

Глава 2. Организация оказания медицинской помощи в Российской Федерации.

§ 2.1 Нормативно правовая база, регулирующая медицинскую помощь.

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ;
2. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 29.10.2024) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 03.12.2019) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
4. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Терапия»;
5. Приказ Минздрава России от 14.01.2019 № 4н (ред. от 11.12.2019) «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.03.2019 № 54173).

Федеральный закон (ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» состоит из 14 глав и 100 статей, и охватывает все аспекты охраны здоровья граждан.

Глава 1 (статьи 1 – 3) дает определение понятиям, относящимся к охране здоровья, и описывает соотношение норм закона, с другими правовыми актами.

Вводится понятие *охрана* здоровья:

- ✓ система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе профилактического характера;
- ✓ осуществляемых органами государственной власти, организациями, их должностными лицами;
- ✓ в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Глава 2, сформулированы основные принципы охраны здоровья (статья 4 – 13):

1. соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий (помощь оказывается всем без

- исключения, не зависимо от пола, расы и имущественного положения, закон гарантирует защиту от любых форм дискриминации);
2. приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи (закон гарантирует пациенту уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников);
 3. приоритет охраны здоровья детей (дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране);
 4. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
 5. ответственность органов государственной власти должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
 6. доступность и качество медицинской помощи (предоставление необходимого специалиста, возможность выбора медицинской организации и врача, оказание помощи в соответствии с порядками оказания и стандартами медицинской помощи, предоставление гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания помощи, транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения);
 7. недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (медицинская помощь в экстренной форме оказывается безотлагательно и бесплатно);
 8. приоритет профилактики в сфере охраны здоровья (проведения профилактических и иных медицинских осмотров, осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни);
 9. соблюдение врачебной тайны.

Глава 3 (статьи 14 – 17) регламентирует полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья (проведение государственной политики в сфере здравоохранения, санитарно-эпидемиологический надзор, лицензирование, контроль, организация медицинской помощи, установление общих требований и т.д.).

Глава 4 (статьи 18 – 28) описывает права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья. Право на граждан на охрану здоровья обеспечивается:

1. охраной окружающей среды;
2. созданием безопасных и благоприятных условий труда, быта, отдыха;
3. производство качественных продуктов питания и лекарственных средств;

4. оказанием доступной и качественной медицинской помощи.

В соответствии с базовыми принципами охраны здоровья, пациент имеет право:

1. выбор врача и выбор медицинской организации;
2. профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
3. получение консультаций врачей-специалистов;
4. облегчение боли, связанной с заболеванием;
5. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья;
6. получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
7. защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
8. право на отказ от медицинского вмешательства;
9. право на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
10. допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав, священнослужителя;
11. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

В статье 20 прописано, как предварительное условие для медицинского вмешательства, необходимость получения *информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство*. Для этого медицинский работник в доступной форме даёт полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина допускается:

1. если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;

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.

Статья 22 регламентирует право пациента на получение полной информации о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Статья 27, наряду с правами у пациентов есть обязанность соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Глава 5 регламентирует организацию и государственное регулирование в сфере охраны здоровья. Статья 31 - 36 вводит понятие первая помощь и медицинская помощь (см. § 2.2).

Статья 37 описывает порядки и стандарты медицинской помощи (см. § 2.3).

Статья 38 – посвящена вопросам, связанным с оборотом медицинских изделий, статья 39 вопросам лечебного питания.

Статья 40 вводит понятие медицинской реабилитации – как комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление утраченных функций организма в процессе завершения острого или обострения хронического заболевания, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Статья 48 описывает порядок организации и полномочия врачебной комиссии и консилиума врачей.

Глава 6 посвящена охране здоровья матери и ребенка, вопросам семьи и репродуктивного здоровья.

Глава 7 посвящена медицинской экспертизе и медицинскому освидетельствованию (см. § 2.4).

