

## ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

### STAGES IN THE DEVELOPMENT OF PROCEDURES FOR DELIVERING MEDICAL CARE IN MODERN RUSSIA

**P. Zapevalin  
I. Kicul  
B. Taevskij**

*Summary.* The changes in the normative and law regulation have been studied in the field of health for the last twenty years, history of development of procedures and standards for medical care administration that directly depends on quality, accessibility and safety of medical care have reviewed. And however the procedures of medical care administration appear to be widespread document they need to be future elaborated. This article covers the modern state of the procedures of medical care administration.

**Key words:** medical care procedures standards of medical care, mandatory health insurance.

**Запевалин Павел Владимирович**

Аспирант, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования  
Med\_proekt@bk.ru

**Кицул Игорь Сергеевич**

Д.м.н., профессор, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

**Таевский Борис Владимирович**

К.м.н., доцент, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

*Аннотация.* Изучены изменения, происходящие в нормативно-правовом регулировании в сфере здравоохранения последнего двадцатилетия, рассмотрена история развития порядков и стандартов оказания медицинской помощи от чего на прямую зависит качество, доступность и безопасность медицинской помощи. Порядки оказания медицинской помощи являются широко распространенным документом, тем не менее, требуют проработки. В работе предоставлена информация, отражающая современное состояние порядков оказания медицинской помощи.

*Ключевые слова:* порядок оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, обязательное медицинское страхование.

**П**оказателями эффективности работы системы здравоохранения государства вне зависимости от модели построения и источника финансирования признаются доступность и качество медицинской помощи, а также затраты на ее оказание [17]. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ, медицинская помощь в Российской Федерации оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями с 1 января 2013 г. [1]. Порядки и стандарты являются основой для установления страхового обеспечения в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования (ОМС), что гарантирует равные качество и объем оказываемой медицинской помощи на всей территории государства [9].

Порядки и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и подлежат официальному опубликованию [8]. На сегодняшний день все стандарты оказания медицинской помощи утверждаются нормативно Приказом Министерства здравоохранения РФ. Порядки оказания медицинской помощи разрабатываются по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям

или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включают 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 [22].

Порядки оказания медицинской помощи в России на протяжении своей истории неоднократно подвергались экспериментированию. В результате становления советского законодательства о здравоохранении в период 1917–1925 гг. все медицинские учреждения России стали государственными, деятельность их была преимущественно направлена на профилактику и предупреждение заболеваний, медицинские услуги стали бесплатными, а частные медицинские учреждения были закрыты. При этом нормы, регулирующие порядок предоставления медицинских услуг, содержались в различных нормативных актах гражданского, уголовного и административного права. Советская пропаганда здорового образа жизни среди населения в сочетании с законодательно установленной ответственностью медиков за качество оказываемой ими медицинской помощи способствовали повышению

медицинской грамотности населения страны, а также профессионального уровня и социального статуса медицинских работников. В качестве примера можно назвать Постановление Пермского окружного исполнительного комитета Советов РК и КД № 12 от 12.06.1929 г., которым были утверждены «Правила о соблюдении санитарных мероприятий и об осуществлении санитарного надзора в Пермском округе» [19].

Законодательство, регламентировавшее порядок оказания медицинских услуг в период 1930–1969 гг. характеризовалось ведомственным нормативным регулированием медицинской деятельности, источники которого часто содержали специфические медицинские термины и были направлены на недопущение эпидемий и массовой гибели советских граждан в тылу во время Великой отечественной войны. Данные обстоятельства обусловлены сложной внешне политической ситуацией, связанной с ведением СССР массированных военных действий, приведших к большим человеческим жертвам, что негативно сказалось на демографической ситуации в государстве [7].

Законодательство о здравоохранении более позднего советского периода не внесло больших изменений в правовой статус медицинских учреждений, не ужесточило ответственность медицинских работников, лишь систематизировало существующую систему здравоохранения, более чётко регламентировало порядок администрирования деятельности медицинских работников в лечебных учреждениях и деятельности работников фармацевтической отрасли, а также регламентировало порядок обучения медицинским специальностям. Тем не менее законодательство в здравоохранении данного периода не отвечало требованиям общества и быстро потеряло свою актуальность, так как не предусматривало большинства новых методов диагностики, видов медицинской деятельности, о чём свидетельствует большое количество изменений, которые были внесены в Закон СССР от 19.12.1969 г. «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» в 1979 г., 1984 г. (дважды), 1985 г., 1987 г., 1990 г. (дважды) [7].

