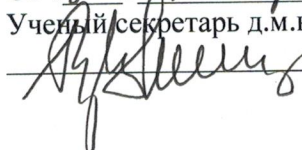


**ФГБУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИНЯТО

Ученым советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России
Протокол № 10
От « 25 » ноября 2025 г.
Ученый секретарь д.м.н, доцент

 В.В. Люцко

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава
России, доктор медицинских наук,
профессор, член-корреспондент РАН


О.С. Кобякова
« 25 » ноября 2025 г.

**ОПТИМАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(СТАНДАРТ АРКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ)**

Методические рекомендации № 12-25

г. Москва - 2025

УДК 614.39

ББК 51.1

Организация-разработчик: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Составители:

Кобякова Ольга Сергеевна – директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН

Стародубов Владимир Иванович – научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик-секретарь Отделения медицинских наук РАН, академик РАН

Шляхто Евгений Владимирович – генеральный директор ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН

Деев Иван Анатольевич – директор Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, д.м.н., профессор

Шибалков Иван Петрович – советник директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, к.э.н.

Панычев Дмитрий Вячеславович – заместитель Губернатора Мурманской области - министр здравоохранения Мурманской области

Сулима Екатерина Игоревна – Первый заместитель Министра здравоохранения Мурманской области

Осипов Алексей Владимирович – директор Федерального центра медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, д.м.н., доцент

Антипов Сергей Анатольевич – Президент Национальной ассоциации «Институт отдаленного здравоохранения»

Жданов Сергей Вячеславович – Управляющий директор – директор Центра индустрии здоровья ПАО Сбербанк

Галеева Мария Владимировна – главный специалист управления по взаимодействию с регионами ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Чукавина Анастасия Васильевна – главный специалист Управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Перфильева Дарья Юрьевна – ведущий специалист Управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Страдымов Федор Иванович – главный специалист Управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Бойков Вадим Андреевич – заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, д.м.н., доцент

Наумов Андрей Олегович – директор Института интегративного здравоохранения ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, к.м.н.

Тарасенко Тарас Денисович – ведущий специалист Управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Звартау Надежда Эдвиновна – заместитель генерального директора по работе с регионами ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России по работе с регионами, к.м.н.

Медведев Артем Эдуардович – врач-кардиолог, ведущий специалист Управления по реализации федеральных проектов ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Тюфилин Денис Сергеевич – начальник Управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Петрова Виктория Вячеславовна – ведущий специалист Управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Халтурина Дарья Андреевна – начальник Управления профилактики факторов риска и коммуникационных технологий в здравоохранении ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, к.и.н.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России по перспективному развитию медицинской деятельности, к.м.н.

Ялымова Василия Вильдановна – руководитель группы по анализу качества медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.

Шахова Татьяна Геннадиевна – главный специалист Организационного отдела ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Богданова Татьяна Геннадьевна – заместитель директора по организации здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Рецензенты:

Коновалов Олег Евгеньевич – д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН

Суслин Сергей Александрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Аннотация

В методических рекомендациях представлено описание организационных решений при организации оказания медицинской помощи в субъектах Арктической зоны Российской Федерации. Представлен перечень дополнительного медицинского оборудования, набор цифровых решений для реализации процессов оказания медицинской помощи в условиях

Арктической зоны Российской Федерации и перечень дополнительных профессиональных компетенций немедицинского и медицинского персонала.

Методические рекомендации представляют собой описание последовательности действий, подходов, а также перечень и порядок взаимодействия участников процесса их внедрения.

Основной целью применения методических рекомендаций является укрепление здоровья населения, проживающего в Арктической зоне Российской Федерации.

©ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	7
2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	8
3. ВВЕДЕНИЕ.....	15
4. ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ, УСТАНОВЛИВАЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	29
5. СЕТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ.....	34
5.1. Модель оказания медицинской помощи вне стационарного объекта здравоохранения (младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом)) и фельдшером передвижного фельдшерского пункта в субъектах АЗРФ	36
5.2. Оказание медицинской помощи на фельдшерском и фельдшерско-акушерском пункте, на фельдшерском пункте и фельдшерском здравпункте в субъектах АЗРФ.....	39
5.2.1. Дополнительные требования, предъявляемые к оборудованию ФАП (ФП, ФЗ) Арктической зоны Российской Федерации.	39
5.2.2. Фельдшер ФАП (ФП, ФЗ) с учетом особенностей Арктической зоны Российской Федерации, принимает участие в следующих процессах:	40
5.3. Оказание медицинской помощи во врачебной амбулатории, центре (отделении) общей врачебной практики (семейной медицины) в субъектах АЗ РФ	41
5.3.1. Дополнительное оснащение врачебной амбулатории (Центра ВОП) в субъектах АЗРФ	42
5.4. Оказание медицинской помощи в участковой больнице в Арктической зоне Российской Федерации.....	43
5.4.1. Медицинские работники участковой больницы Арктической зоны Российской Федерации принимают участие в следующих процессах:	44
5.5. Оказание медицинской помощи в районной больнице в субъектах АЗРФ	45
5.5.1. Медицинские работники районной больницы принимают участие в следующих процессах, имеющих особенности для субъектов АЗ РФ:	46
5.6. Оказание медицинской помощи в центральной районной больнице (межрайонном центре), городской больнице – опорной медицинской организации	47
5.6.1. Рекомендуемое оснащение опорной медицинской организации:	50
5.6.2. Медицинские работники опорной медицинской организации принимают участие в следующих процессах, имеющих особенности для субъектов АЗ РФ:	51
5.7. Оказание медицинской помощи в региональной больнице в субъекте АЗРФ.....	52
5.7.1. Особенности региональной больницы в Арктической зоне Российской Федерации:	52
5.7.2. Организация отдела выездной консультативно-диагностической деятельности	54

5.7.3. Организация помещения (кабинета) для проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий и дистанционного наблюдения	55
5.7.4. Оснащение структурных подразделений.....	56
5.7.5. Медицинские работники региональной больницы принимают участие в следующих процессах, имеющих особенности для субъектов АЗ РФ:	57
6. ПЕРЕЧЕНЬ ПРИОРИТЕТНЫХ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	57
7. ПРОЦЕССЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	62
8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ЗАДЕЙСТВОВАННЫХ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	121
9. Меры по укреплению общественного здоровья.....	122
9.2. Организационные меры	122
9.2. Меры по противодействию потребления табака и никотинсодержащей продукции	123
9.3. Меры, направленные на сокращение потребления алкогольной продукции	125
9.4 Меры по модификации рациона питания и витаминизации	127
9.5. Меры по популяризации регулярной физической нагрузки	128
9.6. Меры коррекции сезонных изменений ритма сна-бодрствования	130
10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	131
11. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	132
ПРИЛОЖЕНИЕ	137

1. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

В настоящем документе используются следующие сокращения и обозначения:

АЗРФ	-	Арктическая зона Российской Федерации
БПЛА	-	беспилотный летательный аппарат
ВА	-	врачебная амбулатория
ГИС СЗ	-	государственная информационная система в сфере здравоохранения
ДПП ПК	-	дополнительная профессиональная программа повышения квалификации
МИС МО	-	медицинская информационная система медицинской организации
МО	-	медицинская организация
НПА	-	нормативные правовые акты
ОАК	-	общий анализ крови
ПСО	-	первичное сосудистое отделение
ПК	-	профессиональная компетенция
ОИВ	-	Орган государственной исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья
РСЦ	-	региональный сосудистый центр
РФ	-	Российская Федерация
СМП	-	скорая медицинская помощь
Стандарт	-	Стандарт Арктической медицины
СОП	-	стандартная операционная процедура
ТМК	-	консультация с применением телемедицинских технологий
ТЛТ	-	тромболитическая терапия
ТФОМС	-	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УЗИ	-	ультразвуковое исследование
ФП	-	фельдшерский пункт
ФАП	-	фельдшерско-акушерский пункт
ХНИЗ	-	хронические неинфекционные заболевания
Центр ОВП	-	центр (отделение) общей врачебной практики (семейной медицины)
ЭКГ	-	электрокардиография

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем документе используются следующие термины:

Арктика – северная полярная область Земли, включающая северные окраины Евразии и Северной Америки (кроме центральной и южной частей полуострова Лабрадор), остров Гренландия (кроме южной части), моря Северного Ледовитого океана (кроме восточной и южной частей Норвежского моря) с островами, а также прилегающие части Атлантического и Тихого океанов.

