

В фокусе правовых изменений: трансформация организационно-правовых основ организации первичной медико-санитарной помощи

Цель. Комплексное изучение и оценка изменений в законодательстве Российской Федерации, касающихся организации и оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), за апрель и май 2025 г.

Материал и методы. В рамках исследования проводилось изучение нормативных правовых актов Российской Федерации, опубликованных в апреле и мае 2025 г., а также правоприменительных новелл Обзора судебной практики Верховного Суда Российской Федерации. В ходе авторского анализа идентифицированы существенные трансформации в организационно-функциональном конструкте системы ПМСП, включая оценку их воздействия на клиническую практику и динамические процессы оказания медицинских услуг. В рамках исследования особый акцент был сделан на изучении факторов, детерминирующих повышение доступности и качества медицинской помощи.

Результаты. Проведенное исследование свидетельствует о том, что внесенные законодательные изменения формируют институциональные предпосылки для оптимизации функционирования системы ПМСП в Российской Федерации, создавая условия для укрепления конструкции общественного здравоохранения и повышения эффективности оказания медицинской помощи. Полученные данные позволяют предположить, что реализация данных нормативных нововведений будет способствовать не только улучшению ключевых показателей общественного здоровья, но и повышению уровня удовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи, что в перспективе может привести к позитивным изменениям в системе здравоохранения в целом.

Заключение. Понимание законодательных тенденций, а также Обзора судебной практики Верховного Суда Российской Федерации, принятых (опубликованных) в апреле и мае 2025 г., демонстрирует их существенное влияние на трансформацию системы ПМСП в Российской Федерации. Исследование выявило, что ключевые организационно-правовые новации ориентированы на обеспечение широкой доступности медицинской помощи, внедрение инновационных диагностических и лечебных технологий, а также системное повышение профессионального уровня медицинского персонала. Реализация указанных мер создает институциональные предпосылки для качественной модернизации медицинских учреждений, что объективно ведет к повышению стандартов оказания помощи и росту удовлетворенности пациентов. Рассматриваемые законодательные инициативы формируют концептуальную основу для поступательного развития отечественного здравоохранения, направленного на достижение устойчивого улучшения показателей общественного здоровья и оптимизацию системы оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: социальная трансформация, виды медицинской помощи, первичная медико-санитарная помощь, медицинская услуга, система здравоохранения, методические рекомендации, законодательные изменения, правоприменительная практика.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Савченко Д. О., Наумов П. Ю. В фокусе правовых изменений: трансформация организационно-правовых основ организации первичной медико-санитарной помощи. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(2):45-63. doi: 10.15829/3034-4123-2025-57. EDN: IVDKAF

Савченко Д. О.^{1*},
Наумов П. Ю.^{1,2}

¹ФБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. Москва, Российская Федерация

²ФГКУЗ "Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации". Балашиха, Московская область, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
savchenkodo@mail.ru

Поступила: 30.05.2025
Получена рецензия: 09.06.2025
Принята: 23.06.2025



In focus of legal changes: transformation of legal and structural framework for primary healthcare management

Aim. A comprehensive study and assessment of legal changes in the Russian Federation concerning the management and provision of primary healthcare (PHC) for April and May 2025.

Material and methods. The study included a study of regulatory legal acts of the Russian Federation published in April and May 2025, as well as law enforcement innovations of the Review of Judicial Practice of the Supreme Court of the Russian Federation. The author's analysis identified significant transformations in the organizational and functional structure of PHC system, including an assessment of their impact on clinical practice and dynamic processes of medical services delivery. The study placed particular emphasis on studying the factors determining the increase in the availability and quality of healthcare.

Results. The study shows that the legal changes introduced form the institutional prerequisites for optimizing PHC functioning in Russia, creating conditions for strengthening the public health structure and increasing the efficiency of care. The data obtained suggest that the implementation of these regulatory innovations will contribute not only to improving key public health indicators, but also to increasing the level of patient satisfaction with the quality of care. This in the long term can lead to improvement in the healthcare system as a whole.

Conclusion. Analysis of the legal trends and the Review of Judicial Practice of the Supreme Court of the Russian Federation, adopted (published) in April and May 2025, shows their significant impact on the transformation of PHC system in Russia. The study revealed that key procedural and institutional innovations are aimed at ensuring wide healthcare accessibility, introducing innovative diagnostic and treatment technologies, as well as systematically improving the professional level of medical personnel. The implementation of these measures creates institutional prerequisites for high-quality modernization of medical institutions, which objectively leads to an increase in the standards of care and an increase in patient satisfaction. The legislative initiatives under consideration create a conceptual basis for the progressive development of Russian healthcare aimed at achieving a sustainable improvement in public health indicators and optimizing the healthcare system.

Keywords: social transformation, healthcare types, primary health care, medical service, healthcare system, guidelines, legislative changes, law enforcement practice.

Relationships and Activities: none.

For citation: Savchenko D.O., Naumov P.Yu. In focus of legal changes: transformation of legal and structural framework for primary healthcare management. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(2):45-63. doi: 10.15829/3034-4123-2025-57. EDN: IVDAKF

Savchenko D. O.^{1*},
Naumov P. Yu.^{1,2}

¹National Medical Research Center
for Therapy and Preventive Medicine,
Moscow, Russian Federation

²Main Military Clinical Hospital
of the National Guard of the Russian
Federation. Balashikha, Moscow
Region, Russian Federation

*Corresponding author:
savchenkodo@mail.ru

Received: 30.05.2025

Revision received: 09.06.2025

Accepted: 23.06.2025



ЖНВЛП — перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения,
ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ФАП — фельдшерско-акушерский пункт, ФП — фельдшерский пункт.

Ключевые моменты

- Как изменения в законодательстве 2025 г. влияют на организацию и оказание первичной медико-санитарной помощи в России?
- Изменения направлены на улучшение качества и доступности медицинских услуг, внедрение новых технологий (например, телемедицины), оптимизацию документооборота и стандартизацию процессов. Они также включают обязательное применение клинических рекомендаций, что повышает ответственность медицинских работников и качество помощи.

Key messages

- How do legislative changes in 2025 affect the management and provision of primary health care in Russia?
- The changes are aimed at improving the quality and accessibility of medical services, introducing novel technologies (for example, telemedicine), optimizing document flow and standardizing processes. They also include the mandatory use of clinical guidelines, which increases the responsibility of health workers and the quality of care.

В современных условиях развития системы здравоохранения наблюдается усиление роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) как фундаментального элемента обеспечения здоровья населения. Выступая первым уровнем контакта пациента с медицинской системой, ПМСП реализует комплексный подход, включающий профилактические мероприятия, диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию, что имеет определяющее значение для сохранения общественного здоровья и улучшения качества жизни.

Современные тенденции реформирования ПМСП отражают необходимость создания адаптивной системы, способной оперативно реагировать на изменяющиеся медико-социальные потребности населения. Законодательные инициативы последних лет направлены на внедрение прогрессивных методов оказания медицинской помощи, среди которых особое значение приобретает актуализация клинических рекомендаций, внедрение телемедицинских технологий и оптимизация организационных моделей оказания помощи. Эти преобразования особенно важны для обеспечения доступности медицинских услуг в географически удаленных регионах.

Анализ законодательных изменений второго квартала 2025 г. свидетельствует о последовательной реализации стратегии, направленной на повышение качества медицинской помощи через совершенствование стандартов оказания услуг, обеспечение их равнодоступности для различных групп населения и создание эффективных механизмов реагирования на эпидемиологические вызовы. Реализация данных инициатив требует комплексного подхода, сочетающего нормативное регулирование с практическим внедрением инно-

вационных решений в повседневную деятельность медицинских организаций.

Такая трансформация системы ПМСП способствует формированию более эффективной модели здравоохранения, отвечающей современным вызовам и соответствующей ожиданиям населения в получении качественной и доступной медицинской помощи.

В предыдущем номере журнала "Первичная медико-санитарная помощь" рассматривалось письмо Минздрава России от 21 января 2025 г. № 17-1/3003770-2772, согласно которому клинические рекомендации не следует рассматривать как нормативные акты; они представляют собой рекомендательные документы, которые служат ориентиром для врачей при оказании медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях [1].

Однако Президиум Верховного Суда Российской Федерации в Обзоре судебной практики Верховного суда Российской Федерации № 1 (2025)¹, разъяснил, что утверждение о необязательном характере клинических рекомендаций противоречит действующему законодательству.

