовании индивидуальных IP-телефонов внутренний телефон сотрудника не привязывается к конкретной его локации, т.е. повышается мобильность.

На основе глобальной открытой интернет-сети организации имеют возможность создавать защищенный туннель — VPN (Virtual Private Network — виртуальная частная сеть). Эта технология позволяет обеспечить одно или несколько сетевых соединений, создать логическую сеть поверх другой. Для медицинских организаций это важно при наличии распределенных филиалов, каждый из которых необходимо подключить к системе межведомственного электронного взаимодействия

для передачи персональных данных между медицинскими организациями, страховыми компаниями и территориальными фондами ОМС.

Развитие телекоммуникационных сетей исторически происходило в направлении слияния сетей передачи данных, телефонных и телевизионных сетей. К настоящему времени структура телекоммуникационных сетей стандартизировалась, и современные сети построены по правилам проектирования структурированной кабельной системы (ГОСТ Р 53246-2008. Информационные технологии (ИТ). Системы кабельные структурированные. Проектирование основных узлов системы. Общие требования). На основе интернет-технологий построены все ключевые сервисы медицинской организации.

При анализе оптических кабельных локальных сетей медицинской организации часто приходится сталкиваться с фрагментарностью их построения, решением локальных задач разными командами в различные периоды времени. В результате — большое количество проводов, идущих ниоткуда и уходящих в никуда. В этой связи целесообразно провести обследование сетей всего учреждения и заказать их проектирование.

Планирование сети — неотъемлемая часть функционального планирования помещений в медицинской организации. Рекомендуется применять разумную избыточность в оснащении информационными розетками тех помещений, где возможны увеличение численности сотрудников либо установка оборудования. Несмотря на развитие кабельных технологий, экономически наиболее эффективно построение сети на основе медножильного телекоммуникационного кабеля с попарно свитыми жилами («витой парой»), оканчивающихся патчкордами — короткими кабельными шнурами, при помощи которых подключаются порты активного оборудования к абонентским кабельным линиям, а также оконечные устройства. Примерами оконечных устройств являются персональные компьютеры, IP-телефоны, лабораторные приборы, оборудованные соответствующими портами и т.д.

Современные сети могут обеспечивать скорость 1000 Мбит/с, которая не всегда достижима. Это связано с некачественным проведением работ и «допущениями» при



выборе материалов. Основные ошибки монтажников при прокладке коммуникаций — повреждение кабеля при неправильном изгибании либо при его закладке в каналы недостаточного сечения, нарушение требований к предельным длинам кабелей, изгибы с нарушением требований к радиусу и плотная параллельная прокладка с расположенным рядом силовым кабелем.

На текущий момент для решения большинства задач достаточно подключения ПК к сети со скоростью 100 Мбит/с, но увеличение объемов, снимаемых с приборов данных предполагает дальнейшее повышение скорости. Запас пропускной способности кабельной инфраструктуры позволяет модернизировать ранее построенные сети путем замены коммутационного оборудования. При приемке построенной кабельной сети и перед планированием ее модернизации необходимо выполнить тестирование.

При современных тенденциях развития сетей не имеет смысла наращивать аналоговые сети. Все аналоговые сети — сети с коммутацией каналов. Сегодня используют сетевое оборудование: маршрутизаторы, коммутаторы и точки доступа, а в качестве абонентских устройств — персональные компьютеры и IP-телефоны.

Ключевой элемент сети клиники — центральный маршрутизатор, а его основное назначение — связь между глобальной сетью, сетью больницы и ее подразделениями. Маршрутизаторы должны быть мультисервисными, обладать достаточной производительностью при наличии таких функций, как обеспечение межсетевого экрана, организация VPN-туннелей и NAT (англ. Network Address Translation — специальный механизм присвоения устройствам в сети внутренних IP-адресов), DNS (англ. Domain Name System — система доменных имен — компьютерная распределенная система для получения информации о доменах) и т.д.

Недостаточная производительность маршрутизаторов вызывает нарушение работы сервисов. Наиболее наглядно это проявляется в ухудшении работы мультимедийных сервисов (видеоконференции, IP-телефония) — «рассыпается» изображение и искажается голос.

## **2. СЕРВЕРНЫЕ КЛАСТЕРЫ, СИСТЕМЫ ХРАНЕНИЯ ДАННЫХ И ДРУГОЕ «ЖЕЛЕЗО»**

Как только организация начинает работать с данными, сразу встает вопрос об их хранении, следовательно, необходимо создание центров хранения и обработки данных (далее — ЦОД). Основные требования к таким системам следующие: приемлемая производительность, отказоустойчивость и масштабируемость.

Решение данной задачи возможно двумя путями: аренда удаленного ЦОДа либо организация своего.

Первый сценарий позволяет быстро решить вопрос, однако вы вынуждены годами вносить ежемесячную плату, второй — предполагает развертывание ресурса на собственной базе, оснащение его необходимым лицензионным оборудованием и регулярное обслуживание.

Рабочая станция (workstation) — персональный компьютер, подключенный к сети, на котором пользователь сети выполняет свою работу.

Можно выделить три типа рабочих станций:

- 1) рабочая станция с локальным диском;
- 2) бездисковая рабочая станция, где данные загружаются с диска файлового сервера;
- 3) удаленная рабочая станция — станция, которая подключается к локальной сети через телекоммуникационные каналы связи (например, с помощью интернет-сети).

В профессиональном сообществе IT-специалистов часто приходится слышать такие понятия, как «тонкий клиент», «толстый клиент», «независимая рабочая станция». Все это — типы соединения между вашей рабочей станцией и хранящейся информацией.

Требования к рабочим станциям определяются типом операционной системы, версией «клиента» и набором дополнительного программного обеспечения. Компьютер, выполняющий функции рабочей станции, должен обеспечить пользователю возможность решения всех его прикладных задач. Если рабочая станция ориентирована только на сетевой режим работы, то ей по сути не нужен жесткий диск (бездисковая станция), работающий по технологии «тонкого клиента». Ваш компьютер представляет собой лишь устройство для приема, ввода и передачи данных, на сервере размещены все программные продук-

ты и базы данных. Бездисковые рабочие станции значительно дешевле дисковых (в 2–3 раза), работа на них исключает возможность занесения в сеть вирусов. В то же время в локальной сети, построенной на базе бездисковых рабочих станций, резко возрастает нагрузка на сервер, а также исключается возможность работы на станции в автономном режиме.

Технология «толстого клиента» основана на распределенном хранении данных, информация для краткосрочного использования имеется на рабочей станции, иные данные — на сервере, выгрузка накопленных данных осуществляется по графику.

Технические характеристики рабочей станции в медицинской организации определяются ее функциональным назначением, сложностью прикладных задач пользователей и экономическими возможностями.

### 3. ЛИЦЕНЗИРУЕМОЕ И ПРИКЛАДНОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЛЯ КЛИНИКИ

Программное обеспечение можно разделить на следующие категории:

1. Программное обеспечение для медицинских работников:
  - системы поддержки принятия врачебных решений;
  - программы для анализа медицинских изображений;
  - справочники, образовательные пособия.

2. Программное обеспечение для пациентов:

- самостоятельный контроль здоровья и диагностика заболеваний;

- удаленный мониторинг состояния здоровья;

- удаленное взаимодействие с врачами и др.

3. Программное обеспечение для административно-хозяйственной работы.

В законодательстве Российской Федерации и многих

**Программное обеспечение, участвующее в оказании медицинской помощи, является медицинским изделием и подлежит государственной регистрации с обязательным подтверждением производителем его качества, эффективности и безопасности.**

других стран существует понятие «медицинское изделие» — это изделие, так или иначе используемое в медицинских целях.

Программное обеспечение, участвующее в оказании медицинской помощи, является медицинским изделием и подлежит государственной регистрации с обязательным подтверждением производителем его качества, эффективности и безопасности, в случае, если оно предназначено производителем:

- для управления работой оборудования и мониторинга за его функционированием;
- получения от оборудования диагностических данных, их накопления и расчета в автоматическом режиме;
- мониторинга функций организма человека и передачи полученных данных (в том числе посредством беспроводных технологий);
- расчета параметров подбора дозы (облучения, лекарственного средства, рентгеноконтрастного вещества и т.д.);
- обработки данных, полученных с диагностического медицинского оборудования, передачи их на системы планирования и терапии;
- обработки медицинских изображений (включая изменение его качества, цветового разрешения и т.д.);
- 3D-моделирования с использованием изделия при оказании медицинской помощи;
- связи диагностического и лечебного оборудования;
- обработки цифровых изображений (в том числе с получением данных от диагностического оборудования в неизменном виде).

Сертификат соответствия подтверждает качество продукции, ее соответствие требованиям безопасности, стандартам (ГОСТ, СНИП), нормативным документам.

В соответствии с действующим законом (Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») каждой информационной системе, где хранятся персональные данные, присваивается определенный класс. К классу 1, требующему обязательной сертификации, относятся информационные системы, персональные данные, касающиеся расовой, национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных и философских убеждений, состояния здоровья, интимной жизни. Для таких систем предусмотрена обязательная аттестация

по требованиям безопасности информации, также должны быть реализованы мероприятия по защите персональных данных от побочных электромагнитных излучений и наводок, получена лицензия от Федеральной службы по техническому и экспортному контролю России (далее — ФСТЭК России) на деятельность по технической защите конфиденциальной информации.

По стоимости продукта, как и любое другое программное обеспечение, медицинское можно разделить на бесплатное, платное и условно-бесплатное, последнее предполагает наличие в свободном доступе ознакомительной версии с полным или урезанным функционалом.

По принципу лицензирования программное обеспечение можно разделить на две группы: несвободное (проприетарное) и открытое (open source)/свободное (freeware).

По законодательству большинства стран программное обеспечение и его исходный код охраняются законом об авторском праве, который дает автору продукта исключительные права над изменением, распространением, способом использования и поведением программы.

Чтобы избавить пользователей от ограничений, установленных законом, автор или правообладатель может передать пользователям расширенные права на использование продукта посредством свободной или открытой лицензии. Несмотря на то, что по условиям свободных лицензий выданные пользователям разрешения правообладатель отозвать не может, свои права, гарантированные законодательством, авторы сохраняют.

#### **4. ТРЕБОВАНИЯ К ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ**

Новым вызовом для здравоохранения стала кибербезопасность. Создание единого подхода к защите информации усложняется тем, что в поликлиниках, больницах и лабораториях используется множество сетей и цифровых комплексов. Кроме того, учреждения имеют территориально распределенную сеть и неоднородную инфраструктуру.

На информационную безопасность здравоохранения также влияют недостаточные организационные меры защиты информации, отсутствие подтверждения соответствия требованиям

информационной безопасности и недостаток специалистов по защите информации в медучреждениях.

Между тем, в последнее время, на медицинскую инфраструктуру совершается все больше хакерских атак. Привлекательность медучреждений для киберпреступников объясняется содержанием в информационных системах различной конфиденциальной информации, включая личные данные пациентов, номера банковских карт, медицинские сведения. В 2021 г. здравоохранение стало самой атакуемой сферой, доля медицинских учреждений в статистике жертв киберпреступников выросла с 8% в 1 квартале до 12% в конце года. По данным исследования Positive Technologies, одного из ведущих разработчиков по кибербезопасности, киберпреступники чаще всего похищали персональные данные и медицинскую информацию (39 и 36% соответственно от общей доли похищенных данных).

Существуют прецеденты гибели пациентов, которому не смогли вовремя оказать помощь из-за того, что инфраструктура лечебного учреждения была поражена вымогательским программным обеспечением, в итоге диагностическое оборудование оказалось неработоспособным.

Выделяют следующие виды защиты информации:

- Правовая защита информации — защита информации правовыми методами, включающая разработку законодательных и нормативных правовых документов (актов), регулирующих отношения субъектов по защите информации, применение этих документов (актов), а также надзор и контроль за их исполнением (например, статья 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» описывает понятие врачебной тайны и определяет оборот такой информации при оказании медицинской помощи).

- Техническая защита информации — защита информации, заключающаяся в обеспечении некриптографическими методами безопасности информации (данных), подлежащей (подлежащих) защите в соответствии с действующим законодательством с применением технических, программных и программно-технических средств.

- Криптографическая защита информации — защита информации с помощью ее криптографического преобразования.

• Физическая защита информации — защита информации путем применения организационных мероприятий и совокупности средств, создающих препятствия для проникновения или доступа неуполномоченных физических лиц к объекту защиты.

На практике используют сочетание различных мер с учетом важности информации и рисков утраты ее конфиденциальности.

Для защиты информации применяют широкий перечень мер, к которому можно отнести:

– Идентификация и управление доступом субъектов и объектов доступа.

– Антивирусная защита.

– Обнаружение вторжений.

– Защита информационной системы, ее средств, систем связи и передачи данных и др.

Федеральный орган, осуществляющий контроль за соблюдением требований информационной безопасности в России, является ФСТЭК России.

Медицинские учреждения обязаны охранять врачебную тайну. Ее определение впервые было дано в Федеральном законе от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В этом нормативном акте устанавливались гарантии конфиденциальности и накладывался запрет на разглашение конфиденциальных данных о пациентах. В настоящее время действует Федеральный закон № 323-ФЗ, который обязал медицинские учреждения соблюдать законодательство о персональных данных при обработке врачебной тайны. При этом в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» особо отмечается, что сведения о состоянии здоровья могут обрабатываться исключительно в определенных случаях, а сами медицинские данные отнесены к тем, оборот которых регламентируется наиболее жестко.

Постановлением Правительства РФ от 01.11.2012 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных» установлены правила категорирования информационных систем, в которых обрабатываются данные о здоровье субъекта персональных данных — медицинская информация относится к уровню не ниже 3.

Действующее законодательство (постановление Правительства РФ от 16.11.2015 № 1236 «Об установлении запрета на допуск программного обеспечения, происходящего из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд»; приказ Минздрава РФ 24.12.2018 № 911н «Об утверждении требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций») определяет специальные требования к медицинским информационным системам медицинской организации. Они прямо запрещают использование иностранной продукции и размещение данных за рубежом. Если медучреждение взаимодействует с государственной информационной системой (далее — ГИС), для защиты этого взаимодействия будут применяться меры в соответствии с приказом ФСТЭК России от 11.02.2013 № 17 «Об утверждении Требований о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах».

После введения в действие Федерального закона от 26.07.2017 № 187-ФЗ «О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации» в случае, если медицинская организация является субъектом критической информационной инфраструктуры, и одной из ее информационных систем присвоена категория значимости объекта критической информационной инфраструктуры, необходимо выполнять дополнительные требования информационной безопасности, установленные соответствующим приказом ФСТЭК России от 21.12.2017 № 235 «Об утверждении требований к созданию систем безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры Российской Федерации и обеспечению их функционирования».

Система защиты информации медицинской организации должна соответствовать требованиям по информационной безопасности, установленным ФСТЭК России. Используемые средства защиты информации должны быть сертифицированы ФСТЭК России. Программное обеспечение или программно-аппаратные средства защиты должны находиться в реестре отече-



ственного программного обеспечения Минкомсвязи. В случае, если используются средства криптозащиты информации, то необходима сертификация еще и от ФСБ России.

Организация информационной безопасности всегда входит в зону ответственности главного врача. По факту утечки медицинских данных медицинская организация, как оператор, обязана возместить нанесенный пациенту ущерб и оплатить штраф от 60 000 до 100 000 руб. согласно статье 13.11 КоАП РФ, за повторную утечку — 300 000 руб. Сотрудника ждет выговор или увольнение за разглашение персональной информации, а в серьезных случаях — запрет на занятие профессиональной деятельностью до 5 лет или лишение свободы на срок до 4 лет.

Выделяют следующие виды нарушений информационной безопасности:

- получение неправомерного доступа к информации, т.е. нарушение конфиденциальности;
- утрата сведений, вызванная разрушением носителя информации или стиранием данных;
- внесение изменений при прямом доступе к базе данных или через интерфейс системы;
- отказ функционала, связанный с получением доступа к информации;
- получение доступа к базе данных — полное или частичное;
- некорректное функционирование информационной системы вследствие несанкционированного изменения модулей.

Для предотвращения описанных проблем осуществляют мероприятия по защите сведений в информационных системах медицинских организаций:

- ведение регистра существующих информационных систем;
- моделирование угрозы безопасности;
- проектирование системы защиты информации;
- разработка организационно-распорядительной документации, которая регламентирует процессы обработки и защиты сведений;
- поставка, установка и настройка средств защиты информации;
- аттестация информационных систем сведений, согласно требованиям безопасности.

К объектам защиты медицинской информационной системы относят:

- сведения в базе данных;
- средства обеспечения функционирования медицинской информационной системы;
- сбор, хранение и передача данных.

Для защиты данных пациента применяются несколько программных компонентов и механизмов.

Для предотвращения несанкционированного доступа:

- устанавливаются средства авторизации;
- внедряются системы обнаружения и предотвращения вторжений;

- устанавливается антивирусное программное обеспечение;
- межсетевое экранирование.

К криптографическим средствам защиты относят:

- алгоритмы шифрования данных;
- электронную цифровую подпись;
- системы аутентификации;
- парольную защиту.

Инструментальные средства анализа предполагают внедрение программного обеспечения для проведения мониторинга. К техническим средствам защиты относят комплексное внедрение технических средств защиты. Система бесперебойного питания предполагает установку, обслуживание источников бесперебойного питания, установку генераторов напряжения и резервирование нагрузки. С целью предотвращения взлома и краж используются специальные средства, включая электронные ключи и смарт-карты. Эти технологии позволяют повысить уровень защиты информационной системы на этапе аутентификации.

Есть и другие способы обеспечения безопасности, которые не относятся к медицинской информационной системе напрямую. Такие меры предполагают выполнение персоналом некоторых регламентов по работе с системой:

- организация охраны помещения, исключение проникновения на территорию и в здание злоумышленников;
- использование технических средств по сбору, накоплению, обработке и хранению конфиденциальных данных;

- организация работы по анализу угроз конфиденциальных сведений — внутренних и внешних;
- организация работы по выполнению контроля за работой сотрудников с информацией;
- обеспечение правильной работы с документами и документированными сведениями.

Внедряются также и специализированные средства контроля доступа в помещение. Это могут быть:

- исполнительные устройства, включая кабины, турникеты, шлагбаумы;
- кардридеры, считывающие информацию;
- панели для введения кода с помощью клавиатуры;
- концентраторы и контроллеры;
- средства идентификации, включая брелоки, карты и биометрию;
- индивидуальное программное обеспечение.

Безопасность данных должна быть реализована на всех уровнях работы медицинской информационной системы. Это:

- сведения о пациентах;
- данные о персонале;
- информация о медучреждении;
- сведения о системе здравоохранения как в государственных, так и частных организациях.

Если система безопасности функционирует правильно, можно говорить о выполнении в полной мере всех ее функций.

Медицинские учреждения выступают операторами персональных данных. Это означает, что обеспечение безопасности входит в зону их ответственности. Процесс перехода от бумажных носителей к электронным показывает, что далеко не все организации могут уделять должное внимание информационной безопасности, так как требуется увеличение расходов. Денежные средства должны быть направлены на установку и обслуживание систем защиты информации, обучение персонала, наем квалифицированных специалистов.

Для проведения мероприятий по защите информации в медицинской организации создается подразделение информационной безопасности. Для этого возможно возложить соответствующие функции на действующий IT-отдел или создать отдельное подразделение.

Задачи подразделения информационной безопасности:

– минимизировать угрозы безопасности информации и снизить негативные последствия этих угроз (репутационный, экономический или правовой ущерб);

– защитить данные, составляющие тайну (коммерческую, врачебную, персональные данные и т.д.);

– повысить защищенность медицинской организации от внешних угроз и атак.

Кроме того, подразделение должно обеспечить защиту данных, которые хранятся в медицинской информационной системе на всех уровнях работы клиники:

– информация о медицинской организации (общие данные, отчетность);

– сведения о медицинском персонале, в том числе конфиденциальные; сведения о пациентах;

– важные сведения о системе здравоохранения в целом.

Ответственный за информационную безопасность в учреждении назначается приказом главного врача. Квалификация руководителя отдела информационной безопасности должна соответствовать требованиям, установленным приказом ФСТЭК России от 21.12.2017 № 235 и письмом Минздрава РФ от 04.06.2022 № 18-4/И/2-9129 «О повышении устойчивости и безопасности функционирования информационных ресурсов Российской Федерации». Он должен иметь высшее образование по направлению «Обеспечение информационной безопасности». При наличии другого высшего образования сотрудника можно направить на профпереподготовку, объем программы которой должен составлять не менее 360 часов. Стаж работы руководителя подразделения информационной безопасности должен быть не менее 3 лет. Отдел кадров, по поручению главного врача, разрабатывает должностную инструкцию руководителя, ответственного за информационную безопасность. Каждый сотрудник подразделения информационной безопасности должен проходить повышение квалификации по направлению «Информационная безопасность» не реже 1 раза в 5 лет.

## 5. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА

Медицинская информационная система (далее — МИС) представляет собой набор программных продуктов, сопровождающих пациента на каждом этапе получения медицинской помощи, а также проводящих анализ и хранение полученных данных.

Сегодня на практике мы видим использование ее возможностей исключительно при посещении поликлиник и стационаров, получаемые данные в разных организациях не подгружаются в единую медицинскую карту гражданина, хранятся разрозненно на серверах каждой из больниц. Очевидно, что это приводит к дублированию анализов, потере данных, в итоге — росту затрат и отсутствию персонифицированного ведения пациента.

Часто встречается ситуация, когда в течение недели или месяца больной посещает различные учреждения, получает от каждого специалиста рекомендации, в том числе и «веер» рецептов. Врач вынужден длительное время разбирать документы, с которыми пришел пациент, при этом многие данные от других врачей просто игнорируются, в итоге, полипрагмазия и стойкая борьба пациента с успехами мировой фармакологии.

В этой связи в России проводится работа по созданию электронной медицинской карты гражданина. В ней должна храниться вся медицинская информация, получаемая пациентом в различных медицинских организациях. Размещение данных осуществляется как на федеральных, так и региональных серверах, пациент имеет индивидуальный уникальный ключ и персональный накопитель, куда при необходимости он может выгрузить свои данные. При обращении в медицинскую организацию врач идентифицирует гражданина, вносит в карту результаты обследования и лечения, а также, по решению пациента, получает ограниченный по объему и времени доступ к имеющимся данным.

Кроме того, в мире создан массив носимых устройств, позволяющих регистрировать биометрические данные (пульс, артериальное давление, уровень глюкозы в крови и т.д.). Все это должно быть частью медицинской информационной системы.

МИС сегодня — это набор программных продуктов, сопровождающих пациента внутри медицинской организации: электронная история больного, амбулаторная карта пациента, лабораторная информационная система, программа работы с изображениями (КТ, МРТ, УЗИ и др.). К такому комплексу могут быть подключены навигационная система, интеллектуальная система хирургических микроскопов и эндоскопии, реанимационные станции, электронная аптека.

В основе любой электронной истории болезни (далее — ЭИБ) лежит сквозное сопровождение пациента на всех этапах медицинской помощи: от госпитализации (а лучше — от первой амбулаторной или дистанционной консультации) до выписки.

Задача ЭИБ — автоматизировать хранение и обработку данных, когда исчезает потребность дублировать информацию на бумажных носителях. Другой задачей является минимизация «человеческого фактора» при предоставлении медицинской помощи. В практике любого главного врача множество историй, когда утвержденные в клинике протоколы не выполняются: неполный перечень исследований перед госпитализацией, нет контроля назначений со стороны заведующего и др. ЭИБ не позволит перевести пациента на следующий этап при несоблюдении регламентов. В этой связи при внедрении ЭИБ персонал воспринимает ее негативно, постоянно слышится критика. Проходит время. Работа клиники перестраивается, в коллективе наступает принятие системы. Главное — единовременное внедрение ЭИБ во всех подразделениях, без возможности работать «в исключительных случаях» по-старому.

Лечение пациентов в медицинской организации осуществляется по разным видам оплат, что также отражается в системе. Для удобства информационного обмена, при оплатах в рамках ОМС с целью сверки страховой принадлежности и подачи электронных реестров на оплату, в МИС включают блок, позволяющий осуществлять файловый обмен между ТФОМС и учреждением.

Вся оплата за оказанные услуги проходит через МИС, на основании этого формируются отчеты по распределению заработанных средств в разрезе отделений и служб, при необходимости — персонализированные.

В МИС ведется складской учет лекарственных средств, металлоконструкций и донорской крови со списанием их персонафицировано через кассу или отметкой в истории болезни в разрезе источников финансирования (в зависимости от вида оплаты лечения). Это позволяет формировать складскую отчетность в разрезе отделений и видов оплат.

Есть возможность на таблицах внешних справочников создавать учет информации, не привязанной к картам пациентов (например, анонимное анкетирование по оценке работы учреждения).

На основании информации, вводимой в МИС, создаются отчеты, необходимые для упрощения работы руководителей подразделений и сдачи статистической отчетности (например, «Загруженность врачей поликлиники и стационара», «Оценка наличия и выполнения квот на медицинскую помощь», «Загрузка и оборот коечного фонда»).

Движение информации о пациенте в МИС должно носить сквозной характер, начиная с догоспитального этапа. В момент амбулаторной консультации врач принимает решение о необходимости госпитализации пациента и ставит его на очередь с указанием предполагаемой даты госпитализации и вида оплаты. В зависимости от этого направление в МИС отображается либо у сотрудников отдела госпитализации, либо у сотрудников отдела по работе с платными пациентами. До момента госпитализации дальнейший контакт с пациентом осуществляется дистанционно. При наличии свободных мест в профильном отделении, согласно очереди, пациенту назначаются дата и время госпитализации. На основании этой информации происходит СМС-оповещение пациента о предстоящей госпитализации.

На этапе госпитализации пациентам из МИС может быть распечатан браслет с нанесенным на него идентификатором, а также именем пациента и отделением. При посещении пациентом обследований браслет сократит поиск его данных в системе, укажет персоналу на опасные состояния у больного (синкопы, аллергии и др.).

Частью МИС является лабораторная информационная система — совокупность программно-технических средств, предназначенных для автоматизации различных процессов,

протекающих в лаборатории и обеспечивающих потребность специалистов в информации для принятия решений.

