

ОСНОВЫ ОСТЕОПАТИИ

УЧЕБНИК ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ

Под редакцией Д.Е. Мохова

Рекомендовано Федеральным методическим центром
по остеопатии в качестве учебника для ординаторов



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	7
Список сокращений	9
Предисловие	11
Глава 1. История и философия остеопатии (Д.Е. Мохов, Н.А. Тарасов, В.В. Тарасова, Е.С. Трегубова, Ю.П. Потехина)	13
1.1. Мануальные практики лечения в истории человечества	14
1.2. Эндрю Тейлор Стилл — основатель остеопатии	15
1.3. Философия остеопатии Э.Т. Стилла	22
1.4. Вильям Гарнер Сатерленд и его вклад в остеопатию	27
1.5. Джон Мартин Литтлджон и его вклад в остеопатию	32
1.6. Гарольд Мэгун и его роль в развитии остеопатии	35
1.7. Окончательное признание остеопатии в США. Виола Фрайман	36
1.8. Джон Вернем и Британская школа остеопатии	36
1.9. Развитие остеопатии во Франции	37
1.10. Остеопатия в России	39
1.11. Основные направления развития остеопатии в XXI веке	41
Контрольные вопросы	46
Список литературы	47
Глава 2. Организация медицинской помощи населению по профилю «Остеопатия» в системе здравоохранения Российской Федерации (Е.С. Трегубова, И.А. Антекар)	50
2.1. Основы организации охраны здоровья граждан	50
2.2. Правовое регулирование охраны здоровья граждан Российской Федерации	54
2.3. Права граждан в рамках системы здравоохранения	58
2.4. Правовое регулирование деятельности и статуса медицинских работников	60
2.5. Организация медицинской помощи населению по профилю «Остеопатия»	62
2.6. Качество медицинской помощи	69
2.7. Врачебная этика и медицинская деонтология	79
2.7.1. Клятва Гиппократа	79
2.7.2. Клятва врача России	80
2.7.3. Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации	81
2.7.4. Международный кодекс медицинской этики	81
2.7.5. Деонтологический кодекс врача-osteопата	82
Контрольные вопросы	88
Список литературы	89
Глава 3. Физиологические и методологические основы и принципы остеопатии (Д.Е. Мохов, Ю.П. Потехина, Е.С. Трегубова)	90
3.1. Принципы остеопатии	90
3.2. Модели формирования соматических дисфункций	96
3.3. Система соединительной ткани	100
3.4. Классификация и уровни проявления соматических дисфункций	107

3.5. Место остеопатии в коррекции нарушений здоровья	117
Контрольные вопросы	122
Список литературы	123
Глава 4. Методология остеопатической диагностики (Д.Е. Мохов, В.О. Белаш) . . .	129
4.1. Порядок действий врача-osteопата на приеме	130
4.2. Общий остеопатический осмотр	139
4.2.1. Исходное положение пациента — стоя	139
4.2.2. Исходное положение пациента — сидя	148
4.2.3. Исходное положение пациента — лежа на спине	152
4.3. Заполнение медицинской документации врачом-osteопатом	168
4.3.1. Общие положения	168
4.3.2. Глобальные нарушения	171
4.3.3. Региональные нарушения	175
4.3.4. Нарушения локального уровня	179
4.3.5. Доминирующая соматическая дисфункция	180
4.4. Практические рекомендации	180
Контрольные вопросы	185
Список литературы	185
Глава 5. Остеопатическая пальпация и перцепция (И.А. Литвинов)	186
5.1. Терминология и классификация видов пальпации	186
5.1.1. Основные виды пальпации по задачам	187
5.1.2. Основные виды пальпации по топографическому принципу	189
5.1.3. Виды пальпации в зависимости от нейрофизиологического аспекта производимых действий	191
5.1.4. Виды пальпации по их техническому исполнению	193
5.1.5. Объем воздействия	211
5.1.6. Способы пальпаторного воздействия	212
5.2. Статичность и динамичность пальпации	217
5.3. Тканевой пальпаторный уровень	223
5.4. Фокус пальпации	227
5.5. Оценка нормы физиологии и морфологии тела пациента	230
5.5.1. Норма морфологии в пальпаторной практике	230
5.5.2. Норма физиологии в пальпаторной практике	235
5.6. «Подсадные утки» при пальпации	236
5.6.1. «Подсадные утки» в положении пациента лежа на животе	237
5.6.2. «Подсадные утки» в положении пациента лежа на спине	238
5.6.3. «Подсадные утки» в положении пациента лежа на боку (правом или левом)	240
5.6.4. «Подсадные утки» в функциональных тестах и биоритмы тела	241
5.6.5. Как избежать диагностических деформаций — «подсадных уток»	242
5.7. Гимнастика для пальпирующих пальцев	243
Контрольные вопросы	247
Список литературы	247
Глава 6. Принципы и подходы к коррекции соматических дисфункций (В.О. Белаш, Д.Е. Мохов, А.И. Литвинов)	249
6.1. Показания и противопоказания к остеопатической коррекции	249
6.2. Классификация остеопатических техник	250

6.3. Биомеханический подход	252
6.3.1. Артикуляционные техники	253
6.3.2. Миофасциальные мобилизационные техники	254
6.3.3. Общее остеопатическое лечение	256
6.3.4. Техники мышечных энергий	258
6.3.5. Траст	260
6.3.6. Прямой рекойл	260
6.3.7. Слаг	260
6.4. Функциональный подход	261
6.4.1. Фасциальные техники	263
6.4.2. Техники сбалансированного лигаментозного натяжения	268
6.4.3. Стрейн-контрстрейн	270
6.4.4. Позиционный релиз	271
6.4.5. Фасилитированный (облегченный) позиционный релиз	271
6.4.6. Непрямой рекойл	272
6.4.7. Техники Э.Т. Стилла	272
6.4.8. Нейролимфатическая рефлекторная терапия	273
6.4.9. Нейромышечная техника	274
6.5. Биодинамический подход	275
6.6. Заключение	277
Контрольные вопросы	278
Список литературы	278
Глава 7. Постуральные нарушения (А.С. Могельницкий, Д.Е. Мохов, Ю.П. Потехина)	280
7.1. Основные понятия	280
7.2. Анатомо-физиологическая характеристика сенсорных входов постуральной системы	281
7.3. Регуляция равновесия тела человека в онтогенезе	291
7.4. Нервная регуляция мышечного тонуса	294
7.5. Структуральная остеопатическая гравитарная концепция	300
7.5.1. Статическая и динамическая схемы тела	301
7.5.2. Визуальные критерии оптимальной статики опорно-двигательного аппарата	302
7.6. Типы нарушений постурального равновесия	306
7.7. Клиническое исследование постуральных нарушений	309
7.7.1. Постуральный опрос и анамнез	311
7.7.2. Гармония таза и стоп	313
7.7.3. Проба Уемуры	315
7.7.4. Шаговая (маршевая) проба Фукуды	315
7.7.5. Письменная проба Фукуды	316
7.7.6. Тест топтания на месте Фукуды—Унтербергера	316
7.7.7. Тест ротаторов Константинуеску—Отэ	318
7.7.8. Гармоничный и дисгармоничный постуральный синдром	320
7.7.9. Постуральный тест конвергенции глазных яблок	321
7.7.10. Постуральный тест Ромберга	322
7.7.11. Тест «больших пальцев»	323
7.8. Заключение	324
Контрольные вопросы	325
Список литературы	326

Глава 8. Психовисцеросоматические нарушения (А.В. Устинов, Ю.П. Потехина)	330
8.1. Используемые термины и классификации	330
8.2. Этиология и патогенез первично психоэмоциональных соматических нарушений	332
8.3. Эпидемиология первично психоэмоциональных соматических нарушений	337
8.4. Преддиспозиция	338
8.5. Психотравма	343
8.6. Компоненты и происхождение реакции индивидуума	346
8.7. Системный подход к формированию первично психоэмоциональных соматических нарушений	355
8.8. Диагностика первично психоэмоциональных соматических нарушений	357
8.9. Принципы остеопатической коррекции первично психоэмоциональных соматических нарушений	363
8.10. Работа с «эмоциональными мышцами»	363
8.11. Остеопатическая коррекция при различных первично психоэмоциональных соматических нарушениях	368
Контрольные вопросы	375
Список литературы	376
Словарь терминов и определений, используемых в остеопатии	379
Предметный указатель	395
Электронное приложение	
Фильм 1 «Организация работы остеопатической клиники» ¹	
Фильм 2 «Протокол клинического остеопатического обследования пациента» ²	

¹ Фильм «Организация работы остеопатической клиники» смотрите по ссылке:
<https://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970452929-EXT-001.html>



² Фильм «Протокол клинического остеопатического обследования пациента» смотрите по ссылке:
<https://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970452929-EXT-002.html>



Глава 2

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ОСТЕОПАТИЯ» В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Здравоохранение (англ. health care) — это система государственных и общественных мероприятий, направленных на предупреждение и лечение болезней, на изучение труда и быта населения, на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание продолжительности активной здоровой жизни и предоставление медицинской помощи при ухудшении здоровья.