Источник: Указ Президента РФ от 05.03.2020 № 164 (ред. от 21.02.2023) "Об Основах государственной политики Российской Федерации в Арктике на период до 2035 года"

Арктическая зона Российской Федерации – сухопутные территории, определенные Указом Президента Российской Федерации от 2 мая 2014 г. № 296 «О сухопутных территориях Арктической зоны Российской Федерации», а также прилегающие к этим территориям внутренние морские воды, территориальное море, исключительная экономическая зона и континентальный шельф Российской Федерации.

Источник: Указ Президента РФ от 05.03.2020 № 164 (ред. от 21.02.2023) «Об Основах государственной политики Российской Федерации в Арктике на период до 2035 года»

Беспилотные летательные аппараты – летательные аппараты многоразового использования без экипажа, оснащенные двигателями, поднимающиеся в воздух за счет аэродинамических сил, действующие в автономном режиме по программе или управляемые дистанционно операторами.

Источник: Макухин А. А. Законодательное регулирование правового статуса беспилотных летательных аппаратов //Научный вестник Крыма. - 2017. - №. 1 (6). - С. 17.

Беспилотные авиационные системы – комплекс, включающий одно или несколько беспилотных воздушных судов, а также наземные технические средства и оборудование навигации и связи, используемые для управления полетом воздушных судов.

Источник: Писаренко Л. В., Гуменюк С. А., Потапов В. И. О возможностях и значении беспилотных летательных аппаратов для догоспитального этапа медицинской помощи //Журнал им. НВ Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». - 2024. - Т. 13. - №. 3. - С. 501-513.

Врачебная амбулатория – самостоятельная медицинская организация либо структурное подразделение медицинской организации (ее структурного подразделения), образуемая для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи, а также первичной доврачебной медико-санитарной помощи в рамках оказания неотложной медицинской помощи населению.

Источник: Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

Искусственный интеллект – комплекс технологических решений, позволяющий имитировать когнитивные функции человека (включая поиск решений без заранее заданного алгоритма) и получать при выполнении конкретных задач результаты, сопоставимые с результатами интеллектуальной деятельности человека или превосходящие их. Комплекс технологических решений включает в себя информационно-коммуникационную инфраструктуру, программное обеспечение (в том числе, в котором используются методы машинного обучения), процессы и сервисы по обработке данных и поиску решений.

Источник: Указ Президента РФ от 10.10.2019 № 490 (ред. от 15.02.2024) «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации» (вместе с «Национальной стратегией развития искусственного интеллекта на период до 2030 года»)

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

Источник: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Источник: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Медицинский шаттл – это микроавтобус (автобус), осуществляющий рейсы для доставки пациентов из отдаленного населенного пункта в медицинскую организацию для получения необходимых консультаций или обследований по предварительной записи на безвозмездной основе.

Источник: Сформулировано авторами

Медицинская эвакуация – транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий), осуществляемая при оказании скорой медицинской помощи выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования. Медицинская эвакуация включает в себя санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую воздушными судами, и санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

Источник: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Младшая медицинская сестра (младший медицинский брат) – медицинский специалист, который оказывает профессиональный уход за пациентом. Требования к образованию и трудовым функциям определены соответствующим профессиональным стандартом.

Источник: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12 января 2016 года №2н «Об утверждении профессионального стандарта младший медицинский персонал»

Мобильная медицинская бригада – структура медицинской организации, оказывающая первичную медико-санитарную помощь (далее – медицинская организация), для оказания населению первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, включая проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий.

Источник: Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

Мобильный медицинский комплекс – передвижной комплекс модульного типа, предназначенный для оказания медицинской помощи вне медицинской организации, укомплектованный диагностическим оборудованием, аппаратно-программным комплексом и бригадой специалистов.

Источник: сформулировано авторами

Опорные медицинские организации – это межрайонные специализированные медицинские организации (центры), которые позволяют сконцентрировать в одном месте профессиональные кадровые и материально-технические ресурсы для оказания специализированной медицинской помощи пациентам из близлежащих районов.

Источник: сформулировано авторами

Опорный населенный пункт – населенный пункт, приоритетное развитие которого способствует достижению национальных целей и

обеспечению национальной безопасности, в том числе за счет обеспечения доступности образования, медицинской помощи, услуг в сфере культуры и реализации иных потребностей для жителей прилегающей территории.

Источник: Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2024 г. № 4146-р «Об утверждении Стратегии пространственного развития Российской Федерации на период до 2030 года с прогнозом до 2036 года»

Пансионат – это модель гостиницы для временного проживания пациентов в период прохождения обследования, реабилитации или ожидания госпитализации, а также сопровождающих их лиц, медицинских работников, пребывающих в командировке с целью обучения или стажировки. Срок проживания в пансионате определяется сроком обследования и лечения пациента. Основанием для предоставления пациенту места в пансионате является направление на обследование в консультативно-диагностическую поликлинику/структурное подразделение, оказывающее медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Пансионат может быть структурным подразделением краевой (республиканской, областной, окружной) больницы в субъекте АЗРФ. Расчет необходимого количества мест в пансионате рекомендуется производить на основании числа случаев госпитализации в условиях дневного стационара и объема диагностических исследований с учетом численности населения, проживающего в отдаленных населенных пунктах, или при отсутствии регулярного транспортного сообщения.

Источник: сформулировано авторами

Подвижный (передвижной) комплекс медицинского назначения – комплекс медицинский, состоящий из стационарно установленных и/или выносных медицинских изделий, специального оборудования и принадлежностей, медицинских и служебных помещений, базового транспортного средства или мобильного контейнера, предназначенный для применения в медицинских целях.

Источник: ГОСТ Р 56328-2014. Национальный стандарт Российской Федерации. Изделия медицинские. Подвижные (передвижные) комплексы медицинского назначения. Общие технические требования и методы испытаний" (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 25.12.2014 № 2121-ст

Телемедицинские технологии – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Источник: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья»

Травмоцентры – это объединенные на функциональной основе структурные подразделения медицинской организации, обеспечивающие оказание медицинской помощи пациентам с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком. Травмоцентры первого уровня – оказывают первую помощь, а также первичную доврачебную медико-санитарную помощь. Травмоцентры второго уровня – оказывают первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медицинскую помощь, специализированную медицинскую помощь. Травмоцентры третьего уровня – оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Источник: методические рекомендации «Алгоритм действий по преемственности оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях с травмами, сопровождающимися шоком» (ред. С.Ф. Багненко, О.Н. Эргашев, И.П. Минуллин, А.Г. Мирошниченко, В.М. Теплов, А.Е. Чикин, А.И. Махновский, Н.В. Разумный)»

Труднодоступный населенный пункт – это населенный пункт, который в силу природно-климатических условий (или) отсутствия элементов инфраструктуры, оказывается исключенным на длительные периоды от транспортных путей.

Источник: Письмо Министерства финансов Российской Федерации от 11.09.2018 г. № 03-01-15/64862 «О критериях отнесения территорий к отдаленным или труднодоступным местностям»

Экстренная консультативная медицинская помощь – медицинская помощь, которая оказывается врачами-консультантами при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях больным и пострадавшим в ЧС, находящимся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, и включает в себя диагностику, оказание специализированной медицинской помощи пациентам и консультативной помощи медицинским специалистам.

Источник: Письмо Минздрава России от 22.12.2017 № 13-2/10/2-8871 «О направлении для использования в работе Порядка составления сводных годовых статистических отчетов по формам федерального и отраслевого статистического наблюдения органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья за 2017 год»

3. ВВЕДЕНИЕ

Настоящие методические рекомендации разработаны во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 01 августа 2024 г. № Пр-1506 и направлен на повышение качества жизни и доступности медицинской помощи населению в АЗРФ.

Ключевыми вызовами для систем здравоохранения регионов АЗРФ являются:

1. Экстремальные природно-климатические условия

Доказано воздействие на здоровье человека таких неблагоприятных природно-климатических факторов, как дефицит тепла и освещенности, резкая смена фотопериодичности, повышенная геомагнитная активность, перепады атмосферного давления и возникновение таких негативных последствий как «синдром полярного напряжения», иммунодефицит, гиповитаминоз, повышение артериального давления и т. п. В своей совокупности неблагоприятные природно-климатические факторы Арктики негативно влияют на функциональное состояние организма человека, снижая его работоспособность и уровень здоровья.