Назначение лабораторной информационной системы — накопление, обработка и анализ лабораторных данных, обеспечивающая связь автоматических анализаторов с ЭИБ в реальном режиме времени без участия человека. Она объединяет все приборы и автоматизированные рабочие места лаборатории, связывает процесс от момента идентификации пробирки до выгрузки результатов анализа в ЭИБ, что позволяет избежать различных неточностей из-за «человеческого фактора».

Составной частью МИС является система хранения медицинских изображений. Обязательным требованием к системе выступает поддержка формата DICOM — индустриального стандарта создания, хранения, передачи и визуализации медицинских изображений и документов обследованных пациентов. Если ранее на отечественном рынке доминировали иностранные программно-аппаратные комплексы, включающие в себя физические модули хранения данных, в итоге стоимость составляла более 20 млн рублей, то сегодня представлены российские разработки, позволяющие хранить изображения на свободных серверах, а стоимость программного продукта в 2–5 раз ниже и может увеличиваться лишь за счет количества дополнительно приобретаемых лицензий для подключения новых устройств.

Технологией завтрашнего дня, несомненно, явится телемедицина. Она уже сегодня вошла в практику многих медицинских организаций, прежде всего федерального подчинения, но пока в ограниченном формате — консультации «врач–врач». Отсутствует сопряжение консультаций с МИС учреждения, нет выгрузки с носимых устройств и медицинской аппаратуры, подключенной к пациенту, дистанционное амбулаторное ведение пациента — пока еще большая редкость. Но все это недалекое будущее.



## 6. САЙТ И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Требования к сайту медицинской организации отражены в приказе Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»».

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» любая медицинская организация должна предоставлять открытую информацию о своей деятельности, в том числе и через сайт, так как она реализует не только принцип открытости, но и участвует в проведении независимой оценки качества условий оказания услуг.

На практике часто приходится наблюдать как медицинские организации сталкиваются с трудностями при формировании своего медиа-пространства. Создание сайта — творческий процесс и в современных условиях не сильно затратный. Можно купить дорогую вещь, но она не всегда бывает практичной и удобной, в результате ее меняют. Однако при этом упущены время и деньги. В этой связи нужно поручить ответственному специалисту в медицинской организации, которому предстоит в последующем обслуживать данный ресурс, самостоятельно найти предложения и подготовить техническое задание. Целесообразно ознакомиться с аналогичными решениями у своих коллег, переговорить с главными врачами, возможно, получить контакты разработчиков удачных проектов.

Однако основная проблема кроется впереди. После того, как проект реализован и сайт вашей организации появился во всемирной сети, о нем забывают. Вот именно на этом этапе и нужен ваш (или вашего помощника) контроль. Сайт — это «живой» продукт. Поисковые системы перестают его находить, если на нем

не обновляется информация. При запросах он будет представлен во второй сотне ссылок, а главное — пациент не найдет там актуальной информации. Каждый из нас для получения ответа на вопрос обращается к интернету, а медицинская организация, являясь монополистом в предоставлении медицинских услуг в своем населенном пункте, лишает граждан удобства в получении информации об этих услугах. Это не правильно!

Другим коммуникатором с гражданами являются социальные сети. Каждые три–пять лет появляются новые, вокруг каждой формируется своя аудитория. В отличие от сайта, где предоставляется официальная информация, задача социальной сети — это общение между организацией и клиентом, а также пациентов между собой. В результате медицинская клиника формирует спрос на новые технологии и услуги, привлекает новых клиентов.

Показателями эффективности вашей социальной активности будет рост клиентской базы и вовлеченность подписчиков страниц. Понимание специфики основных площадок и аудитории позволяет определиться с методами позиционирования сообщества в социальной сети. Для клиник ключевой момент — упор на позитивный тон, на котором и нужно выстраивать всю коммуникацию. В текстах следует избегать негатива в том, что связано с болезнями, проводимыми процедурами и т.д. Основной идеей должно быть сохранение здоровья. Тема болезней должна раскрываться осторожно, так как это всегда отрицательные эмоции, связанные с болезнями родственников или собственными страданиями, а также со страхом заболеть.

Помимо таких разделов, как «О нас», «Врачи», «Цены», «Услуги», «Связаться с нами», в разделе «Фотоальбомы» можно разместить фотографии клиники, наград, врачей; репортажи с проведенных мероприятий. В обсуждениях должен размещаться пост с правилами сообщества и такие темы, как «Отзывы», «Вопрос-ответ». Нужно уделять достаточно внимания публикациям, вовлекающим в дискуссию, например, опросы на тему здоровья, консультации экспертов. В результате ваша клиника будет узнаваема, а интернет-площадки — привлекательны и полезны.

---

ГЛАВА 7.  
**АДМИНИСТРАТИВНО-ХОЗЯЙСТВЕННАЯ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ**

---

---

Выиграть войну невозможно без тыловых служб, обеспечивающих мобильность, снабжение, лечение войск. Точно также работа современной клиники невозможна без технических и хозяйственных подразделений. Непонятные люди в спецовках постоянно куда-то тащат трубы, ломают стены, выключают свет, шумят перфоратором и, на первый взгляд, только мешают клинической деятельности учреждения. Однако давайте присмотримся к ним внимательнее.

Вот прошел человек, бросающий озабоченный взгляд в сторону потолка и держащий в руках термо-анемометр — прибор для измерения температуры и скорости потока воздуха. Это специалист по вентиляции. Третий после госпитального эпидемиолога и клинического фармаколога человек, ответственный за предотвращение вспышки внутрибольничных инфекций. Вообще, если специалист по вентиляции через год работы в клинике не может, разбуженный ночью, четко рассказать про безопасную и критическую концентрации живых бактерий *Legionella Pneumophila*, а также указать места в вентиляционных системах, где она размножается, с таким специалистом пора прощаться.

Вентиляция и руки медицинского персонала — основа эпидемиологической защищенности клиники. Однако в больницах разного назначения вентиляция должна быть принципиально разной.

В многопрофильной клинике пациент, ослабленный в результате заболевания, травмы или перенесенной операции, является объектом защиты от болезнетворных бактерий или вирусов. Поэтому вентиляция в таких клиниках должна давать избыточный приток очищенного воздуха в палаты, реанимационные

залы, процедурные, перевязочные, операционные и недостаточный — в места общего пользования. В результате мы получаем постоянный поток воздуха из мест нахождения пациентов, препятствующий попаданию в эти места пылевых частиц и водяных капель с непрошенными гостями, способными навредить пациенту. Нормы кратности воздухообмена для помещений разного назначения могут в некоторых случаях сильно отличаться, например, в операционных или ожоговых палатах интенсивной терапии рекомендуется организация ламинарного потока воздуха прямо на пациента, отсекающего его от контакта с воздухом, выдыхаемым врачами или соседями по палате, но на этом мы подробно останавливаться не будем, принцип везде один — движение воздуха от пациента.

В инфекционной клинике ситуация обратная, там источником болезнетворных бактерий или вирусов, часто очень вирулентных, является сам пациент, и нам необходимо защитить от воздействия его выдоха медперсонал и пациентов в других палатах и боксах, часто имеющих заболевания иных нозологий. Здесь мы должны спроектировать вентиляцию так, чтобы она не давала возможность воздуху из палаты попадать в места общего пользования и покидать красную зону в целом. Поэтому вытяжка в красной зоне должна быть избыточной по отношению к притоку, причем вытяжка из палат должна быть мощнее вытяжки из мест общего пользования. Таким образом, мы создаем постоянный мощный поток воздуха из чистой зоны к пациенту и через бактериологические фильтры выбрасываем наружу. В этом случае условно безопасной является даже большая часть красной зоны.

Беда неизбежно придет, если при экстренном перепрофилировании клиники общего назначения под инфекцию оставить вентиляцию как есть. В этом случае мы сами организуем поток воздуха от пациента в места общего пользования и затем из красной в зеленую зону. И, переодеваясь в шлюзе, отделяющем красную зону от зеленой, медперсонал, сам того не подозревая, находится в постоянном потоке воздуха из красной зоны, насыщенным патогенными микроорганизмами. Если нет времени и средств на переделку вентиляции, необходимо хотя бы заглушить приточную вентиляцию, оставив вытяжку из палат.

Точно также, если у вас в неинфекционном отделении, например, обнаружен пациент с корью, помимо объявления карантина, нужно немедленно заглушить приточку в данном отделении, дабы исключить разнос вируса по всей клинике.

Вентиляционные воздуховоды нужно регулярно дезинфицировать. Наиболее благоприятные условия для размножения упомянутой выше легионеллы — ...+20–45°С во влажной среде. Такие условия возникают в районе блока охлаждения приточной вентиляции, особенно, если в системе применяются увлажнители воздуха. В этих местах нужно не реже двух раз в год брать пробы на легионеллу и в случае обнаружения концентрации выше критической (10 000 КОЕ/литр) немедленно проводить дезинфекцию (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 “Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней”»).

Следующий гражданин в спецовке — энергетик. В крупных учреждениях он отвечает за электроснабжение и энергосбережение, в средних и небольших — на него дополнительно возлагается теплоснабжение, там вводить под эту задачу отдельную штатную единицу не имеет смысла. Мы рассмотрим эти задачи в целом.

Первая из задач энергетика — обеспечение бесперебойного энергоснабжения клиники, прежде всего — процессов, прямо влияющих на жизнь и здоровье пациентов. Погасшее во время операции на головном мозге оборудование — не тот случай, о котором всю жизнь мечтает нейрохирург. Согласно Правилам устройства электроустановок объекты здравоохранения относятся к первой категории по надежности электроснабжения, т.е. электроснабжение этих объектов должно осуществляться от двух независимых источников электроэнергии через устройство автоматического ввода резерва. Перерыв в электроснабжении допускается только на время срабатывания автоматического ввода резерва и переключения на резервный источник, т.е. около 1 секунды. В реальности возможность электроснабжения объекта от независимых источников в условиях современных городов практически не встречается. Да, в клинику линии питания приходят с разных трансформаторных подстанций,

но через два–три узла встречаются на соседних фидерах районной подстанции. А аварии на районной подстанции, при которых обесточиваются сразу все фидеры, — не редкость. Кроме того, даже секундного обрыва электроснабжения вполне достаточно, чтобы отправить в перезагрузку большую часть современного медицинского оборудования. И далеко не все оно способно загрузиться корректно после нештатного выключения. Поэтому реализовывать действительно бесперебойную схему электроснабжения приходится «на стороне клиники». Документов или рекомендаций, регламентирующих организацию такой схемы нет, ее необходимо разрабатывать под условия и задачи конкретного учреждения. Мы расскажем, как она реализована в Университетской клинике ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, и почему именно так.

Для того, чтобы нивелировать риски полной потери электроснабжения и на основном, и на резервном вводе одновременно (за последние 10 лет такое случалось четыре раза), был приобретен дизель-генератор. Пиковое потребление электроэнергии клиникой превышает 1 МВт, но генератор такой мощности стоит очень дорого, а главное — для обеспечения достаточного периода работы ему нужно больше тонны дизельного топлива, что подразумевает организацию подземного хранилища и суровые ограничения со стороны МЧС. В связи с этим в клинике были выделены в отдельную сеть потребители, от которых зависит выполнение задач по экстренному оказанию помощи и которые невозможно быстро вывести из рабочего режима: дежурное освещение, лифтовое хозяйство, оперблоку, отделения реанимации, серверные, компьютерная и магнитно-резонансная терапия, суммарная потребляемая мощность которых составила менее 500 кВт. Дизель-генератор на 575 кВт вполне удовлетворил наши требования.

Однако время выхода дизель-генератора на рабочие параметры — не менее 40 секунд, а в зимнее время — до полутора минут, поэтому между генератором и конечными потребителями (кроме лифтов и освещения) были поставлены источники бесперебойного электропитания с автономностью 5 минут. Таким образом, даже если в городе случится катастрофа, из магазинов пропадет гречка, а из розеток — электричество, хирург в операционной узнает об этом не ранее, чем по окончании операции.

Следующий аспект деятельности энергетика — энергосбережение. Работа в целях повышения энергосбережения и энергоэффективности клиники регулируется Федеральным законом от 23.11.2009 № 261-ФЗ «Об энергосбережении и о повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Согласно этому документу, каждые 5 лет учреждение обязано провести энергетическое обследование и принять энергетический паспорт объекта. Проводить обследование и составлять паспорт объекта имеет право только организация — член СРО (саморегулирующейся организации) в области энергетического обследования. Она же предлагает пятилетнюю программу повышения энергоэффективности.

И вот тут есть нюансы, на которые нужно обратить внимание. Сторонние организации, как правило, подходят к работе очень формально. Берется готовая программа, туда подставляются параметры вашего объекта и название организации. А рекомендации остаются стандартными: «заменить все окна на пластиковые двухкамерные», «заменить все светильники на светодиодные», «установить в местах общего пользования сенсорные выключатели с датчиком движения», и, наконец, «поставить на тепловые вводы индивидуальные тепловые пункты вместо элеваторных узлов». И если два первых предложения понятны и безусловно полезны, то остальные (а также более экзотические, например, сенсорные смесители на точки водоразбора) спорны и нуждаются в тщательном экономическом расчете с учетом их обслуживания.

Следует также исключить размещение таких выключателей в местах, которые посещаются пусть и не часто, но сравнительно надолго. Например, в туалетах. Автоматически погасший во время посещения туалета свет способен свергнуть пациента в беспокойство, тем более, если он имеет «ограниченные возможности».

Индивидуальный тепловой пункт (далее — ИТП) вместо элеваторного узла — также экономически неоднозначное решение. С одной стороны, ИТП однозначно экономит расход тепла в весенний и осенний периоды, кроме того, нивелирует ситуации, когда за окном ...+10°C, а теплоснабжающая организация подает теплоноситель «как в лютый мороз», и ваши сотрудники

и пациенты вынуждены открывать окна, устраивая сквозняки. С другой стороны, если клиника состоит из нескольких небольших корпусов, каждый с индивидуальным тепловым вводом, экономия на расходах на отопление не окупит расходы на создание ИТП даже в долгосрочной перспективе.

Нужно отметить еще и введенный в ряде регионов России двухставочный тариф на потребление тепла. В этом случае лишь часть тарифа зависит от реально потребленной тепловой энергии, другая часть — постоянна и позиционируется как «расходы на содержание тепловой мощности». И если на учреждение выделена мощность в 4 Гкал, вам придется ее оплачивать, даже если вы прикрутили краник и фактически не потребляли тепловую энергию. Такой подход делает массу мероприятий по снижению потребления тепловой энергии экономически нецелесообразными.

Раз уж мы заговорили об экономии, нельзя обойти вниманием такую тему как аутсорсинг. Аутсорсинг — это делегирование некоторых процессов, непрофильных для вашего учреждения, сторонним организациям. Основная идея аутсорсинга — сокращение накладных расходов и сопутствующих трудозатрат. Например, обслуживание медицинской техники: для обслуживания каждой единицы, особенно это касается высокотехнологичного оборудования, требуется обучение и сертификация персонала у производителя. Стоимость такого обучения, как правило, значительная. Речь может идти о сотнях тысяч рублей на каждую единицу. Имея парк из приличного количества аппаратов разных серий и производителей, вам придется потратить значительные деньги на сертификацию персонала. Сторонняя организация, наоборот, специализируется на обслуживании узкого спектра аппаратов, но обслуживает их у разных контрагентов. Соответственно уровень затрат на одну единицу будет существенно ниже.

В некоторых случаях аутсорсинг повышает управляемость, этот аспект характерен для процессов с низкоквалифицированным трудом. Например, клининг. Заработная плата в этой сфере деятельности довольно низка, а спрос на рынке труда велик. Персонал не очень дорожит своим местом (часто это подработка) и крайне низка возможность материального стимулирования. При этом персонал, занятый в этой сфере, довольно



многочислен и найти дорожку к сердцу каждого — непростая задача, требующая больших трудозатрат от менеджера. Гораздо целесообразнее передать эту задачу на специализированную организацию, а уже ею управлять посредством штрафов, прописанных в вашем договоре.

Когда мы приняли решение перейти на аутсорсинг клининга в Институте травматологии и ортопедии, пилотными отделениями были выбраны поликлиника и травматологическое отделение. Пришедший персонал до этого никогда не убирал больницы, наши сестры стали его обучать, через неделю часть сотрудников клининговой компании уволилась, пришлось проводить повторное обучение, через месяц это повторилось. В результате мы отказались от передачи услуг уборки в стационарных отделениях, оставив их в университете только в поликлинике, учебных корпусах и общежитиях.

Взаимодействие со сторонней организацией — это всегда риск: банкротство контрагента, недобросовестное выполнение обязанностей, завышение цены, то есть исключать нельзя ничего. Есть также процессы, в которых аутсорсинг, по нашему мнению, крайне противопоказан. В первую очередь — это системообразующие процессы, даже короткий разрыв в которых приводит к остановке деятельности клиники, во вторую — процессы, требующие длительного времени и серьезных ресурсов потерь для перехода с одного контрагента на другого либо на восстановление процесса на собственной базе.

Примером первого типа может служить организация питания в стационаре: решить за несколько часов вопрос обеспечения пищей четыре раза в день нескольких сотен пациентов при внезапном прекращении деятельности контрагента в теории возможно, но как это сделать на практике — представить трудно. Минимизация риска возможна, если таким партнером является государственное или муниципальное предприятие. Однако риск сохраняется. Кроме того, важным аспектом выступает сохранение высокого качества питания, учитывая, что оно является частью лечебного процесса.

В качестве примера второго типа рассмотрим работу централизованного стерилизационного отделения. Периодически поступают предложения отдать этот процесс на аутсорсинг и, на первый взгляд, экономически это выгодно, так как

оборудование для централизованного стерилизационного отделения в серьезной клинике стоит десятки миллионов рублей, операционные расходы — миллионы в год. Однако тут нужно учитывать, что в связи с довольно узким рынком, оператор таких услуг в регионе в лучшем случае один, а чаще нет ни одного, и вы планируете как первый клиент некоего проекта. То есть, если проект по какой-то причине не реализуется или в новом финансовом году контрагент втрое увеличивает стоимость услуг, деятельность клиники будет остановлена. Срочно получить услугу в другом месте невозможно, реанимировать собственное законсервированное централизованное стерилизационное отделение — вопрос нескольких недель в самом оптимистичном случае, так как персонал вы уже сократили, а это не уборщицы, это люди с квалификацией.

Другой пример из этой серии — снабжение клиники медицинским кислородом. Речь идет о крупных клиниках хирургического профиля, где минутный расход такой, что снабжение газообразным кислородом в баллонах невозможно — баллона будет хватать на несколько минут работы. В этих случаях применяется криогенный газификатор — большая емкость, заполняемая жидким кислородом, который испаряется и поступает в централизованную систему газоснабжения (в одном литре жидкого кислорода — 800 литров газообразного). Газификатор — источник постоянных проблем для хозяйственной службы, так как мало того, что он является опасным производственным объектом, еще и лицензируется как химическое производство. Часто поступают предложения снять с учреждения эти проблемы, поставив на территории газификатор снабжающей организации и продавать клинике уже газообразный кислород. Согласование установки такого агрегата на вашей территории — вопрос нескольких месяцев (согласование аренды участка под установку, проект опасного производственного объекта, его экспертиза, согласование проекта в Ростехнадзоре, экспертиза монтажа и т.д.). Соответственно, если вы по какой-то причине захотите расторгнуть отношение с данным контрагентом, клиника так же уйдет в тайм-аут на несколько месяцев, пока вы не пройдете те же процедуры в отношении газификатора нового поставщика или не реанимируете свой. При этом нужно еще и вывести из эксплуатации и демонтировать старый, пройти конкурсные меро-

приятия по закупке кислорода, которые превратятся в фарс — ни один контрагент, кроме того, чей газификатор расположен на вашей территории, не сможет вам обеспечить поставку нужных объемов газообразного кислорода. Как поднимутся в этом случае цены на кислород можно представить!

Затронем еще одну тему — профилактика коррупции. Как плесень во влажной среде, коррупционные явления неизбежно возникают на границе взаимодействия организаций государственной собственности и частной. Есть страны, где коррупция узаконена и просто называется иначе: например, в Великобритании и США лоббирование интересов частной организации в государственных органах — эта деятельность законна, с нее платятся налоги. Есть страны, где за коррупцию расстреливают (Китай), но и там до победы далеко. Это недвусмысленно говорит нам о том, что страх наказания за подобные деяния работает не очень хорошо — каждый из нас склонен считать себя немножко умнее окружающих, и то, что сосед посадили, не значит ничего, просто он был недостаточно умен, хитер и изворотлив. Еще одной причиной коррупции может быть психическое заболевание, под названием клептомания, а в религиозных учениях — алчность или стяжательство. Выход один — только «профилактика», то есть создание условий, делающих коррупционные действия если не невозможными, то крайне сложными, может помочь сберечь бюджетные средства и повысить успешность организации.

С точки зрения ущерба для учреждения коррупционные явления можно условно разделить на две группы: действия, наносящие непосредственный экономический ущерб, и действия, не наносящие непосредственного ущерба, но, тем не менее, являющиеся уголовно наказуемыми.

Создание условий для закупок по завышенным ценам, приемка работ, выполненных не в полном объеме и ненадлежащем качестве, приемка товаров и услуг по качеству хуже заявленных в договорах — все эти действия наносят экономический ущерб учреждению, но и противодействовать им легче, так как ущерб есть и его можно доказать.

А вот ситуация, когда упомянутый в начале главы человек в спечовке создал условия для выигрыша в конкурсе своему знакомому. Тот выполнил работы в полном объеме и надлежащего

качества на основе сметы, составленной по утвержденным расценкам. Однако поставщик услуг поделился прибылью в виде вознаграждения вашему сотруднику. Это не наносит прямого ущерба учреждению, но тем не менее является проявлением коррупции, негативно влияет на конкурентные процессы в экономике, ущемляет интересы остальных участников рынка и уголовно наказуемо. Проблема в том, что обнаружить такие случаи без специально спланированных операций практически невозможно, а осуществлять такие мероприятия в нашей стране имеет право лишь узкий круг специально обученных людей, определенный Федеральным законом от 12.08.1995 № 144-ФЗ «Об оперативно-розыскной деятельности».

Главный и, пожалуй, единственный способ противодействия первой группе коррупционных преступлений — создание всеобъемлющего контроля за приемкой работ и материальных ценностей. Причем контроля не вашего личного — лично все не проверишь, а общественного, когда в состав комиссии включаются сотрудники разных подразделений, и состав периодически ротируется.

В конце главы хотелось бы уйти от экономии средств и рассмотреть два аспекта, ресурсов на которые жалеть не стоит. Это службы охраны труда и пожарной безопасности. Специалисты этих служб, на первый взгляд, только мешают клинической работе: везде суют свой любопытный нос, запрещают, не разрешают, отвлекают персонал на обучение и тренировки, угрожают и размахивают предписаниями и предостережениями о недопустимости нарушения норм пожарной безопасности и охраны труда. Однако поверьте человеку, пережившему пожар и два случая травматизма людей со смертельным исходом — в больнице бывает всякое! И лучше, чтобы на этот момент все меры предупреждения несчастных случаев были предприняты с избытком. Огромного количества проблем это не предотвратит, но хотя бы исключит уголовную ответственность. И тут нужно очень четко понимать: специалисты служб охраны труда и пожарной безопасности на производстве никогда не несут ответственность за непредотвращение несчастного случая. Вся ответственность на руководителе учреждения либо на уполномоченном лице не ниже заместителя руководителя. Поэтому специалист, который сидит в своем кабинете и никому не создает проблем — прямым

путем ведет вас, возможно, к величайшему потрясению в вашей жизни. Не себя, а именно вас.

Еще один возможный источник повышенной опасности в клиническом учреждении — опасные производственные объекты (далее — ОПО). Эксплуатация таких объектов регламентируется Федеральным законом от 27.07.1997 № 116-ФЗ «О промышленной безопасности опасных производственных объектов». ОПО делятся на 4 категории по опасности. В клинике возможно появление ОПО четвертой категории, реже — третьей.

Перечень ОПО в народном хозяйстве велик, но в клинике это, как правило, объекты, где происходит работа с сосудами под высоким давлением или средами с высокой температурой. К ОПО относятся сосуды под давлением более 0,07 МПа и среды с температурой выше ...+115°C, при этом к третьей категории опасности относятся сосуды с давлением свыше 1,6 МПа и среды с температурой выше ...+250°C, все что ниже — к четвертой. Разница между этими категориями существенна. Деятельность по эксплуатации ОПО третьей категории лицензируется и подлежит проверкам Ростехнадзора раз в три года, объекты же четвертой категории просто декларируются и вносятся в Госреестр. Контроль их эксплуатации осуществляется собственником.

Чаще всего реальных процессов, подпадающих под третью категорию опасности, в лечебных учреждениях не протекает, но оборудование по паспорту имеет возможность работать на таких процессах, а значит расценивается как ОПО третьей категории. Пример — кислородный газификатор. Почти все они испытываются производителем на давление 1,6 МПа и являются объектами третьей категории, но фактическое давление в нем не превышает 0,7 МПа даже при заправке в жару, а обычно — ниже.

На эти нюансы необходимо обращать внимание при закупке оборудования, чтобы не купить вместе с новеньким газификатором дополнительные проблемы. Что делать если газификатор в вашей клинике уже стоит и имеет признаки ОПО третьей категории? Снизить категорию в некоторых случаях можно, проведя экспертизу объекта. В заключении должно быть указано, что объект не может эксплуатироваться при избыточном

давлении свыше 1,6 МПа. В этом случае на агрегат устанавливаются предохранительные клапаны, предотвращающие повышение давления выше указанного в экспертизе, объект переводится в четвертую категорию, становится не поднадзорным, а деятельность по его эксплуатации — нелицензируемой.

Тем не менее отсутствие объектов третьей категории опасности не снимает с собственника обязанность по своевременному внесению ОПО в Госреестр; утверждению Положения о производственном контроле в области промышленной безопасности; назначению ответственных за производственный контроль и безопасную эксплуатацию ОПО; их своевременному обучению и т.д. Ростехнадзор не будет регулярно проводить контрольные мероприятия, но, если на объекте произойдет ЧП и что-то из этого окажется не выполненным, к вам придет уже следователь. О темах бесед со следователем можно ознакомиться в статье 217 УК РФ.