Медицина — система научных знаний и практической деятельности, целью которой являются укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека. Понятие «здравоохранение» входит в понятие «медицина» как ее социальная функция.

Охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Таким образом, здравоохранение — понятие несколько более узкое, чем «охрана здоровья» (поскольку не все виды деятельности, направленные на улучшение здоровья населения, зависят от медицинской и/или здравоохранительной деятельности).

Здравоохранение относится и к производственной сфере, так как производятся не только медицинские услуги как промежуточный продукт, производится здоровье населения РФ, формируется качество человеческого потенциала, здоровье нации. Здоровье обладает определенной стоимостью вследствие того, что на его восстановление, сохранение и поддержание затрачиваются не только материальные, но и временные, финансовые, информационные и многие другие ресурсы. Таким образом, здоровье является категорией экономической.

Мероприятия в области здравоохранения осуществляются организациями системы здравоохранения. Под системой здравоохранения понимают систему организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйственных субъектов (вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы), деятельность которых направлена на сохранение и укрепление здоровья граждан, оказание медицинской и лекарственной помощи, проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

В основе организационной структуры медицинской помощи населению РФ лежит нормативная правовая база, в которой на законодательном уровне закреплены структурные элементы системы здравоохранения РФ, классифицированные по одному из ключевых признаков (рис. 2.1).

Разделение медицинских организаций, основанное на форме собственности, предполагает наличие общих источников финансирования, управления и контроля медицинской деятельности. Деятельность всех организаций системы здравоохранения (независимо от формы собственности) регулируется едиными нормативными правовыми актами, стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и морально-этическими нормами. Медицинские организации с частной формой собственности наравне с другими участвуют в формировании рынка медицинских услуг, а также в реализации государственной политики, направленной на обеспечение населения квалифицированной медицинской помощью.

Оказание медицинской помощи и поддержание здоровья в России традиционно финансируются из различных источников. Медицинские услуги условно разделяются на бесплатные (реализуются за счет средств бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования и других поступлений) и платные (оказываются за счет средств физических и юридических лиц, а также оплачиваются из других источников).

Источники финансирования учреждений здравоохранения разделяются на внешние и внутренние.

Внешние источники:

- ▶ средства федерального, регионального и муниципального бюджета;
- ▶ средства обязательного медицинского страхования (ОМС);
- ▶ средства добровольного медицинского страхования (ДМС);
- ▶ средства целевых фондов, направляемые на охрану здоровья;
- ▶ средства государственных внебюджетных целевых фондов;
- ▶ добровольные взносы и пожертвования физических и юридических лиц;
- ▶ кредиты, ссуды, лизинг.

Внутренние источники:

- ▶ доходы от осуществления предпринимательской деятельности лечебно-профилактических учреждений;
- ▶ экономия внутренних финансовых средств лечебно-профилактических учреждений;
- ▶ доходы от аренды помещений лечебно-профилактических учреждений.

Деятельность здравоохранения приносит экономический эффект, который может быть прямым или косвенным и проявляется в росте

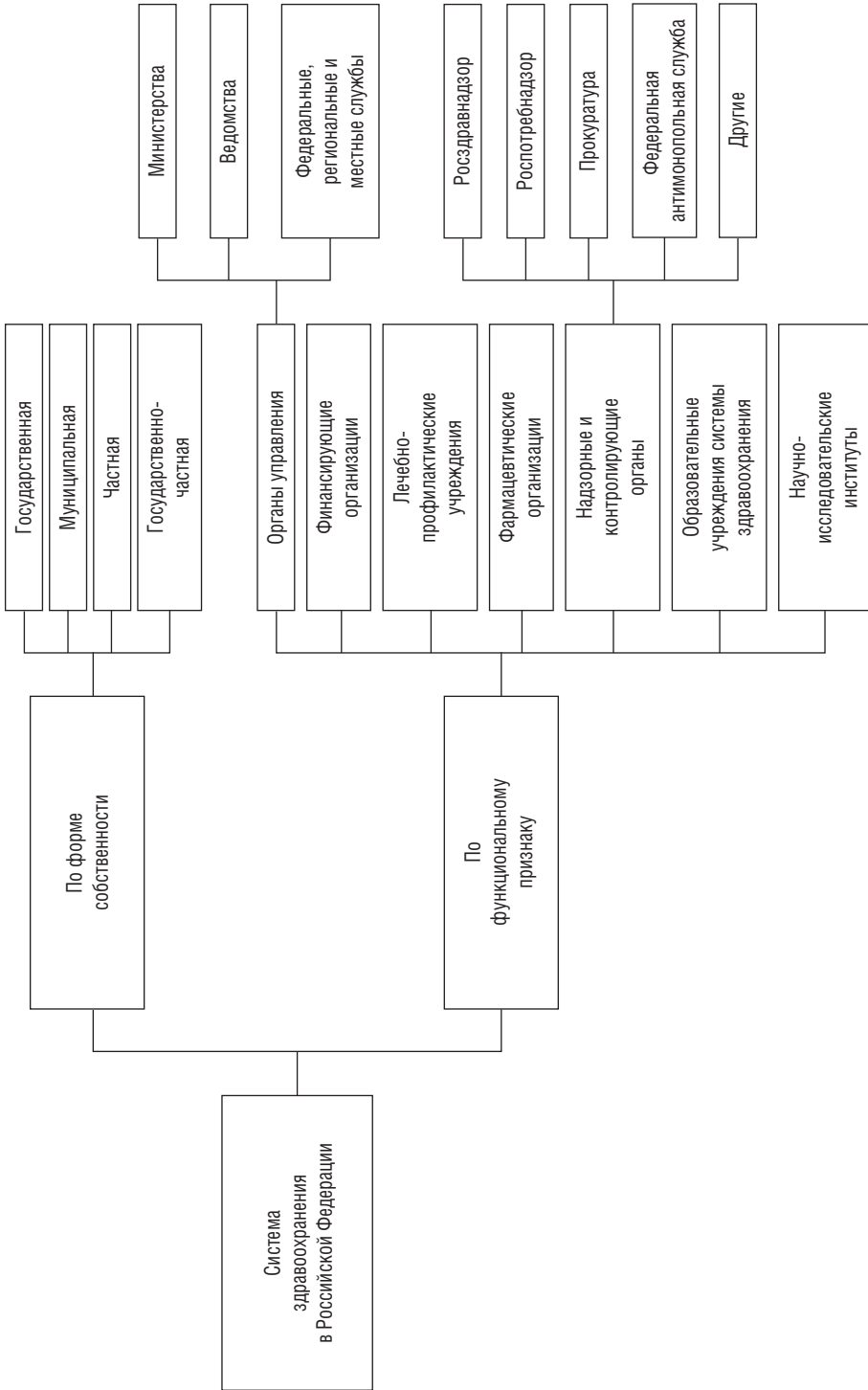


Рис. 2.1. Структура системы здравоохранения Российской Федерации

производительности труда, расширению и развитию производства и росте национального дохода.

Необходимо различать понятия «эффект» и «эффективность», которые тесно связаны между собой.

Эффект в здравоохранении характеризует медицинские, социальные и экономические результаты метода, вмешательства, мероприятия.

Эффективность — это понятие более широкое, которое характеризует эффект и показывает, как использовались материальные, трудовые и финансовые ресурсы при данном методе, вмешательстве, мероприятии. Различают медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

Под *медицинской эффективностью* понимается качественная и количественная характеристика степени достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Термин «медицинская эффективность» широко применяется при изучении лечебно-диагностических процессов, профилактики заболеваний, организации и проведении медицинских мероприятий. Она может выражаться через различные показатели качества и эффективности деятельности медицинских учреждений (сокращение средних сроков диагностики, средней длительности заболевания, пребывания больного в стационаре). О медицинской эффективности свидетельствуют и повышение процента благоприятных исходов заболеваний, снижение уровня инвалидизации и летальности, оптимальное использование коечного фонда, медицинского оборудования, трудовых и финансовых ресурсов.

Социальная эффективность по содержанию очень близка к медицинской эффективности. Вместе с тем если медицинская эффективность измеряется результатом непосредственного медицинского вмешательства, показателями улучшения здоровья трудящихся от начала заболевания до полного выздоровления с восстановлением трудоспособности, то социальная эффективность здравоохранения характеризуется улучшением здоровья населения, снижением заболеваемости, преждевременной смертности, изменением демографических показателей, всевозрастающим удовлетворением населения медицинской помощью и санитарно-эпидемиологическим обслуживанием, то есть имеет опосредованный результат.