Глава 8 описывает медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека (определение момента смерти, проведение патолого-анатомического вскрытия, вопросы посмертного донорства).

Глава 9 регламентирует требования, предъявляемые к медицинским и фармацевтическим работникам и медицинским организациям. Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица: получившие медицинское образование в российских организациях, осуществляющих образовательную деятельность, прошедшие аккредитацию специалиста.

Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского образования не реже одного раза в пять лет. Лицо считается прошедшим аккредитацию специалиста с момента внесения данных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения.

Статья 70, 71 вводит понятие лечащий врач и Клятва врача (см. § 1.2).

Глава 10. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В рамках программы государственных гарантий бесплатно предоставляется:

1. первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
2. специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи;
3. скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
4. паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Не подлежит оплате оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов и медицинских изделий, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших, по медицинским показаниям на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи; не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших по решению врачебной комиссии. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года.

Глава 11 посвящена финансовому обеспечению в сфере охраны здоровья.

Статья 83. Финансовое обеспечение оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи осуществляется за счет:

1. средств обязательного медицинского страхования (ОМС - система мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи, формируется за счёт финансовых отчислений работодателя - Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 29.10.2024) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»);
2. бюджетных ассигнований выделяемых на финансовое обеспечение в части медицинской помощи, не включенной в программы ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в программах ОМС (высокотехнологичная медицинская помощь).

Статья 84. Оказание платных услуг возможно в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий в случае:

1. на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий;
2. при оказании медицинских услуг анонимно;
3. гражданам иностранных государств, лицам без гражданства;
4. при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг.

Глава 12 посвящена организации контроля в сфере охраны здоровья.

Статья 91 вводит понятие информационного обеспечения для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг посредством создания информационных систем в сфере здравоохранения. Единая система обеспечивает возможность предоставления гражданам услуг в сфере здравоохранения в электронной форме посредством единого портала государственных и муниципальных услуг.

Глава 13 налагает ответственность на медицинские организации, медицинских работников, они несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи (см. § 1.3).

Глава 14. Заключительные положения – признание утративших силу, ранее использовавшихся правовых актов.

§ 2.2 Виды и формы оказания медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи регламентируется ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Глава 5) и дополняется Приказом «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Первая помощь оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом и имеющими соответствующую подготовку.

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

К видам медицинской помощи относятся:

1. первичная медико-санитарная помощь;
2. специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;
3. скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
4. паллиативная медицинская помощь.

Медицинская помощь может оказываться *в следующих условиях*:

1. вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой 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 (врачебная помощь на дому оказывается круглосуточно: с 9 до 19 часов – участковым врачом, в остальное время врачом скорой помощи);
3. в дневном стационаре (медицинское наблюдение и лечение в медицинской организации в дневное время, не требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
4. стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формами оказания медицинской помощи являются:

1. экстренная - медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях и травмах представляющих угрозу жизни пациента;
2. неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых либо хронических заболеваниях и травмах без явных признаков угрозы жизни пациента;
3. плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и травмах 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.

Первичная медико-санитарная помощь.

1. Включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации заболеваний, *не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи*; могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме (травматологические пункты); наблюдение за течением беременности (женские консультации), формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;
2. Осуществляется по территориально-участковому принципу по месту жительства, месту работы или учебы;
3. Оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара;
4. может оказываться населению в качестве бесплатной (по программе ОМС) или в качестве платной медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь подразделяется:

1. *первичная доврачебная помощь* - оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.
2. *первичная врачебная помощь* - оказывается врачами-терапевтами (участковыми), врачами-педиатрами и врачами общей практики (семейными врачами).
3. *первичная специализированная помощь* - оказывается врачами-специалистами.

Формы организации первичной медико-санитарной помощи:

1. Фельдшерский пункт, фельдшерско-акушерский пункт,
2. Врачебные амбулатории,
3. Здравпункты,
4. Поликлиники и поликлинические отделения при стационарах,
5. Отделения медицинской профилактики и центры здоровья.