Еще одним аспектом работы является составление паспортов антитеррористической защищенности (безопасности) объекта, которые обновляются каждые 5 лет, а их утверждение согласуется с территориальными управлениями МВД, ФСБ, МЧС.

Выделяют три категории объектов — отдельно стоящих зданий, территорий (постановления Правительства РФ от 05.03.2022 № 289 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в сфере обеспечения антитеррористической защищенности объектов (территорий)»):

а) объекты первой категории опасности — объекты, прогнозируемое количество пострадавших в результате совершения террористического акта на которых составляет более 500 человек;

б) объекты второй категории опасности — объекты, прогнозируемое количество пострадавших в результате совершения террористического акта на которых составляет от 50 до 500 человек;

в) объекты третьей категории опасности — объекты, прогнозируемое количество пострадавших в результате совершения террористического акта на которых составляет менее 50 человек.

В документе дается характеристика каждому объекту и описываются необходимые мероприятия по его защите в следующих направлениях:

- а) воспрепятствование неправомерному проникновению;
- б) выявление потенциальных нарушителей установленных на объектах режимов и (или) признаков подготовки или совершения террористического акта;
- в) пресечение попыток совершения террористических актов;
- г) минимизация возможных последствий и ликвидация угрозы террористических актов на объектах (территориях);
- д) обеспечение защиты служебной информации ограниченного распространения, содержащейся в паспорте безопасности объекта (территории), иных документах и на других материальных носителях информации, в том числе служебной информации ограниченного распространения о принимаемых мерах по антитеррористической защищенности;
- е) выявление и предотвращение несанкционированного проноса (провоза) на объект и применение на объекте токсичных химикатов, отравляющих веществ и патогенных биологических агентов, в том числе при их получении посредством почтовых отправлений.

Резюмируя изложенное, административно-хозяйственная работа в клиническом учреждении не является профильной, и понять все ее нюансы главному врачу, не имеющему технического образования, сложно. При этом ошибки в ведении этой работы могут привести к крайне негативным последствиям — от приостановки деятельности учреждения до гибели людей. И очень плохо, когда руководитель клиники не понимает, что происходит в административно-хозяйственной службе, а руководитель службы не имеет представления о клинической работе. Занимайтесь самообразованием, понуждайте заниматься самообразованием в клинической сфере технических специалистов — и все у вас будет хорошо!

---

ГЛАВА 8.  
**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ОСОБЕННОСТИ  
УПРАВЛЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ**

---

---

Стоматология — одна из отраслей медицины, которая постоянно развивается, технически переоснащается, технологически совершенствуется, а ее достижения и результаты каждый из нас тестирует на протяжении всей жизни. Поэтому вопросы организации стоматологической помощи, улучшения ее качества, возможности управления и регулирования являются степенью ответственности всех заинтересованных лиц — руководителей здравоохранения, специалистов стоматологического профиля, пациентов.

В современных условиях оказания медицинской, в том числе и стоматологической, помощи нельзя игнорировать коморбидную патологию, под которой подразумевают сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний, синдромов или психических расстройств, связанных между собой едиными патогенетическими механизмами или совпадающими по времени симптомами, усиливающими друг друга. При этом их отрицательное влияние на организм складывается не арифметически, а умножается геометрически, что необходимо учитывать при планировании комплексного стоматологического лечения и доступной реабилитации.

*Стоматологическое здоровье* — это сохранение нормального состояния зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области, выполняющих важные функции: речь, дыхание, прием пищи, глотание, психоэмоциональное состояние человека. Академиком В.К. Леонтьевым понятие стоматологического здоровья определено как состояние, которое позволяет человеку функционально питаться, улучшать коммуникативные функции, восстанавливать эстетическую функцию полости рта и лица, повышая самооценку личности.



Высокая распространенность стоматологических заболеваний среди населения (75–95%) приводит к массовому обращению за стоматологической помощью (70–90% детского и практически 100% взрослого населения), подтверждая социальную значимость патологических состояний полости рта. Поскольку стоматологическая помощь — составная часть общей системы организации здравоохранения, решение ее проблем актуализирует оптимизацию всех звеньев медицинских структур в целом, не ограничиваясь только разработкой новых технологий и применением современных материалов, но и требует совершенствования организационных подходов и новых управленческих решений. Современная концепция оказания стоматологической помощи основана на многоуровневости, являясь перспективной моделью стоматологического обслуживания, в основе которой лежат принципы самостоятельности и завершенности помощи, оказываемой на каждом уровне, что способствует четкой дифференцировке объемов оказываемой стоматологической медицинской помощи и направленной маршрутизации пациентов в конкретные медицинские учреждения (табл. 29).

Таблица 29

### Оказание стоматологической помощи

Уровень оказания стоматологической помощи	Учреждения, в которых оказывается стоматологическая помощь	Виды стоматологической помощи
I уровень	<ul style="list-style-type: none"> <li>– стоматологические отделения в многопрофильных взрослых и детских поликлиниках;</li> <li>– стоматологические отделения в медико-санитарных частях;</li> <li>– стоматологические отделения в составе ЦРБ и других медицинских учреждениях;</li> <li>– стоматологические кабинеты на предприятиях, в учебных заведениях и детских садах;</li> <li>– стоматологические кабинеты в женских консультациях;</li> <li>– ведомственные стоматологические кабинеты</li> </ul>	Первичная медико-санитарная стоматологическая помощь: основные мероприятия по индивидуальной профилактике и лечению наиболее распространенных видов стоматологической патологии

Окончание таблицы 29

<b>Уровень оказания стоматологической помощи</b>	<b>Учреждения, в которых оказывается стоматологическая помощь</b>	<b>Виды стоматологической помощи</b>
II уровень	государственные и муниципальные взрослые и детские стоматологические поликлиники (городские, районные и межрайонные)	Специализированная помощь по основным стоматологическим профилям (терапевтическая, хирургическая, ортопедическая стоматология, ортодонтия)
III уровень	– стоматологические поликлиники субъектов РФ (республиканские, краевые, областные); – клинические базы образовательных и научно-исследовательских институтов (академий, университетов)	Специализированная консультативно-диагностическая и лечебная помощь по узким разделам стоматологии (пародонтология, эндодонтия, заболевания слизистой оболочки полости рта, сложное зубное протезирование, ортодонтия, дентальная имплантология, онкостоматология и др.)

В концепции государственного развития медицинской науки и здравоохранения в Российской Федерации определена основная цель реформы здравоохранения — адаптация к условиям рыночных отношений. Известно, что частная система здравоохранения в РФ за последние 15 лет стала одним из самых быстрорастущих секторов экономики. Поэтому, с видимым техническим прогрессом, внедрением современного оборудования и инновационных технологий в практику врачей-стоматологов, частный стоматологический сектор продолжает сохранять устойчивую тенденцию своего развития. Стоматологические учреждения частной формы собственности оказывают, так же как и государственные медицинские учреждения, первичную медико-санитарную и специализированную стоматологическую помощь.

В настоящее время медицинская стоматологическая помощь осуществляется в рамках нормативной базы Российской Федерации и регулируется законами и подзаконными актами.

Характеристика видов и форм медицинской стоматологической помощи взрослому и детскому населению, условия ее оказания определены приказами Минздрава РФ от 13.11.2012 № 910н «Об утверждении Порядка оказания стоматологической помощи детям со стоматологическими заболеваниями» и от 31.07.2020 № 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

Чем отличается обновленный порядок стоматологической помощи от предыдущего:

- исключены из регламента пункты, связанные с оказанием помощи в рамках челюстно-лицевой хирургии, и закрепление за ней приоритета в отдельном приказе Минздрава РФ от 14.06.2019 № 422н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “Челюстно-лицевая хирургия”», она выделена в отдельную специальность;

- упразднен вид медицинской помощи взрослому населению по профилю «Стоматология» — скорая медицинская помощь;

- даны четкие определения форм оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях: экстренная помощь, неотложная помощь, плановая помощь с краткой их расшифровкой, поскольку разграничение этих форм вызывает вопросы;

- создание нового подразделения — дневного стационара;

- определены возможности оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях не только в условиях амбулаторного приема, но и дневного стационара;

- увеличена кратность проведения профилактических медицинских стоматологических осмотров — два раза в год;

- изменены штатные нормативы для врача-рентгенолога, медицинских сестер, стандарты оснащения кабинетов. Обновлены и унифицированы наименования оборудования;

- сокращено число обязательных структурных подразделений стоматологической поликлиники и их перевод в разряд рекомендуемых: зуботехническая лаборатория, технические службы, административно-хозяйственные структуры, кабинет гигиены и т.д.;

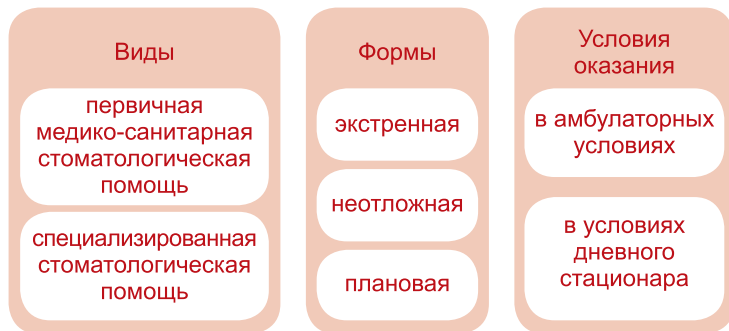


Рисунок 17. Виды, формы и условия оказания стоматологической помощи

– обязательность применения клинических рекомендаций при оказании медицинских услуг с учетом стандартов у пациентов стоматологического профиля;

– допустимость применения телемедицинских технологий врачами-стоматологами.

Новый порядок стоматологической помощи отвечает требованиям времени, соответствует последним достижениям науки и медицины (рис. 17).

На основе методологических подходов и в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определена структура стоматологической помощи (табл. 30).

Таблица 30

**Структура стоматологической помощи**

Виды стоматологической помощи		Специалисты, оказывающие стоматологическую помощь	Условия оказания стоматологической помощи
Первичная медико-санитарная стоматологическая помощь	<i>Первичная доврачебная</i> медико-санитарная стоматологическая помощь	Фельдшер	В амбулаторных условиях

Виды стоматологической помощи		Специалисты, оказывающие стоматологическую помощь	Условия оказания стоматологической помощи
Первичная медико-санитарная стоматологическая помощь	<i>Первичная специализированная</i> медико-санитарная стоматологическая помощь	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Врачи стоматологического профиля:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– врач стоматолог</li> <li>– врач стоматолог-терапевт</li> <li>– врач стоматолог-хирург</li> <li>– врач стоматолог-ортопед</li> </ul> </li> <li>– ортодонт</li> <li>• Зубной врач</li> <li>• Гигиенист стоматологический</li> </ul>	В амбулаторных условиях
Специализированная, в том числе высокотехнологичная, стоматологическая помощь		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Врачи стоматологического профиля:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– врач стоматолог</li> <li>– врач стоматолог-терапевт</li> <li>– врач стоматолог-хирург</li> <li>– врач стоматолог-ортопед</li> </ul> </li> <li>– ортодонт</li> </ul>	В условиях дневного стационара

Медицинская помощь в стоматологических поликлиниках оказывается различным категориям населения, среди которых нужно обратить внимание на взрослых и детей с ограниченными возможностями здоровья (в том числе с ментальными расстройствами различного типа); пациентов с ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С; коронавирусной инфекцией; лиц с иностранным паспортом и лиц без подтвержденного гражданства, которые имеют свои особенности маршрутизации и алгоритмы организации оказания стоматологической помощи (табл. 31).

**Основные законодательные акты, которыми нужно руководствоваться при оказании помощи данным группам населения**

№ п/п	Группы пациентов	Правовые нормативные документы
1.	Лица, с ограниченными возможностями здоровья (инвалиды)	Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ Федеральный закон от 30.12.2009 № 384-ФЗ Постановление Правительства РФ от 26.12.2014 № 1521 Приказ Минздрава РФ от 31.07.2020 № 786н Приказ Минздрава РФ от 12.11.2015 № 802н Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 07.07.2009 № 783
2.	Дети с особенностями развития	Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 Приказ Минздрава РФ от 31.10.2012 № 910н Приказ Минздрава РФ от 09.09.2015 № 598н Приказ Минздрава РФ от 02.12.2014 № 796н
3.	В И Ч - и н ф и ц и р о - в а н н ы е и п а ц и е н т ы с С П И Д	Приказ Минздрава РФ от 08.11.2012 № 689н Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 521н Приказ Минздрава РФ от 31.07.2020 № 786н Приказ Минздрава РФ от 09.11.12 № 758н Приказ Минздрава РФ от 24.12.12 № 1511н Постановление Роспотребнадзора России от 11.01.2011 № 1

№ п/п	Группы пациентов	Правовые нормативные документы
4.	Пациенты с корона-вирусной инфекцией	Указ Президента РФ от 25.03.2020 № 206 Указ Президента РФ от 02.04.2020 № 239 Постановление Правительства РФ от 10.04.20 № 479 Временные методические рекомендации Минздрава России версии 3 (от 03.03.2020 г.) Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.05.2020 № 15 Приказ Минздрава РФ от 13.01.2022 № 8н
5.	Иностранцы граждане	Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ Федеральный закон от 18.07.2006 № 109-ФЗ Федеральный закон от 25.07.2002 № 115-ФЗ Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 № 186 Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 Постановление Правительства РФ от 15.01.2007 № 9 Приказ Минздрава РФ от 31.07.2020 № 786н Договор о Евразийском экономическом союзе от 29.05.2014
6.	Пациенты с онкопатологией	Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (п. 4 ч. 16 ст. 16) Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 Постановление Правительства РФ от 5.05.2018 № 555 Приказ Минздрава РФ от 19.02.2021 № 116н Приказ Минздрава РФ от 24.03.2016 № 179н Приказ Минздрава РФ от 5.02.2019 № 48н



Рисунок 18. Алгоритм вызова врача-стоматолога на дом маломобильными группами граждан

Большой проблемой для маломобильной группы граждан РФ является оказание медицинской стоматологической помощи на дому при том, что утверждены объемы данной помощи и алгоритмы ее оказания (рис. 18). В Нижегородской области это решается на основе приказа Минздрава Нижегородской области от 29.01.2016 № 296 «О совершенствовании оказания стоматологической помощи инвалидам с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности», регламентирующего оказание стоматологической помощи этой группе населения с учетом региональных особенностей структуры стоматологической службы.

Особое внимание в современных условиях уделяется особенностям стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями развития, к которым относится и аутизм. К сожалению, стоматологическая помощь им оказывается только в 20% случаев и преимущественно в условиях общего обезболивания. В большинстве случаев ее объем сводится к преждевременному удалению временных и постоянных зубов, поскольку наличие проблемного по-



ведения, низкий уровень коммуникации и социализации, повышенная сенсорная чувствительность, нервно-психическая возбудимость и выраженная двигательная активность не позволяют выполнить стоматологическое лечение в полном объеме по стандартным технологиям. Создание системы адаптации детей с расстройствами аутистического спектра (далее — РАС) к условиям стоматологической клиники является непростой, но решаемой задачей. Алгоритм адаптации детей с РАС к стоматологическому лечению, разработанный стоматологами ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России при участии психологов и психиатров, позволяет осуществлять плановую стоматологическую помощь в условиях амбулаторного приема. Эффективность данной технологии составляет 62%. Кроме того, выверенная и адаптированная программа профилактики стоматологических заболеваний с учетом поведенческих особенностей детей при активном участии родителей, дает положительные результаты. С привлечением внимания к проблемам аутизма общественных организаций, высшей школы, практического здравоохранения, возможность создания инклюзивного общества для особенных детей становится реальностью.

В особом внимании, в плане организации адресной медицинской помощи, нуждаются и онкологические пациенты стоматологического профиля. Высокая запущенность (67,2%) онкопатологии слизистой оболочки полости рта на фоне максимально доступной визуализации, годовичная смертность более 50%, 5-летний срок выживания у мужчин 24,7%, у женщин — 37,4%, требуют улучшения качества ранней диагностики и поиска эффективных и доступных методов их обнаружения. Постановлением Правительства РФ от 31.03.2017 № 394 «О внесении изменений и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» люминисцентная стоматоскопия (А03.07.001) внесена в программу государственных гарантий за счет средств ОМС с целью активного выявления онкологических заболеваний и выполнения задач государственной программы. Необходимо отметить, что применение данного метода предусмотрено клиническими рекомендациями, утвержденными постановлениями совета ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России».

В стандартных условиях, в соответствии с порядком по профилю «Онкология», в случае выявления онкологического заболевания лечащий врач медицинской стоматологической организации, в которой пациент проходит обследование и лечение, направляет пациента к врачу-онкологу районной поликлиники. Однако имеется другой опыт, закрепленный решением Министерства здравоохранения на региональном уровне, который предполагает создание диагностических кабинетов на базе стоматологической службы, где в качестве диагностического теста используется аутофлуоресцентная стоматоскопия, а для подтверждения диагноза осуществляется забор биопсии в стоматологическом кресле (распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 28.06.2019 № 21-рп «Об утверждении Региональной программы Санкт-Петербурга “Борьба с онкологическими заболеваниями на 2019–2024 годы”»). Такой алгоритм работы позволяет изменить последовательность маршрутизации пациентов, исключая районное звено (онкологический кабинет в районной поликлинике), сократить время до начала специализированного лечения, уменьшить нагрузку на госпитальное онкологическое звено за счет дифференцировки потоков пациентов и снизить общее число запущенных случаев онкологических заболеваний.

Для больных со стоматологическими заболеваниями на сегодняшний день разработаны стандарты и клинические рекомендации. Существует также 15 клинических рекомендаций (протоколов лечения), одобренных Стоматологической ассоциацией России, но не утвержденных Минздравом РФ, в связи с чем они носят не нормативный, а методический характер.

Одной из ключевых задач также выступает разработка протоколов лечения для всех нозологических единиц стоматологической патологии и их утверждение. Важным условием успешного внедрения клинических рекомендаций в практическое здравоохранение является возможность их варибельного применения и при необходимости корректировки, так как клинические рекомендации не могут заменить клиническое мышление врача, а при наличии специфической клинической ситуации ответственность за обоснованность применения клинических рекомендаций всегда лежит на лечащем враче.

---

РАЗДЕЛ 3.

**ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ  
И РАЗРЕШИТЕЛЬНЫЕ  
ПРОЦЕДУРЫ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**



ГЛАВА 1.  
**ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

---

---

**1. ПРАВА ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ**

В статье 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дано определение *пациента* — физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Правам пациента придается большое значение в декларациях международных медицинских неправительственных организаций. Это Лиссабонская декларация о правах пациентов (принята 34-й Всемирной медицинской ассамблеей, 1995 г.), Декларация о развитии прав пациентов в Европе (1994 г.), Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012).

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Статьей 4 Федерального закона № 323-ФЗ установлено, что к основным принципам охраны здоровья относятся, в частности, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц

организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи.

Исходя из нормативных положений, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья граждан, право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь гарантируется системой закрепленных законом мер, включающих в том числе определение принципов охраны здоровья, качества медицинской помощи, порядка оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, а также установление ответственности медицинских организаций и медицинских работников за причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Права пациента — специфические права, регулируемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении граждан.

При оказании медицинской помощи должен быть соблюден приоритет прав пациента, что реализуется путем:

1) соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации;

2) оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;

3) обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;

4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;

5) установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;

6) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации (статья 6 Федерального закона № 323-ФЗ).

Кроме того, в соответствии со статьей 13 Федерального закона № 323-ФЗ пациенту гарантируется право на сохранение информации о состоянии его здоровья в тайне. Сюда относятся любые сведения, начиная от самого факта обращения за медицинской помощью и заканчивая любыми сведениями, полученными о гражданине в ходе его обследования и лечения. При этом разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и иных целях допускается с письменного согласия гражданина или его законного представителя.

Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья регламентирует отдельная глава 4 Федерального закона № 323-ФЗ. В статье 18 за каждым гражданином закрепляется право на охрану здоровья. Статья 19 устанавливает право граждан на медицинскую помощь; пунктом 2 данной статьи предусмотрено, что каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

За нарушение пункта 2 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ в статье 6.30 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (далее — КоАП РФ) предусмотрена административная ответственность: «Невыполнение медицинской организацией обязанности об информировании граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от пяти тысяч до семи тысяч рублей; на юридических лиц — от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей». Кроме того, ответственность предусмотрена также за непредоставление пациентам

информации о порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В целях реализации вышеуказанных норм медицинской организации необходимо размещать информацию о программе государственных гарантий, порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий на стендах, официальном сайте, а также включать ее в условия договора о предоставлении платных медицинских услуг и информированное добровольное согласие (далее — ИДС) на медицинское вмешательство.

В договоре на оказание платных медицинских услуг представляется целесообразным включить следующую формулировку: *«Заказчик подтверждает, что уведомлен о том, что он имеет право на оказание ему бесплатной медицинской помощи в системе ОМС в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».*

В соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ каждый гражданин имеет право на медицинское вмешательство и отказ от него. Необходимым предварительным условием

**Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.**

медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах меди-

цинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Не следует забывать, что информированное добровольное согласие подписывается на каждый вид медицинского вмешательства.

Отдельные типовые формы информированного добровольного согласия утверждены приказами Минздрава Рос-



сии, например «Информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации» (приказ Минздрава России от 21.07.2015 № 474н), «Информированное согласие на проведение добровольного обследования на антитела к ВИЧ» (приложение № 1 к Методическим рекомендациям Роспотребнадзора от 20.08.2013 № МР 3.1.5.0076/1-13).

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства содержится в медицинской документации гражданина и оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником; либо формируется в виде электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

При оформлении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство граждан или его законный представитель вправе определить лица, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека;
- 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы;

б) при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю и отсутствует законный представитель.

В случаях, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям или в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, решение о проведении медицинского вмешательства принимается консилиумом врачей; в случае, если консилиум собрать невозможно, то непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство.

Следует отметить, что информированное добровольное согласие должно быть получено на любой вид медицинского вмешательства. Если в ходе операции выявляется необходимость увеличения объема оперативного вмешательства или изменения тактики лечения, в этом случае медицинские работники не имеют права самостоятельно принимать такое решение. При отсутствии опасности для жизни второй этап такого вмешательства следует отложить для получения добровольного информированного согласия от пациента. Если опасность для жизни пациента существует, то решение об изменении объема оперативного вмешательства принимает консилиум врачей, а при невозможности его собрать — лечащий или дежурный врач.

В статье 21 Федерального закона № 323-ФЗ прописано право гражданина на выбор врача и медицинской организации. При получении первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще, чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина), путем написания заявления при первом приеме. Во всех остальных случаях вопрос выбора врача и медицинской организации регламентируется в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи и от того, оказывается ли она в рамках программы государственных гарантий или

на платной основе. Например, для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случаях получения медицинских услуг на платной основе пациент выбирает медицинского работника самостоятельно. При этом при выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, о медицинской организации, осуществляемой ею медицинской деятельности и врачах, уровне их образования и квалификации.

Не следует забывать, что при оказании гражданам медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи. Пациент вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. Тогда медицинская организация обязана оказать медицинскую помощь без участия обучающихся.

Право на выбор врача пациентом сочетается с правом медицинского работника на отказ от лечения пациента. Лечащий врач по согласованию с руководителем медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также письменно уведомить об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих (часть 3 статьи 70 Федерального закона № 323-ФЗ).

**Право на выбор врача пациентом сочетается с правом медицинского работника на отказ от лечения пациента.**

При этом законодательство не предусматривает перечень случаев, при которых врач может отказаться от лечения больного. Иными словами, врач может воспользоваться своим правом отказаться от лечения по любым основаниям, если такой отказ будет им согласован с руководителем и не будет угрожать жизни пациента и здоровью окружающих.

Так, например, врач по согласованию с руководителем может отказаться от лечения, если пациент не соблюдает предписания врача (недостаточная компетенция, возникает конфликтная ситуация).

Этический кодекс российского врача в качестве основания отказаться от лечения пациента указывает, что «врач не в состоянии установить с пациентом терапевтическое сотрудничество». Кодекс утвержден Ассоциацией врачей России в 1994 г. Он не является нормативным правовым актом и не имеет обязательной юридической силы, однако при этом играет важную роль как программный документ, определяет общие принципы, цели и ценности в отношениях врача и пациента.

Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах

**Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья.**

медицинского обследования, наличии заболевания, установленном диагнозе и прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях

и результатах оказания медицинской помощи (статья 22 Федерального закона № 323-ФЗ). Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В соответствии с требованиями медицинской этики информация о болезни и прогнозе в случае неблагоприятного исхода предоставляется пациенту в деликатной форме. Пациент вообще может отказаться от получения такой информации, о чем следует сделать отметку в медицинской документации.

Пациент либо его законный представитель имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. В части 4–5 статьи 22 были внесены изменения, которые теперь

позволяют близким родственникам пациента (супруг, супруга, дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и сестры, внуки, дедушки, бабушки) и иным лицам, указанным в добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство, непосредственно знакомиться с медицинской документацией, в том числе после его смерти, если пациент не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Из буквального толкования вышеуказанной нормы следует, что если пациент еще находится на лечении, то сообщать сведения о его состоянии здоровья близким родственникам возможно только с его согласия (в том случае, если это указано непосредственно в информированном добровольном согласии). В случае смерти пациента сообщать информацию его близким родственникам можно, если пациент при жизни не указал в информированном добровольном согласии запрет на такое сообщение.