Ранее суды низших инстанций при рассмотрении соответствующих дел ссылались на заключения судебно-медицинских экспертиз, согласно которым клинические рекомендации носят рекомендательный характер и не требуют безусловного исполнения. Однако Верховный Суд Российской Федерации отменил такие решения, указав на положения части 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

¹ "Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 1 (2025)", утвержденный Президиумом Верховного Суда Российской Федерации 25 апреля 2025 г. https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_504065/.

Согласно данной норме, клинические рекомендации являются одним из ключевых элементов при формировании критериев оценки качества медицинской помощи, что исключает их добровольный характер применения.

В соответствии с частью 4.1 статьи 198 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, суды вправе обосновывать свои решения ссылками на обзоры судебной практики, утвержденные Президиумом Верховного Суда. Таким образом, правоприменительные органы получили официальное основание для аргументации обязательности соблюдения клинических рекомендаций в медицинской практике.

Таким образом, Верховный суд Российской Федерации подтвердил обязательность применения клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи.

Минздравом России утверждено обновленное **Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению** (приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 202н², далее — приказ № 202н).

Анализ изменений в Положении об организации оказания ПМСП взрослому населению:

В новой редакции произошла замена термина "лицензия на медицинскую деятельность" на более точную формулировку "лицензия на осуществление медицинской деятельности", что коррелирует с требованиями законодательства о лицензировании. Переработан механизм регулирования оказания помощи работникам опасных производств и жителям особых территорий — вместо отсылки к полномочиям Правительства Российской Федерации введена конкретная нормативная ссылка на часть 1 статьи 42 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", что повышает определенность правового регулирования. Изменена терминология, касающаяся форм оказания помощи: понятие "амбулаторно" заменено на "в амбулаторных условиях", "учащиеся" на "обучающиеся", что соответствует другим нормативным правовым актам. Введены дополнительные условия оказания помощи мобильными бригадами, включая проведение профилактических мероприятий в местах работы, учебы и проведения массовых мероприятий, что расширяет сферу применения документа.

Кроме того, имеет место значительная детализация регламентации неотложной медицинской помощи с введением четких критериев организации соответствующих структурных подразделений и расширением возможностей оказания помощи

в местах временного пребывания граждан, включая территории садоводства и огородничества. Существенно переработан понятийный аппарат: уточнены квалификационные требования к медицинским работникам, оказывающим доврачебную помощь, введены новые категории участков (включая малокомплектные), исключены устаревшие организационные формы (акушерские и приписные участки). Особого внимания заслуживает введение комплексного подхода к организации приема пациентов, предусматривающего обязательный учет всех каналов записи, включая Единый портал госуслуг, а также перераспределение функций между медицинскими и немедицинскими работниками. Кардинально изменена система оказания помощи в малонаселенных пунктах: вместо домовых хозяйств введены мобильные бригады и выездные формы работы с четкой периодичностью обслуживания. Впервые на законодательном уровне закреплено применение телемедицинских технологий при оказании ПМСП. Исключены положения о стационарах на дому. Оптимизированы критерии создания медицинских подразделений в населенных пунктах различной численности с учетом современных демографических и географических реалий. Особенностью новой редакции является выраженная ориентация на профилактическую работу, что проявляется в специальных требованиях к приглашению пациентов на профилактические мероприятия и организации соответствующих структурных подразделений.

Изучение изменений в Правилах организации деятельности поликлиники:

Ключевым нововведением стало уточнение организационно-правового статуса поликлиники, где термин "организуется" заменен на "создается", что соответствует современной нормативной практике. Установлены требования к руководящему составу: для назначения на должность главного врача или заведующего необходимо соответствие не только квалификационным требованиям³, но и профессиональному стандарту специалиста в области организации здравоохранения⁴, при этом исключена ссылка на Единый квалификационный справочник⁵.

Важным аспектом стало обязательное соответствие профессиональным стандартам для средне-

² Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 202н "Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению". <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016>.

³ Приказ Минздрава России от 2 мая 2023 г. № 206н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406869654/>.

⁴ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 7 ноября 2017 г. № 768н "Об утверждении профессионального стандарта "Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья". <https://base.garant.ru/71822794/>.

⁵ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения". https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/.

го медицинского персонала, включая фельдшеров⁶ и медицинских сестер⁷. Принципы формирования штатной численности усовершенствованы за счет учета комплекса демографических и эпидемиологических показателей, что позволяет более точно определять потребность в кадрах. В части материально-технического оснащения особое внимание уделено требованиям к наличию специализированных укладок для неотложной помощи.

Структурные преобразования включают создание новых подразделений, таких как контакт-центр, отделение медико-социальной помощи с гериатрическим кабинетом, кабинет телемедицины и отделение медицинской реабилитации, что отражает современные приоритеты здравоохранения. Расширен функционал поликлиник за счет внедрения дистанционного мониторинга пациентов, мероприятий по профилактике наркологических расстройств и усиления взаимодействия с контролирующими органами. Особый акцент сделан на оптимизацию организационных процессов через внедрение технологий управления потоками пациентов, цифровых решений и элементов "бережливой поликлиники", что в совокупности направлено на повышение доступности и качества ПМСП.

Важным нововведением приказа № 202н является внедрение в поликлиниках современных организационных технологий, направленных на системное повышение эффективности медицинской помощи через оптимизацию временных ресурсов пациентов и персонала, улучшение условий оказания услуг и рациональное использование материально-технической базы. Ключевыми аспектами являются совершенствование управления потоками посетителей, создание комфортной среды ожидания и обслуживания, внедрение единых стандартов пространственной организации и визуального оформления, минимизация административных барьеров при получении медицинской помощи, а также развитие механизмов участия персонала в управленческих процессах.

Анализ рекомендуемых штатных нормативов поликлиники:

В новый приказ, регламентирующий штатные нормативы медицинского персонала, внесен ряд существенных изменений, направленных на актуализацию и детализацию кадрового обеспечения поликлиники. Ключевым нововведением стало расширение перечня должностей за счет включения ранее отсутствовавших специалистов, таких

как врач общей практики (семейный врач), гериатр, диетолог, клинический фармаколог, медицинский психолог, а также немедицинских позиций — медицинского администратора и оператора контакт-центра. Это отражает растущую потребность в мультидисциплинарном подходе к оказанию медицинской помощи и развитию превентивной медицины. Уточнены наименования ряда должностей, в т.ч. добавлены варианты "начальник", "медицинский брат", "акушерка".

Пересмотрены нормативы штатной численности: увеличены ставки для отдельных специалистов, таких как офтальмологи и неврологи, а также введены дифференцированные условия для сельской местности, например, для врачей-терапевтов участковых. Новые методики расчета предусмотрены для врачей по медицинской профилактике, что подчеркивает важность профилактического направления в здравоохранении. Исключены некоторые позиции, включая заведующего кабинетом медицинской помощи при отказе от курения и старшую медицинскую сестру регистратуры, что свидетельствует об оптимизации структуры персонала в соответствии с текущими реалиями.

Важным аспектом обновленного приказа стала детализация условий работы для различных должностей, включая особенности сменного графика, различия между городскими и сельскими организациями, а также требования к структурным подразделениям. Эти изменения направлены на повышение эффективности распределения кадровых ресурсов и адаптацию нормативной базы к современным вызовам системы здравоохранения. В целом, новый порядок демонстрирует стремление к более гибкому и точному нормированию штатной численности, учитывающему как клинические, так и организационные аспекты медицинской деятельности.

Познание стандарта оснащения отдельных структурных подразделений поликлиники:

В новом стандарте оснащения прививочного кабинета поликлиники произошли существенные изменения по сравнению с предыдущей версией. Прежде всего, документ стал более структурированным: вместо простого перечня оборудования введена классификация медицинских изделий с указанием кодов в соответствии с номенклатурой, а также уточнены их наименования. Например, "резиновый жгут" заменен на "жгут для внутривенных манипуляций, многоразового использования", а "холодильник" — на "холодильник фармацевтический".

Важным нововведением стало появление альтернативных вариантов оснащения: теперь для некоторых позиций допустимо использование различных типов оборудования (например, механиче-

⁶ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 470н "Об утверждении профессионального стандарта "Фельдшер". https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_361049/.

⁷ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 475н "Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат".

ские, электрические или гидравлические кушетки, разные виды тонометров и термометров).