В медицинских организациях, могут быть организованы участки:

1. фельдшерский;
2. терапевтический (цеховой);
3. врача общей практики (семейного врача);

Рекомендуемая численность прикрепленного населения составляет: на фельдшерском участке - 1300 человек взрослого населения; на терапевтическом участке – 1700 (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300); на участке врача

общей практики - 1200; на участке семейного врача - 1500 человек взрослого и детского населения.

В населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек первичная медико-санитарная помощь оказывается мобильными медицинскими бригадами, в том числе с использованием комплексов передвижных медицинских (далее - выездные формы работы), не реже 2 раз в год. В населенных пунктах с числом жителей 301-1000 человек организуются фельдшерско-акушерские пункты или фельдшерские здравпункты.

Основными задачами фельдшерского здравпункта являются:

1. диагностика и лечение неосложненных острых обострений хронических заболеваний и других состояний, травм, отравлений;
2. осуществление профилактики заболеваний;
3. выявление лиц с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем; оказание помощи этим лицам по профилактике и отказу от курения и злоупотребления алкоголем включая направление их для консультации и лечения в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные медицинские организации;
4. осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;
5. направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной (врачебной, специализированной) медико-санитарной или специализированной медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи по профилям, организация записи на прием к врачам-специалистам;
6. устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в сопровождении медицинского работника фельдшерского здравпункта либо бригады скорой медицинской помощи;
7. выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований визуальных локализаций и направление больных с подозрением на злокачественное образование в первичный онкологический кабинет медицинской организации;
8. организация и оказание паллиативной помощи больным нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
9. осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
10. санитарно-гигиеническое образование населения;
11. осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства;

12. экспертиза временной нетрудоспособности;

Основным лечебно-профилактическим учреждением, где оказывается первичная врачебная медико-санитарная помощь это поликлиника. Поликлиника является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения).

Функции поликлиники:

1. оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи (фельдшера, акушерки, медсестры);
2. оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи (врачи-терапевты, врачи-педиатры, семейные врачи);
3. оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи (врачи-специалисты);
4. оказание паллиативной медицинской помощи населению.

Для организации работы поликлиники в ее структуре рекомендуется предусматривать следующие подразделения: регистратура; отделение неотложной медицинской помощи, кабинет доврачебной помощи, отделение общей врачебной (семейной) практики, терапевтическое отделение, кабинет медицинской профилактики, центр здоровья, отделения, кабинеты первичной специализированной медико-санитарной помощи (узкие специалисты), процедурный кабинет, смотровой кабинет, прививочный кабинет, дневной стационар, кабинет медицинской статистики, организационно-методический кабинет, административно-хозяйственные подразделения, клинико-диагностическая лаборатория, отделение функциональной диагностики, отделение рентгенодиагностики, отделение (кабинет) ультразвуковой диагностики; отделение (кабинет) эндоскопической диагностики.

Рекомендуемые должности узких специалистов:

- ✓ на 1700 человек – участковый терапевт (1,5 должности участковой медицинской сестры);
- ✓ на 10 000 человек – хирург, травматолог-ортопед, уролог, кардиолог, ревматолог;
- ✓ на 15 000 человек – офтальмолог, гастроэнтеролог;
- ✓ на 20 000 человек – эндокринолог, физиотерапевт;
- ✓ на 30 000 человек – отоларинголог, невролог, психиатр-нарколог, дермато-венеролог, онколог, эпидемиолог;
- ✓ на 50 000 человек – инфекционист;
- ✓ на 100 000 человек – иммунолог-аллерголог;
- ✓ Врач клинико-лабораторной диагностики - 1 должность на 25 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием.