В соответствии со статьей 23 Федерального закона № 323-ФЗ граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания; состоянии среды обитания; рациональных нормах питания; качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд; потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг. Такая информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также организациями в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Наравне с правами, регламентированными федеральным законодательством, у пациентов есть обязанности, которые в настоящее время не имеют правовой регламентации. В статье 27 Федерального закона № 323-ФЗ декларирована обязанность пациентов

**Наравне с правами, регламентированными федеральным законодательством, у пациентов есть обязанности, которые в настоящее время не имеют правовой регламентации.**

**Законодатель наделяет правом устанавливать обязанности для пациентов непосредственно медицинские организации.**

заботиться о сохранении своего здоровья. Законодатель наделяет правом устанавливать обязанности для пациентов непосредственно медицинские организации, о чем свидетельствует часть 3

статьи 27, в которой установлено, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Правила поведения пациентов в медицинской организации регламентируются отдельным локальным нормативным актом «Правила внутреннего распорядка для пациентов». Единой установленной или рекомендованной формы у данного документа нет, поэтому каждая медицинская организация составляет его, руководствуясь особенностями своей работы и действующими нормативно-правовыми документами. Обычно права и обязанности пациента составляют отдельный раздел данного документа. В качестве обязанностей пациента можно указать следующие:

- соблюдать правила внутреннего распорядка и поведения для пациентов;
- бережно относиться к имуществу учреждения и других пациентов;
- уважительно относиться к медицинскому персоналу, проявлять доброжелательное и вежливое отношение к другим пациентам;
- предоставлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях;
- выполнять медицинские предписания, соблюдать рекомендуемую врачом диету;
- сотрудничать с врачом на всех этапах оказания медицинской помощи;
- соблюдать санитарно-гигиенические нормы (исключить нахождение в верхней одежде, без сменной обуви или бахил);

– соблюдать правила запрета на курение в медицинских учреждениях (Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»);

– соблюдать правила запрета на распитие спиртных напитков; употребление наркотических средств, психотропных и токсических веществ на территории медицинского учреждения;

– исполнять требования пожарной безопасности. При обнаружении источников пожара или иных источников, угрожающих общественной безопасности, пациент должен немедленно сообщить об этом дежурному персоналу;

– оформлять в установленном порядке свой отказ от получения информации против своей воли о состоянии здоровья, результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, в том числе в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания отказ от медицинского вмешательства или его прекращение;

– в случае получения платной медицинской услуги оплачивать стоимость предоставляемой медицинской услуги.

За нарушение режима и правил внутреннего распорядка учреждения пациент может быть досрочно выписан с соответствующей отметкой в больничном листе. При этом следует указать, что является нарушением:

– грубое или неуважительное отношение к персоналу;

– неявка или несвоевременная явка на прием к врачу или на процедуру;

– несоблюдение требований и рекомендаций врача;

– прием лекарственных препаратов по собственному усмотрению;

– самовольное оставление учреждения до завершения курса лечения;

– одновременное лечение в другом учреждении без ведома и разрешения лечащего врача;

– отказ от направления или несвоевременная явка на лечебную комиссию или медицинскую социальную экспертную комиссию (МСЭК);

– распитие на территории учреждения спиртных напитков, а также употребление наркотических средств, психотропных и токсических веществ;

– курение на территории медицинского учреждения.

Неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей пациентом; нарушение лечебного режима; невыполнение назначений, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, снимает ответственность лечащего врача за качество медицинской помощи, и в том числе позволяет ему отказаться от лечения данного пациента при отсутствии непосредственной угрозы для его жизни.

## 2. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Организация работы любого медицинского учреждения должна быть направлена на повышение качества медицинской помощи, предоставляемой населению; эффективное использование ее ресурсов. Во избежание конфликтных ситуаций и судебных разбирательств также необходимо, чтобы работа всего персонала медицинского учреждения была организована с учетом соблюдения действующих нормативно-правовых актов. Для этого должны быть детально проработаны организационно-правовые документы, регламентирующие правовое положение пациента в медицинской организации, вопросы ведения медицинской документации и рассмотрения обращений граждан.

В соответствии с пунктами 11 и 12 части 1 статьи 79 Федерального закона № 323-ФЗ ведение, учет и хранение медицинской документации, а также представление отчетности по видам,

Ведение, учет и хранение медицинской документации, а также представление отчетности по видам, формам; в сроки и в объеме, которые установлены Минздравом России, составляют обязанность медицинской организации.

формам; в сроки и в объеме, которые установлены Минздравом России, составляют обязанность медицинской организации.

К первичной медицинской документации относится медицинская карта амбулаторного (стационарного) больного (утверждена приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н) и карта



стационарного больного (по форме № 003/у), утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030.

В соответствии с письмом Минздравсоцразвития России от 30.11.2009 № 14-6/242888 «О правомочности действия приказа Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030» в связи с тем, что после отмены приказа Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» не было издано нового альбома образцов учетных форм, учреждениям здравоохранения было разрешено использовать в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные вышеуказанным приказом.

Следующими нормативными правовыми актами Минздрава России утверждена медицинская документация, используемая на амбулаторном и стационарном этапах:

– приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»;

– приказ Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» (вступил в силу с 1 марта 2023 г.).

В настоящее время оценка качества ведения медицинской документации проводится Росздравнадзором на основании приказа Минздрава России от 31.07.2020 № 787н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», а также приказа Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» по следующим критериям: полнота заполнения медицинской документации, обоснованность установленного диагноза, назначения диагностических исследований и проведения лечебных мероприятий в соответствии с утвержденными стандартами и порядками.

Кроме того, при анализе медицинской документации осуществляется проверка ее достоверности путем сопоставления

имеющейся в ней информации с другими подтвержденными фактическими данными.

По данным Росздравнадзора, наиболее частыми дефектами оформления медицинской документации, носящими системный характер, являются:

- многочисленные неинформативные нечитаемые рукописные записи, сделанные неразборчивым почерком, с произвольными сокращениями слов и неустановленной медицинской терминологией, аббревиатурой;

- отсутствие обоснований клинического диагноза, краткость описания жалоб пациента, анамнеза жизни и клинической симптоматики (картины) заболеваний, результатов клинико-лабораторного и инструментального обследований (например, при описании анамнеза заболевания врачи не указывают время появления симптомов болезни, их характер, интенсивность, отсутствуют сведения о проводимом ранее лечении и о том, как оно повлияло на течение болезни);

- отсутствие обоснований необходимости проведения того или иного медицинского вмешательства, добровольного письменного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство (например, отсутствует обоснование необходимости проведения оперативного лечения);

- наличие дневниковых записей без указания времени осмотра, фамилии и должности врача, не содержащих объективной информации о состоянии пациента и динамике течения заболевания;

- отсутствие в дневниковых записях интерпретации лечащими врачами результатов лабораторных и инструментальных исследований;

- несоблюдение хронологического порядка ведения записей (даты осмотра и проведения медицинских манипуляций и (или) вмешательств, несоответствие дат оказания медицинской помощи, зарегистрированной в первичной медицинской документации и реестре счетов, таблицу учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.));

- наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, вклейки), заклеенные либо другим способом видоизмененные записи врачей, переформ-

ление медицинских карт и документов к ним с умышленным искажением сведений о клинической картине заболевания и динамике его течения, проведенных диагностических и лечебных мероприятиях;

– несоответствие сведений первичной медицинской документации данным реестра счетов, первичных учетных форм по выполненным фактическим объемам медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях и данным, направленным в отчетах территориальным фондам обязательного медицинского страхования;

– несоответствие сроков лечения застрахованного лица, отраженных в первичной медицинской документации, срокам, указанным в реестре счетов.

На основании сложившейся судебной практики данный перечень следует дополнить следующими дефектами, которые создают судебные прецеденты не в пользу медицинских организаций:

– неинформативность добровольных информированных согласий (врачами не указываются все возможные манипуляции и осложнения, которые могут возникнуть у пациента, поэтому пациент не получает полной картины проводимого лечения и негативных последствий);

– отсутствие тех или иных документов в медицинской карте стационарного больного (например, перед оперативным вмешательством пациенту проводится врачебный консилиум, однако в медицинской карте такой документ со всеми подписями участвующих врачей отсутствует).

Надлежащее ведение медицинской документации должно быть прописано в качестве обязанностей медицинских работников в их должностных инструкциях, а также в правилах внутреннего распорядка. В противном случае при выявлении дефектов ведения документации привлечь медицинских работников к дисциплинарному взысканию будет невозможно.

**Надлежащее ведение медицинской документации должно быть прописано в качестве обязанностей медицинских работников в их должностных инструкциях, а также в правилах внутреннего распорядка.**

*Пример из судебной практики по ненадлежащему ведению медицинской документации.*

*С пациентом был заключен договор о предоставлении платных медицинских услуг в стационаре. Пациентом была внесена предоплата, оставшаяся сумма до момента выписки пациентом не была внесена в кассу, в связи с чем медицинским учреждением было подано исковое заявление в суд о взыскании дебиторской задолженности. Однако пациентом было подано встречное исковое заявление о признании договора о предоставлении платных медицинских услуг недействительным в связи с несоответствием договора требованиям законов и иных нормативных правовых актов, применению последствий недействительности сделки.*

*В ходе подготовки к судебному разбирательству медицинская карта стационарного больного не была найдена в архиве учреждения, в связи с чем администрацией была инициирована служебная проверка. В ходе проверки было установлено, что история болезни пациента за день до выписки пропала, лечащий врач не сообщил об этом администрации и самостоятельно ее восстановил из электронной информационной системы, подделав подпись пациента. Поскольку в данном случае доказательством оказания услуг являлся договор, экземпляр которого сохранился в организации, а почерковедческая экспертиза не проводилась, учреждению удалось доказать, что услуги пациенту были оказаны. Судебное решение было принято в пользу учреждения. Впоследствии трудовой договор с лечащим врачом был расторгнут.*

В медицинском учреждении обязательно должен быть издан такой организационно-правовой документ, как «Правила внутреннего распорядка для пациентов», который регулирует вопросы взаимодействия пациента и медицинской организации, в том числе:

- порядок обращения пациента в медицинскую организацию;
- права и обязанности пациента;
- порядок разрешения конфликтов;
- порядок предоставления информации о состоянии здоровья пациента;
- порядок ознакомления пациента с медицинской документацией;

– порядок выдачи справок, выписок из медицинской документации пациенту или другим лицам.

В данный локальный нормативный акт представляется целесообразным включение следующих формулировок, касающихся медицинской документации:

1. Медицинская карта пациента является собственностью учреждения и должна храниться в \_\_\_\_\_ (указать наименование подразделения и ссылку на документ о хранении медицинской документации).

2. Не разрешается самовольный вынос медицинской карты из медицинского учреждения.

3. Обязательно должен быть прописан порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, который установлен приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

Кроме того, в медицинской организации должен быть утвержден порядок рассмотрения обращений граждан (пациентов), который регламентирует правоотношения, связанные с любыми обращениями граждан (личными, устными, письменными, по электронной почте, коллективными) в медицинскую организацию. Граждане (пациенты) имеют право выступать с предложениями, например по совершенствованию локальных нормативных актов медицинского учреждения, в том числе затрагивающих права и интересы пациентов, заявлениями; жалобами либо запросами. Если в устном или письменном обращении гражданина (пациента) содержится вопрос, решение которого не входит в компетенцию медицинской организации (ее администрации), гражданину дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться, о чем в журнале обращений делается соответствующая запись. Гражданину может быть отказано в рассмотрении его обращения по следующим основаниям:

– в письменном обращении не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, и его почтовый адрес (если ответ должен быть направлен в письменной форме по почте) или адрес электронной почты (если ответ должен быть направлен в форме электронного документа);

– в обращении содержатся сведения о подготавливаемом, совершаемом или совершенном противоправном деянии, а также о лице, его подготавливающем, совершающем или совершившем (такое обращение подлежит направлению в государственный орган в соответствии с его компетенцией);

– текст письменного обращения не поддается прочтению (ответ на обращение не дается, о чем в течение 7 календарных дней со дня регистрации обращения сообщается гражданину, направившему обращение, если его фамилия и почтовый адрес поддаются прочтению);

– в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу должностного лица, а также членов его семьи (ответ на обращение не дается, о чем в течение 7 календарных дней со дня регистрации обращения сообщается гражданину, направившему обращение, с информацией о недопустимости злоупотребления правом);

– ответ по существу поставленного в обращении вопроса не может быть дан без разглашения сведений, составляющих государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну. Гражданину, направившему обращение, сообщается о невозможности дать ответ по существу поставленного в нем вопроса в связи с недопустимостью разглашения указанных сведений;

– в письменном обращении гражданина содержится вопрос, на который ему многократно давались письменные ответы по существу в связи с ранее направляемыми обращениями, и при этом в обращении не приводятся новые доводы или обстоятельства. Может быть принято решение о безосновательности очередного обращения и прекращении переписки с гражданином по данному вопросу при условии, что указанное обращение и более ранние обращения направлялись в медицинскую организацию с уведомлением о данном решении гражданина, направившего обращение;

– полномочия представителя заявителя не подтверждены в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (в случае подачи жалобы).

Гражданам (пациентам) должна быть предоставлена возможность направлять обращения (заявления) через официальный сайт организации либо электронную почту (в этом случае об-

ращение должно быть распечатано и зарегистрировано в журнале обращений); для удобства граждан на сайте медицинской организации могут быть размещены формы заявлений и иных документов, необходимых для рассмотрения обращений.

В медицинской организации обязательно должен быть составлен график приема граждан руководством медицинской организации, он размещается на стендах и официальном сайте.

В целях обеспечения безопасности при работе с письменными обращениями они подлежат обязательному вскрытию и предварительному просмотру. В случае выявления опасных или подозрительных вложений в конверте (бандероли, посылке) работа с письменным обращением приостанавливается до выяснения обстоятельств и принятия соответствующего решения руководством медицинской организации.

В соответствии со статьей 5.59 КоАП РФ нарушение установленным законодательством Российской Федерации порядка рассмотрения обращений граждан, объединений граждан, в том числе юридических лиц, должностными лицами государственных органов, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждений и иных организаций, на которые возложено осуществление публично значимых функций, влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до десяти тысяч рублей.

Согласно Федеральному закону от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», письменное обращение, поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, рассматривается в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения. Вышеуказанный федеральный закон распространяет свое действие на все организации и учреждения, включая медицинские. В связи с этим в медицинской организации целесообразно завести отдельный журнал для приема входящих обращений граждан, что обеспечит возможность отслеживания результатов и соблюдение сроков подготовки ответов.

Родственники и законные представители пациента также имеют право обращаться с запросами в медицинскую организацию с целью получения информации о состоянии здоровья пациента либо ознакомления с медицинской документацией. Если пациент еще находится в медицинском учреждении, информацию о его

здоровье могут получать только те родственники и граждане, которых пациент указал в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство. Это не касается несовершеннолетних пациентов (с 15 до 18 лет).

В соответствии со статьей 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше шестнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него.

Ранее Федеральный закон № 323-ФЗ не предусматривал возможности передачи информации о состоянии здоровья пациента, достигшего возраста 15 лет, его законным представителям, если он самостоятельно не указывал в информированном добровольном согласии, кому такая информация может быть предоставлена. Однако данная норма порождала правовую коллизию, поскольку граждане, не достигшие совершеннолетия, не являются полностью дееспособными и находятся под опекой своих законных представителей. В связи с этим в июле 2020 г. в часть 2 статьи 22 Федерального закона № 323-ФЗ были внесены изменения, согласно которым в отношении лиц, достигших 15-летнего возраста, но не приобретших дееспособность в полном объеме, информация о состоянии здоровья предоставляется этим лицам, а также до достижения этими лицами совершеннолетия — их законным представителям.

Руководствуясь сложившейся судебной практикой, следует отметить, что при возникновении у пациентов осложнений при проведении любых медицинских манипуляций необходимо в рамках внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи инициировать в медицинском учреждении служебную проверку. В случае же возникновения серьезных осложнений, которые могут повлечь тяжкий вред здоровью пациента (перфорация трахеи, отрыв части катетера и его миграция в область сердца и др.), руководству медицинской организации рекомендуется уведомить территориальный орган Росздравнадзора.

Кроме того, сам пациент в случае возникновения у него неблагоприятных последствий после медицинского вмешательства имеет право подать жалобу:



– администрации лечебного учреждения, в котором проходил лечение;

– в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, если лечение проводилось в рамках обязательного медицинского страхования;

– территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения;

– прокуратуру;

– непосредственно в суд.

Дефекты оказания медицинской помощи могут возникнуть как из-за врачебной ошибки, так и из-за развития у пациента ятрогенных осложнений.

Федеральный закон № 323-ФЗ не содержит понятия «врачебная ошибка». Ни в юридической, ни в медицинской литературе не существует общепринятого определения этого термина.

В общем смысле — это ошибка медицинского специалиста в его работе. Согласно специальной медицинской литературе, ятрогения (ятрогенная патология) — дефект оказания медицинской помощи, выраженный в виде нового заболевания или патологического процесса, возникшего в результате как правомерного, так и неправомерного осуществления профилактических, диагностических, реанимационных, лечебных и реабилитационных медицинских мероприятий (манипуляций). Наиболее приемлемой является следующая классификация дефектов оказания медицинской помощи, представляющих собой прямое следствие медицинского вмешательства (ятрогении, ятрогенные патологии):

– умышленные ятрогении (умышленный дефект) — дефекты оказания медицинской помощи, связанные с умышленным преступлением;

– неосторожные ятрогении (неосторожный дефект) — дефекты оказания медицинской помощи, содержащие признаки неосторожного преступления;

– ошибочные ятрогении (медицинская ошибка) — дефекты оказания медицинской помощи, связанные с добросовестным

**Дефекты оказания медицинской помощи могут возникнуть как из-за врачебной ошибки, так и из-за развития у пациента ятрогенных осложнений.**

заблуждением медицинского работника, не содержащие признаков умысла или неосторожности;

– случайные ятрогении (несчастный случай) – дефекты оказания медицинской помощи, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств при правомерных действиях медицинских работников.

В своем решении суд на основании приведенных доказательств, в том числе проведенной судебно-медицинской экспертизы, классифицирует дефекты оказания медицинской помощи в зависимости от степени причинения вреда и вины медицинского работника (причинителя вреда).

В настоящее время судебная практика идет по пути удовлетворения требований пациента, поступающих в медицинскую организацию, в том числе через адвокатский запрос.

### **3. АДВОКАТСКИЙ ЗАПРОС**

В соответствии со статьей 6.1 Федерального закона от 31.05.2002 № 63-ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» адвокат вправе направлять в органы государственной власти, органы местного самоуправления, общественные объединения и иные организации официальное обращение по входящим в компетенцию указанных органов и организаций вопросам о предоставлении справок, характеристик и иных документов, необходимых для оказания квалифицированной юридической помощи. Органы государственной власти, органы местного самоуправления, общественные объединения и иные организации, которым направлен адвокатский запрос, должны дать на него ответ в письменной форме в тридцатидневный срок со дня его получения. В случаях, требующих дополнительного времени на сбор и предоставление запрашиваемых сведений, указанный срок может быть продлен, но не более чем на тридцать дней. При этом адвокату, направившему адвокатский запрос, направляется уведомление о продлении срока его рассмотрения.

Порядок оформления адвокатского запроса утвержден приказом Минюста России от 14.12.2016 № 288 «Об утверждении требований к форме, порядку оформления и направления ад-

вокатского запроса». На практике встречаются как дефекты оформления запроса, так и нарушения сроков предоставления ответа. Основные дефекты адвокатских запросов:

1. К запросу не прикладывается ни ордер, ни доверенность на представление (защиту) интересов определенного лица. В связи с этим может сложиться ситуация, когда адвокат в суде представляет одно лицо, а сведения запрашивает на иное. В случае с пациентами медицинской организации это будет являться разглашением медицинской тайны.

2. Ордер приложен, но в нем отсутствует суть выполняемого поручения (в рамках какого дела, гражданского или уголовного, осуществляется запрос сведений) и печать адвокатского образования (форма ордера утверждена приказом Минюста России от 10.04.2013 № 47 «Об утверждении формы ордера»).

3. В адвокатском запросе установлены иные сроки для предоставления ответа, чем в законе.

4. Истек срок предоставленной адвокатом доверенности на представление (защиту) интересов определенного лица.

5. Адвокат запрашивает информацию ограниченного доступа или документы, содержащие персональные данные третьих лиц.

Согласно части 1 статьи 1 Федерального закона № 63-ФЗ, адвокатской деятельностью является квалифицированная юридическая помощь, оказываемая на профессиональной основе лицами, получившими статус адвоката, физическим и юридическим лицам (доверителям) в целях защиты их прав, свобод и интересов, а также обеспечения доступа к правосудию.

Если в рамках интересующего адвоката дела он не оказывает какому-либо физическому либо юридическому лицу, которые могли бы являться по отношению к нему доверителями, квалифицированную юридическую помощь, а действует исключительно в своих интересах, то при таких обстоятельствах деятельность по защите своих собственных интересов не может быть признана адвокатской деятельностью по смыслу части 1 статьи 1 Федерального закона № 63-ФЗ.

Следовательно, права и полномочия, предоставляемые адвокатам Федеральным законом № 63-ФЗ, применительно к рассматриваемой ситуации на адвоката, действующего в своих интересах, не распространяются.

Статьей 8 Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и защите информации» предусмотрено, что граждане (физические лица) и организации (юридические лица) вправе осуществлять поиск и получение любой информации в любых формах и из любых источников при условии соблюдения требований, установленных данным федеральным законом и другими федеральными законами.

Гражданин (физическое лицо) имеет право на получение от государственных органов, органов местного самоуправления, их должностных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, информации, непосредственно затрагивающей его права и свободы.

Это означает, что, если лицо запрашивает у организации любые сведения, касающиеся самой организации, включая организационную структуру, должностные инструкции работников, регламенты работы, отчеты об основной и дополнительных видах деятельности, вполне можно принять решение о направлении лицу такой информации в случае, если она не имеет грифа секретности или ограниченного доступа. Гриф секретности или ограниченного доступа может применяться к информации только в соответствии с прямыми предписаниями нормативных правовых актов.

При этом следует учитывать, что предоставляется такая информация только в обезличенном виде. Предоставляемые документы не могут содержать, как уже говорилось ранее, персональных данных сотрудников учреждения. В связи с этим не могут быть представлены в ответ на адвокатский запрос такие документы, как:

- штатное расписание;
- приказы о назначении на должность и перемещении по службе сотрудника, иные кадровые приказы;
- локальные нормативные акты, иные носители информации, содержащие персональные данные третьих лиц.

В соответствии с пунктом 1 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе его фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата и место рождения; адрес; семейное, социальное, имущественное положение; образование; профессия; доходы и другая информация составляют персональные данные.

Согласно части 1 статьи 7 Федерального закона 152-ФЗ, операторами и третьими лицами, получающими доступ к персональным данным, должна обеспечиваться конфиденциальность таких данных.

Согласно части 2 статьи 7 Федерального закона № 152-ФЗ, обеспечения конфиденциальности персональных данных не требуется:

- в случае обезличивания персональных данных;
- в отношении общедоступных персональных данных.

Если запрашиваемая адвокатом информация (персональные данные) не относится к числу общедоступных по смыслу статьи 8 Федерального закона № 152-ФЗ, то такой адвокатский запрос выходит за пределы правовых предписаний, содержащихся в частях 1 и 2 статьи 7 указанного закона, по причине чего не может быть удовлетворен.

Вышеизложенные правила об ограничении доступа к персональным данным применяются только в том случае, если адвокат, действуя в интересах одного лица, запрашивает информацию о другом лице. Тогда следует отказать в ответе на запрос.

Если же адвокат, подтвердивший свои полномочия доверенностью, оформленной и заверенной в установленном законом порядке, действуя в интересах доверителя, запрашивает информацию, касающуюся личности своего доверителя, то он имеет на это полномочия, и на адвокатский запрос должен быть дан положительный ответ.

При рассмотрении адвокатского запроса следует соблюдать установленный для этого месячный срок (пункт 1 части 3 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ). В этот срок нужно дать адвокату либо положительный, либо отрицательный ответ об интересующей его информации.

#### **4. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Виды юридической ответственности обычно классифицируют в зависимости от отрасли права: гражданская, налоговая, дисциплинарная, административная, уголовная и т.д. Материальная ответственность рассматривается в рамках трудового и гражданского законодательства.

*Под ответственностью понимается предусмотренная нормами права обязанность субъекта правонарушения претерпевать неблагоприятные последствия вследствие совершенного им правонарушения. Нужно отметить, что юридическая ответственность является видом социальной ответственности наряду с моральной и этической.*

Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ за нарушение прав в сфере охраны

**Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.**

здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Возможными правовыми последствиями за нарушение законодательства в этой сфере выступают следующие виды юридической ответственности:

- 1) дисциплинарная;
- 2) гражданско-правовая;
- 3) уголовная;
- 4) административная.

**Дисциплинарная ответственность** — мера ответственности работника за совершение дисциплинарного правонарушения, применяемая

в целях предупреждения и пресечения нарушений трудового законодательства.

В соответствии со статьей 192 Трудового кодекса Российской Федерации за совершение дисциплинарного проступка, т.е. за неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- 1) замечание;
- 2) выговор;
- 3) увольнение по соответствующим основаниям.

Конкретные меры дисциплинарных взысканий определяет руководитель медицинского учреждения, исходя из степени

тяжести допущенного сотрудником дисциплинарного проступка. Издание приказа о наложении дисциплинарного взыскания согласуется с юридическим отделом и отделом кадров.

Случаются ситуации, когда работодатель пытается необоснованно привлечь работника к дисциплинарной ответственности либо вообще уволить, не имея на то законных оснований. В этих случаях медицинский работник может реализовать свое право на защиту своих интересов.

В первую очередь следует отметить, что основные права и обязанности работника установлены трудовым договором и должностной инструкцией, поэтому нельзя наказать работника за ненадлежащее выполнение обязанностей, не предусмотренных должностной инструкцией. Кроме того, работодателем в обязательном порядке должен быть соблюден порядок наложения дисциплинарного взыскания, предусмотренный ТК РФ.

При наложении дисциплинарного взыскания должны учитываться тяжесть совершенного проступка и обстоятельства, при которых он был совершен.

Согласно части 1 статьи 193 ТК РФ, до применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника письменное объяснение. Если по истечении двух рабочих дней указанное объяснение работником не предоставлено, то составляется соответствующий акт.

Непредоставление работником объяснения не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого для учета мнения представительного органа работников.

Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под подпись в течение трех рабочих дней со дня его издания, не считая времени отсутствия работника на работе. Если работник отказывается ознакомиться с указанным приказом (распоряжением) под подпись, то составляется соответствующий акт.

Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и (или) органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

Если основание для наложения дисциплинарного взыскания есть, а порядок его наложения не соблюден, суд отменит приказ о наложении дисциплинарного взыскания и обяжет работодателя его снять.