2. Высокая распространенность факторов риска здоровья и отставание значений показателей, характеризующих качество и продолжительность жизни от общероссийских значений

Значительной медико-социальной проблемой для субъектов АЗРФ является избыточное потребление населением алкоголя. Продажа алкогольных напитков (прежде всего, водки и ликероводочных изделий) на территориях АЗРФ выше по сравнению со средними показателями по стране. При этом отличительной особенностью региона является высокая доля зарегистрированного потребления алкоголя.

В рационе питания жителей северных территорий наблюдается несбалансированность, низкий объем потребляемых ягод, овощей и фруктов, высокий объем потребления продуктов, содержащих насыщенные жиры. Это способствует нарушению обменных процессов в организме и развитию

избыточного веса и ожирения, которые приводят к повышенному давлению, сахарному диабету.

Дополнительным фактором риска АЗРФ является особый режим инсоляции, включающий полярную ночь, полярное лето, и длительные периоды короткого и длинного светового дня.

Распространенность факторов риска в совокупности с экстремальными природно-климатическими условиями во многом обуславливает относительно высокие показатели смертности населения, прежде всего в трудоспособном возрасте и существенно влияет на медико-демографическую ситуацию в целом.

3. Наличие труднодоступных и населенных пунктов с низкой плотностью населения, недостаточный уровень развития транспортной инфраструктуры

Относительно низкая плотность населения и сложно доступная транспортная инфраструктура, определяют наличие функционирующих медицинских организаций для многих населенных пунктов критически важным условием, а в некоторых случаях безальтернативным с точки зрения получения своевременной медицинской помощи. Вместе с тем, наличие медицинских организаций и территориально выделенных структурных подразделений для оказания первичной медико-санитарной помощи с учетом ограниченной транспортной доступности не решает вопросы своевременного оказания специализированной медицинской помощи населению.

Оказание медицинской помощи и проведение профилактических мероприятий для жителей АЗРФ имеет определенную специфику, обусловленную климатическими условиями проживания и транспортной доступностью.

4. Высокая актуальность внедрения цифровых технологий в здравоохранение, в т.ч. для обеспечения дистанционного мониторинга, консультаций с применением телемедицинских технологий

Низкая плотность населения, удаленность мест проживания от медицинских организаций и многие другие особенности жизни в Арктике диктуют необходимость применения новых методов организации медицинской помощи.

Учитывая климатические и географические условия жизни, необходимо развивать оказание консультаций с применением телемедицинских технологий, дополнительно внедрять удаленные формы оказания медицинской помощи и использовать возможности искусственного интеллекта для поддержки принятия врачебных решений.

5. Дефицит медицинских кадров и сложные условия труда

Проблема нехватки медицинских работников, также является одной из ключевых и переплетается с социальными проблемами. Достаточно сложно привлечь медицинских работников в субъекты АЗРФ на постоянную работу ввиду сложных климатических условий проживания и других причин.

Учитывая вызовы, стоящие перед системой здравоохранения регионов АЗРФ эффективным решением представляется разработка Методических рекомендаций – «Оптимальной модели организации медицинской помощи в регионах Арктической зоны Российской Федерации» (Стандарта Арктической медицины) (далее – методические рекомендации), которые направлены на повышение продолжительности жизни, а также улучшение доступности и качества медицинской помощи в субъектах АЗРФ.

Настоящие методические рекомендации являются документом по организации медицинской помощи населению АЗРФ на территории Российской Федерации на основе требований действующего законодательства в сфере охраны здоровья граждан в соответствии со стратегией развития Арктической зоны (Указ Президента РФ от 26.10.2020 № 645 «О Стратегии развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года»).

Настоящие методические рекомендации определяют:

- 1) перечень нормативных правовых актов, устанавливающих требования к организации оказания медицинской помощи в рамках области применения методических рекомендаций;
- 2) сеть медицинских организаций и их структурных подразделений;
- 3) перечень приоритетных цифровых технологий, применяющихся для оказания медицинской помощи в Арктической зоне Российской Федерации;
- 4) процессы оказания медицинской помощи в Арктической зоне Российской Федерации;
- 5) дополнительные компетенции медицинских работников, задействованных в оказании медицинской помощи в условиях АЗРФ;
- 6) меры по укреплению общественного здоровья.

Принципы охраны здоровья населения, проживающего в Арктической зоне Российской Федерации

Дополнительно к основным принципам охраны здоровья, установленным статьей 4 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при оказании медицинской помощи населению, проживающему в АЗРФ, соблюдаются следующие принципы:

1. Приоритетность оказания медицинской помощи с использованием выездных форм работ для жителей труднодоступных населенных пунктов

В населенных пунктах может быть сохранена медицинская организация или ее территориально выделенное структурное подразделение (врачебная амбулатория, ФАП и т.д.) при численности проживающего населения менее численности, предусмотренной требованиями нормативных правовых документов и выполнении лицензионных требований. В случае, если согласно актуальному демографическому прогнозу, численность жителей населенного пункта будет сокращаться в перспективе периода планирования, рекомендуется оказание медицинской помощи осуществлять

преимущественно с использованием выездных форм работы приоритетно по отношению к созданию новых медицинских организаций или их структурных подразделений, превышающих установленные федеральные нормативы. Для повышения доступности медицинской помощи рекомендуется использовать ресурсы медицинских организаций всех форм собственности (в т.ч. ФМБА и др.).

2. Приоритетность медицинской эвакуации перед приближением медицинской помощи к месту проживания пациентов при оказании медицинской помощи в экстренной форме

Для оказания медицинской помощи пациентам, проживающим в отдаленных труднодоступных населенных пунктах, при возникновении ситуаций, угрожающих жизни, осуществляется медицинская эвакуация, для которой создаются материально-технические условия (вертолетные площадки, посадочные площадки, авиамедицинские специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи и другие законодательно возможные способы). Данное направление развития материально-технической базы здравоохранения рекомендуется сделать приоритетным по отношению к приближению медицинской помощи к месту проживания пациентов путем строительства новых объектов здравоохранения.

3. Приоритетность медицинской помощи в плановой форме в условиях круглосуточного стационара для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями

Выполнение стандартов динамического наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, оказывающими наибольшее влияние на состояние здоровья населения в конкретном регионе, при невозможности динамического наблюдения лечащим врачом или выполнения инструментально-диагностических исследований в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара должно осуществляться в условиях круглосуточного стационара или с обеспечением проживания в приближении к оказанию медицинской помощи (пансионат).

4. Приоритет централизации и цифровизации медицинской помощи

При разработке стратегических решений по развитию медицинской помощи в АЗРФ (включающих развитие сети медицинских организаций, проведение капитальных ремонтов, приобретение медицинского оборудования, подготовку персонала, развитие маршрутизации и др.) приоритет отдается вариантам, предполагающим централизацию сети медицинских организаций и ресурсов для оказания медицинской помощи, цифровизацию медицинской помощи и связанных с ней процессов.

5. Обеспечение транспортной доступности медицинской помощи

Развитие системы оказания медицинской помощи должно быть синхронизировано с развитием транспортной сети региона и внедрением технологий доставки пациентов до медицинской организации, возможности временного размещения в пансионате при необходимости ожидания медицинской помощи или транспортировки к месту проживания. Источником финансового обеспечения доставки (транспортировки) пациентов являются средства бюджета субъекта Российской Федерации и иных источников, не запрещённых законодательством.

Правовые аспекты особенностей организации и оказания медицинской помощи в Арктической зоне Российской Федерации

Значительная часть предложенных методическими рекомендациями нововведений укладывается в действующее регулирование и не требует внесения изменений или дополнений в действующие нормативные правовые акты: приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2016 г. № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения», от 14.04.2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», от 27.05.2025 г. № 313н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

1. Уточнение нормативов размещения медицинских организаций

Отдельными нормативными правовыми актами (приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 февраля 2016 г. № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения», приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению») предусмотрена возможность уточнения нормативов размещения медицинских организаций с учетом транспортной доступности, климатических и географических особенностей, уровнем и структурой заболеваемости населения субъектов Российской Федерации, особенностей половозрастного состава населения и возможности соблюдения порядков оказания медицинской помощи.

Критерием изменения существующих нормативов также могут являться: наличие водных и других преград, удаленность от ближайшей медицинской организации, низкая плотность населения. В этой связи, с учетом перечисленных факторов методическими рекомендациями предложены отличные от регламентированных нормативы размещения медицинских организаций (их подразделений), что допускается нормами действующего законодательства.