Кроме того, сокращено минимальное количество холодильников — с трех до одного, но с уточнением его типа (фармацевтический). Также уточнены требования к автоматизированному рабочему месту: теперь оно должно быть оснащено компьютером с выходом в Интернет и предназначено для специалистов со средним профессиональным образованием.

Таким образом, новый стандарт делает акцент на более точном соответствии оборудования современным номенклатурным требованиям, предоставляет большую вариативность в оснащении, но при этом сокращает перечень обязательных позиций.

Следует отдельно отметить, что в приказе № 202н отсутствуют стандарты оснащений отделения (кабинета) ультразвуковой диагностики⁸, рентгеновского кабинета⁹, рентгеновского кабинета для рентгенографии легких (флюорографии)⁹, кабинета рентгеновского маммографического⁹, кабинета рентгеновского компьютерной томографии⁹, кабинета магнитно-резонансной томографии⁹ в связи с утверждением указанных стандартов профильными приказами.

Анализ организации деятельности кабинета доврачебной помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины)):

В этой части приказа № 202н внесен ряд существенных изменений по сравнению с Положением об организации оказания ПМСП взрослому населению от 2012 г.¹⁰ (далее — приказ № 543н). Прежде всего, изменена терминология — вместо "больных" теперь используются "пациенты", а требования к образованию медицинских работников сформулированы как "среднее профессиональное образование" и "высшее образование (уровень бакалавриата)" вместо "среднее медицинское образование" и "высшее медицинское образование".

Значительно расширен перечень функций кабинета: если ранее их было семь, то теперь — тринадцать. В числе новых направлений работы — активное участие в профилактике заболеваний, включая выявление факторов риска (курение, употребление алкоголя), а также наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями для своев-

ременного направления к врачу. Добавлены положения о взаимодействии с другими медицинскими и надзорными органами, страховыми компаниями и социальными службами.

Важным нововведением стало выделение самостоятельного сестринского приема как отдельной формы работы кабинета. Определены категории пациентов, которые могут быть направлены на такой прием (например, лица, находящиеся на диспансерном наблюдении или посещающие медицинскую организацию с профилактическими целями), а также конкретизированы его задачи, включая мониторинг состояния хронических больных, профилактическую работу и санитарное просвещение.

Исключено положение об обеспечении кабинета медицинским оборудованием. В целом новый приказ делает акцент на профилактическую направленность работы кабинета доврачебной помощи, расширяет его функции и более четко регламентирует взаимодействие с другими структурами здравоохранения.

Анализ Правил организации деятельности регистратуры поликлиники (врачебной амбулатории, центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины)):

В новой редакции Правил предусмотрен ряд существенных изменений, направленных на модернизацию их работы и повышение доступности медицинских услуг для пациентов. Значительно расширены функции регистратуры, включая не только традиционные задачи, такие как запись на прием и регистрация вызовов врача на дом, но и новые направления, в частности повышение доступности медицинских услуг за счет оптимизации потоков пациентов и внедрения цифровых технологий.

Важным нововведением стало описание работы контакт-центра, который может функционировать как самостоятельное подразделение, оснащенное современными средствами связи и предназначенное для обработки входящих и исходящих звонков, записи на прием, напоминаний о визитах и профилактических мероприятиях. Особое внимание уделено организации пространства регистратуры: рекомендовано размещать ее на первом этаже, вблизи входа, с учетом эргономики и доступности для маломобильных граждан. Введены требования к оснащению стоек регистратуры автоматизированными рабочими местами, а также к созданию условий для самостоятельного получения информации пациентами через информаты, электронные сервисы и другие современные средства.

Новый стандарт также предусматривает систематизацию хранения медицинской документации, включая создание картохранилищ с ограничен-

⁸ Приказ Минздрава России от 8 июня 2020 г. № 557н "Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74536910/>.

⁹ Приказ Минздрава России от 9 июня 2020 г. № 560н "Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований". <https://base.garant.ru/74632238/>.

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению". <https://base.garant.ru/70195856/>.

ным доступом, и внедрение механизмов обратной связи с пациентами. Исключены некоторые положения, такие как упоминание о листах контроля факторов риска, что свидетельствует о стремлении к более унифицированным и актуальным подходам. В целом, обновленный регламент отражает тенденции цифровизации здравоохранения, повышения комфорта пациентов и оптимизации работы медицинского персонала, что способствует улучшению качества оказания медицинской помощи.

Анализ Правил организации деятельности отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи и соответствующих рекомендуемых штатных нормативов:

Ключевым новшеством является расширение перечня медицинских организаций, где могут создаваться такие подразделения: теперь, помимо поликлиник, врачебных амбулаторий и центров общей врачебной практики, они могут функционировать в структуре станций скорой медицинской помощи и других организаций, оказывающих скорую, в т.ч. специализированную, помощь. Это изменение направлено на оптимизацию маршрутизации пациентов и снижение нагрузки на службу скорой помощи.

Важным аспектом нового стандарта является введение четких критериев создания отделений и кабинетов в зависимости от численности обслуживаемого взрослого населения: кабинет рекомендуется организовывать при численности от 10 000 человек, а отделение — >20 000. Для территорий с меньшей плотностью населения решение остается за руководителем медицинской организации, что позволяет гибко адаптировать систему оказания помощи к местным условиям.

Уточнены и детализированы порядок и сроки оказания неотложной помощи. В частности, помощь должна быть предоставлена в течение не >2 ч как при обращении в медицинскую организацию, так и при вызове на дом. Особое внимание уделено преемственности: после купирования неотложного состояния сведения о пациенте передаются участковому врачу или врачу общей практики, в т.ч. с использованием информационных систем, для дальнейшего наблюдения.

Существенно расширен перечень функций отделений (кабинетов), включая проведение экспертизы временной нетрудоспособности, телемедицинские консультации и взаимодействие с надзорными органами. Это подчеркивает интеграцию неотложной помощи в общую систему здравоохранения и ее роль в раннем выявлении и профилактике осложнений.

Кроме того, приказом № 202н в отличие от приказа № 543н утверждены рекомендуемые штатные

нормативы отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи (фельдшер — 1 должность; медицинская сестра (медицинский брат) или медицинская сестра врача общей практики (семейного врача) (медицинский брат врача общей практики (семейного врача) или медицинская сестра участковая (медицинский брат участковый) — 1 должность).

Анализ Правил организации деятельности кабинета врача общей практики (семейного врача) и рекомендуемых штатных нормативов:

Из целей создания кабинета исключено оказание паллиативной медицинской помощи, что сужает его функционал в этом направлении. При этом значительно расширен и детализирован перечень функций кабинета: добавлены такие современные направления, как дистанционное наблюдение за пациентами с применением телемедицинских технологий, раннее выявление лиц с наркологическими расстройствами и риском их развития, а также усилена профилактическая составляющая через информирование населения о хронических неинфекционных заболеваниях.

Важным нововведением стало уточнение нормативной базы для определения штатной численности кабинета — теперь она должна учитывать рекомендуемые штатные нормативы поликлиник, предусмотренные приложением к Положению об оказании ПМСП.

При этом из документа исключены некоторые положения предыдущей редакции, такие как обучение населения оказанию первой помощи, формирование групп риска и отдельные аспекты паллиативной помощи. Эти изменения свидетельствуют о перераспределении акцентов в деятельности кабинетов общей практики: если ранее они рассматривались как многофункциональные подразделения с широким спектром задач, то теперь их деятельность более четко структурирована с усилением профилактического и диагностического направлений при некотором сокращении реабилитационного и образовательного компонентов.

Приказом № 202н также предусмотрены штатные нормативы кабинета врача общей практики (семейного врача).

Изучение Правил организации деятельности мобильной медицинской бригады и стандарта оснащения мобильной медицинской бригады:

В обновленных Правилах уточнены виды оказываемой мобильной медицинской бригадой помощи: теперь в их задачи входит не только проведение профилактических осмотров и диспансеризации, но и оказание первичной доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи. Это расширяет функционал бригад и повышает их роль в системе здра-

воохранения, особенно в отдаленных и труднодоступных районах.

Важным нововведением стало изменение требований к составу бригад. Теперь в нее могут входить не только врачи и специалисты со средним медицинским образованием, но и медицинские работники с высшим образованием (уровень бакалавриата), что позволяет более гибко формировать кадровый состав в зависимости от потребностей населения. Также уточнены критерии формирования бригад с учетом не только медикодемографических особенностей территории, но кадровой и технической обеспеченности медицинской организации.