Кроме того, работник в обязательном порядке должен быть ознакомлен со своей должностной инструкцией, локальными нормативными актами, приказами, на основании которых он осуществляет свою трудовую деятельность. Если, например,

**Работник в обязательном порядке должен быть ознакомлен со своей должностной инструкцией, локальными нормативными актами, приказами, на основании которых он осуществляет свою трудовую деятельность.**

должностной инструкцией предусмотрена обязанность работника вести медицинскую документацию, порядок ведения которой установлен отдельным локальным нормативным актом (не приказом Минздрава и не федеральным законом), а работник с этим приказом под подпись не ознакомлен, то в случае, если какой-то из документов будет

им оформлен не в соответствии с этим приказом, наложение на него дисциплинарного взыскания за такое нарушение будет неправомерным.

Позиция судов и правоохранительных органов в вопросе обязательного наличия конкретных нормативных актов, которые нарушил медицинский работник, схожа. Если, например, работодатель полагает, что врач не провел те или иные диагностические манипуляции при лечении пациента, а конкретный перечень таких диагностических исследований не предусмотрен ни одним локальным нормативным актом, ни клиническими рекомендациями, ни стандартами оказания медицинской помощи, медицинского работника нельзя привлечь к дисциплинарной ответственности, даже если это привело к негативным последствиям при лечении пациента. В таких случаях в обоснование своих выводов суд указывает, что невыполнение медицинским работником диагностических манипуляций в предоперационный период не может свидетельствовать о ненадлежащем исполнении последним своих должностных обязанностей (апелляционное определение судебной коллегии по гражданским



делам Нижегородского областного суда от 16.11.2021 по делу № 33-13064/2021).

*Примеры из судебной практики.*

1. Врач П. провел пациенту операцию по тотальному эндопротезированию правого плечевого сустава. Через 2 дня после оперативного вмешательства у пациента появились жалобы на отсутствие чувствительности в кисти оперированной руки и движений пальцами. Назначена консультация невролога, лечащим врачом выставлен диагноз: плексопатия справа (паралич Дежерина–Клюмпке).

Состояние после эндопротезирования правого плечевого сустава. Назначена терапия для восстановления проводимости плечевого сплетения. Рекомендована пассивная гимнастика в кистевом и межфаланговых суставах с помощью другой руки. Дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования не назначалось.

Состояние пациента ухудшилось, в связи с чем было проведено тепловизионное обследование правой верхней конечности, в ходе которого выявлены признаки грубого нарушения кровоснабжения правой верхней конечности с уровня границы верхней и средней трети плеча, нежизнеспособности конечности с уровня границы средней и нижней трети плеча. В результате проведенного экстренного консилиума принято решение о выполнении оперативного лечения: ампутации правого плеча на границе средней и верхней трети.

Во всех случаях выявления у пациентов послеоперационных осложнений проводится служебное расследование в части качества оказания медицинской помощи пациентам. В отношении П. также было проведено служебное расследование, в ходе которого комиссией при изучении медицинской карты стационарного больного выявлен факт несвоевременного оформления решения консилиума о выполнении ампутации верхней конечности и установлен факт позднего внесения записи в карту. Кроме того, лечащим врачом П. пациентке был несвоевременно поставлен диагноз острой артериальной ишемии, что в прогностическом плане могло повлиять на течение послеоперационного периода и привести к развитию необратимых изменений в мягких тканях правой верхней конечности, а также необходимости выполнения по жизненным показаниям операции — ампутации правой верхней конечности.

Учитывая застарелый характер травмы, степень смещения костных отломков, анатомические особенности перелома (непосредственная близость сосудисто-нервного пучка), имеющую сопутствующую патологию, целесообразно было провести в качестве предоперационной подготовки исследование состояния сосудистого русла правой верхней конечности (УЗИ, ангиография, консультация сердечно-сосудистого хирурга). В ходе проверки также было выявлено нарушение П. своих должностных обязанностей, что привело к нарушению качества оказания медицинской помощи. По результатам проверки на врача было наложено дисциплинарное взыскание в виде выговора. Не согласившись с решением работодателя, П. обжаловал дисциплинарное взыскание в судебном порядке.

Суд первой инстанции постановил снять с П. дисциплинарное взыскание и удовлетворить компенсацию морального вреда в размере 5 000 рублей по следующим основаниям.

Удовлетворяя искивые требования П. и отменяя дисциплинарное взыскание в виде выговора, суд первой инстанции пришел к выводу, что отсутствие в приказе о привлечении лица к дисциплинарной ответственности ссылки на нормы локальных нормативных актов, которые были нарушены работником, свидетельствует об отсутствии правовых оснований для квалификации действий работника как дисциплинарного проступка.

Суд в обоснование своих выводов также указал, что невыполнение истцом диагностических манипуляций в предоперационный период не может свидетельствовать о ненадлежащем исполнении последним своих должностных обязанностей, так как локальным нормативным документом не предусмотрен конкретный перечень тех диагностических исследований, которые должны быть проведены в данном случае. Каких-либо утвержденных Минздравом Российской Федерации клинических рекомендаций, стандартов, содержащих требования об обязательном выполнении в предоперационный период инструментальных исследований артериального сосудистого русла (например УЗИ), также не имеется.

Суд также установил, что указание в приказе о наложении дисциплинарного взыскания на нарушение пунктов должностной инструкции является ненадлежащим и недостаточным доказательством, так как должностная инструкция содержит лишь

*общие должностные обязанности работника. Кроме того, судебная коллегия согласилась с выводами суда первой инстанции о непредоставлении работодателем в материалы дела доказательств, свидетельствующих о том, что при принятии решения о наложении дисциплинарного взыскания учитывалось предшествующее поведение истца, его отношение к труду, чем нарушены требования части 5 статьи 192 ТК РФ.*

Следует отметить, что в приказе о наложении дисциплинарного взыскания обязательно должны присутствовать ссылки на нормы локальных нормативных актов, которые были нарушены работником; факт их отсутствия свидетельствует об отсутствии правовых оснований для квалификации действий работника как дисциплинарного проступка.

При обжаловании дисциплинарного взыскания в судебном порядке работодатель должен будет представить для материалов дела доказательства, свидетельствующие о том, что при принятии решения о наложении на работника дисциплинарного взыскания учитывалось его предшествующее поведение и отношение к труду (часть 5 статьи 192 ТК РФ).

*2. В качестве примера из судебной практики можно привести дело, предметом спора по которому было незаконно примененное дисциплинарное взыскание в виде выговора с формулировкой: «за ненадлежащее исполнение своих должностных обязанностей, а именно: за преднамеренное завышение тарифа на оказанную медицинскую услугу и за нарушение профессиональной этики и медицинской деонтологии» (апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Нижегородского областного суда от 02.05.2017 по делу № 33-5116/2017). Суд первой инстанции удовлетворил заявленные врачом требования, основываясь на том, что в приказе о наложении дисциплинарного взыскания содержалась общая фраза о неоднократных нарушениях профессиональной этики и медицинской деонтологии, без конкретизации, в чем было выражено такое действие либо бездействие. Суд второй инстанции дополнительно указал, что работодатель не представил доказательств истребования от работника объяснительной по служебной записке, которая легла в основу приказа о наложении дисциплинарного взыскания. Поскольку докладная записка была одним из оснований для привлечения работника к дисциплинарной ответственности в виде*

выговора, то несоблюдение работодателем порядка привлечения работника к дисциплинарной ответственности является безусловным основанием для признания вышеуказанного приказа незаконным.

3. Однако есть и обратная судебная практика, например апелляционное определение Московского городского суда от 14.11.2019 № 33-50564/2019. Предметом спора было обжалование дисциплинарного взыскания в виде выговора за нарушение правил врачебной этики и деонтологии, а также лишение премиальных выплат стимулирующего характера до снятия дисциплинарного взыскания. В ходе судебного разбирательства было установлено, что протокол эндоскопического исследования пациента был составлен врачом не по стандарту, заключение не соответствует эндоскопическому описанию; кроме того, врач сообщила пациенту о наличии у него диагноза, не соответствовавшего действительности, для чего предложила ему пройти дополнительное обследование в конкретной коммерческой клинике.

Разрешая искивые требования о признании приказа о наложении дисциплинарного взыскания незаконным, с учетом установленных по делу обстоятельств, на основании собранных по делу доказательств в виде объяснений сторон, показаний свидетелей и письменных доказательств суд пришел к обоснованному выводу о наличии оснований для применения к истцу дисциплинарного взыскания в виде выговора, поскольку факт ненадлежащего исполнения возложенных на нее трудовых обязанностей, выразившийся в нарушении правил врачебной этики и деонтологии, подтвержден доказательствами, которые соответствуют требованиям допустимости, относимости и достаточности и оценены судом по правилам статьи 67 ГПК РФ. Порядок и сроки применения дисциплинарного взыскания, предусмотренные статьей 193 ТК РФ, ответчиком соблюдены. До применения дисциплинарного взыскания у истца были затребованы объяснения по факту проступка. Оценивая соответствие тяжести совершенного истцом проступка примененному взысканию, суд принял во внимание характер допущенных нарушений и обстоятельства их совершения.

Отказывая в удовлетворении требований истца о взыскании премий и стимулирующих выплат, суд, оценив в совокупности представленные доказательства, в том числе положения трудо-

*вого договора, заключенного с истцом, и локального нормативного акта работодателя, регулирующего вопросы оплаты труда, правомерно исходил и из того обстоятельства, что Положение об оплате труда и премировании работников исключало возможность выплаты истцу стимулирующей части заработной платы в период действия дисциплинарного взыскания.*

Что касается **гражданско-правовой ответственности** медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшее за собой причинение вреда здоровью больного или его смерть, то следует отметить, что согласно норме статьи 1084 Гражданского кодекса Российской Федерации вред, причиненный жизни или здоровью гражданина при исполнении установленных законом обязанностей, возмещается по правилам, предусмотренным главой 59 ГК РФ («Обязательства вследствие причинения вреда»).

Существуют общие правила возмещения вреда, предполагающие соблюдение принципов (условий) возложения гражданско-правовой ответственности:

- 1) противоправное нарушение возложенных законом или договором обязанностей и прав других лиц;
- 2) наличие вреда (убытков);
- 3) причинная связь между поведением правонарушителя и наступившими последствиями;
- 4) вина правонарушителя.

Ответственность за вред (ущерб) наступает в случае наличия причинно-следственной связи между деяниями (действием либо бездействием) работников учреждений здравоохранения и наступившими последствиями у пациента.

При этом, согласно части 4 статьи 98 Федерального закона № 323-ФЗ возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации. То есть ущерб от вреда здоровью, возмещенный пострадавшему медицинской организацией и (или) виновным медицинским работником, в общем случае не освобождает работника от дисциплинарной или уголовной ответственности.

Вопросы разграничения гражданско-правовой ответственности между медицинской организацией и виновным в нанесении

вреда здоровью конкретным медицинским работником вызывают определенную сложность.

Статья 1068 ГК РФ содержит норму, согласно которой вред, причиненный работником при исполнении им трудовых (служебных, должностных) обязанностей, подлежит возмещению работодателем; при этом работниками признаются граждане, выполняющие работу на основании трудового договора (контракта), а также граждане, выполняющие работу по гражданско-правовому договору, если при этом они действовали или должны были действовать по заданию соответствующего юридического лица или гражданина и под его контролем за безопасным ведением работ.

Возложение на работодателя — медицинское учреждение — обязанности возмещения вреда объясняется правилом, согласно которому действия медицинских работников при выполнении ими

**Действия медицинских работников при выполнении ими трудовой функции юридически воспринимаются как действия самого учреждения здравоохранения. В связи с этим в случаях возникновения судебного спора надлежащим ответчиком является именно работодатель, а не непосредственный причинитель вреда — работник лечебного учреждения.**

трудовой функции юридически воспринимаются как действия самого учреждения здравоохранения, поскольку предполагается, что в них проявляется воля работодателя. В связи с этим в случаях возникновения судебного спора надлежащим ответчиком является именно работодатель, а не непосредственный причинитель вреда — работник лечебного учреждения.

В этом случае материальный ущерб, нанесенный медицинским работником медицинской организации, выражается в сумме возмещения вреда здоровью пострадавшему пациенту, которую по суду

или в досудебном порядке медицинская организация вынуждена была выплатить пациенту.

Таким образом, у работодателя возникнет право обратного требования (регресса) к этому работнику в размере выпла-

ченного возмещения, если иной размер не установлен законом (статья 1081 ГК РФ). В связи с этим медицинское учреждение, возместившее вред пациенту за своих сотрудников, в дальнейшем получает права по взысканию с них суммы возмещения.

**Медицинское учреждение, возместившее вред пациенту за своих сотрудников, в дальнейшем получает права по взысканию с них суммы возмещения.**

Следует учесть, что статьей 238 ТК РФ предусмотрена материальная ответственность за ущерб, причиненный работодателю. Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

Существует два вида регрессных требований — в размере среднемесячного заработка и полная материальная ответственность на сумму причиненного ущерба. Случаи, когда наступает полная материальная ответственность:

- умышленное причинение ущерба;
- причинение ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;
- разглашение охраняемой законом тайны — в данном случае врачебной тайны;
- причинение работником ущерба не при исполнении трудовых обязанностей, а также причинение ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда по статье о причинении тяжкого вреда здоровью или смерти по неосторожности.

Существуют обстоятельства, которые исключают ответственность медицинского работника:

- непреодолимая сила (например, различные природные катаклизмы, которые повлияли на то, что во время оказания помощи был нанесен ущерб);
- нормальный хозяйственный риск;
- крайняя необходимость (например, необходимость удаления какого-то органа для спасения жизни пациента и отсутствие надлежащих условий для выполнения своей трудовой функции).

Если в больнице, например, отсутствуют запасы крови для срочного переливания и наступает летальный исход, то врач

не может быть обвинен. Обеспечить необходимые запасы расходных материалов, оборудования и т.д. — это обязанность работодателя (пункт 1 части 1 статьи 72 Федерального закона № 323-ФЗ).

Если кроме вреда здоровью гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда. При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями гражданина, которому причинен вред (статья 151 ГК РФ), длительность проводимого лечения, дополнительные оперативные вмешательства, наступление инвалидности и т.д.

В соответствии с пунктом 12 постановления Пленума Верховного суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» обязанность компенсации морального вреда может быть возложена судом на причинителя вреда при наличии предусмотренных законом оснований и условий применения данной меры гражданско-правовой ответственности, а именно: физических или нравственных страданий потерпевшего; неправомерных действий (бездействия) причинителя вреда; причинной связи между неправомерными действиями (бездействием) и моральным вредом; вины причинителя вреда (статьи 151, 1064, 1099 и 1100 ГК РФ).

*Пример. Пациентка после операции эндопротезирования бедра была доставлена в отделение реанимации на каталке, с которой через некоторое время упала, получив многооскольчатый перелом бедра, перипротезный перелом, перенесла повторные операции и более года реабилитации. Кто в этом виноват? Конечно больница! На ком вина — на персонале или юридическом лице? Перед пациенткой виновата клиника, в которой должны быть созданы все условия для предотвращения таких случаев. Однако клиника имеет право*



*выставить обратные требования, или регресс (часть 1 статьи 1081 ГК РФ), к конкретным физическим лицам, допустившим вред здоровью. И, конечно, должна быть проанализирована вся система стационара по обеспечению безопасности предоставления медицинской помощи. Пациентка подала иск на 1 миллион рублей. Насколько известно, администрация не стала использовать «юридические тонкости» для затягивания дела или снижения суммы. Иск был удовлетворен в полном объеме, а понесенные учреждением расходы были частично взысканы с персонала. Вывод один: ошибки бывают всегда, но халатности быть не должно!*

Частью 1 статьи 1085 ГК РФ установлено, что при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь; а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

В пункте 27 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина» разъяснено, что судам следует иметь в виду: расходы на лечение и иные дополнительные расходы подлежат возмещению причинителем вреда, если будет установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение. Однако, если потерпевший, нуждающийся в указанных видах помощи и имеющий право на их бесплатное получение, фактически был лишен возможности получить такую помощь качественно и своевременно, суд вправе удовлетворить иски требования потерпевшего о взыскании с ответчика фактически понесенных им расходов.

В соответствии с пунктом 46 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» при удовлетворении судом требований потребителя

в связи с нарушением его прав, которые не были удовлетворены в добровольном порядке изготовителем (исполнителем, продавцом, уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером), суд взыскивает с ответчика в пользу потребителя штраф независимо от того, заявлялось ли такое требование суду (пункт 6 статьи 13 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей») (решение Нолинского районного суда Кировской области от 26.10.2016 по делу № 2-399/2016).

Согласно части 8 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ, к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Из буквального толкования вышеуказанной нормы следует, что положения данного закона применяются лишь к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг. Однако не все суды одинаково определяют правовую природу отношений по поводу оказания пациенту медицинской помощи и не устанавливают, оказывалась ли она бесплатно в соответствии с программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи либо предоставлялась пациенту на возмездной основе на основании заключенного с медицинской организацией договора (определение Верховного суда РФ «О компенсации морального вреда в связи с оказанием некачественной медицинской услуги, а также о взыскании штрафа» от 15.07.2019 № 44-КГ19-7).

В настоящее время развивается практика страхования ответственности за оказание медицинской помощи как медицинской организацией, так и медицинских работников.

**В настоящее время развивается практика страхования ответственности за оказание медицинской помощи как медицинской организацией, так и медицинских работников.**

Это два разных страховых продукта, то есть, в случае страхования ответственности медицинской организации, при наступлении страхового события страховая компания имеет право выставить регрессионный иск медицинскому работнику, в случае заключения обоих договоров — право ре-

грессионного иска не возникает. Для заключения договора добровольного страхования юридической ответственности страховая компания обследует медицинскую организацию и производит индивидуальный расчет рисков наступления страхового случая. Обязательной частью договора страхования является сумма страхового покрытия, страховой период, перечень видов медицинской помощи (или все виды помощи), а также страховая премия.

**Уголовная ответственность** может наступать только в отношении конкретных физических лиц, следовательно, вопрос о разграничении уголовной ответственности между медицинскими работниками и медицинской организацией не стоит. Принятие решения о возбуждении уголовного дела в отношении конкретных медицинских работников в случае причинения ими вреда здоровью пациенту или неоказания помощи пациенту принимают правоохранительные органы в зависимости от конкретных обстоятельств. В дальнейшем вопрос о привлечении к уголовной ответственности или освобождении от нее по материалам следственных органов решает суд.

Медицинский работник с позиций действующего уголовного законодательства может восприниматься двояко: во-первых, медик может пониматься как общий субъект совершения преступления, во-вторых, как специальный субъект совершения преступления в силу наличия медицинского образования.

Учитывая данные обстоятельства, все преступления, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности, делятся на три группы:

- а) профессиональные врачебные преступления;
- б) должностные врачебные преступления;

в) преступления, за которые врачи привлекаются к уголовной ответственности на общих основаниях.

**Уголовная ответственность может наступать только в отношении конкретных физических лиц, следовательно, вопрос о разграничении уголовной ответственности между медицинскими работниками и медицинской организацией не стоит.**

*Пример. Очевидно, что оказание медицинской помощи — всегда риск, а инвазивной — высокий риск! Оперировался мальчик 3 лет по поводу синдактилии 3–4-го пальца кисти. Операция была плановая, рассчитанная на 15 минут; ребенок обследован по месту жительства. На вводном наркозе произошла остановка сердца; более часа продолжались реанимационные мероприятия, которые не дали эффекта. Мама и бабушка ожидали рядом с операционной. Доктора проинформировали об этом руководителя учреждения, который взял на себя беседу с родственниками и сообщил о случившемся. Безусловно, эти часы невозможно забыть. С одной стороны, руководитель, как человек, понимает горе семьи; с другой — он врач, работа которого лечить, а значит, риск всегда рядом; с третьей стороны — он руководитель организации, у которого на текущий момент нет полной информации о произошедшем. В данной ситуации руководство вместе с заведующим профильного отделения и заведующим реанимацией создали условия максимальной открытости как для родственников, так и правоохранительных органов. Была проведена судебно-медицинская экспертиза; были жалобы; кто-то через сутки написал в газету об этом случае, искажив факты; были проверки надзорных и следственных органов; был тяжелый инфаркт миокарда у анестезиолога. В итоге выяснилось, что у ребенка тимомегалия, которая не была диагностирована на амбулаторном этапе. Кого винить в этой ситуации? Наверное, главное, чтобы каждый еще раз глубоко осознал, что мелочей в работе медика нет — имеющиеся стандарты и клинические рекомендации надо неукоснительно выполнять.*

Уголовная ответственность выступает в качестве правового последствия совершенного преступления и выражается в государственном принуждении в форме наказания. Для привлечения к уголовной ответственности необходимо возбуждение уголовного дела, последующее расследование и судебное разбирательство.

В соответствии со статьей 14 Уголовного кодекса Российской Федерации основанием привлечения конкретного лица, или медицинского работника, к уголовной ответственности является совершение им правонарушения — преступления, под которым понимают виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное УК РФ под угрозой наказания.

Уголовно-правовые деяния в сфере прав граждан на охрану здоровья, находящиеся под запретом уголовного права, объединены в главе 25 «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности» УК РФ. К числу уголовно-правовых составов можно отнести следующие преступления:

- незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (статья 235);
- нарушение санитарно-эпидемиологических правил (статья 236);
- производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (статья 238).

Незаконное соби́рание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, наказывается штрафом. Кроме того, ответственность вследствие разглашения врачебной тайны может наступить и в соответствии со статьей 286 «Превышение должностных полномочий» УК РФ: совершение должностным лицом действий, явно выходящих за пределы его полномочий и повлекших существенное нарушение прав и законных интересов гражданина.

В УК РФ предусмотрена и другая ответственность медицинских работников: статья 122 «Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей», статья 124 «Неоказание помощи больному», статья 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей», статья 109 «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей».

Основным законом, регулирующим взаимоотношения врача и пациента, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Он устанавливает ключевые принципы охраны здоровья, права и обязанности граждан и лечащего врача, виды медицинской помощи; закрепляет обязанность по соблюдению врачебной тайны и другие правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан.

Статья 13 устанавливает запрет на раскрытие положений принципа соблюдения врачебной тайны. Врачебную тайну образуют сведения, которые медицинский работник получает

**Врачебную тайну образуют сведения, которые медицинский работник получает о пациенте в результате взаимодействия с ним в рамках осуществления своих профессиональных обязанностей.**

о пациенте в результате взаимодействия с ним в рамках осуществления своих профессиональных обязанностей. Специфика врачебной тайны состоит в том, что ее сохранность гарантируется и обеспечивается путем установления определенных запретов и ответственности за ее разглашение. При этом не допускается разглашение сведений, состав-

ляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении; исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей.

К сведениям, составляющим врачебную тайну и не подлежащим разглашению, относятся:

- факт обращения гражданина в медицинское учреждение за лечебно-профилактической помощью;
- результаты анализов и обследований, поставленный диагноз;
- факт обращения гражданина в конкретное учреждение здравоохранения и прохождения лечения в нем;
- информация о психическом состоянии гражданина, наличии психических расстройств и прохождении лечения в соответствующем медицинском учреждении.

В целях сохранения конфиденциальности в листке нетрудоспособности пациента не проставляется точный диагноз, а лишь отражаются общие сведения о перенесенном заболевании. Кроме того, в оттиске печати медицинских учреждений, имеющих особый профиль (центры борьбы с ВИЧ-инфекцией, центры реабилитации от наркозависимости, клиники для лечения психиатрических расстройств), нет информации о профиле учреждения.

В соответствии со статьей 13 Федерального закона № 323-ФЗ допускается предоставление сведений, составляющих врачеб-

ную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, в том числе:

- в целях прохождения курса лечения пациентом, неспособным выразить свою волю из-за состояния здоровья;
- при возникновении угрозы массового распространения различного рода отравлений, поражений и инфекционных заболеваний;
- оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в возрасте старше пятнадцати лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте старше шестнадцати лет в целях информирования родителей или законных представителей;
- по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

Сохранение врачебной тайны является важной моральной обязанностью каждого врача; и ее разглашение, несомненно, является одним из признаков профессиональной непригодности. Охрана врачебной тайны — обязанность всего медперсонала, имеющего к ней прямое отношение; а также должностных лиц, которые получили информацию о пациенте посредством официального запроса в лечебное учреждение.

Любое нарушение прав пациента, в частности неправомерное разглашение врачебной тайны, влечет за собой дисциплинарную, административную, гражданскую и уголовную ответственность.

Так, в рамках административной ответственности, установленной статьей 13.14

«Разглашение информации с ограниченным доступом» КоАП РФ, предусмотрено наложение административного штрафа за разглашение информации, доступ к которой ограничен федеральным законом, на лиц, получивших доступ к такой информации в связи с исполнением служебных или профессиональных обязанностей, в размере:

**Любое нарушение прав пациента, в частности неправомерное разглашение врачебной тайны, влечет за собой дисциплинарную, административную, гражданскую и уголовную ответственность.**

- от 5000 до 10 000 рублей — на граждан;
- от 40 000 до 50 000 рублей или дисквалификация на срок до трех лет — на должностных лиц.

Уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны установлена частью 2 статьи 137 УК РФ:

1) штраф в размере от 100 000 до 300 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет;

2) лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти лет;

3) принудительные работы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового;

4) арест сроком до 6 месяцев;

5) лишение свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет.

Как показывает практика, разглашение врачебной тайны происходит нередко. В первую очередь источниками распространения сведений являются работники и медперсонал учреждений здравоохранения, которые передают информацию не только посетителям пациента, не попросив их предоставить документы, подтверждающие родство, но также и своим коллегам в устной беседе или переписке.

Еще одним источником разглашения врачебной тайны нередко становится разговор по телефону, когда на другом конце находится неизвестный абонент. Наибольшую огласку получают факты разглашения сведений о пациенте через СМИ, в том числе Интернет-каналы (!). Разглашение врачебной тайны может произойти при обсуждении состояния пациента с ординаторами или студентами. Источником информации также могут стать научные сообщения, поэтому любые разглашаемые сведения о заболевании должны быть предварительно согласованы непосредственно с пациентом.

Наличие видео и фото, напрямую указывающих на личность пациента без его согласия, несомненно, будет основанием для привлечения к ответственности правонарушителя.



Источником информации о болезни также является медицинская документация, в том числе медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного, листок временной нетрудоспособности. При этом статья 59 Федерального закона № 323-ФЗ предусматривает особое заполнение листка нетрудоспособности, где диагноз пациента указывается с его согласия, а при отсутствии такового указывается только причина нетрудоспособности.