2. Создание структурных подразделений (отдельных помещений), не предусмотренных правилами организации их деятельности

Методическими рекомендациями предлагается в составе краевой (областной, окружной) больницы создание подразделений, не предусмотренных Типовым положением¹: отдел выездной консультативной деятельности, логистическая служба, кабинет (отделение) консультаций с применением телемедицинских технологий и дистанционного наблюдения,

¹Приказ Минздрава России от 21.01.2022 г. № 19н «Об утверждении Типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице»

дистанционный консультативный центр лучевой диагностики, аптечный пункт.

Организация деятельности вновь создаваемых подразделений обусловлена необходимостью внедрения предусмотренных методическими рекомендациями новых организационных моделей оказания медицинской помощи.

Источником финансирования деятельности данных подразделений могут являться как средства ОМС, так и средства бюджета субъекта Российской Федерации и иных источников, не запрещенных законодательством.

Дополнительно, в целях повышения доступности медицинской помощи населению субъектов АЗ РФ методическими рекомендациями предлагается организация пансионатов для размещения пациентов, проживающих в отдаленных населенных пунктах, которым требуется проведение лечебно-диагностических процедур в условиях специализированной медицинской организации.

Источником финансирования деятельности пансионата являются средства бюджета субъекта Российской Федерации и (или) иные источники финансирования, за исключением средств ОМС.

Порядок финансирования определяется субъектом Российской Федерации посредством включения соответствующих норм в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, тарифное соглашение.

3. Дополнение стандартов оснащения медицинских организаций (подразделений)

Настоящие методические рекомендации предусматривает расширение перечня оборудования для оснащения медицинских организаций (их подразделений) относительно утвержденного Приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Методическими рекомендациями предлагается ФАП (ФП, ФЗ) дополнительно оснастить мобильным медицинским комплексом, суточным монитором артериального давления, портативной ультразвуковой системой, центр (отделение) общей практики (семейной практики) дополнительно оснастить мобильным медицинским комплексом, системой холтеровского мониторирования, портативной ультразвуковой системой и системой рентгеновской диагностической портативной, цифровой.

Приобретение оборудования может осуществляться как за счет средств обязательного медицинского страхования (поскольку оборудование необходимо для оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС), с учетом ограничений, установленных законодательством об ОМС², а также за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации и иных источников, не запрещенных законодательством.

4. Дополнение состава приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств при проведении диспансеризации, диспансерного наблюдения

Методическими рекомендациями предусмотрено проведение дополнительных исследований:

1) на первом этапе диспансеризации отдельных групп взрослого населения, регламентированного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404 н³, в части включения исследований крови на липопротеин А (ЛП (а)) - однократно, определение холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов с расчетом ХС ЛНП среди населения один раз в 6 лет с 18 до 40 лет и далее раз в 3 года у пациентов 40 лет и старше без факторов риска, сердечно-сосудистых

²Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

³Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»

заболеваний и нарушений липидного обмена, С – реактивный белок (СРБ), уровень витамина Д, консультации медицинского психолога;

2) при проведении диспансерного наблюдения пациентов с болезнями системы кровообращения, регламентированного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н⁴, в части включения исследований крови на высокочувствительный тропонин и натрийуретический пептид (NT-proBNP) в рамках диспансерного наблюдения пациентов без диагностированной СН и с высоким риском её развития (наличие артериальной гипертензии/ ожирения/ ИБС/ фибрилляции предсердий/ кардиомиопатии/ хронической болезни почек/ хронической обструктивной болезни легких/ проведения противоопухолевой терапии)⁶. Кратность оценки – при постановке на диспансерный учет, далее при дестабилизации течения основного заболевания.

Необходимость проведения дополнительных исследований обусловлена уровнем и структурой заболеваемости населения, проживающего в АЗ РФ.

Проведение дополнительных исследований, не предусмотренных нормативными правовыми актами, может осуществляться за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации и иных источников, не запрещенных законодательством.

5. Дополнение рекомендуемых штатных нормативов

Методическими рекомендациями предлагается включить в пределах штатных расписаний медицинских организаций, обслуживающих населенные пункты, с числом жителей менее 70 человек и расположенные более 6 км от ближайшего структурного подразделения медицинской организации, должность младшей медицинской сестры (младшего медицинского брата), для

⁴Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

⁶ А. Л. Маслянский, Н. Э. Звартау, Е. П. Колесова [и др.] Субклиническое поражение сердечно-сосудистой системы у больных ревматологическими заболеваниями // Российский кардиологический журнал. – 2015. – Т. 20, № 5. – С. 93-100. – DOI 10.15829/1560-4071-2015-05-93-100. – EDN TWQVWJ.

оказания медицинской помощи и участию в организации и проведении профилактических мероприятий.

После прохождения соответствующего обучения младшая медицинская сестра (младший медицинский брат) будет принимать участие в оказании медицинской помощи в соответствии с Базовой программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в связи с чем финансирование расходов, связанных, в том числе, с оплатой труда данных специалистов может осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования. Источником финансирования указанных расходов также могут являться средства бюджета субъекта Российской Федерации и иных источников, не запрещенных законодательством.

Порядок финансирования определяется субъектом Российской Федерации посредством включения соответствующих норм в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и тарифное соглашение.

Вместе с тем, реализация отдельных положений методических рекомендаций невозможна без внесения изменений в отдельные нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья и не может быть реализована на момент утверждения методических рекомендаций.

1. Дополнение функций фельдшера ФАП (ФП, ФЗ)

1.1. Для оказания медицинской помощи в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах методическими рекомендациями предусмотрено оснащение подразделений медицинских организаций портативными аппаратами для проведения ультразвуковых исследований с функцией передачи данных. Это позволит в условиях ограниченной транспортной доступности своевременно проводить ультразвуковую диагностику, при которой фельдшер осуществляет ультразвуковое исследование с помощью портативного датчика, посредством которого через

информационную систему изображение передается врачу, который дистанционно проводит соответствующую консультацию с применением телемедицинских технологий.

Вместе с тем, данная функция фельдшера не предусмотрена профессиональным стандартом⁵. Кроме этого, Приказом Минздрава России от 08.06.2020 № 557н «Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований» ультразвуковые исследования проводятся исключительно врачом ультразвуковой диагностики, при этом на фельдшера могут быть возложены функции исключительно врача терапевта-участкового, врача общей практики (семейного врача). Реализация данного положения методических рекомендаций потребует получения соответствующей лицензии по адресу ФАП (ФП, ФЗ).

В этой связи в целях реализации предложенной организационной модели требуется внесение изменений или дополнений в указанные нормативные правовые акты.

1.2. Дополнительно методическими рекомендациями предусмотрено проведение фельдшером ФАП (ФП, ФЗ) тромболитической терапии при остром коронарном синдроме под контролем врача в режиме консультации с применением телемедицинских технологий. Это позволит в условиях ограниченной транспортной доступности своевременно оказывать медицинскую помощь пациентам с острым коронарным синдромом посредством проведения тромболитической терапии, под контролем врача в режиме консультации с применением телемедицинских технологий.

Вместе с тем, данная функция фельдшера не предусмотрена профессиональным стандартом⁶, что потребует внесения дополнений в приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от

⁵ Приказ Минтруда России от 31.07.2020 г. № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»

⁶ Приказ Минтруда России от 31.07.2020 г. № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»

31.07.2020 г. №470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер».

Реализация процессов «Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе фельдшером ФАП (ФП, ФЗ)» (процесс №8), «Выполнение ультразвукового исследования фельдшером с дистанционной передачей изображения в условиях ФАП (ФП, ФЗ)» (процесс №9), «Лекарственное обеспечение льготной категории граждан» (процесс №14) в рамках положений настоящего невозможно без внесения изменений в действующее федеральное законодательство.

2. Организация лекарственного обеспечения посредством передвижных аптечных пунктов

Методическими рекомендациями предлагается организация мобильного аптечного пункта на базе транспорта повышенной проходимости, для организации лекарственного обеспечения в труднодоступных и отдаленных населенных пунктах субъектов АЗРФ. Вместе с тем, действующее регулирование правил обращения лекарственных средств позволяет осуществлять фармацевтическую деятельность исключительно по месту, указанному в лицензии на право осуществления фармацевтической деятельности. Передвижная форма реализации (отпуска, продажи) лекарственных средств законодательством не предусмотрена.