Социальная эффективность заключается в предотвращении ряда заболеваний, в росте качества медицинского обслуживания в результате проведения медицинских и социальных мероприятий.

Экономическая эффективность характеризует прямой и косвенный (опосредованный) вклад, вносимый здравоохранением в рост производительности труда, увеличение национального дохода, развитие производства, и создает следующие виды экономических выгод для государства: снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смертности, уменьшение затрат на медицинскую помощь.

Экономическая эффективность в здравоохранении не может быть определяющим критерием, главным является медицинская и социальная эффективность мероприятий по охране здоровья. Часто медицинская эффективность является доминирующей, требующей значительных затрат, отдача от которых может иметь место в отдаленном будущем или вовсе исключается.

Экономическая эффективность здравоохранения обозначает рациональное использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов для решения вопросов, связанных с охраной здоровья населения.

Для определения экономической эффективности здравоохранения используют экономический анализ, который заключается в сопоставлении затрат и полученного эффекта.

Ключевые показатели эффективности медицинской помощи являются критериями оценки социальной и экономической значимости системы здравоохранения. Эффективность системы здравоохранения влияет на укрепление и сохранение здоровья нации и в конечном итоге находит выражение в увеличении валового внутреннего продукта за счет повышения здоровья населения и повышения производительности труда.

2.2. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Основным законом РФ, в соответствии с которым формируется вся нормативная правовая база здравоохранения, служит принятая в 1993 г. Конституция Российской Федерации. В частности, ст. 41 документа устанавливает право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Статья 41

1. 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.
2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.
3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Основополагающим нормативным правовым актом для врачей-остеопатов, как и для всех медицинских работников, является Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ-323), который определяет основные понятия, а также полностью отражает процессы функционирования и регулирования системы здравоохранения РФ, начиная от основных принципов охраны здоровья, включая права и обязанности медицинских работников, ответственность за причинение вреда здоровью.

Основные понятия системы здравоохранения (ст. 2 ФЗ-323):

- 1) **здоровье** — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

- 2) **охрана здоровья граждан** — система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;
- 3) **медицинская помощь** — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и/или восстановление здоровья и включающих предоставление медицинских услуг;
- 4) **медицинская услуга** — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
- 5) **медицинское вмешательство** — выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и/или медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
- 6) **профилактика** — комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и/или распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- 7) **диагностика** — комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и/или контроля осуществления этих мероприятий;
- 8) **лечение** — комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;
- 9) **пациент** — физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;
- 10) **медицинская деятельность** — профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз,

- медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и/или тканей, обращением донорской крови и/или ее компонентов в медицинских целях;
- 11) **медицинская организация** — юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;
 - 12) **фармацевтическая организация** — юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). В целях настоящего Федерального закона к фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность;
 - 13) **медицинский работник** — физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность;
 - 14) **фармацевтический работник** — физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и/или розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозка;
 - 15) **лечащий врач** — врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения;
 - 16) **заболевание** — возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
 - 17) **состояние** — изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и/или физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;

- 18) **основное заболевание** — заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;
- 19) **сопутствующее заболевание** — заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;
- 20) **тяжесть заболевания или состояния** — критерий, определяющий степень поражения органов и/или систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;
- 21) **качество медицинской помощи** — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи (ст. 32 ФЗ-323).

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

Формами оказания медицинской помощи являются:

- 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;
- 3) плановая — медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при 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.

Согласно ст. 37 ФЗ-323 медицинская помощь в Российской Федерации организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Законом также установлены полномочия органов государственной и муниципальной власти и определены основные направления деятельности системы здравоохранения по охране здоровья населения.

В соответствии с Конституцией и ФЗ-323 отдельные виды медицинской деятельности и их аспекты регулируются другими нормативными правовыми актами — федеральными законами, постановлениями Правительства, приказами органов исполнительной власти. Отдельные приоритетные направления деятельности системы здравоохранения регулируются указами Президента РФ. Так, например, Указом Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» предусмотрено введение комплекса дополнительных мер для увеличения продолжительности жизни, сохранения и укрепления здоровья граждан РФ.

Необходимо иметь в виду, что многие вопросы осуществления медицинской деятельности регулируются различными разделами права, начиная от трудового и заканчивая уголовным.

2.3. ПРАВА ГРАЖДАН В РАМКАХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Согласно ФЗ-323 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 услуг и иных услуг, в том

числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. Медицинская помощь может оказываться медицинскими работниками учреждений всех видов собственности, входящих в систему здравоохранения РФ.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обеспечивает определенный объем бесплатной медицинской помощи.

Дополнительные медицинские и иные услуги осуществляются на основе программ добровольного медицинского страхования (ДМС), за счет личных средств и из средств предприятий, а также иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

При обращении за медицинской помощью и в процессе ее получения пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 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 и/или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Согласно ст. 20 ФЗ-323 необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия 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 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.

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2.4. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СТАТУСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Статья 69 ФЗ-323 определяет, что право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Аккредитация специалиста — процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское либо фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего и высшего медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской деятельностью и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласно ст. 72 ФЗ-323 медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

- 1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
- 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
- 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Россий-

- ской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
- 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
 - 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
 - 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
 - 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.

Статья 73 ФЗ-323 определяет обязанности медицинских работников. Медицинские работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии. Медицинские работники обязаны:

- 1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;
- 2) соблюдать врачебную тайну;
- 3) совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 4) назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 5) сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, предусмотренную частью 3 статьи 64 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и частью 3 статьи 96 настоящего Федерального закона.

Противоправные действия (бездействия) врача предполагают наступление юридической ответственности:

- ▶ публичной (административной и уголовной) — перед обществом и государством;
- ▶ частной (гражданско-правовой) — при нарушении субъективных прав другого лица.

Нанесение вреда в процессе оказания медицинской помощи предполагает гражданско-правовую ответственность.

Примером административной ответственности может служить юридическая ответственность, возникающая вследствие выдачи ложных экспертных заключений, отказа в выдаче информации о состоянии здоровья, нарушения санитарно-гигиенических норм и правил и др.

Говоря об уголовной ответственности, необходимо отметить, что наиболее частыми являются случаи неоказания медицинской помощи, нарушения прав

пациента, незаконного занятия медицинской деятельностью, совершенные умышленно или по неосторожности.

2.5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ОСТЕОПАТИЯ»

Государственное регулирование остеопатии началось в 2012 году и к настоящему времени охватывает практически все основные аспекты оказания населению РФ медицинской помощи по профилю «Остеопатия»: помимо вышеуказанных нормативных правовых документов, врач-osteopat в своей работе руководствуется перечисленными ниже постановлениями Правительства РФ и приказами органов исполнительной власти.

- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
- ▶ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2013 № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.05.2014 № 236 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. № 444 “О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации”».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2014 № 959 «О списке главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.07.2015 № 481н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности “Остеопатия”».
- ▶ Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 28.09.2018 № 655н «Об утверждении примерной дополнительной профессиональной программы по специальности “Остеопатия”».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”».
- ▶ Постановление Правительства Российской Федерации от 08.12.2016 № 1327 «О внесении изменений в приложение к Положению о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”»).

- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2016 № 157 «О федеральном методическом центре по остеопатии».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».
- ▶ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 10.04.2017 № 320 «О внесении изменений в перечни специальностей и направлений подготовки высшего образования».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.2017 № 325н «О внесении изменений в Требования к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и/или тканей, обращении донорской крови и/или ее компонентов в медицинских целях, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 г. № 121н».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.06.2017 № 328н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 № 1043 «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 898н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. № 1043н».
- ▶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.01.2018 № 21н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “Остеопатия”».

Право на занятие медицинской практикой по профилю «Остеопатия» (как в медицинских организациях разных форм собственности, так и частной

Таблица 2.1. Специальность «Остеопатия»

Уровень профессионального образования	Высшее образование — специалитет одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология»
Подготовка в ординатуре по специальности «Остеопатия»	
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности «Остеопатия» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «Акушерство и гинекология», «Аллергология-иммунология», «Анестезиология-реаниматология», «Гериатрия», «Гастроэнтерология», «Гематология», «Дерматовенерология», «Детская кардиология», «Детская онкология», «Детская урология-андрология», «Детская хирургия», «Детская эндокринология», «Диетология», «Инфекционные болезни», «Кардиология», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Мануальная терапия», «Неврология», «Нейрохирургия», «Неонатология», «Нефрология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Педиатрия», «Пластическая хирургия», «Профпатология», «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия», «Пульмонология», «Ревматология», «Рефлексотерапия», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Скорая медицинская помощь», «Терапия», «Торакальная хирургия», «Травматология и ортопедия», «Трансфузиология», «Урология», «Фтизиатрия», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия», «Эндокринология», «Эндоскопия»
Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности	
Должности	Врач-остеопат, заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и др.) медицинской организации — врач-остеопат

практикой) имеют лица, соответствующие квалификационным требованиям к врачу-остеопату, профессиональному стандарту «Врач-остеопат» (табл. 2.1).