Отдельное внимание уделено техническому оснащению передвижных медицинских комплексов. В приказе № 202н конкретизированы виды транспортных средств (включая водный, воздушный и железнодорожный транспорт), а также введены требования к оснащению средствами радиосвязи, навигационными системами (ГЛОНАСС/GPS) и возможностью подачи сигнала тревоги. Это повышает безопасность и управляемость работы мобильных медицинских бригад в сложных условиях.

При этом из документа исключено требование к наличию у руководителя бригады опыта лечебной и организационной работы.

В целом, нововведения направлены на повышение эффективности работы мобильных медицинских бригад, расширение их функциональных возможностей и улучшение технического обеспечения, что особенно важно для оказания помощи в удаленных и малонаселенных районах.

Что касается стандарта оснащения мобильной медицинской бригады по аналогии со стандартом оснащения поликлиники, в нем вместо простого перечня оборудования введена классификация медицинских изделий с указанием кодов в соответствии с номенклатурой, а также появление альтернативных вариантов оснащения.

Исследование Правил организации деятельности дневного стационара, его рекомендуемых штатных нормативов и стандарта оснащения:

Приказом № 202н уточнена цель создания дневного стационара: теперь он позиционируется не только как подразделение для лечебно-диагностических мероприятий, но и как структура, оказывающая первичную врачебную и специализированную медико-санитарную помощь.

Скорректированы требования к заведующему дневным стационаром: теперь, помимо соответствия квалификационным требованиям³, специалист должен отвечать положениям профессиональных стандартов.

В обновленных правилах детализированы требования к помещениям дневного стационара.

В частности, уточнены названия функциональных зон (например, "процедурный кабинет" вместо "процедурной", "помещение для работников" вместо "комнаты персонала"), что способствует унификации терминологии и упрощает контроль за соблюдением нормативов.

Наиболее значимые изменения коснулись функций дневного стационара. Если ранее они ограничивались оказанием медицинской помощи и ведением документации, то теперь в перечень включены профилактическая работа, выявление социально значимых заболеваний, медицинская реабилитация, телемедицинские консультации, экспертиза временной нетрудоспособности, а также взаимодействие с другими медицинскими и надзорными органами.

Кроме того, в новом документе изменена терминология: вместо "больной" используется термин "пациент", а вместо "количество мест" — "количество коек", что соответствует современным стандартам медицинского документооборота.

В целом, обновленные правила направлены на повышение эффективности работы дневных стационаров, расширение их роли в системе здравоохранения и обеспечение более высокого уровня безопасности и качества оказываемой помощи.

Что касается рекомендуемых штатных нормативов дневного стационара, то здесь тоже произошли существенные изменения.

Ключевым нововведением стала корректировка позиции заведующего дневным стационаром: теперь это должен быть врач-специалист (ранее — врач-терапевт) с фиксированной ставкой (1 должность) независимо от количества пациентомест, тогда как в предыдущей редакции при менее чем 20 местах предусматривалась только 0,5 должности. Также уточнены наименования должностей: введены гендерно-нейтральные формулировки ("медицинский брат", "старший медицинский брат"), а должность санитаря дополнена вариантом "санитарка". Исключено упоминание о нормативах для стационара на дому в графе врача-терапевта. Кроме того, в ряде позиций (например, для медицинской сестры) заменен термин "больные" на "пациентоместа". Эти изменения отражают тенденцию к унификации терминологии и адаптации нормативов к современным условиям организации медицинской помощи.

Стандарт оснащения дневного стационара также претерпел ряд изменений. Так, в нем введена детализированная номенклатурная классификация медицинских изделий с указанием кодов и альтернативных вариантов оборудования. Это касается таких позиций, как спирометры, аппараты для измерения артериального давления, весы и другие устройства, для которых теперь пред-

усмотрены несколько возможных моделей с разными техническими характеристиками. Важным уточнением является условие необходимости наличия только одного из предложенных вариантов, что расширяет возможности оснащения в зависимости от специфики медицинского учреждения. Добавлен раздел, регламентирующий оснащение автоматизированными рабочими местами для заведующего стационаром и среднего медицинского персонала, что отражает современные тенденции цифровизации здравоохранения.

Обобщение Правил организации деятельности врачебной амбулатории, рекомендуемых штатных нормативов врачебной амбулатории, а также стандарт оснащения врачебной амбулатории (фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта):

В новом приказе для врачебной амбулатории, как и для других структурных подразделений медицинской организации, расширен перечень оказываемых видов медицинской помощи: теперь врачебная амбулатория оказывает не только первичную врачебную и доврачебную помощь, но и первичную специализированную медико-санитарную помощь. Значительно детализованы требования к квалификации медицинских работников³: для всех должностей добавлены ссылки на соответствующие профессиональные стандарты⁶, утвержденные Минтрудом России.

Важным нововведением является расширение перечня рекомендуемых помещений врачебной амбулатории — с 10 до 19, включая прививочный кабинет, палату временного пребывания, физиотерапевтический кабинет и др., что отражает стремление к повышению качества оказания медицинских услуг. Отдельно прописаны особенности штатного расписания для труднодоступных регионов (Крайний Север, высокогорные и др. районы с тяжелыми климатическими условиями), что позволяет сохранять необходимый объем медицинской помощи даже при низкой плотности населения.

Наиболее существенные изменения касаются функций врачебной амбулатории: если в приказе № 543н они были сформулированы обобщенно, то в новом документе представлен развернутый перечень из 22 пунктов, включающий телемедицинские консультации, дистанционное наблюдение за пациентами, профилактику немедицинского потребления наркотических средств, медицинское обеспечение подготовки к военной службе и т.д.

Таким образом, новый приказ не только актуализирует нормативную базу в соответствии с современными требованиями, но и расширяет функционал врачебных амбулаторий, делая их более адаптированными к вызовам времени, включая

использование телемедицины и усиление профилактической работы.

Изменения коснулись и рекомендуемых штатных нормативов врачебной амбулатории. Во-первых, значительно расширен перечень должностей: добавлены врач-педиатр участковый, медицинская сестра по физиотерапии, медицинский регистратор, а также уточнены варианты наименований с учетом гендерного аспекта (например, "медицинский брат"). Во-вторых, пересмотрены нормативы нагрузки для ряда специалистов: для врача общей практики (семейного врача) введена отдельная расчетная единица (1 должность на 1 500 взрослых или 1 200 человек взрослого и детского населения), а для акушера-гинеколога добавлен альтернативный норматив (1 должность на 2 200 женщин фертильного возраста или 3 500-4 000 человек женского населения). В-третьих, уточнены условия введения должностей руководителя и старшей медицинской сестры, а также расширены функции акушерки (допускается ее работа без врача-гинеколога при нагрузке 800 человек).

В стандарте оснащения врачебной амбулатории также как и в других новых стандартах, утвержденных приказом № 202н, уточнены классификация и коды медицинских изделий, многие позиции из приказа № 543н объединены или заменены на более современные аналоги. Удалены некоторые устаревшие или редко используемые позиции. Важно отметить, что во врачебной амбулатории предусматривается наличие сейфа-термостата для хранения наркотических препаратов, а также холодильника фармацевтического.

Следует отметить, что рассматриваемый стандарт оснащения распространяется на фельдшерско-акушерский пункт (фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт).

Анализ Правил организации деятельности фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта) и соответствующих рекомендуемых штатных нормативов:

В новом приказе, регламентирующем деятельность фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов (ФП), внесен ряд существенных изменений по сравнению с предыдущей редакцией. Так, в приказе № 202н уточнены квалификационные требования к персоналу. В отличие от приказа № 543н, где упор делался лишь на соответствие квалификационным требованиям, приказ № 202н прямо ссылается на профессиональные стандарты для фельдшеров⁶, акушеров¹¹ и медицинских сестер⁷, утвержденные Минтрудом России.

¹¹ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 января 2021 г. № 6н "Об утверждении профессионального стандарта "Акушерка (Акушер)". https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_382248/.