В этой связи, при реализации модели организации лекарственного обеспечения с учетом положений методических рекомендаций, требуется внесение изменений в Федеральный закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

3. Применение БПЛА

В связи с формирующимся на федеральном уровне нормативно-правовым регулированием полетов БПЛА для применения в гражданских целях, в рамках реализации методических рекомендаций требуется детальной проработки и апробации в качестве «пилотного» проекта в одном из субъектов АЗРФ.

4. Завершение первого этапа диспансеризации отдельных групп взрослого населения с применением телемедицинских технологий в формате пациент – медицинский работник (фельдшер ФАП (ФП, ФЗ))

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 г. №193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» не предполагается завершение первого этапа диспансеризации отдельных групп взрослого населения с применением телемедицинских технологий в формате пациент – медицинский работник (фельдшер ФАП (ФП, ФЗ)).

4. ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ, УСТАНОВЛИВАЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Внедрение методических рекомендаций не должно повлечь действий, способных привести к снижению доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению АЗРФ.

Методические рекомендации дополняют различного рода права и/или обязанности, установленные и регламентированные нормативными правовыми актами федерального уровня, такими как:

- Указ Президента РФ от 05.03.2020 г. № 164 «Об Основах государственной политики Российской Федерации в Арктике на период до 2035 года»;
- Указ Президента РФ от 26.10.2020 г. № 645 «О Стратегии развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года»;
- Федеральный закон от 22.11.1995 г. № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции»;
- Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»;

– Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»;

– Постановление Правительства РФ от 30.05.2023 г. № 866 «Об особенностях проведения медицинских осмотров с использованием медицинских изделий, обеспечивающих автоматизированную дистанционную передачу информации о состоянии здоровья работников и дистанционный контроль состояния их здоровья»;

– Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 г. № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;

– Распоряжение Правительства РФ от 15.04.2021 г. № 996-р «Об утверждении единого плана мероприятий по реализации Основ государственной политики РФ в Арктике на период до 2035 года и Стратегии развития Арктической зоны РФ и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года»;

– Распоряжение Правительства РФ от 17.04.2024 г. № 959 р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения»;

– Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. № 1181н «Об утверждении порядка назначения и выписывания медицинских изделий, а также форм рецептурных бланков на медицинские изделия и порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»;

– Приказ Минздрава России от 20.06.2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;

– Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.02.2016 г. № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения»;

– Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07.09.2020 г. № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов»;

– Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06.11.2020 г. № 1202н «Об утверждении Порядка организации и оказания Всероссийской службой медицины катастроф медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации»;

– Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.01.2021 г. № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры»;

– Приказ Минздрава России от 27.04.2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

– Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.11.2021 г. № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления

указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов»;

– Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.04.2025 г. № 180н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 г. № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

– Приказ Министерства здравоохранения РФ от 11.04.2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 г. № 195н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»;

– Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.04.2025 г. № 208н/243 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

– Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14.04.2025 г. № 216н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

– Приказ Минздрава России от 27.05.2025 г. № 313н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;

Иные порядки оказания медицинской помощи, утвержденные приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

5. СЕТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ

В целях соблюдения этапов оказания медицинской помощи, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, планирования рационального размещения медицинских организаций в зависимости от административно-территориальной принадлежности и вида оказываемой медицинской помощи, а также определения нормативов объема медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинские организации в субъектах АЗРФ могут быть распределены по трем уровням:

1. Первый уровень – медицинские организации, оказывающие населению муниципального образования, на территории которого расположены, первичную медико-санитарную помощь и (или) паллиативную медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь: ФАП (ФП, ФЗ), врачебные амбулатории, центры (отделения) общей практики семейной медицины, участковые и районные больницы;

2. Второй уровень – опорные медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, населению нескольких муниципальных образований по широкому перечню профилей медицинской помощи: межрайонные больницы или городские больницы.

3. Третий уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную: областные (краевые, республиканские) больницы.

С учетом численности и плотности населения в субъектах АЗРФ, рекомендуемая сеть по уровням оказания медицинской помощи уточнена относительно рекомендуемой приказами Минздрава от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», от 27.02.2016 № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» и представлена в **Таблице 1**.

Таблица 1 – Рекомендуемая сеть медицинских организаций (структурных подразделений) субъектов АЗРФ

Уровень	Вид медицинской организации/объекта	Критерии организации (открытия) медицинских организаций (структурных подразделений)			
		в соответствии с приказами МЗ РФ		для субъектов АЗ РФ	
		Численность населения	Расстояние или время доезда	Численность населения	Расстояние или время доезда
1 уровень	Передвижной ФАП (ФП, ФЗ), младшая медицинская сестра (младший медицинский брат)	1 на менее 100 человек	-	1 на менее 70 человек	-
	Фельдшерско-акушерский пункт, фельдшерский пункт (структурное подразделение)	1 на 100-300 чел.	Расстояние более 6 км	1 на 70-300 чел.	В случае расстояния более 6 км до ближайшего ФАП (ФП, ФЗ), ВА
		1 на 300- 2 000 чел.		1 на 300-2000 чел.	Независимо от расстояния
	Врачебная амбулатория, центр врачей общей практики (структурное подразделение)	1 на 1-2 тыс.	Расстояние более 6 км	1 на 1 -2 тыс.	В случае расстояния более 6 км до ближайшей МО (территориально выделенного структурного подразделения)
		1 на 2 - 10 тыс.	-	1 на 2-10 тыс.	Независимо от расстояния
	Участковая больница (структурное подразделение)	1 на 5 - 20 тыс.	-	1 на 2-5 тыс.	При условии, что транспортная доступность более 60 минут до ближайшей МО 2 и 3 уровня
				1 на 5-20 тыс.	Независимо от расстояния
		1 на 20 - 100 тыс.	-	1 на 5 - 20 тыс.	При условии, что транспортная

	Районная больница (структурное подразделение)				доступность более 60 минут до ближайшей МО более высокого уровня
				1 на 20-100 тыс.	Независимо от расстояния
	Поликлиника (юридическое лицо) • для взрослого населения • для детского населения	1 на 20 - 50 тыс. взрослых	МО, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в населенных пунктах с численностью населения свыше 20 тыс. человек, размещаются с учетом шаговой доступности, не превышающей 60 минут	1 на 10 тыс.	Независимо от расстояния
		1 на 10- 30 тыс. детей			
2 уровень	Опорные медицинские организации (юр лицо) • городская больница • центральная районная больница (межрайонная)	1 на 20 - 300 тыс.	МО, оказывающие медицинскую помощь в экстренной форме, размещаются с учетом транспортной доступности, не превышающей 60 минут	1 на 20 - 300 тыс.	МО, оказывающие медицинскую помощь в экстренной форме, размещаются с учетом транспортной доступности, не превышающей 60 минут
		1 на 20 - 100 тыс.			

5.1. Модель оказания медицинской помощи вне стационарного объекта здравоохранения (младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом)) и фельдшером передвижного фельдшерского пункта в субъектах АЗРФ

В малочисленных населенных пунктах с числом жителей менее 70 человек, в том числе временных (сезонных), местах кочевий, находящихся на значительном удалении от медицинской организации или их структурных подразделений (более 6 км), оказание первой помощи и доврачебной помощи населению до прибытия медицинских работников при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, проведение профилактических мероприятий (заполнение анкеты, проведение антропометрического исследования, уровня

артериального давления на первом этапе диспансеризации) и мероприятий по контролю отдельных показателей состояния здоровья (артериального давления, уровня глюкозы и т.п.) осуществляется младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) из числа жителей данного населенного пункта, прошедшим обучение по специальной программе профессиональной подготовки «Младшая медицинская сестра (младший медицинский брат)» с присвоением квалификации «Младшая медицинская сестра (младший медицинский брат)».

Младшая медицинская сестра (младший медицинский брат) должны быть трудоустроены в медицинской организации, за которой закреплён данный населённый пункт, обеспечены необходимой для оказания первой помощи жителям укладкой, средствами связи, инструкциями по взаимодействию с медицинскими работниками и оперативными службами, доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», укладками проведения первого этапа диспансеризации.

Дополнительное финансовое обеспечение возможно за счет средств обязательного медицинского страхования и бюджета субъекта Российской Федерации.

Рекомендуется предусмотреть оборудование для выполнения функциональных обязанностей в соответствии с **Таблицей 2**.