Работу поликлиники оценивают по показателям эффективности:

1. Заболеваемость населения (первичная, распространенность);
2. Первичная инвалидность;
3. Нагрузка врача (первичное посещение у врача-терапевта 22 минуты, повторное посещение – 16 минут (средние затраты времени 17,7 минут, 3,4 пациента в час);
4. Участковость (систематическое активное наблюдение за состоянием здоровья прикрепленного контингента);
5. Охват населения медицинскими осмотрами;
6. Показатели диспансеризации;
7. Частота поздно установленных диагнозов ЗНО, туберкулеза;
8. Частота преждевременной смертности.

Специализированная медицинская помощь.

Оказывается при наличии или подозрение на наличие у пациента заболевания или травмы -

1. требующей оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или плановой форме в целях диагностики и лечения;
2. представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих (изоляция пациента, в том числе по эпидемическим показаниям);
3. риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением;
4. отсутствие возможности оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью 1 группы.

Специализированная помощь может быть оказана в дневном стационаре или стационарно. При оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в медицинскую организацию или от момента самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 час. В случае отсутствия медицинских показаний для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или отказа пациента от оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, врач-специалист оформляет на бланке медицинской организации медицинское заключение, содержащее

- ✓ диагноз заболевания;
- ✓ перечень, объем и результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств;

- ✓ причину отказа в госпитализации (отсутствие медицинских показаний, отказ пациента);
- ✓ рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению пациента.

Высокотехнологичная медицинская помощь.

Регламентируется Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».

1. Включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию;
2. Оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;
3. Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) включает в себя применение новых уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью; оказывается в соответствии с перечнем видов ВМП; направление граждан осуществляется путем применения специализированной информационной системы.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

1. оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
2. оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях;
3. в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи;
4. в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья:
 - а) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом;
 - б) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным транспортом.

Паллиативная медицинская помощь

1. Комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.
2. Может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение для оказания такой помощи.

Оказание медицинской помощи при проведении исследований и использовании телемедицинских технологий.

Для проведения клинических исследований необходимо заключение этического комитета (см. § 1.2). Этический комитет выносит заключение об этической обоснованности возможности применения соответствующих методов профилактики, диагностики, лечения и согласует протокол клинической апробации.

Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи осуществляется для сбора жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента, с соблюдением требований, установленных в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

§ 2.3 Порядки и стандарты оказания медицинской помощи

В этой части, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Глава 5, статья 37) дополняет Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Терапия».

Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии:

1. с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи (ФЗ и другие подзаконные акты);
2. порядками оказания медицинской помощи;
3. стандартами медицинской помощи, разработанные на основе клинических рекомендаций (стали обязательными для исполнения с 01.01.2025).

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями (научные медицинские организации, организации высшего образования, ведущие лечебно-диагностические медицинские организации) по отдельным заболеваниям или состояниям с указанием медицинских услуг. По каждому заболеванию, может быть одобрено не более одной клинической рекомендации. Разработка рекомендаций идет с позиций доказательной медицины с целью включения в них самых современных, эффективных и безопасных методов диагностики и лечения, они пересматриваются не реже одного раза в три года (см. § 1.5).

Порядок оказания медицинской помощи – это официальный нормативно-правовой документ, в котором закреплена совокупность мероприятий организационного характера,

направленных на своевременное обеспечение оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества и в полном объеме. В исключительных случаях порядок оказания медицинской помощи может быть изложен в ненормативном правовом документе, который не является юридически обязательным, а носит лишь рекомендательный характер. Например, Методические рекомендации. Требовать от медицинской организации соблюдения положений таких документов нельзя, их исполнение остается полностью на усмотрение медицинской организации.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам (группам) заболеваний и включает в себя:

1. этапы (виды, условия, формы) оказания медицинской помощи;
2. правила организации деятельности медицинской организации;
3. стандарт оснащения медицинской организации;
4. рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации.