Существенно переработаны требования к помещениям ФАП и ФП. Если ранее перечень включал лишь 7 основных зон (процедурная, комната фельдшера, санузлы и т.д.), то теперь он расширен до 17 позиций с учетом численности обслуживаемого населения. В частности, введено разделение на кабинеты приема, процедурные и прививочные помещения в зависимости от количества жителей, а также добавлены специализированные зоны (например, для хранения лекарств, стерилизации, временного пребывания пациентов). Это изменение направлено на повышение качества оказания медицинской помощи и учет потребностей маломобильных групп населения.

Корректировке подверглись и функции ФАП/ФП. В новом приказе они изложены более систематизированно, с акцентом на профилактику, раннее выявление заболеваний и пропаганду здорового образа жизни. Вместе с тем добавлены новые направления работы, включая медицинскую реабилитацию, борьбу с немедицинским потреблением психоактивных веществ и взаимодействие с надзорными органами.

Отдельно стоит отметить, что из текста документа исчезло упоминание о паллиативной помощи, которое присутствовало в предыдущей редакции.

Кроме того, есть изменения в рекомендуемых штатных нормативах: расширен перечень учитываемых медицинских подразделений: пересмотрены границы численности обслуживаемого населения: диапазон 101-900 жителей заменен на 101-800, а 901-1 500 — на 801-1 500. В части кадровых нормативов уточнены наименования должностей: заведующий пунктом может быть как фельдшером, так и акушером (акушеркой). Наиболее существенное изменение касается норматива для акушерки: если ранее при обслуживании 1 501-2 000 жителей предусматривалась 1,5 ставки, то теперь установлена 1 должность, но с оговоркой, что это касается только ФАП.

Изучение Правил организации деятельности центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины), соответствующих рекомендуемым штатным нормативам и стандарту оснащения:

Основные изменения направлены на уточнение терминологии, расширение функционала и приведение нормативной базы в соответствие с актуальными нормативными правовыми актами.

Одно из ключевых нововведений — более детализированные требования к квалификации медицинского персонала. В частности, для главного врача или заведующего теперь обязательным является соответствие не только квалификационным требованиям по специальности "Организация

здравоохранения и общественное здоровье"³, но и профессиональному стандарту⁴, утвержденному Минтрудом России. Аналогичные уточнения внесены в требования к врачам, фельдшерам, акушерам и медицинским сестрам, причем отдельно прописаны условия назначения акушерок (акушеров).

Существенно расширен перечень функций центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины). Помимо традиционных направлений, таких как оказание ПМСП и диспансеризация, в новом документе особое внимание уделено телемедицинским консультациям, дистанционному мониторингу состояния пациентов, а также вопросам профилактики немедицинского потребления наркотических и психоактивных веществ. В отличие от предыдущей редакции, исключено упоминание о паллиативной помощи в рамках основного функционала.

Уточнена организационная структура центров: из перечня рекомендуемых помещений исключен пункт детского питания, но добавлены кабинеты с рабочими местами врачей. Приказом № 202н оговорены особенности формирования штатной численности в районах с тяжелыми климатическими условиями и низкой плотностью населения, что направлено на повышение доступности медицинской помощи в удаленных регионах.

В части рекомендуемых штатных нормативов, в приказе № 202н скорректированы нормы нагрузки медицинского персонала: для врачей общей практики установлен новый расчет — 1 должность/1 500 человек взрослого населения или 1 200 человек взрослого и детского населения (ранее — 1 200 и 1 000, соответственно). Важным изменением стало сокращение числа медицинских сестер, прикрепленных к одному врачу (с двух до одной должности).

Документ также вводит формулировки должностей "медицинский брат", "акушер (акушерка)". Уточнены обязанности фельдшеров: добавлена норма ввода одной должности в смену для организации работы кабинетов неотложной или доврачебной помощи. Переименованы некоторые позиции, например, "врач кабинета медицинской профилактики" заменен на "врача по медицинской профилактике".

В свою очередь, стандарт оснащения дополнен детализированной номенклатурной классификацией медицинских изделий, включающая коды и точные наименования видов оборудования в соответствии с современными стандартами, значительно расширен перечень аппаратов для диагностики и лечения: добавлены анализаторы гемоглобина, современные системы искусственной вентиляции легких, электронные и автоматические версии оборудования (тонометры, пикфло-

уметры, периметры), а также новые физиотерапевтические комплексы, такие как аппараты для интерференционной терапии и коротковолновой диатермии. При этом исключены устаревшие позиции. Важным изменением стала привязка количества оборудования к числу кабинетов врачей.

Приказ № 202н в настоящее время не вступил в силу, он начинает действовать с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

В продолжение тематики совершенствования организации и нормативного правового регулирования оказания ПМСП на территории Российской Федерации **приказом Минздрава России от 27 мая 2025 г. № 313н утверждено новое Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям**¹² (далее — приказ № 313н), которое приходит на смену ранее действовавшему приказу Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям".

Утвержденное приказом № 313н Положение устанавливает, в каких медицинских организациях детям оказывается ПМСП, на что она подразделяется (первичную доврачебную медико-санитарную помощь; первичную врачебную медико-санитарную помощь; первичную специализированную медико-санитарную помощь) и в каких условиях оказывается (в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара), что учитывается при ее оказании, как дети распределяются по участкам с соблюдением принципа приближения к местам жительства. Определено, что Медицинские организации (их структурные подразделения), оказывающие ПМСП детям, делятся на три группы:

1) первая группа — детские поликлиники и детские поликлинические отделения при центральных районных больницах и районных больницах, оказывающие ПМСП детям;

2) вторая группа — детские поликлиники, являющиеся самостоятельными медицинскими организациями, детские поликлинические отделения в составе городских поликлиник, детских больниц и центральных районных больниц, исполняющих функции межрайонных центров;

3) третья группа — консультативно-диагностические центры для детей, являющиеся самостоятельными медицинскими организациями, а также консультативно-диагностические центры и детские поликлиники (отделения) в структуре республиканских, краевых, областных, окружных, городских больниц, медицинских организаций,

подведомственных федеральным органам исполнительной власти.

Важно и современно то, что утвержденным Положением установлено, что ПМСП детям может быть оказана с применением телемедицинских технологий в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, устанавливаемым в соответствии с частью 1 статьи 36.2 Федерального закона № 323-ФЗ.

Также приказом № 313н утверждены ряд приложений к Положению об организации оказания ПМСП детям (всего 7, вместо ранее действовавших 11), которыми определены Правила организации детской поликлиники (детского поликлинического отделения), Стандарт оснащения структурных подразделений детской поликлиники (детского поликлинического отделения), Правила организации деятельности детского консультативно-диагностического центра и регламентированы иные вопросы.

Приказ № 313н в настоящее время не вступил в силу, он начинает действовать с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2027 г.

Приказом Минздрава России от 13 марта 2025 г. № 115н¹³ (далее — приказ № 115н) утверждены Особенности режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому.

Признается утратившим силу приказ Минздрава России от 2 апреля 2014 г. № 148н¹⁴, которым утверждены аналогичные особенности.

Изменения в приказе № 115н носят технический характер, направленный на актуализацию норм в соответствии с современной практикой, без кардинального пересмотра подходов к организации дежурств на дому.

Приказ № 115н в настоящее время не вступил в силу, он начинает действовать с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

С 1 сентября 2025 г. вступит в законную силу **постановление Правительства Российской Федерации от 8 апреля 2025 г. № 462** "О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

¹² Приказ Минздрава России от 27 мая 2025 г. № 313н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям". https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_506958/.

¹³ Приказ Минздрава России от 13 марта 2025 г. № 115н "Об утверждении Особенности режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411760958/>.

¹⁴ Приказ Минздрава России от 2 апреля 2014 г. № 148н "Об утверждении Положения об особенностях режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому". https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_163423/.

для медицинского применения" ¹⁵ (далее — постановление № 462) которым утверждаются:

✓ Правила государственной регистрации и перерегистрации предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (ЖНВЛП);

✓ Правила ведения государственного реестра предельных отпускных цен производителей на ЖНВЛП;

✓ Правила установления исполнительными органами субъектов Российской Федерации предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, на ЖНВЛП;

✓ Правила формирования отпускных цен на ЖНВЛП, организациями оптовой торговли лекарственными средствами, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, медицинскими организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

Кроме того, постановлением № 462 утверждаются изменения, которые вносятся в ряд актов Правительства Российской Федерации.

С вступлением в силу постановления № 462 утратит силу постановление Правительства Российской Федерации от 29 октября 2010 г. № 865 "О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов" ¹⁶.