Таблица 2 – Перечень оборудования для выполнения младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) функциональных обязанностей

№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Тонометр автоматический с измерением по плечу	1
2	Глюкометр с фотометрическим методом измерения	1
3	Тонометр портативный для измерения внутриглазного давления	1
4	Термометр медицинский	2
5	Весы	1
6	Ростомер	1

7	Пульсоксиметр портативный	1
8	Укладка для оказания помощи ⁷	1
9	Автоматический дефибриллятор	1
10	Средства спутниковой связи	1

Младшая медицинская сестра (младший медицинский брат) принимает участие в процессах, изложенных в методических рекомендациях:

- проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4);
- оказание первой помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) (процесс №7).

Оказание доврачебной медицинской помощи фельдшером передвижного ФАП (ФП, ФЗ).

Оказание доврачебной первичной медико-санитарной помощи населению в населенных пунктах с численностью менее 70 человек независимо от расстояния до ближайшей медицинской организации, при отсутствии стационарного объекта здравоохранения и наличии транспортной доступности может осуществляться с использованием передвижного медицинского ФАП (ФП, ФЗ) по графику, утвержденному руководителем медицинской организации, при этом выезд осуществляется не менее двух раз в неделю в каждый населенный пункт.

Фельдшер передвижного ФАП (ФП, ФЗ) принимает участие в процессах, изложенных в методических рекомендациях:

- проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4);
- оказание первой помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) (процесс №7);

⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.05.2024 №246н «Об утверждении требований к комплектации аптек, укладки, набора и комплекта для оказания первой помощи с применением медицинских изделий и лекарственных препаратов спасателями, осуществляющими аварийно-спасательные работы»

– лекарственное обеспечение льготной категории граждан (процесс №14).

Учет работы младшей медицинской сестры (младшего медицинского брата) ведется в свободной форме и регламентируется локальными актами медицинских организаций. Рекомендуемые формы учета работы представлены в Приложении.

5.2. Оказание медицинской помощи на фельдшерском и фельдшерско-акушерском пункте, на фельдшерском пункте и фельдшерском здравпункте в субъектах АЗРФ.

ФАП (ФП, ФЗ), расположенный в АЗРФ, может быть организован при численности обслуживаемого населения 70 - 300 человек при наличии водных и других преград, удаленности от ближайшей медицинской организации более 6 км, низкой плотности населения (в 3 раза ниже среднероссийского показателя) в данном муниципальном районе; при численности населения 300 - 2000 человек – независимо от расстояния.

ФАП (ФП, ФЗ) является структурным подразделением МО и организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи населению с применением телемедицинских технологий и портативных диагностических систем в сельских населенных пунктах с малой численностью населения и (или) находящихся на значительном удалении от медицинских организаций, либо при наличии водных, горных и иных преград, а также в случае преимущественного (более 40%) проживания в них лиц старше трудоспособного возраста.

5.2.1. Дополнительные требования, предъявляемые к оборудованию ФАП (ФП, ФЗ) Арктической зоны Российской Федерации.

С учетом выполняемых функций рекомендуется предусмотреть дополнительный перечень оборудования для ФАП (ФП, ФЗ) в субъектах АЗРФ, указанный в Таблица 3.

Таблица 3 – Дополнительный перечень оборудования для ФАП (ФП, ФЗ)

№ п/п	Наименование оборудования	Количество, шт.
1	Мобильный медицинский комплекс	1
2	Система холтеровского мониторирования ЭКГ	1
3	Суточный монитор артериального давления	1
4	Тест-полоски для исследования кала на скрытую кровь	1
5	Гематологический экспресс-анализатор	1
6	Экспресс-анализатор мочи	1
7	Кислородный концентратор	1
8	Средства оперативного передвижения	2
	<i>Дополнительно по потребности:</i>	
9	Портативная система ультразвуковой визуализации	1
10	Термоодеяло	2

5.2.2. Фельдшер ФАП (ФП, ФЗ) с учетом особенностей Арктической зоны Российской Федерации, принимает участие в следующих процессах:

- проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4);
- диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6);
- проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе фельдшером ФАП (ФП, ФЗ) под контролем врача (процесс №8);
- выполнение ультразвукового исследования фельдшером с дистанционной передачей изображения в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №49);
- выполнение общего (клинического) анализа крови (ОАК) в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №10);
- организация медицинской эвакуации (процесс №12);
- лекарственное обеспечение льготной категории граждан (процесс №14).

Другие процессы на ФАП (ФП, ФЗ) не имеют особенностей в АЗРФ.

5.3. Оказание медицинской помощи во врачебной амбулатории, центре (отделении) общей врачебной практики (семейной медицины) в субъектах АЗ РФ

Врачебная амбулатория (Центр (отделение) общей врачебной практики (ВОП)), расположенная в субъектах АЗРФ, может быть организована при численности обслуживаемого населения 1 000 - 2 000 человек при наличии водных и других преград, удаленности от ближайшей медицинской организации более 6 км, низкой плотности населения (в 3 раза ниже среднероссийского показателя) в данном муниципальном районе; при численности населения 2 000 - 10 000 человек – независимо от расстояния.

Врачебная амбулатория (Центр ВОП) организуется для оказания первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, первичной доврачебной медико-санитарной помощи в рамках оказания неотложной медицинской помощи населению, а также паллиативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и портативных диагностических систем. Врачебная амбулатория (Центр ВОП) является структурным подразделением медицинской организации.

Оказание медицинской помощи во врачебной амбулатории (Центре ВОП) осуществляется на основе взаимодействия врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов по профилю заболевания пациента (врачей-кардиологов, врачей-ревматологов, врачей-эндокринологов, врачей-гастроэнтерологов и других), осуществляющих свою деятельность во врачебной амбулатории либо в медицинской организации, в структуру которой входит врачебная амбулатория, а также других медицинских организаций, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

Медицинские работники врачебной амбулатории (Центра ВОП) осуществляют подготовку обслуживаемого населения для консультативного приема и проведения диагностических исследований специалистами выездной

бригады областной (краевой, республиканской) больницы в соответствии с утвержденным графиком.

Работа врачебной амбулатории (Центра ВОП) должна быть организована по сменному графику, обеспечивающему оказание медицинской помощи с 8:00 до 20:00, а также предусматривать возможность оказания неотложной медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

5.3.1. Дополнительное оснащение врачебной амбулатории (Центра ВОП) в субъектах АЗРФ

С учетом выполняемых функций рекомендуется предусмотреть дополнительный перечень оборудования врачебной амбулатории, центра ВОП, расположенных в субъектах АЗРФ (

Таблица 4).

Таблица 4 – Дополнительный перечень оборудования врачебной амбулатории, Центра ВОП

№ п/п	Наименование оборудования	Количество, шт.
1	Портативная система ультразвуковой визуализации с линейными и конвексными датчиками	1
2	Гематологический экспресс-анализатор	1
3	Система холтеровского мониторинга ЭКГ	1
4	Суточный монитор артериального давления	1
5	Мобильный медицинский комплекс	1
6	Система рентгеновская диагностическая передвижная	1
7	Экспресс-анализатор мочи	1
8	Биохимический экспресс-анализатор	1
9	Снегоход*	1
10	Квадроцикл*	1

*рекомендовано приобретение в структурные подразделения медицинской организации, расположенной в труднодоступных населенных пунктах

Медицинские работники врачебной амбулатории (Центра ВОП) принимают участие в следующих процессах, имеющих особенности для субъектов АЗРФ:

- проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4);
- проведение второго этапа диспансеризации (процесс №5);
- диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6);
- организация медицинской эвакуации (процесс №12);
- лекарственное обеспечение льготной категории граждан (процесс №14).

Иные процессы во врачебной амбулатории (Центре ВОП) не имеют особенностей в АЗРФ.

5.4. Оказание медицинской помощи в участковой больнице в Арктической зоне Российской Федерации

Участковая больница, расположенная в субъекте АЗРФ, может быть организована при численности обслуживаемого населения 2 000 - 5 000 человек при условии, что транспортная доступность более 60 минут до ближайшей МО второго или третьего уровня и плотности населения в муниципальном районе в 3 раза ниже среднероссийского уровня; а при численности населения 5 000 - 20 000 человек - независимо от расстояния.

Участковая больница - структурное подразделение районной больницы (центральной районной больницы), оказывающее населению муниципального образования, на территории которого расположена, первичную медико-санитарную помощь и (или) паллиативную медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь в плановой и неотложной форме в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, в том числе с применением телемедицинских технологий, портативных диагностических систем.

В составе участковой больницы рекомендуется размещение коек терапевтического, педиатрического и паллиативного профиля (при наличии соответствующих специалистов), ургентного родового зала и операционной.