Квалификационные требования к врачам-остеопатам сформулированы в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации № 707н, дополнения внесены приказом от 15.06.2017 № 328н.

Согласно действующему законодательству в Российской Федерации врачом-остеопатом может быть только специалист, имеющий высшее медицинское образование. В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» подготовка врачей-специалистов осуществляется путем реализации образовательных программ высшего образования и дополнительных профессиональных программ (ст. 82, п. 1); ординатура является уровнем высшего образования. Подготовка врачей-остеопатов осуществляется в ординатуре и на длительных циклах профессиональной переподготовки, которые смогут проводить только лицензированные образовательные организации на основании примерных программ, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации (ст. 82, п. 3).

В 2017 г. Министерство образования и науки Российской Федерации утвердило введение специалитета по остеопатии в медицинских вузах — остеопатия вошла в число базовых медицинских специальностей наряду с лечебным делом, педиатрией и стоматологией. Приказом Министерства образования и

науки Российской Федерации от 10.04.2017 № 320 «О внесении изменений в перечни специальностей и направлений подготовки высшего образования» был дополнен перечень специальностей высшего образования — специалитета по УГС «Здравоохранение и медицинские науки» направление 31.00.00 «Клиническая медицина» еще одной специальностью — 31.05.04 «Остеопатия».

Таким образом, в соответствии с рекомендациями ВОЗ в Российской Федерации принята двухвариантная модель подготовки врачей-остеопатов (в отличие от других медицинских специальностей, для которых основным способом получения необходимой квалификации является подготовка в ординатуре):

- 1) обучение по программе высшего образования (уровень специалитета) по специальности 32.05.04 «Остеопатия»;
- 2) обучение по программе высшего образования — подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) либо по программе дополнительного профессионального образования — профессиональной переподготовки по специальности «Остеопатия».

Наиболее перспективным вариантом подготовки квалифицированных врачей-остеопатов является пятилетнее обучение непосредственно после школьной скамьи в рамках специалитета. Это та форма, которая позволит студентам глубже погрузиться в специальность, больше времени уделять отработке практических навыков, которые так необходимы для врача-остеопата и требуют значительного времени. Кроме того, такая подготовка является экономически более выгодной за счет уменьшения сроков подготовки специалистов. При этом сохраняется возможность получения квалификации «врач-остеопат» и врачами, закончившими специалитет по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология». Независимо от формы получения образования врач-остеопат будет иметь право оказывать медицинскую помощь по профилю «Остеопатия».

Для оценки соответствия профессиональному стандарту вводится процедура аккредитации. Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 898н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 г. № 1043н» с 1 января 2020 г. первичную специализированную аккредитацию должны проходить все выпускники программ ординатуры и программ профессиональной переподготовки.

Врач-остеопат может оказывать медицинскую помощь населению по профилю «Остеопатия» в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по остеопатии.

Медицинская помощь по профилю «Остеопатия» определяется как совокупность диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, проводимых пациентам с соматическими дисфункциями (обратимыми структурно-функциональными нарушениями соединительной ткани), которые могут как выступать в виде самостоятельной нозологической формы, так и сопровождать острые и хронические заболевания терапевтического,

неврологического, педиатрического, стоматологического профиля (за исключением острой хирургической патологии), травматические повреждения.

Медицинская помощь по профилю «Остеопатия» оказывается в виде первичной медико-санитарной помощи, специализированной (за исключением высокотехнологической) медицинской помощи и медицинской помощи при санаторно-курортном лечении в следующих условиях:

- ▶ амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- ▶ в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного наблюдения и лечения);
- ▶ стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы медицинской помощи по профилю «Остеопатия»:

- ▶ плановая;
- ▶ неотложная.

Плановая помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при 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.

Неотложная помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, не требующих экстренной медицинской помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-остеопатом по медицинским показаниям при самостоятельном обращении пациента либо по направлению врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача мануальной терапии, фельдшера. Для обеспечения принципа преемственности при направлении к врачу-остеопату пациенту предоставляется выписка из медицинской документации пациента, заверенная подписью лечащего врача и подписью руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10), сведения о состоянии здоровья пациента, проведенных диагностике и лечении и подтверждающая необходимость оказания медицинской помощи по профилю «Остеопатия». К выписке из медицинской документации пациента прилагаются результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие установленный диагноз.

Если требуется дополнительное обследование пациента, врач-остеопат рекомендует его проведение (с указанием необходимого объема дополнительного обследования).

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и при наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказыва-

ющую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

При наличии медицинских показаний пациент направляется для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Медицинская услуга по профилю «Остеопатия» может быть простой (неделимой) или комплексной (совокупность простых услуг, отражающих технологический процесс оказания остеопатической помощи при определенной соматической дисфункции), что нашло отражение в номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Как правило, остеопатическая медицинская услуга является комплексом медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также медицинскую реабилитацию, и имеет самостоятельное законченное значение.

Номенклатура медицинских услуг необходима для системы классификации и кодирования в здравоохранении; для обеспечения взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи; для разработки стандартов оказания медицинской помощи, критериев и методологии оценки лечебно-диагностических возможностей медицинских учреждений и доступности медицинской помощи.

Именно номенклатура услуг позволяет решить вопрос о тотальной подмене понятий, когда одна и та же медицинская услуга разными клиниками называется по-разному для того, чтобы создать продукту конкурентное преимущество, выделить его в ряду подобных. Предлагая пациенту услугу, клиники должны назвать ее так, как она числится в номенклатуре, для того чтобы не вводить потребителя в заблуждение. Также название должно быть написано и в договоре об оказании платных услуг, чтобы можно было оценить суть оказанных услуг, рыночную стоимость и себестоимость оказания медицинских услуг.

Система ведения медицинской документации в медицинских организациях должна обеспечивать прочную и логическую связь между:

- ▶ номенклатурой услуг и номенклатурой специалистов;
- ▶ правилами заполнения медицинских карт пациента и наименованиями услуг;
- ▶ документами о страховой ответственности за качество медицинской услуги и актами судебно-медицинских экспертиз;
- ▶ стандартами оказания медицинской помощи и договорами платных услуг;
- ▶ информированными согласиями и, опять же, номенклатурой услуг.

Индивидуальный персонифицированный подход к пациенту, отличающий оказание медицинской помощи по профилю «Остеопатия», не исключает выполнения единых диагностических алгоритмов и предполагает выбор тактики остеопатической коррекции, основанной на остеопатическом статусе пациента и выявленной доминирующей соматической дисфункции (osteопатическое заключение в медицинской документации — бланке осмотра врача-osteопата).

Индивидуализация остеопатических услуг определяется не только остеопатическим статусом конкретного пациента, но и его возрастными и анатомо-

физиологическими особенностями (новорожденные и дети первого года жизни, дети, лица преклонного возраста, беременные), физическим и эмоциональным состоянием врача-osteопата и пациента в момент получения услуги. В ряде случаев индивидуальный подход к пациенту снижает предсказуемость результатов, но повышает качество остеопатической услуги.

Оценка результатов медицинских услуг по остеопатии не всегда однозначна. Остеопатическая диагностика позволяет выявить нарушение функционального состояния еще на этапе предболезни, или на ее ранней, доклинической стадии. В ряде случаев это предполагает проведение дополнительных углубленных методов диагностики, в том числе лабораторной и инструментальной. В результате диагностических мероприятий могут быть выявлены различные заболевания, и их выявление не всегда будет пациентом оцениваться положительно. В то же время ранняя диагностика заболеваний позволяет провести терапию еще на доклинической стадии, что значительно повышает прогноз положительного исхода для пациента.

Доказанным фактом является феномен отсроченного терапевтического эффекта, который наблюдается в течение 72 ч после оказания остеопатической помощи. Терапевтический эффект после сеанса в 20–30% случаев пациентами не расценивается как положительный. В то же время по истечении 72 ч после терапии механизмы самокоррекции и восстановления, запущенные во время остеопатического сеанса, значительно улучшают состояние пациента, вплоть до полного исчезновения клинической симптоматики.

Сотрудничество врача-osteопата и пациента в процессе оказания медицинских услуг по остеопатии значительно влияет на субъективную составляющую оценки качества самой услуги.