Более ошутимая кардинальная правовая трансформация отечественной системы здравоохранения связана с демократическими изменениями в российском обществе в 90-е гг. Смена государственного строя и переход на рыночную экономику неизбежно внесли изменения и в развитие здравоохранения [14]. Необходимость реформирования отраслей здравоохранения была продиктована насущной потребностью в законодательстве, его соответствии международным актам в области здравоохранения, учитывающим новые виды медицинской деятельности, такие как: репродуктивная

медицина, психиатрия, эвтаназия и альтернативная медицина; а также особенность правоотношений, связанных с реализацией прав граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья, с проблемами оказания медицинской помощи без согласия граждан [7].

В период 1987–1990 гг. проводился опыт по внедрению принципов хозяйственного расчета в учреждения здравоохранения, нового хозяйственного механизма (НХМ) в Самарской, Кемеровской областях и в Санкт-Петербурге. В ходе эксперимента главенствующая роль отводилась амбулаторно-поликлиническому звену, которое становилось ответственным за оказание всех видов помощи. Поликлиника выступала в роли фондодержателя, вступая в договорные отношения с больничными стационарами, консультативными центрами и другими ЛПУ, должна была оплачивать всю лечебную работу этих учреждений в отношении прикрепленного к ней населения. К сожалению, НХМ не мог существенно изменить к лучшему ресурсное обеспечение лечебно-профилактической помощи, ликвидировать пороки остаточного принципа финансирования здравоохранения и эксперимент тогда остался просто экспериментом [14].

Чуть позже, в 1990–1995 гг., проводился организационный эксперимент по поиску рациональных форм обеспечения населения медицинской помощью. В принятом Законе РФ от 28 июня 1991 г. №1499-1. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». В ст. 21 говорилось о лицензировании и аккредитации медицинских учреждений всех форм собственности. Двумя годами позже принимается закон об «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. №5487-1 в котором в ст. 15 так же идет речь о порядке и условиях выдачи лицензий предприятиям, учреждениям и организациям государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения. Уже на первых этапах становления государственной контрольно-разрешительной системы в стране (фактически с 1994 г.) проявились некоторые правовые коллизии, которые на десятилетие вперед предопределили трудноразрешимые проблемы ее формирования т.к. два федеральных законодательных акта («Закон» и «Основы») не согласованы между собой.

Реформы периода 1991–2001 гг. затронули все отрасли здравоохранения: вопросы медицинского страхования, экологии, предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, охраны материнства и детства, фармацевтики, иммунопрофилактической работы, физической культуры и спорта, психиатрии, санитарно-эпидемиологической деятельности и других [7]. В этот период произошли изменения в характере ответствен-

ности работающих в отрасли здравоохранения, что было в значительной мере связано с существенными изменениями социальной, экономической жизни российского общества. Это реформирование затронуло также и вопросы охраны здоровья населения, связанные с внедрением системы платной частной медицины, обязательной страховой медицины и разрешением целительства. Эти изменения были обусловлены, прежде всего, принципиальными различиями в правовых и морально-этических взаимоотношениях врача и больного в советскую и постсоветскую эпоху, особенно ставшие очевидными после 1993 г., когда были приняты «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» [1].

Наличие частной медицины потребовало от отечественного законодателя изменения правовой регламентации порядка оказания медицинских услуг как частными, так и государственными лечебными учреждениями и наложения ответственности на частнопрактикующих медицинских работников за качество оказываемых ими услуг. Для этой цели было издано множество законодательных актов, в числе: Гражданский кодекс РФ (часть вторая), предусматривающий порядок расчёта и процедуру взыскания возмещения вреда, причинённого жизни или здоровью гражданина; Уголовный кодекс РФ, где изложена ответственность за незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта (ст. 234), незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235), Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236); Закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», прописывающий дисциплинарную, административную и уголовную ответственность за несоблюдение санитарного законодательства РСФСР; Федеральный закон РФ «О лекарственных средствах», который регламентировал порядок обращения лекарств на территории России, порядок осуществления контроля за обращением лекарственных средств на территории нашей страны, а главное — ответственность производителей фармацевтической продукции за вред, нанесённый здоровью человека вследствие применения лекарственных некачественных средств и другие [7].