При отсутствии врачей-специалистов или объемов оказания медицинской помощи для организации отделения по соответствующему профилю в круглосуточном стационаре рекомендуется организовать оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара с обеспечением возможности проведения консультаций, с применением телемедицинских технологий, возможно с реорганизацией во врачебную амбулаторию.

Целесообразно обеспечить в участковой больнице прием врачей следующих специальностей: терапия, педиатрия, общая врачебная практика.

С целью оказания медицинской помощи с использованием передвижных подразделений и телемедицинских технологий в составе участковой больницы рекомендуется иметь передвижной ФАП (ФП, ФЗ), передвижной аптечный пункт, а также кабинет проведения консультаций с применением телемедицинских технологий, оснащенный автоматизированным рабочим местом с камерой, микрофоном и доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

5.4.1. Медицинские работники участковой больницы Арктической зоны Российской Федерации принимают участие в следующих процессах:

- проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4);
- проведение второго этапа диспансеризации (процесс №5);
- диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6);
- выполнение общего (клинического) анализа крови (ОАК) в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №10);
- организация медицинской эвакуации (процесс №12);
- лекарственное обеспечение льготной категории граждан (процесс №14).

Иные процессы в участковой больницы не имеют особенностей в АЗРФ.

5.5. Оказание медицинской помощи в районной больнице в субъектах АЗРФ

Районная больница – медицинская организация первого уровня (структурное подразделение центральной районной больницы), оказывающая населению муниципального образования, на территории которого расположена: первичную медико-санитарную помощь и (или) паллиативную медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Районная больница, расположенная в субъекте АЗРФ, размещается с учетом транспортной доступности, не превышающей 60 минут до МО, оказывающей специализированную медицинскую помощь в экстренной форме, рекомендуемая численность населения составляет 5 000 - 20 000 человек.

В составе районной больницы с численностью обслуживаемого населения менее 20 000 человек рекомендуется размещение коек терапевтического, педиатрического и паллиативного профиля, ургентного родового зала и операционной, при численности обслуживаемого населения 20 000 человек дополнительно предусматриваются койки гинекологического и инфекционного профиля. При отсутствии врачей специалистов для оказания медицинской помощи по вышеназванным профилям в стационарных условиях рекомендуется организовать оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях с обеспечением возможности проведения консультаций с применением телемедицинских технологий.

В районной больнице целесообразно обеспечить прием врачей следующих специальностей:

- терапия;
- педиатрия;
- хирургия;

- общая врачебная практика;
- эндокринология;
- стоматология терапевтическая;
- стоматология хирургическая;
- акушерство-гинекология;
- офтальмология.

С целью оказания медицинской помощи с использованием передвижных подразделений и телемедицинских технологий в составе районной больницы рекомендуется иметь передвижной ФАП (ФП, ФЗ), передвижной аптечный пункт, а также кабинет проведения консультаций с применением телемедицинских технологий, оснащенный автоматизированным рабочим местом с камерой, микрофоном и доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Дополнительным требованием к медицинским работникам районной больницы может быть наличие профессиональной переподготовки или дополнительной подготовки по нескольким специальностям, умение применять цифровые технологии.

5.5.1. Медицинские работники районной больницы принимают участие в следующих процессах, имеющих особенности для субъектов АЗ РФ:

- проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4);
- проведение второго этапа диспансеризации (процесс №5);
- диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6);
- выполнение общего (клинического) анализа крови (ОАК) в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №10);
- организация медицинской эвакуации (процесс №12);

- организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи вне региона проживания (процесс №13);
- лекарственное обеспечение льготной категории граждан (процесс №14).

Иные процессы в районной больнице не имеют особенностей в АЗРФ.

5.6. Оказание медицинской помощи в центральной районной больнице (межрайонном центре), городской больнице – опорной медицинской организации

Опорные медицинские организации — это медицинские организации, которые позволяют сконцентрировать в одном месте профессиональные кадровые ресурсы и медицинское оборудование, в том числе для выполнения сложных методов диагностики и лечения заболеваний населению нескольких муниципальных образований, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Опорную медицинскую организацию рекомендуется размещать на базе медицинской организации второго уровня в субъектах АЗРФ с численностью обслуживаемого населения, в том числе нескольких муниципальных образований, не менее 20 000 человек.

В зависимости от численности обслуживаемого населения опорные медицинские организации могут быть двух типов:

- с численностью обслуживаемого населения от 20 тыс. до 50 тыс. человек;
- с численностью обслуживаемого населения от 50 тыс. до 100 тыс. человек.

Независимо от типа опорной медицинской организации размещение медицинской организации должно обеспечивать возможность эвакуации пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в экстренной форме не более чем за 60 минут от иной медицинской организации (структурного подразделения).

Структурные подразделения клинического и диагностического профиля в опорной медицинской организации создаются в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи, правил проведения диагностических исследований и положений об организации оказания медицинской помощи по ее видам в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности.

В структуре опорной медицинской организации с численностью населения от 20-50 тыс. человек необходимо предусмотреть отделения и центры специализированной медицинской помощи:

- травмоцентр второго уровня;
- диагностическое отделение для раннего выявления злокачественных новообразований, содержащее в структуре кабинеты для проведения эндоскопических исследований, УЗИ исследований, кабинеты маммографии и рентгенографии;
- отделение для лечения пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения с применением телемедицинских технологий, в целях увеличения доступности специализированной медицинской помощи, в частности тромболитической терапии, у больных с ишемическим инсультом при отсутствии профильных специалистов (врачи – неврологи);
- кабинет проведения консультаций с применением телемедицинских технологий, оснащенный автоматизированным рабочим местом с камерой, микрофоном и доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

На базе опорной медицинской организации с численностью населения от 50-100 тыс. человек должны быть организованы региональные центры специализированной медицинской помощи:

- травмоцентр второго уровня;
- диагностическое отделение для раннего выявления злокачественных новообразований, содержащее в структуре кабинеты для

проведения эндоскопических исследований, УЗИ исследований, кабинеты маммографии и рентгенографии;

- первичное сосудистое отделение или отделение лечения сосудистых патологий;

- кабинет проведения консультаций с применением телемедицинских технологий, оснащенный автоматизированным рабочим местом с камерой, микрофоном и доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

В составе опорной медицинской организации рекомендуется размещение коек терапевтического, педиатрического, хирургического, гинекологического, неврологического (для пациентов с ОНМК), травматологического, инфекционного, оториноларингологического, офтальмологического, инфекционного профилей, анестезиологии-реанимации, родильного отделения (акушерские койки с койками патологии новорожденных), коек патологии беременных в стационаре круглосуточного пребывания.

Целесообразно сконцентрировать оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в опорной медицинской организации для населения нескольких муниципальных районов по следующим врачебным специальностям:

- кардиология;
- урология;
- оториноларингология;
- офтальмология;
- фтизиатрия;
- эндокринология;
- неврология;
- травматология-ортопедия;
- гериатрия;

- медицинская профилактика;
- дерматовенерология.

5.6.1. Рекомендуемое оснащение опорной медицинской организации:

В опорной медицинской организации необходимо предусмотреть оборудование для проведения лабораторных, эндоскопических, рентгенологических исследований, в том числе флюорографии, маммографии, с использованием передвижных установок, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, функциональной диагностики, консультаций с применением телемедицинских технологий.

Для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи населению сельских населенных пунктов с численностью до 70 человек и отсутствием стационарного ФАП (ФП, ФЗ) используется передвижной(ые) ФАП (ФП, ФЗ) на базе специализированного транспортного средства повышенной проходимости с кратностью выезда в каждый населенный пункт не менее двух раз в неделю.

Для обеспечения населения лекарственными препаратами в сельских населенных пунктах с численностью жителей менее 70 человек и отсутствием стационарного объекта здравоохранения рекомендуется оснащение опорной медицинской организации мобильным аптечным пунктом на базе специализированного транспортного средства повышенной проходимости.

Для оказания экстренной медицинской помощи в медицинских организациях в зоне обслуживания при необходимости и наличии возможности формируется отделение (кабинет) для выездной деятельности мобильной медицинской бригады с использованием специального санитарного транспорта.

Для оказания консультативной помощи должна быть обеспечена техническая возможность проведения врачебных консилиумов и консультаций по схеме «врач-врач», «врач-фельдшер», «врач-пациент».

Дополнительным требованием к медицинским работникам опорной медицинской организации может быть наличие профессиональной переподготовки или дополнительной подготовки по нескольким специальностям.