Стандарт медицинской помощи представляет собой алгоритм действий врача при лечении различных видов заболеваний. Соблюдение стандарта медицинской помощи позволяет не только оказать качественную медицинскую помощь, но и сделать ее рациональной и продуманной. Именно стандарты медицинской помощи берутся за основу расчета реальной стоимости медицинских услуг, позволяют определить затраты на реализацию государственных и территориальных программ медицинской помощи населению, рассчитать необходимое лекарственное обеспечение этих программ, обосновать нормативы финансирования и оптимизировать реструктуризацию сети учреждений здравоохранения. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (перечень медицинских услуг, который утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н) на основе клинических рекомендаций, и *включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания.*

§ 2.4 Медицинская экспертиза и освидетельствование.

Проведение медицинских экспертиз регламентируется в Главе 7 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий,

факторов и состоянием здоровья гражданина. В Российской Федерации проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

1. экспертиза временной нетрудоспособности;
2. медико-социальная экспертиза;
3. военно-врачебная экспертиза (касается военнослужащих);
4. судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (для оценки нанесённого вреда здоровью и дееспособности гражданина);
5. экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (относится к профессиональным болезням и допуску к отдельным видам работ);
6. экспертиза качества медицинской помощи.

Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН) проводится в случаях:

1. заболеваний, травм или иных состояний, связанных с временной потерей трудоспособности;
2. лечения в санаторно-курортных организациях;
3. при необходимости ухода за больным членом семьи;
4. в связи с карантином;
5. на время протезирования в стационарных условиях;
6. в связи с беременностью и родами;
7. при усыновлении ребенка.

ЭВН проводится в целях:

- ✓ определения способности работника осуществлять трудовую деятельность;
- ✓ определения необходимости и сроков перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
- ✓ в случае стойкой утраты работоспособности, принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

ЭВН проводится *лечащим врачом*, который единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности (ЛН) *сроком до пятнадцати календарных дней включительно*, в некоторых случаях *фельдшером либо зубным врачом*, которые единолично выдают листок нетрудоспособности на срок *до десяти календарных дней включительно*. Продление ЛН возможно *не более чем на пятнадцать календарных дней одновременно, по решению врачебной комиссии*, назначаемой руководителем медицинской организации из числа врачей, прошедших обучение вопросам проведения ЭВН. В целях соблюдения врачебной тайны в ЛН указывается только причина временной нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина). Листок нетрудоспособности формируется в форме электронного документа,

подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником и медицинской организацией, или выдается в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

При признании стойкой утраты работоспособности гражданин направляется на МСЭ:

- ✓ *при очевидном неблагоприятном трудовом прогнозе не позднее четырех месяцев с установления временной нетрудоспособности, а в случае отказа от прохождения МСЭ листок нетрудоспособности закрывается;*
- ✓ *при сомнительном клиническом и трудовом прогнозе (на фоне проводимого лечения работоспособность не восстановилась) не позднее десяти месяцев с установления временной нетрудоспособности и не позднее двенадцати месяцев при лечении туберкулеза пациент направляется на МСЭ.*

Медико-социальная экспертиза (МСЭ)

Медико-социальная экспертиза проводится в целях определения признаков и группы инвалидности, а также определения потребностей в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

МСЭ проводится в соответствии с Приказом Минтруда России от 27.08.2019 N 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:

1. нарушения психических функций;
2. нарушения языковых и речевых функций;
3. нарушения функций органов чувств;
4. нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций;
5. нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем;
6. нарушения, обусловленные физическим внешним уродством.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов.

Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

I степень - стойкие незначительные нарушения функций организма человека, в диапазоне от 10 до 30 процентов;

II степень - стойкие умеренные нарушения функций организма человека, в диапазоне от 40 до 60 процентов;

III степень - стойкие выраженные нарушения функций организма человека, в диапазоне от 70 до 80 процентов;

IV степень - стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

Основные категорий жизнедеятельности человека которые оценивают при установлении инвалидности:

1. способность к самообслуживанию;
2. способность к самостоятельному передвижению;
3. способность к ориентации;
4. способность к общению;
5. способность контролировать свое поведение;
6. способность к обучению;
7. способность к трудовой деятельности.

Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий:

1. способность сохраняется, но при более длительном затрачивании времени, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
2. способность снижена, требуется регулярная частичная помощь других лиц, либо создание специальных условий;
3. способность утрачена, нуждаемость в постоянной помощи других лиц.

Критерием для установления инвалидности:

- ✓ лицу старше 18 лет является нарушение здоровья со II и более степенью стойких нарушений функций организма, приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или 1 степени выраженности ограничений двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях;
- ✓ лицу в возрасте до 18 лет является нарушение здоровья со II и более степенью выраженности стойких нарушений функций организма, приводящее к ограничению любой категории жизнедеятельности человека и любой из трех степеней выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности.

Группы инвалидности:

1. Первая группа инвалидности - нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 90 до 100 процентов).
2. Вторая группа инвалидности - нарушение здоровья человека с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 70 до 80 процентов);
3. Третья группа инвалидности - нарушение здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 60 процентов).

§ 2.5 Порядок назначения, учёта и хранения лекарственных препаратов.

Порядок назначения, учёта и хранения лекарственных средств регламентирует Приказ Минздрава России от 24.11.2021 N 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»). В отдельных случаях, установленных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н («Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты») функции лечащего врача могут быть возложены на фельдшера или акушерку.

Назначение лекарственных препаратов для медицинского применения осуществляется лечащим врачом или фельдшером единолично. Согласование назначения лекарственных препаратов с заведующим отделением или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача (клиническим фармакологом) требуется:

1. назначения пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту;
2. назначения лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых;

3. первичного назначения пациенту наркотических и психотропных лекарственных препаратов;
4. при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний;
5. при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента.

Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов.

1. рецепты на лекарственные препараты выписывают за своей подписью;
2. препараты выписываются по международному непатентованному наименованию;
3. в рецепте указывается способ применения лекарственного препарата, доза, частота приема относительно сна и его длительности, а для лекарственных препаратов, взаимодействующих с пищей, - времени их употребления относительно приема пищи (до еды, во время еды, после еды);
4. по решению врачебной комиссии осуществляется назначение и выписывание лекарственных препаратов не входящих в стандарты медицинской помощи;
5. рецепт, выписанный с нарушением установленных требований, считается недействительным;
6. факт выдачи рецепта и сведения о выписанном лекарственном препарате указываются в медицинской карте;
7. рецепты на лекарственные препараты выписываются на рецептурных бланках по формам N 148-1/у-88 (для наркотических и психотропных лекарственных препаратов и иных препаратов подлежащих предметно-количественному учету, действительны в течение 15 дней), N 148-1/у-04 (л) и N 148-1/у-06 (л) (гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарственных препаратов, действительны 30 – 90 дней), N 107-1/у (иных лекарственных препаратов, действительны 60 дней);
8. запрещается выписывать рецепты при отсутствии медицинских показаний, на лекарственные препараты, не зарегистрированные на территории Российской Федерации, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях, на наркотические средства и психотропные вещества подлежащие контролю.

Порядок оборота наркотических средств и психотропных веществ регламентируется Федеральным законом от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в Российской Федерации в зависимости от применяемых государством мер контроля вносятся в следующие списки:

- ✓ Список I - наркотические средства и психотропные вещества, оборот которых в РФ запрещен в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ;
- ✓ Список II - наркотические средства и психотропные вещества, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ;
- ✓ Список III - психотропные вещества, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ;
- ✓ Список IV - прекурсоры оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых, устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ.

В медицинских целях могут использоваться наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III и зарегистрированные на территории Российской Федерации в порядке, установленном законодательством об обращении лекарственных средств. На разрешенные для использования в медицинских целях наркотические препараты, распространяется действие ФЗ об обращении наркотических средств.