В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» 1997 года нашли свое отражение необходимость проведения коренной реформы в организации, управлении и деятельности системы лечебно-профилактической помощи населению страны. В качестве одной из приоритетных задач по реформированию отрасли было намечено развитие первичной медицинской помощи в стране, усиление первичного звена здравоохране-

ния. Концепция, в том числе, подразумевала мероприятия, связанные с изменением внутренней структуры амбулаторно-поликлинических учреждений по принципу врача общей практики — семейного врача, с внедрением стационарозамещающих технологий, созданием современной консультативно-диагностической службы. Дополнительно вопросы, изложенные в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки», были проработаны в «Основных направлениях государственного регулирования развития здравоохранения Российской Федерации на 2000–2010 годы». Диагностическая служба, созданная в соответствии с этими документами, представляла собой сеть принципиально новых учреждений, позволяющих обеспечить доступность к современным методам диагностики и лечения для населения, особенно на догоспитальном этапе [13].

Совершенно новым подходом к реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи населению стало внедрение врача общей практики (семейного врача), поскольку изменяло само существо лечебно-профилактической помощи населению — участковый принцип, доказавший свои очевидные преимущества, усиленный модернизацией понятия пациента, за который теперь принималась семья [26]. Внедрение и развитие стационарозамещающих форм улучшало использование коечного фонда стационаров, являлось эффективной формой медицинского обслуживания населения, способствовало сокращению сроков пребывания в стационаре, уменьшению коек восстановительного лечения, увеличению доступности восстановительного лечения для большого числа людей [3].

С дальнейшим развитием здравоохранения все более остро вставал вопрос об использовании внутренних ресурсов. В качестве одного из направлений было определено повышение эффективности использования ресурсов, в том числе, за счет структурной перестройки отрасли [23]. С целью совершенствования организационных аспектов оказания медицинской помощи населению крупного города, направленного на перераспределение объемов медицинской помощи из дорогостоящего стационарного сектора в амбулаторный на базе дальнейшего развития первичной медико-санитарной помощи, в г. Краснодаре была разработана организационная модель. В ее основе была заложена реструктуризация амбулаторной медицинской помощи с организацией на базе головных поликлиник округов межполиклинических центров, консультативно-диагностических, реабилитационных отделений и центров специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ); развитие сети дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, определение технологии взаимодействия между всеми

структурными подразделениями амбулаторной и стационарной служб и т.д. [21].

Однако реальной реформы здравоохранения в стране, в т.ч. первичного звена по оказанию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) не произошло. Подавляющее большинство муниципальных поликлиник продолжали оказывать ПМСП силами участкового терапевта, участкового педиатра, врача ОВП и с любой патологией, кроме ограниченного перечня распространенных внутренних болезней, все прикрепленное население вынуждено по-прежнему обращаться к узким специалистам. Врач общей практики (ВОП) еще не всегда соответствует уровню квалификации этих специалистов, редко принимает больных по разрешенным специальностям. Поэтому ПМСП, как ведущее звено отечественного здравоохранения, должна получить дальнейшее развитие и совершенствование. Она должна стать доступной и гарантированной государством бесплатно по важным социальным стандартам для каждого жителя, включать в себя: лечение наиболее распространенных болезней; травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение реабилитационных и других мероприятий, связанных с оказанием ПМСП гражданам по месту жительства. Являясь первым этапом непрерывного процесса охраны здоровья населения, ПМСП должна быть максимально приближена к месту жительства и работы людей, и ее организационной основой остается территориально-участковый принцип [18].