Совершенствование процедуры регистрации и перерегистрации отпускных цен на ЖНВЛП предполагает внедрение ряда существенных изменений, направленных на оптимизацию административных процессов. В соответствии с новым регламентом, подача заявления будет осуществляться в электронной форме посредством федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" или в личный кабинет Минздрава России в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения

в форме электронных документов, подписанных электронной подписью заявителя.

Кроме того, Правительством Российской Федерации упрощены и ускорены процедуры регистрации и перерегистрации предельных отпускных цен на ЖНВЛП, что позволит быстрее выводить препараты на рынок, избежать их дефицитов, перебоев с поставками в медицинские и фармацевтические организации.

Еще одним значимым новшеством является введение специализированных правил формирования цен для сельских аптечных пунктов и медицинских организаций, расположенных в населенных пунктах, где отсутствуют аптеки. Это позволяет учитывать специфику логистики и распределения лекарственных средств в удаленных регионах, обеспечивая доступность жизненно важных препаратов для населения. Ранее подобные механизмы отсутствовали, что создавало дисбаланс в обеспечении лекарственными средствами между городскими и сельскими территориями. Новый подход направлен на устранение этого неравенства и повышение уровня медицинского обслуживания в малых населенных пунктах

Помимо вышеизложенного в соответствии с постановлением № 462 срок предоставления государственной услуги по регистрации (перерегистрации) предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, сокращен с 60 до 40 рабочих дней. Параллельно реализованы меры по уменьшению документооборота за счет меньшего количества обязательных документов, предоставляемых заявителями для прохождения соответствующей процедуры.

Постановление № 462 вступает в силу с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

Минздравом России 07 марта 2025 г. издан приказ № 100н¹⁷ (приказ № 100н), которым утверждены Правила отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных

¹⁵ Постановление Правительства Российской Федерации от 8 апреля 2025 г. № 462 "О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411750974/>.

¹⁶ Постановление Правительства Российской Федерации от 29 октября 2010 г. № 865 "О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов". <https://base.garant.ru/12179966/>.

¹⁷ Приказ Минздрава России от 7 марта 2025 г. № 100н "Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, Порядка отпуска гражданам аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики". <https://base.garant.ru/411853738/>.

пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, Правила отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, Порядок отпуска гражданам аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики взамен ранее действовавшего приказа Минздрава России от 24 ноября 2021 г. № 1093н¹⁸.

В соответствии с новыми нормативными требованиями, при предъявлении рецепта на лекарственный препарат, отпускаемый по полной стоимости, фармацевтический работник обязан проверить соответствие рецепта установленным требованиям, зафиксировать факт обращения в автоматизированной системе учета, после чего возвратить рецептурный бланк пациенту с обязательной отметкой на оборотной стороне. Данная отметка включает штамп "Рецепт принят на обслуживание" с указанием точной даты (число, месяц, год) и времени (часы, минуты) регистрации обращения, а также идентификационного номера ответственного фармацевтического работника.

Для рецептов, предусматривающих льготный отпуск лекарственных средств (бесплатно или со скидкой в рамках государственных и региональных программ лекарственного обеспечения), установлен расширенный порядок учета. Помимо стандартной отметки о принятии на обслуживание, на рецепте дополнительно указывается уникальный регистрационный номер, соответствующий записи в электронном журнале учета рецептов. Данный журнал, ведущийся в соответствии с требованиями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", содержит исчерпывающую информацию о каждом льготном назначении: полные данные пациента, наименование и дозировку препарата, срок действия рецепта, статус выполнения, а также сведения о фармацевтической организации, принявшей рецепт к исполнению. Важно отметить, что в соответствии с новым регламентом в бумажный журнал учета рецептов вносят-

ся только сведения о льготных назначениях, что существенно оптимизирует документооборот.

Сроки исполнения рецептурных назначений дифференцированы в зависимости от их категории. Для стандартных рецептов установлен максимальный срок исполнения в 10 календарных дней с момента обращения, при этом отсчет начинается со следующего дня после регистрации рецепта. Рецепты с пометкой "*cito*", требующие срочного исполнения, должны быть выполнены в течение 3 рабочих дней, причем в случае невозможности немедленного отпуска препарата аптека обязана принять меры по его экстренному заказу. В ситуациях, когда требуемый препарат отсутствует в наличии и подлежит закупке, максимальный срок исполнения заказа ограничен 30 рабочими днями, при этом аптечная организация обязана информировать пациента о ходе выполнения заказа через SMS-оповещения или электронную почту.

Особое внимание в новом регламенте уделено вопросам повышения доступности льготных лекарственных средств. В случае невозможности своевременного исполнения рецепта в конкретной аптечной организации (отсутствие препарата в наличии, технические проблемы с поставками), предусмотрена возможность его переадресации в другие аптечные учреждения региона через единую электронную систему мониторинга лекарственного обеспечения. Данная система позволяет в режиме реального времени отслеживать наличие льготных препаратов во всех аптеках субъекта Федерации и оперативно перенаправлять пациентов в организации, где необходимый препарат имеется в наличии. При этом сохраняется первоначальная дата принятия рецепта на обслуживание, что гарантирует соблюдение установленных сроков исполнения. Для реализации данного механизма требуется письменное согласие пациента на передачу его рецептурных данных в рамках региональной системы лекарственного обеспечения.

Срок действия приказа № 100н ограничен. Он будет действовать с 1 сентября 2025 г. по 1 сентября 2031 г.

В целях усиления защиты персональных данных и минимизации рисков их несанкционированного использования актуализирован **Порядок обезличивания сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования**¹⁹ (далее — приказ № 139н). Данная мера

¹⁸ Приказ Минздрава России от 24 ноября 2021 г. № 1093н "Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, а также Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества в т.ч. Порядка отпуска аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов". <https://base.garant.ru/403136823/>.

¹⁹ Приказ Минздрава России от 20 марта 2025 г. № 139н "Об утверждении Порядка обезличивания сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411770406/>.

направлена на обеспечение конфиденциальности и соответствия современным требованиям информационной безопасности в сфере здравоохранения.

Приказ № 139н вносит ряд изменений, направленных на модернизацию и совершенствование существующей нормативной базы. В частности, осуществляется замена устаревших ссылок на актуальные положения действующего законодательства.

Основные принципы обезличивания персональных данных, включая методы обработки, требования к обеспечению анонимности и состав включаемых сведений, остаются неизменными. Это свидетельствует о преемственности политики в области защиты персональных данных в сфере здравоохранения. Вносимые корректировки носят преимущественно технический и редакционный характер, обеспечивая соответствие документов актуальным законодательным нормам.

Настоящий приказ вступает в юридическую силу с 1 сентября 2025 г. и сохраняет свою актуальность до 1 сентября 2031 г.

Приказом Минздрава России от 24 марта 2025 г. № 146н²⁰ утвержден Перечень медицинских изделий и прочего оборудования для оснащения региональных, межрайонных (районных) центров, оказывающих медицинскую помощь больным с нарушениями углеводного обмена и сахарным диабетом, в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам субъектов Российской Федерации, представляет собой важный шаг в систематизации и стандартизации медицинской помощи данной категории пациентов. Документ закрепляет единые требования к оснащению региональных и межрайонных центров, что способствует повышению доступности и качества диагностики, лечения и мониторинга состояния пациентов. Утвержденный перечень включает широкий спектр оборудования — от базовых элементов, таких как кресла и кушетки, до высокотехнологичных аппаратов, таких как оптические когерентные томографы, лазерные системы и автоматические периметры, что отражает комплексный подход к обеспечению медицинских организаций необходимыми инструментами.

Принятие этого приказа связано с реализацией федерального проекта "Борьба с сахарным диабетом" в рамках государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения". Финансирование оснащения центров

через механизм субсидий из федерального бюджета субъектам Российской Федерации способствует снижению региональной дифференциации в доступности медицинской помощи. Кроме того, документ создает правовую основу для контроля за исполнением мероприятий по оснащению, что минимизирует риски нецелевого использования средств. В долгосрочной перспективе это может привести к сокращению осложнений нарушений углеводного обмена и сахарного диабета за счет ранней диагностики и эффективного лечения, а также к оптимизации расходов системы здравоохранения за счет профилактики тяжелых форм заболевания.