Стоит отметить, что факт разглашения врачебной тайны доказать достаточно сложно. Любые обвинения должны быть обоснованы, требуются письменные доказательства и свидетельские показания. В случае представления документальной базы, подтверждающей нарушение прав пациента, суд примет его сторону, удовлетворит гражданский иск и назначит возмещение материального и морального ущерба в объеме, соразмерном совершенному правонарушению.

В качестве примера из судебной практики по разглашению врачебной тайны можно привести апелляционное определение Орловского областного суда от 28.11.2013 по делу № 33-2608/2013.

*Пример. Сотрудница учреждения здравоохранения, полагая, что в учреждении допускаются многочисленные нарушения, обратилась с письмом к Президенту РФ, приложив копии медицинских карт пациентов данного медицинского учреждения, в которых содержалась информация, представляющая собой врачебную тайну: фамилии, имена и отчества больных с указанием их телефонных номеров, адресов, диагнозов и объемом проведенного лечения. Приказом работодателя данная сотрудница была уволена на основании подпункта «в» пункта 6 части 1 статьи 81 ТК РФ в связи с разглашением охраняемой законом тайны.*

*Считая свое увольнение незаконным и ссылаясь на то, что при направлении копий медицинской документации она действовала в соответствии с законом, поскольку предоставила в приемную Президента РФ данную информацию с целью осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности, сотрудница обжаловала приказ об увольнении в судебном порядке.*

*Согласно разъяснениям, содержащимся в пункте 43 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 № 2 «О применении*

судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации», в случае оспаривания работником увольнения по подпункту «в» пункта 6 части 1 статьи 81 ТК РФ работодатель обязан представить доказательства, свидетельствующие о том, что сведения, которые работник разгласил, в соответствии с действующим законодательством относятся к государственной, служебной, коммерческой или иной охраняемой законом тайне либо к персональным данным другого работника; что эти сведения стали известны работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, и он обязался не разглашать такие сведения.

Так, согласно доводам истца, она передала сведения, содержащие врачебную тайну, после получения согласия от пациентов, указанных в обращении; она представила суду письменные согласия пациентов. Однако, как установлено судом при разрешении спора, пациенты своего согласия на передачу информации о состоянии их здоровья не давали.

В ходе судебного разбирательства судом установлено, что действующим законодательством предусмотрен исчерпывающий перечень органов и организаций, осуществляющих контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и Управление делами Президента РФ к ним не относится, в связи с чем в удовлетворении требований истца было отказано в полном объеме.

Без разрешения пациента сведения о его здоровье нельзя использовать при обучении или для публикаций в научных изданиях. В связи с этим практикующие врачи-блогеры или ученые также не могут публиковать сведения о здоровье конкретного пациента. Врач может написать, что у него была сложная и необычная операция, но при этом никто не должен понять, о каком конкретно человеке идет речь.

Следует отметить, что, прежде чем предоставить родственникам пациента какую-либо информацию о состоянии его здоровья, всегда следует проверить, указаны ли они в информированном добровольном согласии. Во избежание судебных исков от пациентов также в информированное согласие представляется целесообразным внести следующую фразу: «Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители для обработки данных, а также демонстрации лицам с медицинским образованием — исключи-

*тельно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны».*

**Административная ответственность** применяется за административные проступки органами внутренних дел, административными комиссиями при районной, городской администрации, различными инспекциями, в том числе и санитарными, а в отдельных случаях также и судом. Такая ответственность может наступить в виде предупреждения, штрафа, временного лишения определенного права и др.

Привлекаться к административной ответственности могут как физические, так и юридические лица: лечащий врач, главный врач, его заместитель, медицинские организации, а также индивидуальные предприниматели, которые занимаются оказанием медицинских услуг. При этом законодательство позволяет по одному факту административного правонарушения одновременно привлечь к административной ответственности как физическое лицо, так и медицинскую организацию; назначение административного наказания юридическому лицу не освобождает от административной ответственности виновное физическое лицо.

Согласно статье 2.4 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, административной ответственности подлежит должностное лицо в случае совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением служебных обязанностей.

Необходимо констатировать, что имеющиеся в КоАП РФ составы административных правонарушений не охватывают все случаи возможного несоблюдения медицинскими работниками обязательных требований к субъектам правоотношений в этой сфере, закрепленных в нормах Федерального закона № 323-ФЗ.

В ряде судебных решений резонно отмечается, что «назначение административного наказания должно основываться на данных, подтверждающих действительную необходимость применения к лицу, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, именно той меры государственного принуждения, которая с наибольшим эффектом достигала бы целей восстановления социальной

справедливости, а также подтверждающих ее соразмерность в качестве единственно возможного способа достижения справедливого баланса публичных и частных интересов в рамках административного судопроизводства».

## **5. ПРАВОВОЙ СТАТУС РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕГО ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

Руководитель медицинской организации по своему правовому статусу является должностным лицом и характеризуется следующими признаками:

- осуществление властных (управленческих) полномочий;
- выполнение организационно-распорядительных функций;
- выполнение административно-хозяйственных функций.

Федеральный закон № 323-ФЗ, также как и Трудовой кодекс Российской Федерации, не содержит специальных норм, касающихся статуса руководителя медицинской организации. Он определен уставом каждой организации.

На основании статьи 2.4 КоАП РФ привлечению к административной ответственности подлежит должностное лицо в случае совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей. Под должностным лицом в данном кодексе следует понимать лицо, постоянно, временно или в соответствии со специальными полномочиями осуществляющее функции представителя власти, т.е. наделенное в установленном законом порядке распорядительными полномочиями в отношении лиц, не находящихся в служебной зависимости от него, а равно лицо, выполняющее организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции в государственных и муниципальных организациях.

КоАП РФ в статье 6.29 предусматривает ответственность конкретно для руководителя медицинской организации за непредставление или несвоевременное представление уведомления о возникновении конфликта интересов медицинского работника, за что предусмотрена административная ответственность в виде штрафа от пяти до десяти тысяч рублей.

Правовой статус и должностные полномочия руководителя медицинской организации определены в приказе Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»). Согласно данному приказу главный врач наделен широким кругом полномочий, к которым относятся: руководство деятельностью медицинской организации; утверждение штатного расписания, финансового плана, годового отчета; представление организации без доверенности в государственных и судебных органах; совершенствование организационно-управленческой структуры; планирование и прогнозирование деятельности, форм и методов работы организации и др.

Важно отметить, что приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н не ограничивается должностью главного врача в качестве руководителя медицинской организации. В документе упоминаются такие наименования должностей, как президент, директор, заведующий, управляющий, начальник.

В связи с тем, что в должностные обязанности руководителя медицинской организации входят также и управленческие функции, связанные с принятием решений, на данную категорию работников распространяются особые ограничения. Данные ограничения устанавливаются статьей 74, а ответственность определена статьей 93 Федерального закона № 323-ФЗ. В соответствии с данной статьей руководители медицинских организаций не вправе:

– принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий; организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата; организаций оптовой торговли лекарственными средствами; аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных

препаратов, клинических испытаний медицинских изделий; вознаграждений, связанных с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности), в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха; а также участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;

– заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

– получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

– предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную и (или) неполную информацию об используемых лекарственных препаратах, медицинских изделиях, в том числе скрывать сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

– осуществлять прием представителей компаний, за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий; участия в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, направленных на повышение их профессионального уровня или на предоставление информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности лекарственных препаратов и мониторинга безопасности медицинских изделий.

Все эти запреты направлены на исключение возможности возникновения конфликта интересов в медицинской организации.

## 6. ХОЗЯЙСТВЕННЫЕ СПОРЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Хозяйственная деятельность любого учреждения строится на выполнении определенных обязательств в рамках заключенных договоров. «Гладкой» эта работа не бывает! Часто экономическая выгода одной из сторон договора вмешивается в понимание качественных, а иногда и количественных характеристик поставляемого товара или услуг; итогом этого является хозяйственный спор, т.е. разногласия, возникающие между участниками хозяйственных отношений по вопросу реализации ими имеющихся у них прав и исполнения ими обязанностей в ходе осуществления хозяйственной деятельности. Участниками данных правоотношений выступают как физические (пациенты), так и юридические (контрагенты) лица.

К сожалению, поставка некачественного товара — распространенное нарушение в повседневной деятельности учреждения. В данной категории споров решения зависят от правильных действий заказчика еще на стадии приемки товара и правильно собранной доказательственной базы.

Поставка (приемка) товара в учреждении — процесс, в котором задействованы различные структурные подразделения, начиная от отдела закупок и заканчивая складами. Именно поэтому в учреждении должен быть разработан единый локальный нормативный акт, регулирующий условия приемки товара и роли задействованных в этом процессе подразделений, например, положение или инструкция о порядке приемки товара. На данный документ обязательно должна быть ссылка в контрактах и типовых договорах, а также он должен быть размещен на официальном сайте учреждения, чтобы у контрагентов была возможность с ним ознакомиться.

**В учреждении должен быть разработан единый локальный нормативный акт, регулирующий условия приемки товара и роли задействованных в этом процессе подразделений, например, положение или инструкция о порядке приемки товара.**

В случае поставки некачественного товара (товара, не соответствующего спецификации или документации к контракту по своим характеристикам) работники склада имеют полное право не принимать такой товар, сделав об этом отметку в товарной накладной; либо, если у товара имеются скрытые дефекты, поставщик должен быть незамедлительно уведомлен в письменном виде о необходимости явиться для составления двустороннего акта об установлении скрытых недостатков. Полномочия представителя поставщика при составлении акта должны быть надлежащим образом удостоверены (наличие действующей доверенности с полномочиями на подписание документов). В случае его неявки акт составляется в одностороннем порядке.

Если поставщик уклоняется от замены некачественного товара, то юридический отдел заказчика выставляет претензию. Такая обязанность заказчика установлена нормами Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». В случае если претензия остается без удовлетворения, в сроки, установленные Арбитражным процессуальным кодексом Российской Федерации, юридический отдел подготавливает материалы для подачи искового заявления в суд.

*Примеры из судебной практики: дела, связанные с некачественной поставкой компонентов и препаратов крови:*

*1. Поставка осуществлялась по контракту в соответствии с Федеральным законом № 44-ФЗ; товар не был принят, поскольку в ходе транспортировки был нарушен температурный режим. Нарушения, выявленные при приемке товара, были зафиксированы в акте: при вскрытии контейнера с партией эритроцитарной массы фильтрованной было установлено, что температура на датчике контейнера ...+5°C; при этом в контейнере находилось два градусника, на одном из которых температура была ...0°C, на другом — ...-1°C. В ходе судебного разбирательства заказчиком были представлены доказательства нарушения поставщиком технического регламента на транспортировку донорской крови и ее компонентов. В соответствии с решением суда первой инстанции с поставщика был взыскан штраф за ненадлежащее исполнение обязательств по контракту.*



2. По контракту была поставлена эритроцитная взвесь; товар был принят, однако в ходе его использования были выявлены скрытые недостатки: после разогрева среды в специализированном оборудовании отмечено вздутие контейнера, вспенивание поверхности среды (наличие множественных крупных и мелких пузырей). При этом критериями годности для переливания гемотрансфузионной среды являются «равномерность верхнего слоя эритроцитов, наличие четкой границы между эритроцитами и плазмой». Кроме того, в данной партии товара были также выявлены среды с признаками увеличения объема воздуха внутри контейнера (3 штуки).

Целостность упаковок не была нарушена, среды хранились в специализированном холодильном оборудовании с соблюдением температурных режимов в соответствии с требованиями законодательства. Поскольку заказчиком надлежащим образом велась вся документация (журнал регистрации термоиндикатора), составлен двусторонний акт. Имелись документы, подтверждающие передачу некачественных сред для экспертизы. У поставщика отсутствовали сведения об условиях хранения компонентов крови с момента их производства, а также не был указан температурный режим при выдаче крови перед транспортировкой. С поставщика взыскан штраф за ненадлежащее исполнение условий контракта.

Следует отметить, что при выявлении некачественного товара заказчику (сотрудникам, ответственным за приемку товара) необходимо будет документально подтвердить несоответствие товара характеристикам, заявленным в спецификации к договору (контракту). При составлении акта о скрытых недостатках следует помнить, что он должен содержать ссылки на конкретный пункт ГОСТа, СанПиНа, иные нормативные документы. К акту прикладывается фотоотчет, замеры, результаты экспертизы, иные документы, отражающие несоответствие товара.

В случае выявления любого несоответствия товара условиям договора поставки (контракта) в юридический отдел незамедлительно (в день составления акта) передаются следующие документы для формирования претензии:

- уведомление исполнителю о выявлении недостатков при приемке товара;
- подтверждение направления уведомления (отчет об отправке, скриншот);

- акт;
- заявка на поставку товара с подтверждением ее отправки;
- документ, удостоверяющий полномочия представителя исполнителя;
- фотоотчет (при необходимости);
- иные документы, имеющие непосредственное отношение к выявленному несоответствию поставленного товара.

Алгоритм действий при поставке некачественных продуктов питания отличается от поставки иного товара. Доказать в судебном процессе поставку некачественных продуктов значительно сложнее. Чаще всего это скоропортящиеся продукты, и сроки (вызова поставщика, составления акта, написания претензии) значительно сокращаются. При приемке товар может полностью соответствовать спецификации, а при его приготовлении может появиться посторонний запах или горький вкус. В данном случае основным доказательством в суде будет независимая экспертиза. Поставщика в кратчайшие сроки нужно уведомить о необходимости проведения экспертизы. Отбор продуктов из поставленной партии на экспертизу осуществляется с обязательным участием представителя поставщика. Встречаются случаи, когда партия товара почти полностью использована, а в переходящем остатке обнаруживается посторонний предмет (например, иголка в мясе). Что делать заказчику в данном случае? Просить замены партии товара в полном объеме? Однако она уже была использована, и иных претензий по качеству в ней выявлено не было. В данном случае заказчик обязан списать остаток товара, задокументировать данный факт с фотофиксацией постороннего включения и направить переходящий остаток на экспертизу. Если экспертиза не выявит в остатках продукции иных посторонних включений, то, скорее всего, суд встанет на сторону поставщика.

Одним из инструментов борьбы с недобросовестными поставщиками является обеспечение исполнения контракта. Если у заказчика имеются все доказательства того, что был поставлен некачественный товар (несоответствие ГОСТу, результаты экспертизы), а поставщик не спешит отвечать на выставленную претензию, согласно Федеральному закону № 44-ФЗ заказчик имеет полное право списать выставленный штраф (неустойку) из текущих платежей за товар или из обеспечения исполнения контракта.

---

## ГЛАВА 2.

# ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

---

В соответствии со статьей 49 «Правоспособность юридического лица» Гражданского кодекса Российской Федерации «в случаях, предусмотренных законом, юридическое лицо может заниматься отдельными видами деятельности только на основании специального разрешения (лицензии)».

Отношения, возникающие между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями в рамках лицензирования отдельных видов деятельности, регулируются Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Правовой смысл лицензирования заключается в предотвращении ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан, возможность нанесения которого связана с осуществлением юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями отдельных видов деятельности.

Законом определено понятие «лицензия» — право осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем конкретного вида деятельности (выполнения работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности),

**Правовой смысл лицензирования заключается в предотвращении ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан, возможность нанесения которого связана с осуществлением юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями отдельных видов деятельности.**

подтверждающееся документом, выданным лицензирующим органом.

Под лицензируемым видом деятельности понимают вид деятельности, на осуществление которого на территории Российской Федерации и иных территориях, над которыми Российская Федерация осуществляет юрисдикцию в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормами международного права, требуется получение лицензии в соответствии с Федеральным законом № 99-ФЗ, в соответствии с федеральными законами, указанными в части 3 статьи 1 Федерального закона № 99-ФЗ и регулируемыми отношения в соответствующих сферах деятельности.

Федеральным законом № 99-ФЗ также введено понятие *«место осуществления лицензируемого вида деятельности»* — объект (помещение, здание, сооружение, иной объект), который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности и (или) используется при его осуществлении, соответствует лицензионным требованиям, принадлежит соискателю лицензии или лицензиату на праве собственности либо ином законном основании, имеет почтовый адрес или другие позволяющие идентифицировать объект данные. Место осуществления лицензируемого вида деятельности может совпадать с местом нахождения соискателя лицензии или лицензиата.

В статье 12 Федерального закона № 99-ФЗ определен перечень видов деятельности, для осуществления которых требуется получение лицензии. Он включает в себя 57 наименований по различным направлениям, 3 из которых относятся к здравоохранению:

- оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; культивирование наркосодержащих растений;
- медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);
- фармацевтическая деятельность.

В соответствии со статьей 15 Федерального закона № 323-ФЗ Российская Федерация передает органам государственной власти субъектов РФ осуществление полномочий, в частности, лицензирование следующих видов деятельности:

а) медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти);

б) фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти);

в) деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров).

Согласно пункту 4 статьи 3 Федерального закона № 99-ФЗ лицензирующими органами являются уполномоченные федеральные органы исполнительной власти и (или) их территориальные органы, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”)» Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) осуществляет лицензирование:

– медицинской деятельности, осуществляемой медицинскими и иными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, а также организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

– медицинской деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи;

– медицинской деятельности, осуществляемой иными организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, в части оценки соблюдения лицензионных требований лицензиатами посредством

осуществления федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности (за исключением лицензиатов, представивших заявления о внесении изменений в реестр лицензий), полномочий по приостановлению, возобновлению действия и аннулированию лицензий.

Кроме того, Росздравнадзор является органом, осуществляющим контроль за реализацией органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий в области лицензирования, и ведет сводные (единые) реестры выданных лицензий.

В России устанавливаются следующие лицензионные требования, предъявляемые к соискателю лицензии на осуществление медицинской деятельности:

а) наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих санитарным правилам, соответствие которым устанавливается в санитарно-эпидемиологическом заключении; следовательно, для подачи документов потребуется заключение Роспотребнадзора о соответствии помещений необходимым требованиям;

б) наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг);

в) наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг);

г) наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;

д) соответствие структуры и штатного расписания соискателя лицензии — юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций, в соответствии с пунктом 7 части 2 статьи 14 Федерального закона № 323-ФЗ;

е) для получения некоторых лицензий необходимо соответствие соискателя лицензии ряду дополнительных нормативных правовых актов:

– при выполнении работ по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях — требованиям, установленным статьями 15 и 16 Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»,

– выполнении работ по трансплантации органов и тканей — требованиям, установленным статьей 4 Закона Российской Федерации от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»,

– осуществлении медико-социальной экспертизы — требованиям статьи 60 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьи 8 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

ж) размещение в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (далее — единая система) сведений о медицинской организации и ее медицинских работниках.

Лицензионными требованиями, предъявляемыми к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности, являются следующие:

а) соблюдение порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ;

б) соблюдение требований, предъявляемых к осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

в) соблюдение порядка предоставления платных медицинских услуг;

г) соблюдение правил обращения лекарственных средств в соответствии с частью 7 статьи 67 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

д) повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 5 лет;

е) размещение информации в единой системе в соответствии со статьей 91.1 Федерального закона № 323-ФЗ для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинской организации и предоставляемых ею услуг.

Для получения лицензии соискатель лицензии направляет (представляет) в лицензирующий орган заявление с приложением необходимых документов.

С 1 сентября 2022 г. заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность подается в электронном виде через единый портал государственных и муниципальных услуг в соответствии с частями 5, 5.1 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ.

За предоставление лицензии, внесение изменений в реестр лицензий на основании заявления о внесении изменений в реестр лицензий, подаваемого в лицензирующий орган, уплачивается государственная пошлина.

Для получения лицензии необходимо санитарно-эпидемиологическое заключение, выдаваемое Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), которое выдается бессрочно. Для его оформления необходимо:

1. Провести экспертизу и получить экспертное заключение. Данную экспертизу могут провести центры гигиены и эпидемиологии (например, федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Нижегородской области»).

Для этого в данную организацию или аналогичную надо подать заявление, в котором указываются конкретные работы (услуги), в соответствии с приказом Минздравом России от 19.08.2021 № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».

Кроме того, к заявлению необходимо приложить копии следующих документов:

- лицензии на осуществление медицинской деятельности (при наличии);
- листа записи Единого государственного реестра юридических лиц;
- свидетельства о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения;



- устава;
- выписки из реестра лицензий Росздравнадзора (при наличии);
- поэтажного плана;
- контрактов и договоров (теплоснабжение, водоснабжение, электроснабжение, водоотведение, утилизация отходов класса А и Б, дезинфекция и дератизация и др.).

При подаче заявления о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений следует учитывать следующие государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы:

- СП 2.1.3678-20. Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг;

- СанПиН 2.1.3684-21. Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

- СанПиН 3.3686-21. Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней;

- СанПиН 1.2.3685-21. Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания.

2. После получения экспертного заключения необходимо подать заполненное заявление в Роспотребнадзор для получения санитарно-эпидемиологического заключения. Срок оказания государственной услуги — 20 рабочих дней.

При подготовке документов для лицензирования необходимо учитывать особенности государственной регистрации медицинских

**При подготовке документов для лицензирования необходимо учитывать особенности государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты).**

изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты). Регистрационное удостоверение на медицинское изделие предоставляется владельцу поставщиком медицинской техники по договору о поставке медицинской техники вместе с эксплуатационной документацией. Регистрации подлежат все изделия медицинского назначения, предполагаемые к использованию на территории Российской Федерации.

Соискатель лицензии вправе не представлять сведения о государственной регистрации медицинских изделий в случае внесения соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций (<https://roszdravnadzor.gov.ru/services/misearch>).

Отдельного внимания заслуживает вопрос о подготовке документов на медицинских работников по заявляемым видам деятельности.

К комплекту документов на лицензирование необходимо приложить дипломы о высшем или среднем медицинском образовании, удостоверения о повышении квалификации, дипломы о профессиональной переподготовке, а также решения аккредитационной комиссии, которые хранятся в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения в рамках ведения персонифицированного учета лиц, участвующих в осуществлении медицинской деятельности.

Лица, имеющие медицинское или фармацевтическое образование, но не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации специалиста.

Лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах, допускаются к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности после признания в Российской Федерации образования и (или) квалификации, полученных в иностранном государстве, и прохождения аккредитации специалиста, если иное не предусмотрено международными договорами.

Приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н утверждён Единый квалификационный справочник должностей

руководителей, специалистов и служащих, в котором содержатся квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения. Они применяются в качестве нормативных документов, а также служат основой для разработки должностных инструкций, содержащих конкретный перечень должностных обязанностей с учетом особенностей труда работников медицинских организаций, например наименование должности «врач-терапевт» соответствует врачебной специальности «терапия».

Решение о предоставлении лицензии принимается лицензирующим органом в форме приказа (распоряжения) и подписывается уполномоченным должностным лицом, в том числе посредством усиленной квалифицированной электронной подписи в информационной системе, в которой осуществляется ведение реестра лицензий.

Основанием отказа в предоставлении лицензии является:

1) наличие в представленных соискателем лицензии заявления о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

2) установленное в ходе оценки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям;

3) наличие у юридического лица или индивидуального предпринимателя, обратившегося в лицензирующий орган с заявлением о предоставлении лицензии на конкретный лицензируемый вид деятельности, действующей лицензии на данный вид деятельности.

Соответствие соискателя лицензии необходимым требованиям производится в форме выездной оценки в случае включения в лицензию нового адреса места осуществления деятельности; во всех остальных случаях проводится выездная оценка с использованием средств дистанционного взаимодействия.

Выездная оценка с использованием средств дистанционного взаимодействия осуществляется посредством аудио- или видеосвязи.

В статье 20 Федерального закона № 99-ФЗ изложен порядок приостановления, возобновления, прекращения действия лицензии и аннулирования лицензии.

Действие лицензии приостанавливается лицензирующим органом в следующих случаях:

1) привлечение лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований, выданного лицензирующим органом;

2) назначение лицензиату административного наказания в виде административного приостановления деятельности за грубое нарушение лицензионных требований;

3) лицензиатом в установленный срок не были устранены грубые нарушения лицензионных требований, выявленные лицензирующим органом в рамках оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям.

Действие лицензии может быть приостановлено в отношении всех предусмотренных лицензией работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, или в отношении отдельных. В случае если лицензиат осуществляет лицензируемый вид деятельности в нескольких местах, действие лицензии также может быть приостановлено в отношении выполняемых работ, оказываемых услуг по одному месту или выполняемых работ, оказываемых услуг по нескольким местам.

Нарушение медицинской организацией лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности влечет за собой привлечение юридического лица и (или) должностных лиц к административной ответственности (Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях):

1. Осуществление предпринимательской деятельности без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (такая лицензия) обязательно (обязательна), влечет наложение административного штрафа (пункт 2 статьи 14.1):

– на граждан в размере от двух тысяч до двух тысяч пятисот рублей с конфискацией изготовленной продукции, орудий производства и сырья или без таковой;

– должностных лиц — от четырех тысяч до пяти тысяч рублей с конфискацией изготовленной продукции, орудий производства и сырья или без таковой;

– юридических лиц — от сорока тысяч до пятидесяти тысяч рублей с конфискацией изготовленной продукции, орудий производства и сырья или без таковой.

2. Осуществление предпринимательской деятельности с нарушением требований и условий, предусмотренных специ-

альным разрешением (лицензией), влечет предупреждение или наложение административного штрафа на юридических лиц в размере от тридцати тысяч до сорока тысяч рублей (пункт 3 статьи 14.1).

3. Осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), влечет наложение административного штрафа на юридических лиц в размере от ста тысяч до двухсот тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, без специального разрешения (лицензии) влечет наложение административного штрафа на юридических лиц в размере от ста семидесяти тысяч до двухсот пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток (статья 19.20).

Согласно постановлению Правительства России от 01.06.2021 № 852, к грубым нарушениям относится невыполнение лицензиатом требований, предусмотренных пунктом 5 и подпунктами «а», «б» и «г» пункта 6:

- отсутствие зданий, строений, сооружений и (или) помещений;
- отсутствие трудовых договоров с работниками;
- отсутствие медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты);
- несоблюдение порядков оказания медицинской помощи и т.п.;
- несоблюдение требований, предъявляемых к осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, определенных приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

В статье 235 «Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности» Уголовного кодекса Российской Федерации приведены меры наказания за правонарушение:

1. Осуществление медицинской или фармацевтической деятельности лицом, не имеющим лицензии на данный вид

деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, наказывается штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, наказывается принудительными работами на срок до пяти лет либо лишением свободы на тот же срок.