Решить эти задачи был призван принятый в 2005 г. Правительством РФ приоритетный национальный проект «Здоровье». С 2009 г. по инициативе Минздравсоцразвития России в сфере здравоохранения он был запущен в действие и затрагивал основные направления модернизации здравоохранения на период до 2009 года. Реализация происходила по 4 основным направлениям, одно из которых — развитие первичной медико-санитарной помощи, включая: повышение оплаты труда медицинских работников первичного звена здравоохранения, в частности врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов, участковых врачей-педиатров и медицинских сестер, работающих с ними; врачей, фельдшеров и медицинских сестер скорой медицинской помощи; фельдшеров, акушеров и медицинских сестер ФАП; оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений и станций скорой помощи современным оборудованием и автотранспортом; увеличение подготовки врачей на курсах повышения квалификации и переподготовки; усиление профилактической составляющей медицинской помощи: иммунизация населения и расширение Национального календаря профилактических прививок, вы-

явление и лечение инфицированных ВИЧ, гепатитами В и С; диспансеризация и углубленные медицинские осмотры населения, в том числе работающих во вредных и опасных условиях труда, диспансеризация детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; обследование новорожденных на галактоземию, муковисцидоз, фенил кетонурию, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз и проведение аудиологического скрининга [6].

Главные цели и задачи проекта «Здоровье», направлены на «снижение смертности, инвалидности, заболеваемости; повышение доступности для населения и качества медицинской помощи; развитие профилактической направленности здравоохранения; повышение роли участковой службы (врача общей (семейной) практики, участковых — терапевта, педиатра), создание условий для увеличения объема медицинской помощи на догоспитальном этапе; повышение удовлетворенности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи» [10]. Его реализация показала определенные положительные результаты. Однако основное внимание в большей степени было уделено закупкам дорогостоящего оборудования: вложения в развитие первичной медицинской помощи и профилактики — наиболее эффективные меры улучшения здоровья населения — составили всего 60% всех средств; вложения в решение ключевых проблем здравоохранения (увеличение оплаты труда медицинских работников и повышение их квалификации), от которых определяющим образом зависит эффективность системы здравоохранения, оказались малы [20].

В период реформ здравоохранения произошли коренные изменения и в сфере оказания высокозатратных видов медицинской помощи. При этом главные изменения были направлены на значительное (с 2006 года) увеличение финансирования данной системы из средств федерального бюджета и создание Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). После появления ВМП Минздравсоцразвития России в целях осуществления программы инициировало замещение затратного механизма финансирования федеральных специализированных медицинских учреждений (СМУ), механизмом финансирования, основанным на установлении государственного задания [2,10].

В настоящее время процесс структурно-функциональной реорганизации здравоохранения продолжается. В разных регионах происходят преобразования: внедрение одноканального финансирования, введение стандартов и новых методов оплаты медицинской помощи, создание новых организационно-правовых форм учреждений здравоохранения. Проводятся ис-

следования, направленные на обновление работы системы здравоохранения на основе увеличения амбулаторно-поликлинической помощи населению [15,24].

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. № 296, с целью повышения качества услуг в сфере здравоохранения, оперативного управления финансами (обеспечения финансирования стационарной помощи в соответствии с медико-экономическими стандартами (МЭС), а амбулаторно-поликлинической — с использованием подушевого норматива), с июля 2007 г. началась реализация в 19 субъектах Российской Федерации пилотного проекта [12]. В числе основных направлений модернизации — осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты других видов медицинской помощи (система фондодержания). Пилотный проект рассматривался как эксперимент, который позволил бы получить ответы на вопрос о направлениях преобразований в системе финансирования здравоохранения в масштабах всей страны, как способ выявления возникающих проблем. Это направление проекта реализуется в 11 регионах (Белгородской, Владимирской, Калужской, Тверской, Вологодской, Томской, Калининградской, Ленинградской областях, Хабаровском крае, Республике Чувашия, Татарстане). Амбулаторно-поликлинические учреждения этих регионов становятся держателями средств не только на собственную деятельность, но и на другие виды медицинской помощи, оказываемые прикрепленному населению. Для этого вводится подушевой принцип оплаты амбулаторной помощи. В состав норматива подушевого финансирования входят часть расходов на стационарную помощь, консультации специалистов и исследования в других медицинских учреждениях. За основу взят вариант частичного фондодержания, при котором поликлиника несет финансовые риски в ограниченных масштабах [6].