Важным аспектом является и то, что приказ учитывает современные тенденции в медицине, включая применение высокоточного диагностического оборудования и лазерных технологий, что соответствует мировым стандартам оказания помощи пациентам с нарушениями углеводного обмена и сахарным диабетом. Это создает предпосылки для дальнейшего развития специализированной медицинской инфраструктуры и повышения квалификации врачей, работающих в данной области. Таким образом, документ не только решает текущие задачи оснащения центров, но и закладывает основу для устойчивого развития системы диабетологической помощи в России.

Минздравом России издана существенно обновленная редакция **порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации** (приказ от 10 апреля 2025 г. № 180н²¹). Этот нормативный акт вводит ряд принципиально новых положений, направленных на повышение эффективности работы врачебных комиссий в условиях стремительного развития медицинской науки и практики.

Одним из наиболее значимых нововведений является расширение компетенции врачебных комиссий в области применения инновационных методов лечения. В частности, закреплена возможность назначения незарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов и медицинских изделий при наличии строго определенных медицинских показаний. Данная норма приобретает особую актуальность в контексте обеспечения доступности терапии для пациентов с редкими (орфанными) заболеваниями, когда отсутствие зарегистрированных аналогов может создавать угрозу жизни и здоровью пациента. Примечательно, что порядок предусматривает четкие критерии для принятия таких решений, включая отсутствие терапевтического

²⁰ Приказ Минздрава России от 24 марта 2025 г. № 146н "Об утверждении перечня медицинских изделий и прочего оборудования для оснащения региональных, межрайонных (районных) центров, оказывающих медицинскую помощь больным с нарушениями углеводного обмена и сахарным диабетом, в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам субъектов Российской Федерации". <https://base.garant.ru/411911122/>.

²¹ Приказ Минздрава России от 10 апреля 2025 г. № 180н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411926590/>.

эффекта от применяемого лечения, прогрессирующее ухудшение состояния пациента и индивидуальную непереносимость доступных препаратов.

Особого внимания заслуживает нормативное закрепление возможности применения биомедицинских клеточных продуктов и индивидуальных биотехнологических лекарственных препаратов. Данное положение отражает современные тенденции развития персонализированной медицины и открывает новые перспективы для лечения сложных заболеваний. При этом подчеркивается необходимость наличия у медицинской организации соответствующего разрешения на производство и применение таких препаратов, что обеспечивает контроль за безопасностью их использования. Введение этих норм создает правовую основу для внедрения в клиническую практику передовых достижений клеточных и генных технологий.

Существенной модернизации подверглись процедурные аспекты деятельности врачебных комиссий. Впервые на законодательном уровне закреплена возможность оформления решений комиссии в форме электронного документа с использованием усиленных квалифицированных электронных подписей. Данное нововведение соответствует общей стратегии цифровой трансформации здравоохранения и позволяет существенно оптимизировать документооборот. Одновременно сохранена традиционная форма протоколирования на бумажных носителях, что обеспечивает преемственность с существующей практикой работы медицинских организаций. Важно отметить, что установлены четкие временные рамки для оформления протоколов — не более трех рабочих дней с момента проведения заседания, что способствует повышению оперативности принятия и исполнения врачебных решений.

Совершенствование организационной структуры врачебных комиссий проявилось в нескольких аспектах. Во-первых, предусмотрена возможность включения в состав комиссии не только сотрудников данной медицинской организации, но и специалистов из других учреждений. Такой подход создает предпосылки для развития междисциплинарного взаимодействия и повышения качества принимаемых решений. Во-вторых, установлено минимальное количество членов комиссии — три человека (включая председателя и заместителя), что при сохранении коллегиальности принятия решений позволяет оптимизировать организационные процессы. В-третьих, изменена периодичность обязательных заседаний — с еженедельной на ежемесячную, что при сохранении возможности проведения внеочередных заседаний позволяет более рационально использовать рабочее время медицинских специалистов.

Одновременно усовершенствованы требования к документированию деятельности: введено обязательное ведение журналов как в бумажной, так и в электронной форме, что повышает надежность системы учета принимаемых решений. Срок хранения протоколов заседаний сохранен на уровне 10 лет.

Стоит отдельно отметить, что приказ № 180н впервые нормативно закрепляет взаимодействие врачебных комиссий с Фондом "Круг добра", создавая правовую основу для системного решения вопросов лекарственного обеспечения тяжелобольных пациентов. Ключевое нововведение — предоставление врачебным комиссиям полномочий принимать решения о незамедлительном обеспечении пациентов препаратами из резерва Фонда, включая случаи перехода подростков во взрослую сеть здравоохранения (с продлением поддержки на 1 год после совершеннолетия).

Особое значение имеет положение о возможности принятия коллегиальных решений как в отношении конкретного пациента, так и групп пациентов, что повышает оперативность оказания помощи при массовых обращениях. При этом сохраняется принцип индивидуального подхода через обязательное медицинское обоснование каждого назначения.

Приказ № 180н в настоящее время не вступил в силу, он начинает действовать с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

Современные тенденции развития системы здравоохранения Российской Федерации требуют постоянного совершенствования механизмов контроля качества медицинской помощи. Так, **приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 204н** "Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании"²² (далее — приказ № 204н) вводит ряд новых положений, направленных на повышение объективности, прозрачности и эффективности контроля качества медицинских услуг.

Одним из наиболее значимых нововведений является четкое нормативное закрепление дифференциации между федеральным государственным контролем и ведомственным контролем качества медицинской деятельности. В отличие от предыдущего регулирования, новый порядок устанавливает различные процедуры и требования для каждого вида

²² Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 204н "Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411960598/>.

контроля, что позволяет более точно учитывать специфику проверяемых организаций и характер оказываемой медицинской помощи. Особое внимание уделено исключению потенциальных конфликтов интересов — введен прямой запрет на участие в ведомственном контроле специалистов, состоящих в трудовых или иных договорных отношениях с проверяемой организацией.

Существенной модернизации подверглись процедурные аспекты проведения экспертиз. Впервые на нормативном уровне закреплено разделение проверок на документарные и выездные, что создает правовую основу для более гибкого и адресного подхода к организации контрольных мероприятий. При этом сохранены и усилены основополагающие принципы экспертной деятельности: законность, независимость экспертов, объективность и всесторонность исследований.

Важным аспектом реформы является оптимизация документооборота при проведении экспертиз. Упрощена форма экспертного заключения, из которой исключены избыточные требования, такие как обязательное указание конкретных лиц, допустивших нарушения. Одновременно сохранены все существенные элементы, необходимые для анализа качества медицинской помощи: оценка своевременности оказания помощи, правильности выбора методов диагностики и лечения, степени достижения запланированного результата. Такой подход позволяет сохранить информативность экспертных заключений при сокращении бюрократической нагрузки на специалистов.

Приказ № 204н вступает в силу с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

Современное развитие цифровых технологий в здравоохранении требует постоянной актуализации нормативно-правовой базы. В этом контексте **приказ Минздрава России от 11 апреля 2025 г. № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий"**²³ (далее — приказ № 193н) вносит существенные изменения в регулирование телемедицинских технологий, отражая новые вызовы и возможности цифровой трансформации отрасли.

Одной из наиболее значимых новелл является формальное закрепление использования систем поддержки принятия врачебных решений на основе технологий искусственного интеллекта. В отличие от предыдущего регулирования, новый приказ прямо предусматривает применение таких систем при проведении отложенных консультаций, что от-

крывает перспективы для автоматизации анализа медицинских данных и повышения точности диагностических решений. Особое значение имеет требование о государственной регистрации таких систем в качестве медицинских изделий, что обеспечивает контроль их качества и безопасности.

Существенно модернизированы положения о дистанционном наблюдении за пациентами. Введены четкие требования к использованию медицинских изделий с функцией автоматической передачи данных, а также регламентирован порядок ручного ввода показателей. Это создает правовые основы для развития систем непрерывного мониторинга состояния пациентов с хроническими заболеваниями, что особенно актуально в условиях роста распространенности неинфекционных заболеваний.

В сфере защиты персональных данных приказ вводит новые гарантии, в частности, требование о применении технологии псевдонимизации при оказании платных анонимных консультаций. Данная мера соответствует современным международным стандартам защиты информации и минимизирует риски несанкционированного доступа к конфиденциальным медицинским данным.