Таким образом, можно сказать, что специфическими особенностями медицинских услуг по профилю «Остеопатия» является их:

- ▶ перцептивный «диалог с телом» и высокая эффективность пальпаторной диагностики;
- ▶ персонифицированность;
- ▶ целостность и комплексность;
- ▶ неосязаемость до момента получения;
- ▶ субъективность оценки результата;
- ▶ зависимость от взаимодействия с пациентом.

Оказание медицинской помощи по профилю «Остеопатия» — это сегмент общего рынка медицинских товаров и услуг, предоставляющий специализированные остеопатические услуги для восстановления, сохранения и улучшения здоровья граждан. В условиях выраженной ценовой конкуренции на медицинские услуги по остеопатии при отсутствии сформированного рынка таких услуг конкурентные преимущества обеспечивают профессиональные компетенции врача-osteопата и уровень персонифицированной заботы о пациенте. Эти факторы и являются определяющими в процессе выбора врача-osteопата. Они же влияют на выбор маркетинговой стратегии продвижения остеопатических услуг, а анализ спроса и предложения, ценовая политика являются дополняющими инструментами в этой работе.

В условиях рыночной экономики медицинские услуги по остеопатии подчиняются существующим законам рынка и при этом должны гарантировать не только возможность получения медицинских остеопатических услуг, но и их необходимый объем и качество, безопасность и результативность.

Фильм по организации работы остеопатической клиники смотрите на электронном ресурсе¹.

2.6. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Качество медицинской помощи — ключевое понятие, являющееся индикатором соблюдения прав человека в сфере здравоохранения, гарантированных Конституцией Российской Федерации. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации № 294, предусматривает внедрение системы управления качеством медицинской помощи на период с 2015 по 2016 г. — 90%, а в последующий период — в 95% медицинских учреждений.

Статья 2 ФЗ-323 определяет качество медицинской помощи как совокупность характеристик, отражающих:

- 1) своевременность оказания медицинской помощи;
- 2) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
- 3) степень достижения запланированного результата.

Качество медицинской помощи — это соответствие оказанной медицинской помощи пациентам ожиданиям пациентов, современному уровню медицинской науки, медицинским технологиям, стандартам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям.

10 мая 2017 г. был подписан приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 203н, в котором конкретизированы критерии оценки качества медицинской помощи, которые применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации 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 по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

Качество деятельности медицинского учреждения характеризует ряд критериев:

- ▶ качество и безопасность медицинских услуг;
- ▶ доступность;

¹ Фильм «Организация работы остеопатической клиники» смотрите по ссылке:

<https://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970452929-EXT-001.html>



- ▶ своевременное оказание помощи;
- ▶ преемственность;
- ▶ непрерывность;
- ▶ результативность;
- ▶ удовлетворенность пациентов;
- ▶ научно-техническое оснащение;
- ▶ экономичность и многие другие.

Важнейшим событием стало введение следующих критериев оценки качества лечения, в том числе по степени достижения запланированного результата:

- ▶ формулирование прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией, то есть фактически формулирование планируемого результата оказания медицинской помощи;
- ▶ отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимым лечением;
- ▶ отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода вмешательства или ошибок в процессе его выполнения;
- ▶ отсутствие внутрибольничной инфекции;
- ▶ отсутствие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Значимость вышеуказанных критериев заключается в их радикальности: возникновение любого прогнозируемого осложнения, связанного с проводимым лечением, расценивается как отсутствие надлежащего качества оказанной медицинской помощи, то есть дефект медицинской помощи.

Кроме того, введены критерии оценки качества медицинской помощи, связанные с обязательностью оценки индивидуальности пациента, которая является основанием для возникновения ответственности при игнорировании или невыявлении врачом особенностей организма пациента.

Контроль качества представляет собой систему мер оперативного характера, которые позволяют оценивать уровень выполнения основных требований к качеству медицинской помощи.

Формами контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются государственный контроль, ведомственный контроль и внутренний контроль. Трехуровневая система контроля качества и безопасности медицинской деятельности не означает дублирования функций, а устанавливает зоны ответственности органов управления и медицинских организаций.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

- ▶ соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- ▶ определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- ▶ соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

- ▶ создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- ▶ создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

Безопасность медицинской помощи обеспечивается предупреждением/снижением медицинского риска. С учетом исключительно профессионального характера медицинской деятельности обоснованный медицинский риск имеет следующие характеристики:

- ▶ в рамках медицинской деятельности высока вероятность причинения вреда жизни или здоровью, так как используются объекты, средства, устройства, методы, манипуляции, технологии, обладающие вредоносными свойствами и не полностью подконтрольные специалисту;
- ▶ рискующий медицинский специалист действует в рамках стандартных процедур и порядков предоставления различных видов медицинской помощи или в соответствии с правилами, согласно которым осуществляют услуги;
- ▶ медицинские работники, допускаящие риск, предпринимают меры по предотвращению и снижению вреда в том объеме, который достаточен в рамках требований, установленных порядками, клиническими рекомендациями, стандартами, санитарными правилами и нормами и иными документами, регулирующими оказание медицинской помощи;
- ▶ эффект от оказания медицинской помощи (услуги) может не соответствовать ожидаемому, запланированному результату;
- ▶ за вред жизни или здоровью, причиненный в ходе осуществления медицинской деятельности, предусмотрены уголовные санкции.

Государственный контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется Росздравнадзором и Роспотребнадзором в отношении организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (в том числе по профилю «Остеопатия» с момента начала ее лицензирования), проверки осуществляются не чаще одного раза в год, а в отношении объектов, на которых оказывается стационарная, санаторно-курортная, скорая медицинская помощь, не чаще одного раза в два года.

Для обеспечения качества и безопасности медицинских услуг проводятся экспертиза и контроль качества медицинской помощи.

Экспертизу качества медицинской помощи (ЭКМП) проводят аттестованные эксперты в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе путем оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов и методик профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Согласно действующему законодательству ЭКМП осуществляется:

- ▶ в рамках программ ОМС — в соответствии с законодательством об ОМС;
- ▶ в случаях медицинской помощи, оказываемой вне рамок ОМС, — в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- ▶ в рамках государственного контроля (надзора).

ЭКМП проводят путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание медицинской помощи, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

При организации системы обеспечения качества и безопасности медицинской помощи проводится также внутренний контроль качества медицинской помощи (ВКМП), целью которого является обеспечение прав пациентов на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в медицинских организациях. ВКМП представляет собой систему мероприятий, позволяющих, с одной стороны, обеспечить соблюдение требований законодательства в сфере здравоохранения, а с другой — оценивать деятельность медицинских работников. При этом руководитель медицинской организации обязан установить непосредственный порядок организации и функционирования данной системы.

Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности представляют собой отдельную функцию врачебной комиссии медицинской организации, которая в рамках своих полномочий оценивает другие функции медицинской организации, имеющие прямое отношение к качеству:

- ▶ принятие решения по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;
- ▶ оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий;
- ▶ соблюдение в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;
- ▶ соблюдение исполнения обязательных требований (порядков оказания и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций);
- ▶ разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов.

Для проведения внутреннего контроля необходимо организовать прежде всего мониторинг процесса оказания медицинской помощи и системное оформление его результатов. Мониторинг деятельности по ВКМП — аналитическая система слежения за деятельностью по непрерывному улучшению качества медицинской помощи, составляющими которого являются перманентное наблюдение, анализ, оценка и прогнозирование результатов. Для эффективной организации мониторинга выделяются «критические точки». Этими точками являются сбор жалоб и анамнеза, оформление и обоснование диагноза, описание плана лечения и достигнутых результатов, которые должны соответствовать стандартам, правилам и порядкам, клиническим протоколам. Мониторинг основывается на анализе записей в медицинских документах, анкетирования удовлетворенности пациентов услугами.

Качество технологии (процесса) описывает алгоритм оказания медицинской помощи на всех этапах врачебного процесса (от момента постановки диагноза до окончания лечения и определения преемственности в оказании



Рис. 2.2. Формы контроля качества в медицинских организациях

медицинской помощи) и характеризует, насколько был оптимален комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному.

Качество технологии оценивается только на одном уровне — по отношению к конкретному пациенту с учетом клинического диагноза, видов сопутствующей патологии, возраста больного и других биологических факторов. Одним из параметров, характеризующих качество технологии, может являться наличие или отсутствие врачебных ошибок.

Важным принципом обеспечения качества процесса является создание таких условий, когда ошибка конкретного исполнителя или случайное отклонение от нормального процесса выполнения медицинской технологии не ведет к ухудшению результата медицинской помощи. Все случаи врачебных ошибок должны рассматриваться на врачебной комиссии.

Формы контроля качества медицинской помощи представлены на рис. 2.2.