В большинстве субъектов РФ реализация пилотного проекта осуществлялась по отдельным направлениям, и только 5 территорий реализовывали проект по всех 5 направлениях. Размер финансирования проекта в регионах также был разным и оговаривался соглашением между Правительством РФ и субъекта. К примеру, в Белгородской области он составлял (50% на 50%) по 360 млн. рублей. Естественно, что итоги реализации проекта также разные. В этой связи можно констатировать, что одноканальное финансирование в пилотных территориях было осуществлено только там, где был достаточный объем финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), необходимых для оплаты всех затрат учреждения. В целом одноканальное финансирование не ухудшило финан-

совое положение лечебных учреждений. Однако оно позволило начать создавать реальные условия для конкуренции между производителями медицинских услуг разной форм собственности в первичном звене. Устанавливаемый подушевой норматив финансирования, включающий все затраты поликлинических учреждений, позволял практиковать взаиморасчеты между учреждениями. Переход на одноканальное финансирование также позволяет, при имеющейся самостоятельности руководителя, сложившуюся экономию средств по результатам торгов на поставку продукции, выполнение услуг направлять на более реальные нужды учреждения. Финансовые средства направлялись на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, на оснащение медицинским оборудованием, приобретение в более полном объеме лекарственных средств, а также на оплату труда медицинских работников за выполнение критериев качества медицинской помощи и достижение конечных результатов. Но, вместе с тем, выявлены и слабые стороны одноканального финансирования, в частности, в рамках действующего тарифа реализации территориальной программы ОМС затруднено приобретение дорогостоящего оборудования и проведение капитальных ремонтов. Затраты на капитальный ремонт и оборудование требуют формирования подушевого норматива в соответствии с фактическими расходами лечебного учреждения [18].

В 2008 г. вышел приказ Министерства здравоохранения и социального развития N410 н «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» в соответствии с которым предусматривались требования применительно к Порядкам оказания отдельных видов (по профилю) медицинской помощи и стандартом медицинской помощи при конкретных заболеваниях и состояниях. Таких как табель оснащенности медицинской организации и ее структурных подразделений, рекомендуемые штатные нормативы и порядок оказания медицинской помощи по профилю включая этапы ее оказания. Работа по уточнению и разработке федеральных стандартов велась профильными рабочими группами, созданными при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с Приказами Минздравсоцразвития РФ от 27.05.2009 N279. Это способствовал принятию первого «поколения» порядков и стандартов оказания медицинской помощи по разным профилям, которые в 2012 г. были заменены на второе «поколение» порядков оказания медицинской помощи общим количеством более 60 используемые до сих пор. Современные порядки оказания медицинской помощи тре-

буют серьезной проработки особенно это касается стационарной хирургической помощи в плане оснащения медицинской организации, оснащения структурных подразделений и оснащения операционных, требования к санитарным нормам практически не выполнимы для медицинских организаций построенных в период СССР, низкая кадровая обеспеченность, а так же использование новых медицинских технологий.

На сегодняшний день в Министерстве здравоохранения Российской Федерации ведется активная работа по разработке стандартов оказания медицинской помощи по различным нозологиям [9], формируется комплексная отрасль законодательства — здравоохранительное право. Российские медицинские учреждения представляют собой совокупность частных и государственных медицинских учреждений, которые оказывают медицинские услуги в рамках единого правового поля [7]. Принятый ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2013 г. изменил природу порядков и стандартов медицинской помощи, которые в настоящее время имеют обязательный характер применения [11]. На основе порядков и стандартов медицинской помощи, а с 1 января 2015 г. и клинических рекомендаций (протоколов лечения) формируются критерии оценки качества медицинской помощи (ст. 64 ФЗ-323). Применение порядков и стандартов до введения в действие ст. 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в России» носило необязательный характер, и медицинские работники имели возможность отступать от стандарта оказания медицинской помощи в интересах конкретного пациента. С 1 января 2013 г. такая возможность исчезла. А назначение лечения, не входящего в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии на основании п. 5. ст. 37 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [22].