---

### ГЛАВА 3.

## ОБОРОТ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ

---

Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» определяет государственную политику в области легального оборота наркотических средств и психотропных веществ и устанавливает:

- государственную монополию;
- лицензирование деятельности;
- координацию деятельности органов власти;
- развитие международного сотрудничества;
- поддержку исследований новых методов лечения наркомании;
- профилактику наркомании и правонарушений;
- привлечение негосударственных организаций и граждан для противодействия распространению наркомании.

В статье 1 данного закона изложены основные понятия и определения:

– *Оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров* — культивирование растений; разработка, производство, изготовление, переработка, хранение, перевозка, пересылка, отпуск, реализация, распределение, приобретение, использование, ввоз на таможенную территорию Российской Федерации, вывоз с таможенной территории Российской Федерации, уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, разрешенные и контролируемые в соответствии с законодательством Российской Федерации.

– *Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров* — оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, осуществляемый в нарушение законодательства Российской Федерации.

– *Наркотические средства* (далее — НС) — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года.

– *Психотропные вещества* (далее — ПВ) — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 года.

– *Прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ* (далее — прекурсоры) — вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года.

Согласно статье 40 Федерального закона № 3-ФЗ, в Российской Федерации запрещается потребление НС или ПВ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ.

Утвержден перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, с разделением их на списки (постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.1998 № 681):

• **Список I.** Список НС, ПВ и их прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации *запрещен* в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации:



– Наркотические средства: гашиш (анаша, смола каннабиса), героин (диацетилморфин), дезоморфин, каннабис (марихуана), лист кока, маковая солома, опий и др.

– Психотропные вещества: амфетамин и его производные, катин (d-норпсевдоэфедрин), катинон (L-альфа-аминопропиофенон) и др.

– Прекурсоры (внесены согласно постановлению Правительства РФ от 08.12.2011 № 1023 эфиры НС и ПВ и их прекурсоров из списка I, соли всех НС и ПВ и их прекурсоров из списка I.

• **Список II.** Список НС и ПВ, оборот которых в Российской Федерации *ограничен* и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации:

– Наркотические средства: бупренорфин, кодеин, кокаин, морфин, омнопон, тримеперидин (промедол), фентанил и др.

– Психотропные вещества: амобарбитал (барбамил), амфепрамон (фепранон, диэтилпропион), кетамин, этаминал натрия (пентобарбитал).

• **Список III.** Список ПВ, оборот которых в Российской Федерации *ограничен* и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством РФ:

– Психотропные вещества: диазепам (сибазон, реланиум), клоназепам, мидазолам (дормикум), нитразепам, фенобарбитал, хлордиазепоксид (элениум), тианептин (коаксил), буторфанол (стадол), циклобарбитал и др.

• **Список IV** — перечень прекурсоров, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством РФ. Данный список включает в себя таблицы I–III:

*Таблица I прекурсоров*, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются особые меры контроля.

*Таблица II прекурсоров*, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются общие меры контроля.

*Таблица III прекурсоров*, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 02.06.2022 № 1007 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений» утвержден перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение к данному постановлению).

Статьей 10 Федерального закона № 3-ФЗ установлены требования к условиям осуществления деятельности, связанной с оборотом НС, ПВ и внесенных в список I прекурсоров, и (или) культивирования наркосодержащих растений:

1. Деятельность, связанную с оборотом НС, ПВ и внесенных в список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений может осуществлять юридическое лицо, в состав руководителей которого входит специалист, имеющий соответствующую профессиональную подготовку. Персональную ответственность за осуществление контроля за исполнением положений, предусмотренных Федеральным законом № 3-ФЗ, несет руководитель юридического лица.

2. Юридическим лицом должны быть предусмотрены условия для обеспечения учета и сохранности НС и ПВ, внесенных в список I прекурсоров и наркосодержащих растений.

3. Юридическое лицо может осуществлять данный вид деятельности только при наличии следующих документов:

– сертификат специалиста, подтверждающий соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица;

– заключение органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом НС, ПВ и внесенных в список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны;

– выданные медицинскими организациями государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения справки об отсутствии у работников, которые

в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к НС, ПВ, внесенным в список I прекурсорами или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом;

– заключения органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к НС, ПВ, внесенным в список I прекурсорами или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации.

4. Требования к оснащению инженерно-техническими средствами охраны объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом НС, ПВ и внесенных в список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, а также требования к режиму охраны посевов наркосодержащих растений устанавливаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Допуск лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами осуществляется руководителями юридических лиц (лицами, их замещающими), а к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, — также и индивидуальными предпринимателями (постановление Правительства Российской Федерации от 20.05.2022 № 911).

Данных лиц необходимо ознакомить с законодательством Российской Федерации о наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и включить в трудовой договор взаимные обязательства организации (индивидуального предпринимателя) и лиц, связанных с НС и ПВ и (или) прекурсорами.

К работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, не допускаются лица, не достигшие 18-летнего возраста, и лица, в отношении которых отсутствуют справки

и заключения, предусмотренные соответственно абзацами четвертым и пятым пункта 3 статьи 10 и абзацами вторым и третьим пункта 7 статьи 30 Федерального закона № 3-ФЗ.

Подготовка материалов на лиц, принимаемых на работу, у которых предполагается допуск к наркотическим средствам, осуществляется управлениями (отделами) кадров. Предполагаемые работники должны иметь справки об отсутствии заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, для чего направляются в медицинские организации для прохождения медицинского обследования (приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» и от 04.05.2022 № 303н «Об утверждении Порядка выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, формы такой справки и признании утратившим силу приказа Минздрава России от 22.12.2016 № 988н»), включающего в себя:

- осмотр врачом — психиатром-наркологом;
- определение наличия психоактивных веществ в моче;
- лабораторные исследования крови и (или) мочи на определение хронического употребления алкоголя;
- анализ сведений, содержащихся в медицинской документации работника (при наличии).

Осмотры врачом-психиатром и врачом-наркологом проводятся ежегодно, а 1 раз в 5 лет проводится комиссионное освидетельствование работника через психиатрическую врачебную комиссию.

Для получения заключений о допуске работника к работе с наркотическими средствами руководитель организации направляет в органы внутренних дел Российской Федерации запрос с приложением анкеты.

При отсутствии оснований, препятствующих допуску лица к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, руководитель организации издает соответствующий приказ о допуске.

Срок действия допуска лица к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, ограничивается сроком действия трудового договора.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.04.2022 № 809 «О хранении наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» (с изменениями) регламентирован порядок хранения НС, ПВ и прекурсоров, включенных в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

Хранение НС, ПВ и прекурсоров осуществляется в специально оборудованных помещениях, требования к оснащению которых инженерно-техническими средствами охраны установлены Федеральной службой войск национальной гвардии Российской Федерации и Министерством внутренних дел Российской Федерации (приказ от 15.09.2021 № 355/667 «Об утверждении Требований к оснащению инженерно-техническими средствами охраны объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих

**Срок действия допуска лица к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, ограничивается сроком действия трудового договора.**

растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ»).

Помещения подразделяются на 5 категорий. В отношении помещений каждой из категорий устанавливаются требования к условиям хранения в них наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

К *1-й категории* относятся помещения производителей и изготовителей (за исключением аптечных организаций) НС, ПВ и прекурсоров, предназначенные для хранения исходных материалов и готовой продукции (за исключением продукции, находящейся в незавершенном производстве); помещения организаций, осуществляющих оптовую торговлю НС, ПВ и (или) переработку НС, ПВ и прекурсоров, предназначенные для хранения наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров; помещения организаций, осуществляющих хранение наркотических средств и психотропных веществ, предназначенных для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера или для мобилизационных нужд.

В помещении, относящемся к 1-й категории, НС, ПВ и прекурсоры хранятся в запирающихся сейфах или металлических шкафах.

Допускается хранение наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров на стеллажах (поддонах) в нескрытой (неповрежденной) групповой или транспортной таре либо в опечатанной таре в случае хранения больших объемов наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, не позволяющих размещение их в сейфах (металлических шкафах).

Ко *2-й категории* относятся помещения аптечных организаций, предназначенные для хранения 3- или 6-месячного запаса (для аптечных организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях) НС, ПВ, а также помещения ветеринарных аптечных организаций, предназначенные для хранения 3-месячного запаса наркотических средств и психотропных веществ.

Наркотические средства и психотропные вещества хранятся в запирающихся сейфах или металлических шкафах.

К 3-й категории относятся помещения медицинских и ветеринарных организаций, предназначенные для хранения 15-дневного запаса наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, и месячного запаса психотропных веществ, внесенных в список III перечня; предназначенные для хранения наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов помещения медицинских организаций, производящих отпуск указанных лекарственных препаратов физическим лицам; помещения юридических лиц, предназначенные для хранения наркотических средств и психотропных веществ, используемых в научных, учебных и экспертных целях; помещения юридических лиц, предназначенные для хранения прекурсоров, используемых в научных, учебных целях и экспертной деятельности.

Наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры хранятся в запирающихся насыпных или прикрепленных к полу (стене) сейфах не ниже 3-го класса устойчивости к взлому. Сейф массой менее 1000 килограммов прикрепляется к полу (стене) либо встраивается в стену с помощью анкерного крепления.

К 4-й категории относятся помещения медицинских и ветеринарных организаций, предназначенные для хранения трехдневного запаса наркотических средств и психотропных веществ, а также помещения медицинских организаций, предназначенные для хранения неиспользованных наркотических средств, принятых от родственников умерших больных.

Наркотические средства и психотропные вещества хранятся в запирающихся насыпных или прикрепленных к полу (стене) сейфах не ниже 3-го класса устойчивости к взлому. Сейф массой менее 1000 килограммов прикрепляется к полу или стене либо встраивается в стену с помощью анкерного крепления.

К 5-й категории относятся предназначенные для хранения месячного запаса наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов помещения обособленных подразделений медицинских организаций, производящих отпуск указанных лекарственных препаратов физическим лицам.

Наркотические средства и психотропные вещества хранятся в запирающихся насыпных или прикрепленных к полу (стене) сейфах не ниже 3-го класса устойчивости к взлому.

К местам временного хранения наркотических средств и психотропных веществ относятся укладки, наборы, комплекты для оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой и паллиативной медицинской помощи, в состав которых входят наркотические средства и психотропные вещества.

Решение о необходимости организации мест временного хранения, предназначенных для хранения наркотических средств и психотропных веществ в количестве, не превышающем суточного запаса, к которым могут быть отнесены посты среднего медицинского персонала медицинских организаций; рабочие места фармацевтических работников рецептурного отдела аптечных организаций; рабочие места специалистов ветеринарных организаций; рабочие места специалистов организаций, использующих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры в научных, учебных целях и экспертной деятельности, принимает руководитель юридического лица или уполномоченное им должностное лицо.

В местах временного хранения НС и ПВ хранятся в запирающихся сейфах не ниже 1-го класса устойчивости к взлому или металлических либо изготовленных из других высокопрочных материалов контейнерах.

Запасы НС и ПВ, предназначенных для медицинского применения, определяются юридическими лицами на основании установленных Минздравом России нормативов для расчета потребности в указанных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения.

В целях обеспечения сохранности НС, ПВ и прекурсоров помещения, за исключением помещений, относящихся к 5-й категории, подлежат охране.

После окончания рабочего дня сейфы, металлические шкафы и помещения опечатываются (пломбируются) и сдаются под охрану. Не подлежат сдаче под охрану помещения, имеющие круглосуточный режим работы, а также помещения, относящиеся к 5-й категории.



Приказом руководителя юридического лица назначаются лица, ответственные за хранение НС, ПВ и прекурсоров, и устанавливается порядок хранения ключей от сейфов, металлических шкафов и помещений, а также используемых при опечатывании (пломбировании) печатей и пломбировочных устройств. Список лиц, имеющих право доступа в помещения, утверждается приказом руководителя юридического лица.

Ответственность за организацию хранения НС, ПВ и прекурсоров возлагается на руководителя юридического лица либо уполномоченное им должностное лицо.

Приказом Минздрава России от 26.11.2021 № 1003н утверждены специальные требования к условиям хранения наркотических и психотропных лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения.

В аптечной, медицинской организации или организации оптовой торговли лекарственными средствами НС и ПВ для парентерального, внутреннего и наружного применения должны храниться отдельно.

Наркотические средства и психотропные вещества должны храниться на отдельной полке или в отдельном отделении запирающегося сейфа или металлического шкафа.

В аптечных, медицинских, научно-исследовательских, образовательных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными средствами на внутренних сторонах дверей запирающихся сейфов или металлических шкафов, в которых осуществляется хранение НС и ПВ, должны вывешиваться списки хранящихся наркотических и психотропных лекарственных средств с указанием их высших разовых и высших суточных доз.

Дополнительно в медицинских организациях в местах хранения наркотических и психотропных лекарственных средств должны размещаться таблицы противоядий при отравлениях указанными средствами.

Хранение наркотических и психотропных лекарственных средств в помещениях, относящихся к 4-й категории, или в местах временного хранения осуществляется в сейфах (контейнерах), расположенных в соответствующих помещениях или местах.

Хранение наркотических и психотропных лекарственных средств, требующих защиты от повышенной температуры, в аптечных, медицинских, научно-исследовательских,

образовательных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными средствами осуществляется:

– в помещениях, специально оборудованных инженерными и техническими средствами охраны (далее — помещения), относящихся к 1-й и 2-й категориям, — в запирающихся холодильниках (холодильных камерах) или специальной зоне для размещения холодильников (холодильных камер), отделенной от основного места хранения металлической решеткой с запирающейся решетчатой дверью;

– помещениях, относящихся к 3-й категории, — в специальной зоне для размещения холодильников (холодильных камер), отделенной от основного места хранения металлической решеткой с запирающейся решетчатой дверью;

– помещениях, относящихся к 4-й категории, — в термоконтейнерах, размещенных в сейфах;

– местах временного хранения — в термоконтейнерах, размещенных в сейфах, либо в металлических или изготовленных из других высокопрочных материалов контейнерах, помещенных в термоконтейнеры.

Места хранения НС и ПВ, требующих защиты от повышенной температуры (холодильная камера, холодильник, термоконтейнер), необходимо оборудовать приборами для регистрации температуры. Требования к опечатыванию распространяются на холодильники (холодильные камеры) и специальные зоны для размещения холодильников (холодильных камер).

Недоброкачественные наркотические и психотропные лекарственные средства, выявленные в аптечной, медицинской организации или организации оптовой торговли лекарственными средствами, а также наркотические или психотропные лекарственные средства, сданные родственниками умерших больных в медицинскую организацию, до их списания и уничтожения подлежат идентификации и хранению на отдельной полке или в отдельном отделении сейфа или металлического шкафа.

В постановлении Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 526 «Об утверждении правил перевозки наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров на территории Российской Федерации, а также оформления необходимых для этого документов и о признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых

актов Правительства Российской Федерации» отмечено, что при перевозке подлежат охране:

– НС и ПВ, внесенные в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, а также прекурсоры;

– НС и ПВ, внесенные в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, предназначенные для дальнейших производства, изготовления (за исключением изготовления аптечными организациями), переработки и распределения;

– НС и ПВ, внесенные в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, реализуемые организациям оптовой торговли наркотическими средствами и психотропными веществами, а также организациям, осуществляющим хранение наркотических средств и психотропных веществ, предназначенных для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера или для мобилизационных нужд.

Приказом Минздрава России от 22.10.2021 № 1004н «Об утверждении инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным» регламентируется уничтожение НС и ПВ, входящих в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. Оно осуществляется в следующих случаях:

– истек срок годности;

– наркотическое средство или психотропное вещество подверглось химическому или физическому воздействию, следствием которого стала его непригодность, исключая возможность восстановления или переработки (уничтожению подлежат также остатки не полностью использованных НС и ПВ во вскрытых ампулах (флаконах), НС и ПВ при наличии помутнения или изменения цвета раствора

из-за несоблюдения режима хранения, наличии повреждений первичной упаковки);

– неиспользованные наркотические средства были приняты от родственников умерших больных;

– трудно определить, является препарат наркотическим средством или психотропным веществом;

– конфискованное или изъятое из незаконного оборота наркотическое средство или психотропное вещество не может быть использовано в медицинских, научных или иных целях.

Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ осуществляется государственными унитарными предприятиями и государственными учреждениями при наличии у них лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений с указанием работы (услуги) по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ.

Передача указанным предприятиям и учреждениям подлежащих уничтожению наркотических средств и психотропных веществ осуществляется на основании договора и акта приема-передачи.

Для уничтожения наркотических средств и психотропных веществ на предприятиях и в учреждениях создаются комиссии.

Списание подлежащих уничтожению наркотических средств и психотропных веществ производится не позднее последнего рабочего дня календарного месяца.

Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ осуществляется по мере накопления, но не реже одного раза в квартал.

Необходимость уничтожения наркотических средств и психотропных веществ, за исключением конфискованных лекарственных средств, обосновывается ответственным лицом, назначенным приказом руководителя юридического лица.

При списании наркотических средств и психотропных веществ и последующем их уничтожении издается приказ.

При невозможности своевременного уничтожения остатков не полностью использованных наркотических средств и психотропных веществ обеспечивается герметичность ампул (флаконов) с использованием подручного материала (например, сургуч, пластилин, воск, парафин, иной материал).

Ампулы (флаконы) помещаются в любую упаковочную тару и хранятся в сейфе на отдельной полке до уничтожения (передачи на уничтожение).

Для предметно-количественного учета, списания и уничтожения фактический объем остатков наркотических средств и психотропных веществ во вскрытых ампулах (флаконах) высчитывается арифметически без учета возможных потерь, в том числе при наборе в шприц и подготовке к инъекции.

Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ проводится на специально оборудованных площадках (полигонах) и (или) в специально подготовленных помещениях.

При уничтожении наркотических средств и психотропных веществ комиссией составляется акт.

Юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие деятельность по производству, переработке, хранению, реализации, приобретению, использованию, перевозке и уничтожению прекурсоров, принимают меры для обеспечения безопасности такой деятельности и исключения доступа к прекурсорам посторонних лиц, что регламентируется постановлением Правительства Российской Федерации от 15.10.2021 № 1752 «Об утверждении правил производства, переработки, хранения, реализации, приобретения, использования, перевозки и уничтожения прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, и признании утратившими силу постановления Правительства Российской Федерации от 18.08.2010 № 640 и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации».

Хранение прекурсоров осуществляется в металлическом шкафу (сейфе) или изолированном помещении, которые после окончания рабочего дня запираются на ключ и опечатываются (опломбируются).

При невозможности хранить прекурсоры в помещении их хранение осуществляется в расположенных на охраняемых территориях емкостях (цистернах, резервуарах, бочках и другой транспортной таре), которые после окончания рабочего дня опечатываются (опломбируются).

Руководителем юридического лица или уполномоченным им должностным лицом, индивидуальным предпринимателем назначаются лица, ответственные за хранение прекурсоров

(для прекурсоров, внесенных в таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, — из числа лиц, допущенных к работе с прекурсорами), устанавливается порядок хранения ключей от помещений, а также печатей (пломбировочных устройств).

Юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие приобретение прекурсоров для производственных нужд, в течение 10 дней после приобретения прекурсоров уведомляют территориальные органы Министерства внутренних дел Российской Федерации о количестве приобретенных прекурсоров, необходимых для обеспечения производственных нужд, по форме согласно приложению № 2 к данному постановлению.

Перевозка прекурсоров осуществляется юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями при условии обеспечения их сохранности в пути следования.

Прекурсоры с истекшим сроком годности, подвергшиеся химическому или физическому воздействию, следствием которого стала их непригодность, исключающая возможность восстановления или переработки; прекурсоры, срок годности которых установить не представляется возможным (в связи с повреждением или отсутствием соответствующей маркировки, технической документации и т.д.), подлежат изъятию из обращения и последующему уничтожению в полном объеме.

Решение о необходимости уничтожения прекурсоров принимается руководителем юридического лица или уполномоченным им должностным лицом, индивидуальным предпринимателем. В решении об уничтожении прекурсоров указываются их наименование и вес, а также причины уничтожения.

Использование прекурсоров, в отношении которых принято решение об уничтожении, запрещается.

Уничтожение прекурсоров осуществляется с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об охране окружающей среды и проводится в присутствии комиссии по уничтожению прекурсоров, создаваемой юридическим лицом, уничтожающим прекурсоры, в состав которой включаются (по согласованию) представители территориальных органов МВД России.

Персонал, осуществляющий работы по уничтожению прекурсоров, внесенных в таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, должен соответствовать требованиям, установленным законодательством Российской Федерации для работы с прекурсорами.

При уничтожении прекурсоров комиссией по уничтожению прекурсоров составляется акт.

Порядок назначения и выписки НС и ПВ регулируется приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов», которым утверждены:

1. Порядок назначения лекарственных препаратов.

2. Формы рецептурных бланков на лекарственные препараты № 107-1/у, № 148-1/у-88, № 148-1/у-04(л).

3. Порядок оформления рецептурных бланков на лекарственные препараты, их учета и хранения (№ 107-1/у, № 148-1/у-88, № 148-1/у-04(л)).

4. Форма бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ (№ 107/у-НП).

5. Порядок изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ (№ 107/у-НП).

6. Правила оформления рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, в том числе в форме электронных документов.

Организацию изготовления и распределения рецептурных бланков по форме № 107/у-НП «Специальный рецептурный бланк» (далее — специальный рецептурный бланк) осуществляет Минздрав России.

Специальные рецептурные бланки являются защищенной полиграфической продукцией уровня «В», изготавливаемой на бумаге розового цвета размером 10 x 15 см; должны иметь

серию и номер. В целях организации изготовления и распределения специальных рецептурных бланков медицинские организации, имеющие право осуществлять выдачу рецептов на наркотические средства или психотропные вещества списка II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированные в Российской Федерации в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения (далее соответственно — медицинская организация, наркотический (психотропный) лекарственный препарат), составляют заявки на рецептурные бланки, которые подписываются руководителем медицинской организации и направляются до 1 октября текущего года.

В уполномоченной организации и медицинской организации, получившей специальные рецептурные бланки, организуется регистрация, учет и хранение специальных рецептурных бланков.

Приказом руководителя медицинской организации назначается работник, ответственный за регистрацию, хранение и учет специальных рецептурных бланков (далее — ответственный работник), который на основании доверенности, оформленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (с подписью руководителя уполномоченной организации (уполномоченной организации, подведомственного учреждения), главного бухгалтера, заверенных круглой печатью), получает специальные рецептурные бланки и осуществляет ведение журнала регистрации и учета специальных рецептурных бланков, к которому приобщает фото- и (или) видеоматериалы, подтверждающие факт оформления рецептурных бланков на дому (при наличии).

При оформлении рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, на бумажном носителе соблюдаются следующие правила:

1. На рецептурных бланках формы № 107/у-НП в левом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее полного наименования, адреса и телефона с датой выписки (датой оформления) рецепта на лекарственный препарат. Рецептурные бланки формы № 107/у-НП изготавливаются исключительно типографским способом.



2. На рецептурных бланках, оформляемых индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, в верхнем левом углу типографским способом или путем проставления штампа должен быть указан адрес индивидуального предпринимателя; номер и дата лицензии; наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию.

3. Рецептурные бланки формы № 107/у-НП заполняются медицинским работником чернилами или шариковой ручкой.

4. Допускается оформление всех реквизитов (за исключением реквизита «Подпись лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)») рецептурных бланков формы № 107/у-НП с использованием печатающих устройств.

В случаях необходимости оформления рецепта на наркотический (психотропный) лекарственный препарат на дому в рамках оказания паллиативной медицинской помощи допускается предварительное заверение рецепта штампом медицинской организации, печатью медицинской организации либо структурного подразделения медицинской организации «Для рецептов», которая проставляется лицом, уполномоченным руководителем медицинской организации, с указанием фамилии, имени, отчества (последнее — при наличии) и проставлением его личной подписи. При этом в журнале регистрации и учета рецептурных бланков в соответствии с порядком регистрации, учета и хранения специальных рецептурных бланков на наркотические средства или психотропные вещества, утвержденным приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н, делается отметка о его выдаче для оформления на дому, а также отметка, удостоверенная подписью врача либо фельдшера (акушерки), оформившего рецепт, о факте его оформления, который может быть дополнительно подтвержден фото- и (или) видеоматериалами.

5. На одном рецептурном бланке формы № 107/у-НП разрешается осуществлять назначение только одного наименования лекарственного препарата.

6. Исправления в рецепте не допускаются.

Ответственность за нарушение порядка оборота НС и ПВ может быть как административной, так и уголовной.

В статье 6.16 КоАП РФ «Нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров

либо хранения, учета, реализации, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры» изложены меры административного воздействия при несоблюдения правил работы с НС и ПВ, а также прекурсорами:

1. Нарушение правил производства, изготовления, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, распределения, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза либо уничтожения наркотических средств, психотропных веществ и включенных в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсоров НС и ПВ либо хранения, учета, реализации, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, либо непредставление в государственный орган предусмотренной законом отчетности о деятельности, связанной с их оборотом, несвоевременное представление такой отчетности или представление такой отчетности в неполном объеме или в искаженном виде влечет наложение административного штрафа на юридических лиц в размере от двухсот тысяч до четырехсот тысяч рублей с конфискацией наркотических средств, психотропных веществ либо их прекурсоров или без таковой либо административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток с конфискацией наркотических средств, психотропных веществ либо их прекурсоров или без таковой.

2. Те же действия, совершенные в отношении прекурсоров НС и ПВ, включенных в таблицу II списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, влекут наложение административного штрафа на юридических лиц в размере от ста тысяч до двухсот тысяч рублей с конфискацией прекурсоров НС или ПВ или без таковой либо административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток с конфискацией прекурсоров НС или ПВ или без таковой.

3. Те же действия, совершенные в отношении прекурсоров НС или ПВ, включенных в таблицу III списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, влекут наложение административного штрафа на юридических лиц в размере от пятидесяти тысяч до ста тысяч рублей с конфискацией прекурсоров НС или ПВ или без таковой.