Важным усовершенствованием является оптимизация документооборота. Установлено обязательное использование усиленной квалифицированной электронной подписи при оформлении медицинской документации, что не только повышает юридическую значимость телемедицинских консультаций, но и способствует цифровизации процессов оказания медицинской помощи.

Приказ № 193н также уделяет особое внимание стандартизации информационного взаимодействия между участниками телемедицинского процесса. Введены единые требования к форматам передачи данных, что должно способствовать интеграции различных информационных систем и созданию единого цифрового контура в здравоохранении.

Приказ № 193н в настоящее время не вступил в силу, он начинает действовать с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

Современные тенденции в регулировании медицинской деятельности требуют постоянного обновления нормативной базы, что нашло отражение в приказе Минздрава России от 27 марта 2025 г. № 155н²⁴ (далее — приказ № 155н). Данный доку-

²³ Приказ Минздрава России от 11 апреля 2025 г. № 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411919732/>.

²⁴ Приказ Минздрава России от 27 марта 2025 г. № 155н "Об утверждении порядка возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в т.ч. по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411772558/>.

мент вносит существенные изменения в *Порядок возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в т.ч. по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты*, что особенно актуально в условиях кадрового дефицита в сельских территориях и необходимости оптимизации медицинской помощи. Одним из ключевых нововведений является четкая детализация условий и процедуры возложения функций, что позволяет унифицировать подходы и минимизировать риски правовой неопределенности. В отличие от приказа Минздравсоцразвития от 23 марта 2012 г. № 252н²⁵, новый приказ конкретизирует перечень должностей, на которые могут быть возложены обязанности лечащего врача, а также условия такого возложения, такие как неуккомплектованность врачебными кадрами или временное отсутствие специалистов.

Важным аспектом Приказа № 155н является его соответствие современным профессиональным стандартам и порядкам назначения лекарственных препаратов. Документ содержит прямые отсылки к актуальным нормативным актам, что обеспечивает согласованность регулирования и снижает вероятность противоречий в правоприменительной практике. Особое внимание уделено работе с наркотическими и психотропными препаратами: процедура их назначения приведена в соответствие с требованиями к электронному рецептурному оформлению, что способствует повышению прозрачности и контроля в этой сфере.

Приказ № 155н вступает в силу с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

Приказом Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 215н утвержден *Порядок выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской*

*помощи*²⁶ (далее — приказ № 215н). Данный нормативный правовой акт, пришедший на смену приказу от 21 декабря 2012 г. № 1342н²⁷, содержит ряд новаций, направленных на оптимизацию административных процедур и расширение возможностей пациентов в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Одним из ключевых нововведений является цифровизация процесса подачи заявления о выборе медицинской организации. В отличие от прежнего порядка, предусматривавшего исключительно бумажный формат взаимодействия, новый порядок допускает подачу заявления в виде электронного документа, направляемого через личный кабинет гражданина в федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" или в региональных порталах государственных и муниципальных услуг (функций). При этом указанное заявление подписывается простой электронной подписью.

Если ранее использование СНИЛС носило факкультативный характер, то в новом порядке СНИЛС включен в перечень сведений, которые указываются в заявлении о выборе медицинской организации, что подчеркивает его ключевую роль как идентификатора при обработке заявлений в цифровом формате. Это изменение способствует созданию единого информационного пространства в сфере здравоохранения и повышает эффективность управления потоками пациентов.

В приказе № 215н особо выделены положения, регулирующие оказание медицинской помощи временно пребывающим на территории Российской Федерации трудящимся государственных Евразийского экономического союза. Установлен исчерпывающий перечень документов, включающий трудовой договор и уведомление о пребывании, что создает четкие правовые ориентиры как для медицинских организаций, так и для данной категории пациентов.

Новым порядком также сокращены сроки рассмотрения заявления о выборе медицинской организации, который теперь ограничен двумя рабочими днями. Одновременно с этим регламентирован механизм взаимодействия между медицинскими

²⁵ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в т.ч. по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты". <https://base.garant.ru/70170588/>.

²⁶ Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 215н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи". https://storage.consultant.ru/site20/202505/28/minzdrav_280525-215.pdf.

²⁷ Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи". <https://base.garant.ru/70338452/>.

ми организациями при переходе пациента, включая обязательное уведомление прежнего учреждения через уполномоченный законодательством Российской Федерации на ведение реестра медицинских организаций, участвующий в реализации территориальной программы, орган.

Кроме того, приказом Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 216н²⁸ утвержден **Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи** (далее — приказ № 216н).

Приказ № 216н концептуально аналогичен положениям приказа № 215н. В нем также ключевым аспектом модернизации стало внедрение цифровых технологий в процесс выбора медицинской организации. В отличие от предыдущего регулирования, предусматривавшего исключительно бумажный документооборот, новый порядок допускает подачу заявления в форме электронного документа через личный кабинет гражданина в федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" или в региональных порталах государственных и муниципальных услуг (функций). Заявление подписывается простой электронной подписью.

Срок обработки заявления медицинской организацией сокращен до двух рабочих дней. Также упрощен перечень документов, которые подаются в медицинскую организацию, выделены положения, регулирующие оказание медицинской помощи временно пребывающим на территории Российской Федерации трудящимся государственных Евразийского экономического союза.

Приказы № 215н и № 216н вступают в силу с 1 сентября 2025 г. и действуют до 1 сентября 2031 г.

С 1 сентября 2025 г. вступит в силу **приказ Минздрава России от 13 мая 2025 г. № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения"**²⁹ (далее — приказ № 274н), которым утверждены:

- ✓ учетная форма № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";
- ✓ порядок ведения учетной формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";
- ✓ учетная форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";
- ✓ порядок ведения учетной формы № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";
- ✓ учетная форма № 070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение";
- ✓ порядок ведения учетной формы № 070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение";
- ✓ учетная форма № 072/у "Санаторно-курортная карта";
- ✓ порядок ведения учетной формы № 072/у "Санаторно-курортная карта";
- ✓ учетная форма № 076/у "Санаторно-курортная карта для детей";
- ✓ порядок ведения учетной формы № 076/у "Санаторно-курортная карта для детей";
- ✓ учетная форма № 079/у "Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, направленного в организацию отдыха детей и их оздоровления";
- ✓ порядок ведения учетной формы № 079/у "Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, направленного в организацию отдыха детей и их оздоровления".

При этом из приказа исключены такие формы как "Контрольная карта диспансерного наблюдения", "Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)", "Журнал записи родовспоможения на дому" и т.д.

Признается утратившим силу ранее действовавший приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н³⁰, которым утверждены аналогичные формы.

Реализация электронного документооборота в медицинских организациях на основе утвержденных приказом № 274н учетных форм и стандартизированных процедур их ведения, согласно анализируемому нормативному акту, предусматривает переходный период с финальной датой внедрения — 1 сентября 2027 г.

Приказ № 274н в настоящее время не вступил в силу, он начинает действовать с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

²⁸ Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 216н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи". https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_506556/.

²⁹ Приказ Минздрава России от 13 мая 2025 г. № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения". https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_506684/.

³⁰ Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению". <https://base.garant.ru/70877304/>.

Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (далее — приказ № 203н) издан в целях адаптации к современным требованиям клинической практики и стандартизации медицинской помощи.

Ключевым нововведением является существенное расширение перечня критериев оценки качества медицинской помощи. В отличие от предыдущей версии, содержавшей около 1,5 тыс. критериев оценки качества, новый документ включает >4,2 тыс. позиций, систематизированных в 21 раздел. Критерии сформированы на основе актуальных клинических рекомендаций.

Структурно критерии классифицируются по видам медицинской помощи, нозологическим формам и этапам лечебно-диагностического процесса. Особое внимание уделено разделам, касающимся инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, заболеваний системы кровообращения, а также оказанию помощи при беременности и родах.

Приказ № 203н в настоящее время не вступил в силу, он начинает действовать с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Savchenko DO, Naumov PY. Legal changes: focus on primary health care. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(1):26-31. (In Russ.) Савченко Д.О., Наумов П.Ю. Правовые изменения: фокус на первичную медико-сани-

тарную помощь. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1):26-31. doi:10.15829/3034-4123-2025-45. EDN: IHKNKY

Савченко Д. О. (Savchenko D. O.) — м.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0009-0001-8047-7903;

Наумов П. Ю. (Naumov P. Yu.) — к.п.н., помощник начальника госпиталя по правовой работе, ORCID: 0000-0002-2875-2322.