Принципиальное отличие ЭКМП и внутреннего контроля качества в том, что она осуществляется экспертами качества медицинской помощи в виде целевой и плановой экспертизы. Случаи и объемы проведения экспертизы в рамках медицинского страхования четко определены нормативными документами. Право осуществления ЭКМП на уровне медицинской организации возникает у медицинской организации или индивидуального предпринимателя при условии, что его лицензия содержит соответствующий вид работ и услуг. В то же время наличие внутреннего контроля обязательно вне зависимости от вида работ и услуг, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, соответственно, в медицинской организации должны быть и соответствующим образом подготовленные эксперты.

Основными путями контроля качества при оказании медицинской помощи по остеопатии являются:

- 1) оценка конкретного случая оказания медицинской помощи;
- 2) оценка совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку;
- 3) анализ первичной учетной медицинской документации осмотра пациента по следующим группам критериев:
 - полнота сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра и других диагностических мероприятий;
 - оформление и обоснование остеопатического заключения;
 - методы остеопатической коррекции на этапах лечения, профилактические мероприятия, медицинская реабилитация;
 - сроки оказания медицинской помощи;
 - преемственность, этапность оказания медицинской помощи;
 - результаты оказания медицинской помощи.

Критериями качества, применяемыми при оказании остеопатической помощи в амбулаторных условиях, могут быть:

- 1) ведение медицинской документации — медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях:
 - заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;
 - наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;
- 2) первичный осмотр пациента:
 - фиксация результатов первичного осмотра, включая данные сбора анамнеза и жалоб остеопатического характера, с записью в амбулаторной карте;
- 3) выявление доминирующей соматической дисфункции и составление остеопатического заключения лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- 4) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, выявленной доминирующей соматической дисфункции, определение противопоказаний для остеопатической коррекции;
- 5) формулировка клинического диагноза (по возможности) на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, а также клинических рекомендаций, оформление клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;
- 6) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза (при наличии), остеопатического статуса, состояния пациента, особенностей течения патологии, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимой остеопатической коррекции на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;
- 7) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

8) определение необходимости совместного ведения пациента с врачами других специальностей.

При проведении контроля качества не менее важной является оценка соблюдения порядков и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций.

Медико-экономические стандарты являются основой для оценки медицинской помощи, оказанной каждому конкретному пациенту. Хотя соответствие фактически выполненных профилактических, лечебно-диагностических, оздоровительных и реабилитационных мероприятий, процедур и манипуляций, заложенных в вышеуказанных стандартах, не может полностью отражать конечные результаты деятельности. Степень выполнения стандартов в комплексе с другими показателями (частота летальных исходов, случаев внутрибольничной инфекции, осложнений в процессе лечения), наряду с углубленной экспертизой отдельных исходов лечебно-диагностического процесса, может быть использована для оценки качества лечения пациента.

Согласно Федеральному закону от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» (принят Государственной Думой Российской Федерации 19 декабря и одобрен Советом Федерации 21 декабря 2018 г.), клинические рекомендации станут основой для оказания медицинской помощи и будут обязательными к применению.

Клинические рекомендации представляют собой документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты применения 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. По сути, клинические рекомендации описывают процесс лечения больного и являются методологическим сводом правил для медицинского работника.

Федеральным законом определено, что разрабатываться и утверждаться клинические рекомендации будут медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний, состояний), перечень которых должен сформировать Минздрав России. Пересматриваться клинические рекомендации должны не реже одного раза в три года (по мере появления новых данных о методах исследования, диагностики и лечения, новых лекарственных препаратов и медицинских изделий и т.д.).

Ключевым в концепции управления качеством оказания медицинских услуг является обеспечение непрерывного улучшения качества. Управление качеством медицинской помощи — это процесс, состоящий из планирования показателей (ожидаемых результатов), формирования эффективной среды достижения результатов, контроля полученных результатов, инициа-

ции инновационных процессов, реализация которых будет способствовать улучшению качества медицинской помощи. Реализация политики по улучшению качества остеопатических услуг обеспечивает системные положительные изменения показателей качества на всех уровнях.

Управление качеством медицинской помощи обеспечивается путем решения следующих задач:

- 1) выявление дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи, и установление причин их возникновения;
- 2) выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов медицинской организации;
- 3) предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований безопасности условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- 4) предупреждение, выявление и пресечение нарушений соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

Одним из инструментов обеспечения качества работы медицинских учреждений является система лицензирования. Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляется в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности».

Лицензирование — деятельность по предоставлению, переоформлению, продлению, прекращению срока действия, приостановлению, возобновлению лицензий, формированию, ведению реестра лицензий и государственного информационного ресурса.

Лицензия — специальное разрешение на право осуществления конкретного вида деятельности. Лицензия на осуществление медицинской деятельности выдается лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю. Наличие лицензии наделяет ее владельца правом осуществлять конкретный вид медицинской деятельности, которое находит свое отражение в приложении к лицензии в виде протокола.

Лицензирование медицинской деятельности осуществляют:

- ▶ Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения;
- ▶ уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Требования к организации и выполнению указанных работ (услуг) в целях лицензирования устанавливаются в соответствии с действующим законодательством:

- 1) наличие зданий, строений, сооружений и/или помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином за-

конном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям;

- 2) наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке;
- 3) наличие:
 - у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, — высшего медицинского образования, послевузовского и/или дополнительного профессионального образования, предусмотренного Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»;
 - у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, — высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и/или дополнительного профессионального образования, предусмотренного Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием);
 - у индивидуального предпринимателя — высшего медицинского образования, послевузовского и/или дополнительного профессионального образования, предусмотренного Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь — среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности;
- 4) наличие у лиц, указанных в подпункте «в», стажа работы по специальности:
 - не менее 5 лет — при наличии высшего медицинского образования;
 - не менее 3 лет — при наличии среднего медицинского образования;
- 5) наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и/или дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием);
- 6) наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и/или квалификацию,

- либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;
- 7) соответствие структуры и штатного расписания соискателя лицензии — юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций;
 - 8) наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Лицензионными требованиями, предъявляемыми к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности, являются требования, предъявляемые к соискателю лицензии, а также:

- 1) соблюдение порядков оказания медицинской помощи;
- 2) соблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- 3) соблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг;
- 4) повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет.

Осуществление медицинской деятельности с грубым нарушением лицензионных требований влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Для получения лицензии соискатель лицензии направляет или представляет в лицензирующий орган заявление о предоставлении лицензии и копии документов, подтверждающих возможность выполнения заявленных работ (услуг).

Лицензирующий орган размещает в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» сведения о ходе принятия им решения о предоставлении или переоформлении лицензии, проведения проверки соответствия лицензиата лицензионным требованиям.

Лицензионный контроль осуществляется в порядке, установленном Федеральным законом «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» с учетом особенностей, установленных Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности», и включает проведение проверок соблюдения порядка оказания медицинской помощи, утверждаемого в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Ведение сводного реестра лицензий, в том числе лицензий, выданных органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с переданными полномочиями, осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

Таким образом, управление системой повышения качества медицинской помощи является сложной задачей и предполагает участие и обязательность взаимодействия различных структур:

- ▶ органов законодательной и исполнительной власти;
- ▶ лицензирующих организаций;

- ▶ представителей фондов обязательного медицинского страхования;
- ▶ страховых медицинских организаций;
- ▶ профессиональных медицинских ассоциаций и обществ;
- ▶ страхователей;
- ▶ обществ защиты прав потребителей;
- ▶ антимонопольных структур;
- ▶ центров стандартизации, метрологии;
- ▶ центров Госсанэпиднадзора;
- ▶ лечебно-профилактических учреждений и других производителей медицинских услуг;
- ▶ граждан.

2.7. ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Врачебная этика определяет нравственные начала в деятельности врача.

Медицинская деонтология — учение о должном в поведении медицинских работников.

К основным постулатам врачебной этики и медицинской деонтологии относятся:

- ▶ взаимоотношения врача и больного;
- ▶ взаимоотношения врача с родственниками и близкими больного;
- ▶ взаимоотношения с коллегами по работе;
- ▶ врачебная тайна;
- ▶ врачебная ошибка.

Основные принципы, регламентирующие нравственный облик врача, формировались и изменялись на протяжении столетий в зависимости от сложившихся в данном обществе политического строя, социально-экономических и классовых отношений, уровня культурных, национальных, религиозных традиций и отражались в клятвах (которые давали и дают будущие врачи, окончивая медицинский вуз), декларациях и кодексах.