В настоящий период порядки и стандарты медицинской помощи в России теперь утверждаются и подлежат официальному опубликованию, по своей природе являются жесткими, поскольку отступления от их предписаний не допускается, и являются обязательными для соблюдения медицинскими организациями на всей территории страны. Порядки и стандарты медицинской помощи не содержат правовых норм и являются техническими актами [5]. Всякое отступление от стандарта с 1 января 2013 г. расценивается как нарушение качества, а критерии качества оказания медицинской помощи сформированы на основе порядков и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинических

рекомендаций (протоколов лечения) по группам заболеваний (состояний) и вводятся в действие с 1 июля 2017 г. [16]. Эти критерии позволяют оценить качество медицинской помощи, оказанной пациенту в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара. По мнению ряда авторов усложнение процедуры применения порядков и стандартов медицинской помощи в интересах пациента будет негативно сказываться на медицинской практике: в конкретной практической ситуации у врача просто не будет возможности собрать комиссию врачей для того, чтобы отступить от конкретной схемы лечения, которая указана в стандарте, и избрать лечение, являющееся для данного пациента безопасным и эффективным [16,22]. Для защиты интересов пациентов и охраны их здоровья предлагается внести некоторые дополнения и п. 5 ст. 37 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» изложить в следующей редакции: «Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний по решению врача в интересах пациента» [22]. Среди проблем в системе оценки медицинской помощи — отсутствие объективности, которая следует из недостатков организации системы здравоохранения, а также отсутствие механизмов досудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом [16].

Порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения) призваны образовать единую систему, функция которой — обеспечение процесса оказания медицинской помощи на возможно качественном уровне в рамках определенных финансовых ресурсов. Развитие, усовершенствование системы стандартов оказания медицинской помощи отражено в Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года: «Одним из основных факторов создания системы качественной и доступной медицинской помощи является наличие единых для всей территории Российской Федерации ... стандартов оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и социально-значимых заболеваниях и патологических состояниях. Выполнение стандартов медицинской помощи должно быть гарантировано гражданам на всей территории Российской Федерации» [5].

Таким образом, становление порядков оказания медицинской помощи в России начиная с послереволюционного периода можно разделить на два основных этапа: 1) советский период (1917–1990 гг.), который характеризовался формированием жесткой административной системы государственного здравоохранения на терри-

тории всего государства, состоящей из различных государственных медицинских учреждений, частная медицинская практика была запрещена, ответственность медиков за качество оказываемых ими медицинских услуг была ужесточена вплоть до уголовной ответственности; 2) постсоветский период (с 1991 г. по настоящее время), отличающийся многообразием государственных и частных медицинских лечебных учреждений, действующих в рамках единого правового поля [7].