Статьей 228 УК РФ предусмотрена ответственность за незаконные приобретение, хранение, перевозку, изготовление, переработку наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозку растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества.

---

ГЛАВА 4.  
**ДОБРОВОЛЬНАЯ СЕРТИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ**

---

---

На сегодняшний день все больше медицинских организаций в России, помимо лицензии, стремятся получить сертификаты соответствия различным требованиям (стандартам ИСО, практическим рекомендациям Росздравнадзора, стандартам JCI, EFQM и др.).

В данной главе будут кратко проанализированы существующие стандарты по управлению качеством; цели добровольной сертификации; виды сертификатов соответствия; законодательство Российской Федерации, регулирующие вопросы сертификации.

Термины и определения:

*аудит* — систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и их объективного оценивания для установления степени соответствия критериям аудита (ИСО 9001);

*критерии аудита* — совокупность политик, процедур или требований, используемых для сопоставления с ними объективных свидетельств (ИСО 9001);

*сертификация* — форма осуществляемого органом по сертификации подтверждения соответствия объектов требованиям технических регламентов, документам по стандартизации или условиям договоров;

*подтверждение соответствия* — документальное удостоверение соответствия продукции или иных объектов, процессов проектирования (включая изыскания), производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг требованиям технических регламентов, документам по стандартизации или условиям договоров

(Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании»);

*свидетельство аудита* — запись, изложение фактов или другая информация, которая связана с критериями аудита и является верифицируемой (ИСО 9001);

*сертификат соответствия* — документ, удостоверяющий соответствие объекта требованиям технических регламентов, документам по стандартизации или условиям договоров (Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ).

Основными нормативными документами, регулирующими вопросы добровольной сертификации, являются:

1. Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании».

2. Федеральный закон от 28.12.2013 № 412-ФЗ «Об аккредитации в национальной системе аккредитации».

3. ГОСТ Р ИСО/МЭК 17021-2012. Оценка соответствия. Требования к органам, проводящим аудит и сертификацию систем менеджмента.

4. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Для медицинских организаций (и служб крови) под добровольной сертификацией понимают сертификацию системы менеджмента качества.

При сертификации медицинских организаций важно знать, что сертификация в большей степени относится к технической сфере и регулируется не Минздравом, а Минэкономразвития и Минпромторгом России. В связи с этим систему менеджмента качества медицинской организации можно сертифицировать (получить сертификат соответствия) на соответствие общим стандартам по управлению качеством, например ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования». Этот стандарт считается международным (т.е. его текст идентичен в разных странах) и применим к любым организациям, в том числе медицинским. Применение таких общих стандартов обычно является добровольным.

Можно получить сертификат соответствия отраслевому стандарту (специфичному для конкретного вида деятельности).

Обычно отраслевые стандарты являются национальными (т.е. различаются в разных странах) и часто являются обязательными для применения. Отраслевые стандарты, как правило, регулируются соответствующим министерством.

Стандарты ИСО также могут быть отраслевыми. Например, для производителей медицинских изделий существует отдельный стандарт ГОСТ ISO 13485-2017 «Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Требования для целей регулирования». Так как речь идет о производстве, то сертификацию по этому стандарту проводят органы по сертификации, подконтрольные Минэкономразвития и Минпромторгу России.

На момент подготовки данного учебника отдельный стандарт ИСО для медицинских организаций не был разработан.

Цели подтверждения соответствия:

– удостоверение соответствия продукции, процессов проектирования (включая изыскания), производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, работ, услуг или иных объектов техническим регламентам, документам по стандартизации, условиям договоров;

– содействие приобретателям, в том числе потребителям, в компетентном выборе продукции, работ, услуг;

– повышение конкурентоспособности продукции, работ, услуг на российском и международном рынках;

– создание условий для обеспечения свободного перемещения товаров по территории Российской Федерации, а также для осуществления международного экономического, научно-технического сотрудничества и международной торговли.

Применительно к медицинским организациям получение сертификата соответствия системы менеджмента качества является способом сообщить всем заинтересованным сторонам (пациентам, контрагентам, конкурентам и др.) о готовности руководства больницы к постоянному улучшению, стремлению к развитию и в итоге — продемонстрировать конкурентные преимущества учреждения (качественные услуги, лучшие условия и пр.).

Формы подтверждения соответствия — добровольная и обязательная.

Добровольное подтверждение соответствия осуществляется в форме добровольной сертификации по инициативе заявителя на условиях договора между заявителем и органом по сертификации.

Принуждение медицинской организации к добровольной сертификации противоречит логике и требованиям действующего законодательства. Таким образом, добровольная сертификация осуществляется исключительно по решению руководства медицинской организации или ее учредителя.

**Добровольная сертификация осуществляется исключительно по решению руководства медицинской организации или ее учредителя.**

Важно понимать, что внедрение системы менеджмента качества (СМК), применение различных стандартов по управлению качеством и сертификация системы менеджмента качества — взаимосвязанные, но разные задачи. В любой организации существует менеджмент качества. Для его развития можно использовать разные стандарты. Для демонстрации соответствия пациентам и другим заинтересованным сторонам можно сертифицировать СМК.

Объектами добровольного подтверждения соответствия являются продукция; процессы производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации; работы и услуги; а также иные объекты, в отношении которых документами по стандартизации, системами добровольной сертификации и договорами устанавливаются требования.

Орган по сертификации:

- осуществляет подтверждение соответствия объектов;
- выдает сертификаты соответствия на объекты, прошедшие добровольную сертификацию;
- предоставляет заявителям право на применение знака соответствия, если применение такового предусмотрено соответствующей системой добровольной сертификации.

Медицинским организациям добровольная сертификация дает возможность продемонстрировать свою способность предоставлять услуги требуемого (высокого) качества и соответствие выбранному стандарту. Сертифицированная медицинская

организация должна предоставить факты, подтверждающие выполнение требований стандартов.

Система сертификации — совокупность правил выполнения работ по сертификации, ее участников и правил функционирования системы сертификации в целом.

Система добровольной сертификации может быть создана юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями.

Лицо или лица, создавшие систему добровольной сертификации, устанавливают перечень объектов, подлежащих сертификации, и их характеристик, на соответствие которым осуществляется добровольная сертификация; правила выполнения предусмотренных данной системой добровольной сертификации работ и порядок их оплаты; определяют участников данной системы добровольной сертификации.

Системой добровольной сертификации может предусматриваться применение знака соответствия.

Существуют различные системы добровольной сертификации; их учет осуществляет Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии (Росстандарт), которое ведет единый реестр зарегистрированных систем добровольной сертификации. В Федеральном законе от 27.12.2002 № 184-ФЗ определено понятие органа по сертификации как юридического лица или индивидуального предпринимателя, аккредитованного в соответствии с законодательством Российской Федерации об аккредитации в национальной системе аккредитации для выполнения работ по сертификации.

Полномочия по аккредитации в национальной системе аккредитации осуществляет Федеральная служба по аккредитации (Росаккредитация, ФСА) в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.10.2011 № 845 «О Федеральной службе по аккредитации».

Регистрация системы добровольной сертификации в соответствии с Федеральным законом «О техническом регулировании» не заменяет аккредитацию, регулируемую Федеральным законом от 28.12.2013 № 412-ФЗ «Об аккредитации в национальной системе аккредитации» и соответствующими подзаконными нормативными правовыми актами.



Орган по сертификации должен соответствовать критериям аккредитации, установленным приказом Минэкономразвития России от 26.10.2020 № 707 «Об утверждении Критериев аккредитации и перечня документов, подтверждающих соответствие заявителя, аккредитованного лица критериям аккредитации».

Таким образом, на сегодняшний день в РФ официально действуют органы по сертификации, которые имеют аккредитацию в ФСА (наличие аккредитации можно проверить, запросив у органа по сертификации аттестат об аккредитации в ФСА) (рис. 19). Данные органы могут провести аудит на соответствие требованиям государственных стандартов (ГОСТ), например:

- ГОСТ Р ИСО 9001. Системы менеджмента качества.
- ГОСТ Р ИСО 14001. Системы экологического менеджмента.
- OHSAS 18001. Системы менеджмента безопасности труда и охраны здоровья.
- ГОСТ ISO 13485. Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Системные требования для целей регулирования.
- SA 8000. Системы менеджмента социальной ответственности.
- ISO/IEC 27001. Системы менеджмента информационной безопасности.
- ГОСТ Р 52249. Правила производства и контроля качества лекарственных средств и др.

Сертификация соответствия данным стандартам может быть как добровольной, так и обязательной. Для получения некоторых лицензий наличие СМК, построенной на основе стандартов ИСО, является обязательным. Так, организации-производители медицинских изделий и организации, оказывающие услуги по техническому обслуживанию медицинской техники, обязаны сертифицировать СМК на основе ИСО-13485, что указано в лицензионных требованиях. Для медицинских организаций допуском на рынок является наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности, а сертификация по стандартам ИСО является добровольной.

Помимо стандартов ИСО, существует система добровольной сертификации (далее — СДС). Такую систему заявитель



Рисунок 19. Органы по аккредитации и сертификации

\* Законодательство, касающееся деятельности органов по сертификации, их аккредитации в ФСА и т.д., в большей степени затрагивает обязательную сертификацию. Для систем добровольной сертификации, зарегистрированных в Росстандарте, существует возможность проводить аудиты и выдавать сертификаты без привлечения органа по сертификации, аккредитованного в ФСА.

регистрирует в Росстандарте. Эта система также может выдавать сертификаты соответствия стандартам ИСО или стандартам, разработанным и зарегистрированным заявителем.

На сегодняшний день такое формальное требование отсутствует, однако многие держатели СДС при регистрации в Росстандарте в своих внутренних документах указывают, что аудит на соответствие СДС будет проводить орган по сертификации с аккредитацией в ФСА. Медицинской организации при выборе органа по сертификации рекомендуется обращать внимание на наличие такой аккредитации, что гарантирует высокую квалификацию аудиторов.

Аккредитация органа по сертификации — подтверждение национальным органом по аккредитации соответствия юридического лица или индивидуального предпринимателя критериям аккредитации, являющееся официальным свидетельством компетентности юридического лица или индивидуального предпринимателя осуществлять деятельность в определенной области аккредитации (Федеральный закон от 28.12.2013 № 412-ФЗ «Об аккредитации в национальной системе аккредитации»).

Основные задачи аккредитации органа по сертификации:

- подтвердить его компетентность;
- оценить профессионализм и квалификацию аудиторов;
- обеспечить признание сертификатов.

В России существует реестр органов по сертификации, имеющих аккредитацию в ФСА, а также реестр зарегистрированных систем добровольной сертификации.

Орган по сертификации, который имеет аккредитацию в ФСА, или организация, зарегистрировавшая СДС, выдает российские сертификаты. Международный сертификат выдает орган по сертификации, имеющий соответствующую международную аккредитацию.

**Международная аккредитация.** Международный форум по аккредитации (IAF) — глобальная ассоциация органов по аккредитации, объединений органов по сертификации и других организаций, вовлеченных в деятельность по оценке соответствия в различных областях, включая системы менеджмента, продукцию, услуги и персонал.

Главная цель IAF — развивать единую всемирную программу оценки соответствия, снижающую риски для бизнеса и потребителей, гарантируя, что аккредитованным сертификатам можно доверять.

Для реализации этой цели заключено многостороннее соглашение о признании (Multilateral Recognition Agreement — MLA) между органами по аккредитации — членами IAF. Соглашение является гарантией взаимного признания аккредитованных сертификаций между участниками, подписавшими MLA, и, соответственно, принятия аккредитованной сертификации на разных рынках на основании одной аккредитации.

Важно знать, что помимо IAF существуют и другие международные системы. Например, JCI (Joint Commission International) считается «золотым» стандартом для здравоохранения, однако объективных подтверждений этого не существует (отсутствуют какие-либо документы или иные свидетельства, согласно которым данный стандарт может расцениваться как лучший или универсальный). JCI — пример хорошо разрекламированной системы добровольной сертификации. По формальному признаку JCI ничем не отличается от других аналогичных систем.

Еще один пример. Международная сеть взаимного доверия органов по сертификации IQNet является международной сетью партнерских органов по сертификации. Основанная в 1990 году IQNet остается крупнейшей в мире сетью лидирующих органов по сертификации, имеющих сотни офисов и филиалов по всему миру. На сегодняшний день в IQNet входят 36 партнеров. Каждая экспертиза, осуществленная партнерами, получает глобальное признание благодаря возможностям сети. Взаимное признание базируется на важнейших принципах, заложенных в гармонизированных процессах и системе взаимных оценок партнеров.

Если говорить о добровольной сертификации, то выбор соответствующей системы — вопрос предпочтений, а разница носит скорее маркетинговый характер. Соответственно, выбор СДС, в том числе международной, органа по сертификации и т.д. — всего лишь вопрос признания. Если пациенты или партнеры признают, что наличие того или иного сертификата делает организацию «лучше», то сертификат будет работать на организацию.

**Сертификация систем менеджмента в медицинских организациях.** Система управления (менеджмента) деятельностью медицинской организации также может выступать объектом сертификации.

Целью сертификации является обеспечение независимого свидетельства того, что СМК:

- соответствует установленным требованиям (законодательным, нормативным, контрактным);
- способствует реализации принятой политики и целей;
- внедрена результативно.

Основными принципами заслуживающей доверие сертификации являются беспристрастность, компетентность, ответственность, открытость, конфиденциальность, реагирование на жалобы.

**Алгоритм сертификации систем менеджмента.** Медицинской организации (или любому заказчику сертификации) важно знать, что процедура сертификации является платной; оплате подлежит не сертификат, а проведение аудита. Оплата сертификации не гарантирует получение сертификата.

В сертификате соответствия указывается срок его действия (как правило, он составляет три года). При этом сертификат

действителен все три года только при условии ежегодного надзорного аудита. Надзорный аудит также проводится на возмездной основе, что зафиксировано в договоре об оказании услуг по сертификации и регламентировано ГОСТом Р ИСО/МЭК 17021-2012 «Оценка соответствия. Требования к органам, проводящим аудит и сертификацию систем менеджмента» (рис. 20).

Для начала работы орган по сертификации предлагает заказчику заполнить заявку на сертификацию. Форма заявки разрабатывается непосредственно органом по сертификации. Сам факт заполнения и подписания заявки не накладывает на заказчика сертификации никаких обязательств. Заявка нужна для того, чтобы орган по сертификации оценил возможность проведения сертификации (насколько заявленная заказчиком область сертификации и требуемые стандарты соответствуют аттестации органа по сертификации, имеются ли в органе по сертификации аудиторы с требуемой квалификацией и т.д.). Заявка также нужна для детальной оценки сроков и стоимости проведения работ по сертификации (см. рис. 20).

Обычно заявка на сертификацию содержит:

1. Наименование организации.
2. Адрес(а). Если организация имеет несколько филиалов, несколько строений и т.д., это необходимо отразить в заявке, так как аудит будет охватывать все площадки, где фактически осуществляется деятельность, заявленная на сертификацию.
3. Банковские реквизиты.
4. На соответствие каким стандартам необходимо проведение сертификации.
5. Контактные лица.
6. Область сертификации (можно заявить всю выполняемую организацией деятельность или только часть, например стационарную или амбулаторно-поликлиническую помощь).
7. Количество персонала (указывать нужно персонал, который участвует в выполнении заявленной области сертификации — численность сотрудников, непосредственно участвующих в выполнении заявленной области сертификации, а также штат вспомогательных подразделений: аптека, инженерная служба и т.д.).
8. Наличие смен (если проводится сертификация медицинской организации, работающей 365 дней, 24/7, то орган

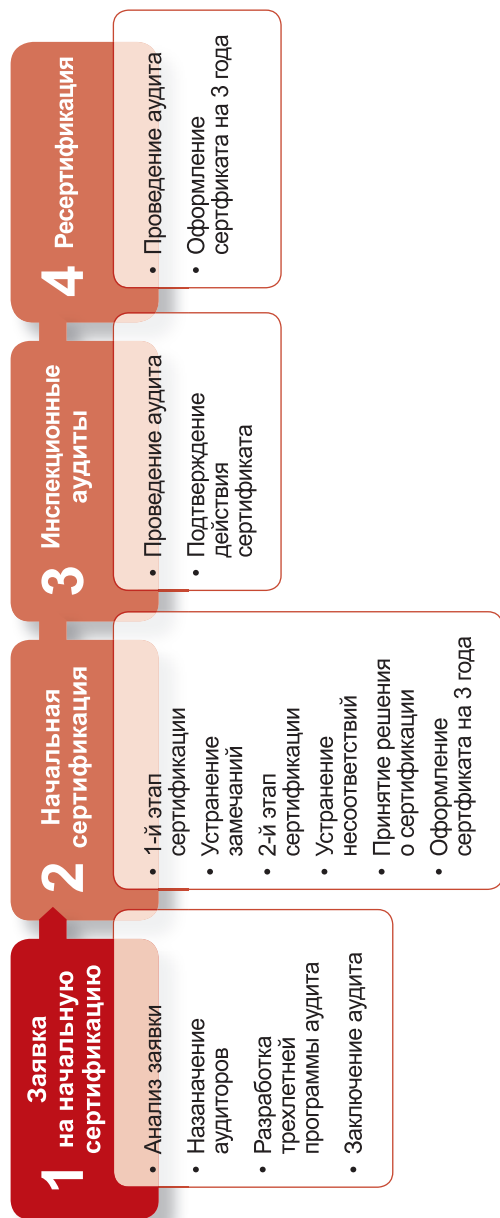


Рисунок 20. Алгоритм сертификации юридического лица

по сертификации может предложить провести аудит в ночную смену, выходные или праздничные дни и т.д.).

#### 9. Исключения из требований стандартов.

После анализа заявки орган по сертификации предложит договор, где будет указана стоимость сертификации. Рекомендуется помимо стоимости уточнить, кто будет аудитором. Можно запросить резюме специалистов, которых орган по сертификации планирует привлечь в качестве аудиторов.

Стоимость сертификации работы орган по сертификации озвучивает после анализа заявки. Обычно предоставляется информация о стоимости на три года. Эта стоимость может меняться, если в организации происходят изменения, например появляется новый адрес, увеличивается численность персонала, расширяется область сертификации и т.д.

Важно внимательно изучить договор об оказании услуг по сертификации. Обычно в договоре указано, что заказчик (т.е. медицинская организация) должен соблюдать требования правил по сертификации конкретного органа по сертификации, а также ГОСТ Р ИСО/МЭК 17021-2012 «Оценка соответствия. Требования к органам, проводящим аудит и сертификацию систем менеджмента». Это значит, что кроме выбранного стандарта по сертификации (например, ИСО 9001 или любой системы добровольной сертификации, в том числе JCI) помимо требований самого стандарта вам придется выполнять и другие формальные требования, связанные с процедурной сертификации. Простой пример. ИСО 9001 не содержит требования по наличию в организации оргструктуры, но орган по сертификации может потребовать от вас данный документ, если это сказано в правилах сертификации. Вывод — внимательно изучайте договор на сертификацию и просите предоставить для изучения все документы, на который данный договор ссылается. Заказчик добровольной сертификации имеет полное право указать в договоре не ссылки на дополнительные требования, а включить все требования в текст договора. Это значительно упростит работу, так как изучить, например, весь ГОСТ Р ИСО/МЭК 17021-2012 «Оценка соответствия. Требования к органам, проводящим аудит и сертификацию систем менеджмента», который не имеет к деятельности медицинской организации отношения, достаточно трудоемко. Из всего этого ГОСТа нужно будет учесть всего

несколько абзацев, которые легко можно потребовать внести в текст договора.

Помимо ГОСТа Р ИСО/МЭК 17021-2012 каждый орган по сертификации имеет собственные правила проведения сертификации, применения знаков соответствия и т. д. Обычно в договоре указано, что заказчик обязуется выполнять эти правила. Необходимо запросить копии всех указанных в договоре правил, поручить юристу изучить их и доложить на совещании у главного врача. Например, если говорить о стандарте ГОСТ Р ИСО 9001, то в нем сказано, что требования стандарта являются дополнительными к требованиям на продукцию. Это означает, что, например, если медицинская лаборатория сертифицируется по ГОСТу Р ИСО 9001, то знак качества, который будет передан лаборатории вместе с сертификатом соответствия, нельзя размещать на результатах исследований. «Продуктом» лаборатории является результат; а ГОСТ Р ИСО 9001 не говорит о качестве «продукта», он свидетельствует лишь о качестве процессов, которые входят в систему менеджмента качества лаборатории. То есть сертификат соответствия медицинской лаборатории стандарту ГОСТ Р ИСО 9001 говорит лишь о возможности лаборатории выдавать качественный результат. Однако, насколько конкретный результат отвечает всем качественным требованиям (метрологическим, клиническим и т. д.), ГОСТ Р ИСО 9001 не сообщает. Таким образом, наличие подобного сертификата повышает вероятность того, что конкретный результат будет соответствовать всем критериям качества.

Следующий шаг — согласование плана аудита. Обычно аудит проводится в два этапа. На первом этапе аудиторы анализируют документацию, чтобы изучить, какие требования к работе существуют в организации. На втором этапе проводится непосредственно изучение того, как работа выполняется.

Орган по сертификации предложит проект плана, отвечающего логике выбранного стандарта, с использованием соответствующей терминологии, исходя из предоставленной медицинской организацией информации (об организационной структуре, штатном расписании, руководстве по качеству и т. д.). Детальное изучение плана аудита и подготовка персонала к приезду аудиторов — один из ключевых этапов прохождения сертификации. Целесообразно, чтобы для каждого пункта плана



минимум два ответственных сотрудника были подготовлены к взаимодействию с аудиторами. Это необходимо для того, чтобы избежать форс-мажорных обстоятельств (срочная командировка, болезнь ответственного сотрудника и т.д.). Сотрудники, которые будут работать с аудитором по конкретному разделу плана, должны знать требования выбранного стандарта. Аудиторы проверяют не знание персоналом стандарта, а анализируют, насколько конкретная работа сотрудников в отделениях соответствует требованиям стандарта.

Обычно медицинские отраслевые стандарты концентрируют внимание на медицинских процессах, оставляя без должного внимания вопросы управления, маркетинга медицинских услуг, удовлетворенности пациентов и т.д. Общие стандарты по качеству, напротив, больший акцент делают именно на управленческих процессах включая в итоге и финансовую стабильность организации. Применение одновременно и отраслевых, и общих стандартов качества позволяет выстроить комплексную СМК медицинской организации.

При проведении аудита учитываются четыре вида требований:

- законодательные;
- требования потребителей;
- непосредственно требования стандарта, по которому проводится сертификация;
- требования, установленные внутренними документами (приказы, инструкции, СОПы и т.д.).

Выполнение всех этих требований и проверяет аудитор в процессе сертификации.

На сегодняшний день существует три типа аудита:

- очный;
- дистанционный;
- смешанный.

Логика любого аудита следующая: аудитор, проверяя какой-либо процесс, сначала должен изучить требования, предъявляемые к данному процессу медицинской организацией. На основе федеральных законов и приказов учредителей главным врачом (руководителем медицинской организации) издаются приказы, в которых между конкретными сотрудниками распределяется ответственность за реализацию.

Именно эти приказы являются предметом интереса аудитора. Аудитор также ожидает увидеть внутренние инструкции и иные локальные нормативные акты, регламентирующие как именно в организации выполняется конкретная работа. Это может быть СОП, рабочая инструкция или любой другой внутренний документ. В этих документах зафиксированы требования к работе персонала.

Чтобы проверить, насколько реальная работа соответствует требованиям, зафиксированным в приказах главного врача и иных локальных нормативных актов, аудитор использует следующие источники информации:

- непосредственное наблюдение за работой персонала;
- опрос персонала, в том числе перекрестный (один и тот же вопрос задается нескольким сотрудникам; в условиях стандартизации ожидается, что ответы будут одинаковыми);
- опрос пациентов;
- анализ записей, в том числе видеозаписей.

Аудиторы могут попросить разрешения пройти в палаты и провести опрос пациентов. Обычно такой подход практикуется при проведении аудита по отраслевому стандарту, когда аудиторами являются узкие специалисты — действующие медицинские сестры, клиницисты и т.д.

Следовательно, необходимо учесть еще один важный момент — детальную формализацию в договоре об оказании услуг по сертификации требований о соблюдении конфиденциальности информации. В этой связи более приемлема, на наш взгляд, работа с российскими органами по сертификации.

Результатом аудита является акт (отчет) об аудите. Важно знать, что при наличии проблем (несоответствий) аудитор будет их классифицировать на критические, некритические и уведомления (названия могут отличаться в разных органах).

Перед заключением договора об оказании услуг по сертификации полезно ознакомиться с правилами проведения сертификации, в том числе по работе с найденными несоответствиями. Эти правила орган по сертификации обязан иметь. Часто органы требуют от заказчика подписать данные правила для гарантии их соблюдения.

Например, если в процессе аудита выявлено критическое несоответствие (полное несоблюдение требований стандарта),

то орган по сертификации может отказать в выдаче сертификата и дать организации определенное время (от нескольких недель до нескольких месяцев) на устранение несоответствия. При этом следующий аудит после устранения несоответствия организация должна будет заново оплатить. Другой орган при наличии критического несоответствия может дать организации определенное время на устранение, затем примет письменный отчет об устранении несоответствия и выдаст сертификат.

Таким образом, понимание правил, которыми орган по сертификации руководствуется при работе с несоответствиями, даст вам возможность спрогнозировать риски.

---

*Учебное издание*

под общ. ред. Н. Н. Карякина

# **Организация здравоохранения и общественное здоровье**

**Том 1**

Редактор Е.В. Кадирова.  
Корректор И.Е. Пылунина.  
Компьютерная верстка Ю.Ю. Симонова.

Подписано к печати 18.10.2023. Формат 60x84 1/16.  
Усл. печ. л. 21,6. Тираж 500 экз. Заказ 410.  
Издательство Приволжского исследовательского  
медицинского университета  
603005, Н. Новгород, пл. Минина, 10/1  
Тел.: (831) 465-42-23, 465-47-02

[www.kupi-medbook.ru](http://www.kupi-medbook.ru)

Полиграфический участок ПИМУ  
603104, Н. Новгород, ул. Медицинская, 5