2.7.1. Клятва Гиппократа

Клянусь Аполлоном врачом, Асклеием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

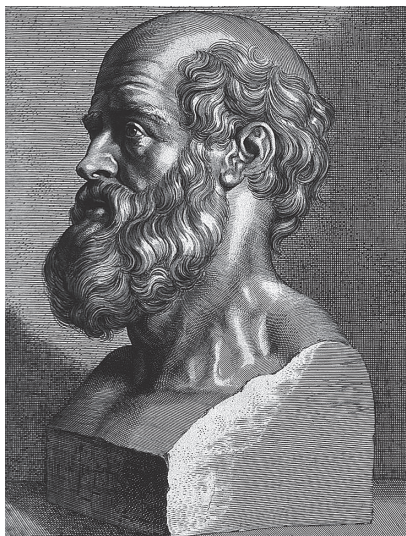


Рис. 2.3. Гиппократ

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.

В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал

касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

2.7.2. Клятва врача России

Клятва врача России представлена в статье 71 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- ▶ честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;
- ▶ быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;
- ▶ проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;
- ▶ хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

- ▶ доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;
- ▶ постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины.

2.7.3. Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации

Декларация принята 2-й Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (Женева, сентябрь 1948 г.), дополнена 22-й (1968), 35-й (1983) и 46-й (1994) Всемирными медицинскими ассамблеями.

Вступая в члены медицинского сообщества:

- ▶ я торжественно обязуюсь посвятить свою жизнь служению идеалам гуманности;
- ▶ я буду отдавать моим учителям дань уважения и благодарности, которую они заслуживают;
- ▶ я буду исполнять мой профессиональный долг по совести и с достоинством; здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением;
- ▶ я буду уважать доверенные мне секреты даже после смерти моего пациента;
- ▶ я буду поддерживать всеми моими силами честь и благородные традиции медицинского сообщества; мои коллеги станут моими братьями и сестрами;
- ▶ я не позволю соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической или национальной клановости, партийно-политической идеологии, расовой принадлежности, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом;
- ▶ я буду проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую свои медицинские знания в ущерб нормам гуманности;
- ▶ я принимаю на себя эти обязательства торжественно, свободно и честно.

2.7.4. Международный кодекс медицинской этики

Принят 3-й Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (Лондон, октябрь 1949 г.), дополнен 22-й (1968) и 35-й (1983) Всемирными медицинскими ассамблеями.

Общие обязанности врачей

Врач должен всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

Врач должен не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента.

Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации.

Врач должен быть честен в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми из своих коллег, которые проявляют некомпетентность или замечены в обмане.

Врач должен уважать права пациентов, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.

Врач должен лишь в интересах пациента в процессе оказания медицинской помощи осуществлять вмешательство, способные ухудшить его физическое или психическое состояние.

Врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

Врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично.

С нормами медицинской этики несовместимы:

- ▶ самореклама, если она специально не разрешена законами страны и этическим кодексом Национальной медицинской ассоциации;
- ▶ выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента либо получение платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в любое лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований.

Обязанности врача по отношению к больному

Врач должен постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни.

Врач должен обратиться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходит за уровень его собственных профессиональных возможностей.

Врач должен хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента.

Врач должен всегда оказывать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся, за исключением только тех случаев, когда он удостоверился в желании и возможностях других лиц сделать все необходимое.

Обязанности врачей по отношению друг к другу

Врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.

Врач должен соблюдать принципы Женевской декларации, одобренной Всемирной медицинской ассоциацией.

2.7.5. Деонтологический кодекс врача-osteопата

Кодекс составлен на основе Кодекса врачебной этики РФ, утвержден на заседании правления Российской остеопатической ассоциации 21 апреля 2015 г.

NB!	Российская остеопатическая ассоциация принимает настоящий деонтологический кодекс врача-osteopata, учитывая важнейшую роль в современном обществе одной из самых гуманных профессий — профессии врача, традиционное большое значение этического начала в медицине и здравоохранении, руководствуясь положениями документов по медицинской этике, которые содержатся в международных соглашениях, а также в нормативных документах Российской Федерации. Принятие настоящего документа свидетельствует о высоком уровне нравственной зрелости врачебного сообщества, способного самостоятельно регламентировать этические нормы поведения членов сообщества.
------------	---

Деонтологический кодекс остеопата обозначает четкие нравственные ориентиры при осуществлении профессиональной деятельности врачом-osteопатом, призван способствовать консолидации врачебного сообщества, повышению престижа и авторитета врача в обществе.

Общие положения

Профессиональная этика включает правила поведения, определяющие нравственное отношение врачей к своему профессиональному долгу.

Деонтологический кодекс врача-osteопата является нормативным, но не правовым актом, принимается органом профессионального сообщества, а не государственным законодательным органом. Деонтологический кодекс врача-osteопата содержит свод формально определенных нравственных правил, соблюдение которых является условием профессионального и карьерного роста врача-osteопата, а также требований всех слоев общества к представителям социально значимых профессий.

В современных нормативных документах в соответствии с Федеральным законом № 323 от 21.11.2012 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» заложены основополагающие принципы взаимоотношений пациента и врача. Статьей 71 этого закона определены основные этические нормы, которые лицо, получившее высокое звание «Врач», обязано соблюдать на протяжении всей жизни.

Целью настоящего кодекса является установление этических норм, правил профессионального поведения врача-osteопата.

Кодекс определяет:

- ▶ этику взаимоотношений с общественностью;
- ▶ этику взаимоотношений с пациентами;
- ▶ этику взаимоотношений с коллегами и подчиненными.

I. Врач-osteопат и общество

1. Предметом особой заботы государства и общества являются обеспечение сохранения жизни и здоровья граждан. Полноценная охрана здоровья народа и обеспечение условий, позволяющих ему достойно существовать и развиваться, являются одной из главнейших задач нравственной политики государства. В осуществлении этой социальной задачи большая роль отведена врачам, их профессиональной деятельности и нравственной позиции.

2. Главная цель профессиональной деятельности врача-osteопата, практика и ученого — сохранение жизни человека и улучшение ее качества путем

оказания остеопатической помощи пациентам с соматическими дисфункциями, острыми и хроническими заболеваниями, травматическими повреждениями и их последствиями, а также организация и проведение научных исследований по остеопатии, основанных на принципах доказательной медицины.

3. Высшими ценностями для врача-osteопата в его профессиональной деятельности являются здоровье и благо пациента.

4. Главное условие врачебной деятельности — профессиональная компетентность врача-osteопата, его специальные знания и безусловное владение искусством врачевания.

5. Врач-osteопат обязан соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, которые определены государством и профессиональным сообществом.

6. Врач-osteопат должен быть осведомлен и компетентен в отношении моральных и юридических прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

7. Врач-osteопат должен постоянно и активно стремиться к углублению своих знаний, расширению профессионального кругозора, овладению новыми, прогрессивными методиками лечения, использованию достижений медицинской науки, официально разрешенных к применению в Российской Федерации.

8. Профессиональная компетентность врача-osteопата, наряду с гуманистической нравственной позицией, предполагающей высокую требовательность к себе, способность признавать и исправлять собственные ошибки дают врачу право на самостоятельное принятие медицинских решений.

9. Врач-osteопат обязан быть постоянно готов оказать необходимую медицинскую помощь любому человеку вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса, религиозных и политических убеждений, а также иных немедицинских факторов, включая материальное положение. Предложение безвозмездной помощи немущему этично и оправданно. Мотивы личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие остеопатом профессионального решения.

10. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или обращения, унижающего человеческое достоинство пациента или его родственников, недопустимы.

11. Врач-osteопат должен уважительно относиться к религиозным и культурным традициям пациента, но не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, философские, политические убеждения.

12. Врач-osteопат может принимать участие в профессиональном остеопатическом образовании, которое проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании образовательных стандартов и программ, утвержденных уполномоченным органом исполнительной власти или аккредитованных в установленном порядке. Врачи-osteопаты, обучающие студентов и молодых специалистов, своим поведением и отношением к исполнению своих обязанностей должны быть примером, достойным подражания.

13. Врач-остеопат обязан доступными ему средствами (средства массовой информации, личная беседа и проч.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм.

14. Гуманные цели, которым служит врач-остеопат, дают ему основание требовать законной защиты его личного достоинства, создания условий для осуществления профессиональной деятельности как в мирное, так и в военное время.

15. За результаты своей врачебной деятельности врач-остеопат несет моральную ответственность, прежде всего перед пациентом и медицинским сообществом, а в случае нарушения законов Российской Федерации — юридическую ответственность перед государством.

16. Контроль соблюдения врачом-остеопатом профессиональной этики осуществляют Российская остеопатическая ассоциация и созданный при ней этический комитет, которые также отстаивают и защищают профессиональные интересы, честь и достоинство врача-остеопата в СМИ, государственных органах на основании коллегиально принятого решения.

II. Остеопат и пациент

1. Врач-остеопат отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами Российской Федерации, действующими нормативными документами для врачебной практики (клиническими рекомендациями, порядками и стандартами оказания медицинской помощи), в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами пациента. При необходимости остеопат обязан воспользоваться помощью своих коллег.