На современном этапе порядок оказания медицинской помощи определяет новые формы и методы развития и совершенствования, которые направлены на обеспечение равного доступа к качественным медицинским услугам всех жителей, повышение качества и продолжительности активной жизни населения (в том числе трудовых ресурсов), что является залогом устойчивого социально-экономического развития страны и каждого региона.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Акопов В. И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья. — Ростов на Дону, 2012. — 247с.
2. Воробьев П. А., Вялков А. И., Бальчешский В. В. Стандартизация в здравоохранении на современном этапе // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2007. — С. 3–9.
3. Горбунков В. Я. Организационно-экономическое обоснование стационарозамещающих форм хирургической помощи: автореф. дис. . . . д-ра мед. наук. — М., 2003. — 48с.
4. Государственная программа г. Москвы на среднесрочный период (2012–2016 гг.) «Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)», утвержденная Постановлением Правительства Москвы от 22.02.2012 г. № 64-ПП, от 28.05.2013 г. № 331-ПП.
5. Грачева А. С. Стандартизация медицинской помощи как часть системы управления качеством в здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. — 2010. — № 5. — С. 16–21.
6. Гриднев О. В. Обзор основных этапов организации амбулаторно-поликлинической помощи в России // Исследования и практика в медицине. — 2014. — № 1. — С. 84–88.
7. Куранов В. Г. Развитие медицинского законодательства в России в советский и современный период // Пермский медицинский журнал. — 2013. — Т. XXX. — № 6. — С. 133–139.
8. Об опубликовании национальных стандартов и общероссийских классификаторов технико-экономической и социальной информации: постановление Правительства РФ от 25 сент. 2003 г. № 594 // Собр. законодательства РФ. 2003. № 39. Ст. 3773.
9. Отчет Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2013 году и задачах на 2014 год». Available from: <http://www.rosminzdrav.ru> (accessed 16 August 2014).
10. Перхов В. И. История, реальность и перспективы обеспечения населения Российской Федерации бесплатной высокотехнологичной медицинской помощью. Часть 1. / Киреев С. А. Ахмедов Ш. Д. // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — № 1 (24). — С. 63–67.
11. Письмо Минздрава России от 30 апреля 2013 г. № 13–2/10/2–3113 «О применении стандартов и порядков оказания медицинской помощи». — Available from: <http://www.rosminzdrav.ru> (accessed 15 December 2014).
12. Постановление Правительства РФ от 19.05.2007 г. № 296 «Об утверждении финансирования в 2007 г. расходов на реализацию в субъектах РФ пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения и перечня субъектов РФ, участвующих в его реализации.
13. Проценский Б. М. Организационно-экономические механизмы совершенствования консультативно-диагностической помощи населению: автореф. дис. . . . канд. мед. наук. — М., 2004. — 24с.
14. Ройтман М. П., Линденбратен А. Л. От нового хозяйственного механизма в здравоохранении к обязательному медицинскому страхованию // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1996 г. — Т. 1. — стр. 30–36.4
15. Селезнева Е. В., Шейман И. М., Шишкин С. В. Содержание организационно-экономических инноваций и их соответствие задачам повышения эффективности использования ресурсов. — М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. — С. 11–40.
16. Старченко А. А., Тарасова О. В., Салдуева О. В., Гуженко М. Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи. — М., 2015. — 314с.
17. Степчук М. А., Пинкус Т. М., Абрамова С. В., Боженко Д. П. Доступность медицинской помощи на этапах ее оказания // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. — 2011. — № 16 (111). — Т. 15. — С. 9.
18. Степчук М. А., Пинкус Т. М., Боженко Д. П. Этапы развития первичной медико-санитарной помощи в России // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. — 2012. — № 10 (129). — Вып. 18/1. — С. 140–147.
19. Урланис Б. Ц. Рождаемость и продолжительность жизни в СССР. М.: Соцгиз 1963; 26.
20. Хальфин Р. А. Уроки приоритетного национального проекта «Здоровье» // Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. Стародубова В. И. Щепина О. П. — М., 2013.
21. Ханкоев И. М. Научное обоснование и разработка средств оптимизации системы медицинской помощи населению крупного города // Автореф. дис. . . . д-ра мед. наук. — М.: 2001 г. — стр. 48
22. Шевчук Е. П. Порядки и стандарты медицинской помощи как инструменты в оценке качества оказания медицинских услуг в России // Сибирский юридический вестник. — 2016. — № 4(75). — С. 89–94.

23. Щепин В. О. Структурно-функциональные преобразования в системе лечебно-профилактической помощи населению РФ // Бюлл. НИИ им. Н.А Семашко. Тематич. вып. — 2000 г. — стр.89–92
24. Щепин В.О., Миргородская О. В. Структурный анализ сети учреждений амбулаторно-поликлинической помощи в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены. Здравоохранения и истории медицины. — 2012 г. — Т. 6. — стр. 26–31.
25. Щепин О.П., Дмитриева Н. В., Коротких Р.В. Теоретические и организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи в России // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1996 г. — Т. 2. — стр. 3–11.
26. Щепин О.П., Овчаров В. К. Организационный и методический подход к работе врача общей практики (семейного врача [Журнал] // Семейная медицина. — 1998 г. — Т. 2. — стр. 2–7.

© Запевалин Павел Владимирович ( Med\_proekt@bk.ru ), Кицун Игорь Сергеевич, Таевский Борис Владимирович.  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»