2. Врач-остеопат не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. При выборе любого метода лечения остеопат прежде всего должен руководствоваться заповедью «Non nocere!» («Не навреди!»).

3. За исключением случаев неотложной помощи, когда врач-остеопат обязан предпринимать меры, не усугубляющие состояние пациента, врач-остеопат имеет право отказаться от лечения, если уверен, что между ним и пациентом нет необходимого взаимного доверия, если чувствует себя недостаточно компетентным или не располагает необходимыми для проведения лечения возможностями. В этих и подобных случаях врач-остеопат должен принять все меры к информированию об этом руководства медицинской организации и порекомендовать пациенту компетентного специалиста.

4. Врач-остеопат должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер.

5. Врач-остеопат должен быть правдивым и честным. Моральный долг врача-остеопата — информировать пациента о его правах. Он обязан уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном

риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще.

6. Врач должен уважать право пациента или его законного представителя соглашаться на медицинское вмешательство или отказаться от него. Врач должен быть уверен, что решение о согласии или отказе принято пациентом добровольно и осознанно. Обязанность врача — в доступной форме объяснять пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента или его законного представителя не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему врача. Категорически запрещается использование медицинских средств с целью наказания пациента.

7. Врач вправе оказывать помощь без согласия пациента (или законного представителя) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Врач обязан хранить врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9. Врачу-остеопату запрещается прием подарков или иных видов благодарностей до окончания курса лечения пациента. Врач-остеопат должен отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами. Врач-остеопат вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающей человеческое достоинство обоих, не противоречит принципам справедливости и не нарушает правовых норм о дарении, закрепленных действующим законодательством РФ (статья 575 Гражданского кодекса РФ).

10. Врачебную практику врач-остеопат может осуществлять только под собственной фамилией, не используя псевдоним и не указывая не присвоенных официально титулов, степеней, званий.

III. Взаимоотношения с коллегами и другим медицинским персоналом

1. В течение всей жизни врач-остеопат обязан сохранять уважение и благодарность по отношению к тому, кто научил его врачебному искусству.

2. Врач-остеопат обязан делать все от него зависящее для консолидации остеопатического сообщества, активно участвовать в работе врачебных ассоциаций, защищать честь и достоинство коллег как свои собственные, не применять диагностические и лечебные методы, осужденные ассоциацией врачей-остеопатов.

3. Моральная обязанность врача — блюсти чистоту рядов врачебного сообщества, беспристрастно анализировать ошибки своих коллег как свои собственные, активно препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, а также различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

4. По отношению к коллегам врач-остеопат должен вести себя так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

5. Во взаимоотношениях с коллегами врач-остеопат обязан быть честен, справедлив, доброжелателен, порядочен, должен с уважением относиться к их

знаниям и опыту, а также быть готовым бескорыстно передать им свой опыт и знания.

6. Моральное право руководства другими врачами и персоналом дает не административное положение, а более высокий уровень профессиональной компетентности и нравственности.

7. Критика в адрес коллеги должна быть аргументированной и неоскорбительной. Критике подлежат профессиональные действия, но не личность коллег.

8. Недопустимы попытки укрепить собственный авторитет путем дискредитации коллег. Врач-остеопат не имеет права допускать негативные высказывания о своих коллегах и их работе в присутствии пациентов и их родственников.

9. Врач-остеопат не может переманивать пациентов у своих коллег. Предложение безвозмездной медицинской помощи коллегам и их близким родственникам — этично и гуманно.

10. Врач-остеопат обязан уважительно относиться к медицинским сестрам и младшему медицинскому персоналу.

11. Врач-остеопат в отношениях с медицинскими сестрами и младшими медицинскими сестрами должен придерживаться принципа субординации. Обращение с медицинскими сестрами и младшим медицинским персоналом должно быть по имени и отчеству, обращение по имени допускается только при согласии лиц.

12. Взаимоотношения врача-остеопата и административного персонала осуществляются на основе взаимного уважения и корректности.

IV. Врачебная тайна

1. Пациент вправе рассчитывать на то, что врач-остеопат сохранит в тайне всю медицинскую и доверенную ему личную информацию. Врач не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения, включая и сам факт обращения за медицинской помощью. Врач должен принять меры, препятствующие разглашению медицинской тайны. Смерть пациента не освобождает от обязанности хранить медицинскую тайну.

2. Разглашением тайны не являются случаи предоставления или передачи медицинской информации:

- ▶ с целью профессиональных консультаций;
- ▶ с целью проведения научных исследований, оценок эффективности лечебно-оздоровительных программ, экспертизы качества медицинской помощи и учебного процесса;
- ▶ когда у врача нет иной возможности предотвратить причинение серьезного ущерба самому пациенту или окружающим лицам;
- ▶ по решению суда.

3. Если действующее законодательство предусматривает необходимость разглашения медицинской тайны в иных случаях, то врач может быть освобожден от этической ответственности. Во всех перечисленных случаях врач должен информировать пациента о неизбежности раскрытия информации и по возможности получить на это его согласие.

V. Информация и реклама

1. Врач-остеопат не должен участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и особенно лекарственных препаратов, не разрешенных к официальному применению, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.

2. Публикации медицинского характера, выступления врачей-остеопатов на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы.

VI. Применение кодекса

1. Врач, получивший профессиональное образование по остеопатии, знакомится с положениями настоящего кодекса и соблюдает их в процессе своей трудовой деятельности.

2. Кодекс не имеет законодательной силы для врачей-остеопатов, однако при условии, что в должностные инструкции врача-остеопата и устав Российской остеопатической ассоциации внесен пункт о недопустимости нарушения этики и деонтологии, врач за нарушение норм настоящего кодекса может быть привлечен к дисциплинарной ответственности в соответствии с действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

3. Дисциплинарный проступок представляет собой нарушение норм настоящего кодекса, выразившееся в неисполнении специалистом возложенных на него обязанностей или в нарушении установленных запретов.

4. В случае если в учреждении имеет место этический конфликт, разрешение его проводится следующим образом:

- ▶ врач-остеопат должен поставить в известность руководителя структурного подразделения;
- ▶ если руководитель определенного уровня не может разрешить проблему или оказывается непосредственно вовлеченным в нее, он должен уведомить руководителя медицинской организации.

5. Настоящий кодекс действует на всей территории Российской Федерации и обязателен для всех врачей-остеопатов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Здравоохранение и медицина. Охрана здоровья граждан как функция государства.
2. Источники финансирования учреждений здравоохранения.
3. Понятия «эффект» и «эффективность» в здравоохранении. Медицинская, социальная и экономическая эффективность и способы ее оценки.
4. Основные законы, регулирующие систему здравоохранения.
5. Медицинская помощь, виды, условия и формы ее оказания.
6. Определение понятия порядка оказания медицинской помощи. Отличие порядка оказания медицинской помощи от стандарта медицинской помощи.

7. Права граждан в рамках системы здравоохранения.
8. Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации. Аккредитация специалиста.
9. Организация медицинской помощи населению по профилю «Остеопатия»: государственные нормативные акты.
10. Квалификационные требования к врачам-остеопатам.
11. Медицинская помощь по профилю «Остеопатия», виды, условия и формы ее оказания.
12. Понятие «медицинская услуга», простые и комплексные услуги по профилю «Остеопатия». Роль номенклатуры медицинских услуг в системе здравоохранения.
13. Особенности оценки результатов медицинских услуг по остеопатии.
14. Понятие «качество медицинской помощи». Критерии качества.
15. Система контроля качества, формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
16. Безопасность медицинской помощи, понятие «медицинский риск».
17. Основные пути контроля качества при оказании медицинской помощи по остеопатии.
18. Критерии качества, применяемые при оказании остеопатической помощи в амбулаторных условиях.
19. Система лицензирования. Цели, задачи и основные принципы лицензирования. Порядок лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности.
20. Врачебная этика и медицинская деонтология. Исторические аспекты и современность. Общие обязанности врачей, обязанности врача по отношению к больному и по отношению к коллегам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Вялков А.И., Кучеренко В.З., Райзберг Б.А. Управление и экономика здравоохранения : учебное пособие / под ред. А.И. Вялкова. 3-е изд., доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 664 с.

Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан: комментарии, основные понятия, подзаконные акты. 3-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 544 с.

Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению : учебное пособие. М. : Медицина, 2010. 464 с.

Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 624 с.

Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / под ред. В.А. Медика, В.К. Юрьева. 3-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 288 с.

Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 592 с.

Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / под ред. О.П. Щепина. М. : ГУННИИ общественного здоровья РАМН, 2008. 107 с.

Экономика здравоохранения : учебное пособие / под ред. А.В. Решетникова. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 272 с.

Benchmarking for training in Osteopathy. Geneva: WHO. 2010. 28 p.