Для размещения пациентов, получающих диагностические исследования в амбулаторных условиях или медицинскую помощь в условиях дневного стационара, проживающих в удаленных населенных пунктах, возможна организация пансионата в опорной медицинской организации, либо предоставление мест временного проживания (общежитие, гостиница) на период получения лечения или обследования.

Для размещения пациентов, которым проводятся диагностические исследования в амбулаторных условиях или оказывается медицинская помощь в условиях дневного стационара, проживающих в удаленных населенных пунктах, целесообразна организация пансионата в опорной медицинской организации, либо предоставление мест временного проживания (общежитие, гостиница) на период проведения обследования или лечения.

Расчет необходимого количества мест в пансионате рекомендуется производить на основании числа случаев госпитализации в условиях дневного стационара и объема диагностических исследований с учетом численности населения, проживающего в отдаленных населенных пунктах, или при отсутствии регулярного транспортного сообщения.

5.6.2. Медицинские работники опорной медицинской организации принимают участие в следующих процессах, имеющих особенности для субъектов АЗ РФ:

- доставка пациента до медицинской организации при плановой госпитализации (процесс №1);
- проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4);
- проведение второго этапа диспансеризации (процесс №5);

- диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6);
- выполнение общего (клинического) анализа крови (ОАК) в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №10);
- организация медицинской эвакуации (процесс №12);
- лекарственное обеспечение льготной категории граждан (процесс №14).

Иные процессы в опорной медицинской организации не имеют особенностей в АЗРФ.

5.7. Оказание медицинской помощи в региональной больнице в субъекте АЗРФ

Региональная больница/ краевая, республиканская, областная, окружная больница является ведущей многопрофильной медицинской организацией на территории субъекта Российской Федерации. Это медицинская организация третьего уровня, в которой оказывается первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь, и осуществляется проведение медицинского освидетельствования и медицинской экспертизы населению субъекта Российской Федерации.

5.7.1. Особенности региональной больницы в Арктической зоне Российской Федерации:

- оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи населению субъекта АЗРФ с применением выездных форм работы и консультаций с применением телемедицинских технологий;
- организация медицинской эвакуации с использованием воздушных судов, наземного, водного и других видов транспорта с целью

оказания медицинской помощи населению отдаленных населенных пунктов субъекта АЗРФ;

- оказание консультативной помощи врачам медицинских организаций, расположенных на территории субъекта АЗРФ, по вопросам диагностики, лечения и медицинской реабилитации пациентов, в том числе путем проведения консультаций с применением телемедицинских технологий медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь, и (или) участия в консилиуме врачей;

- обеспечение дистанционного ведения и консультаций пациентов с тяжелыми формами заболеваний;

- методическое сопровождение внедрения и развития медицинских информационных систем в медицинских организациях, расположенных на территории субъекта РФ.

Структурные подразделения клинического и диагностического профилей создаются в региональной больнице в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи, правил проведения диагностических исследований и положений об организации оказания медицинской помощи по ее видам в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности.

На базе региональной больницы должны быть организованы региональные центры специализированной медицинской помощи:

- региональный сосудистый центр;
- ожоговый центр;
- центр анестезиологии и реанимации;
- травмоцентр третьего уровня.

Для организации работы региональной больницы в субъекте АЗРФ рекомендуется предусмотреть следующие дополнительные структурные подразделения:

- отдел выездной консультативно-диагностической деятельности (или центр мобильных бригад): для оказания выездной лечебной и диагностической деятельности населению субъекта АЗРФ не реже четырех раз в год в населенных пунктах на базе районных и участковых больниц, врачебных амбулаторий, центров общей врачебной практики. Отдел укомплектовывается медицинским персоналом с высшим и средним медицинским образованием для работы «вахтовым» методом.

- логистическая служба для выстраивания оптимальной маршрутизации выездных подразделений региональной больницы;

- кабинет консультаций с применением телемедицинских технологий и дистанционного наблюдения для обеспечения по заявкам медицинских организаций, расположенных на территории субъекта АЗРФ, оказания планово-консультативной медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий, в круглосуточном режиме; а также дистанционного сопровождения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

- отделение экстренной и планово-консультативной помощи, включая дистанционный консультативный центр анестезиологии и реанимации;

- дистанционный консультативный центр лучевой диагностики;
- аптечный пункт;
- пансионат.

5.7.2. Организация отдела выездной консультативно-диагностической деятельности

В задачи отдела выездной консультативно-диагностической деятельности входит организация мобильных мультидисциплинарных бригад для взрослого населения и педиатрических бригад для выездной работы в круглогодичном режиме. Выездная врачебная бригада работает по плану-

графику, утверждаемому главным врачом больницы, в составе которой она организована.

Мультидисциплинарная бригада во время выезда в населенный пункт проводит консультативный прием, лечебно-диагностические процедуры, отбор на специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную, оказывает специализированную помощь в рамках второго этапа диспансеризации, углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения, проводит предварительные и периодические медицинские осмотры, медицинское освидетельствование водителей и на право получение оружия.

Выездная бригада обеспечивается соответствующими транспортными средствами, в том числе специальными, оснащается необходимой аппаратурой, в основном портативной, и оборудованием для обследования и лечения больных.

5.7.3. Организация помещения (кабинета) для проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий и дистанционного наблюдения

Кабинет для проведения **консультаций и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий** и дистанционного наблюдения (далее - кабинет) с целью оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 г. №193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» оснащается необходимым оборудованием, в том числе, автоматизированным рабочим местом с камерой, микрофоном и доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Рекомендованные технические требования к оборудованию указаны в методических рекомендациях по оснащению медицинских организаций оборудованием, применяемым в

процессе оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе к передаче, обработке и хранению данных

В целях повышения уровня и качества оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий назначаются ответственные за работу с телемедицинской системой и оборудованием кабинета медицинские работники. В кабинете проводятся консультации и (или) консилиумы врачей с применением телемедицинских технологий, в том числе в режиме видеоконференцсвязи, по всем профилям оказания медицинской помощи.

5.7.4. Оснащение структурных подразделений

Оснащение структурных подразделений региональной больницы осуществляется в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи по клиническим профилям, правил проведения диагностических исследований и положений об организации оказания медицинской помощи по ее видам.

Региональная больница дополнительно оснащается мобильным комплексом на базе транспорта повышенной проходимости. Оснащение мобильного комплекса должно обеспечивать непрерывную работу выездной бригады по оказанию консультативной, диагностической и лечебной деятельности, включая операционную с палатой интенсивной терапии для проведения хирургических операций, стоматологической терапевтической и хирургической помощи.

Рекомендуемое оснащение мобильного комплекса: ультразвуковое, эндоскопическое оборудование, оборудование для проведения КТГ плода, рентгенографических исследований, в том числе флюорографии, маммографии, лабораторный анализатор, стоматологическая установка, ЛОР-комбайн, офтальмоскоп, дерматоскоп, операционные инструменты, расходные материалы и лекарственные препараты.

Дополнительным требованием к медицинским работникам выездной бригады может быть наличие профессиональной переподготовки или

дополнительной подготовки по нескольким специальностям, умение применять цифровые технологии.

При оказании медицинской помощи применяются следующие цифровые технологии: телемедицинские технологии, технологии искусственного интеллекта, технологии виртуальной и дополненной реальности, носимые устройства, беспилотные летательные аппараты, робототехника.

5.7.5. Медицинские работники региональной больницы принимают участие в следующих процессах, имеющих особенности для субъектов АЗ РФ:

- диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6);
- организация медицинской эвакуации (процесс №12);
- организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи вне региона проживания (процесс №13).

Иные процессы в областной/краевой/республиканской больнице не имеют особенностей в АЗРФ.

6. ПЕРЕЧЕНЬ ПРИОРИТЕТНЫХ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Перечень приоритетных цифровых технологий, а также их характеристики представлены в **Таблица 5**. Цифровые технологии следует использовать в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2018 г. № 911 «Об утверждении требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов российской федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций».

Таблица 5 – Характеристика цифровых технологий и процессы, в которых они применяются

Характеристика цифровых технологий и их основные функции в здравоохранении	Наименование процесса, в которых могут быть использованы цифровые технологии
<p>Средства связи, включая спутниковую связь, предназначены для обеспечения надежного канала передачи данных и коммуникации между различными участниками процесса оказания медицинской помощи. Они включают в себя широкий спектр технологий, таких как наземные и спутниковые сети, радиосвязь, волоконно-оптические линии и беспроводные системы. Спутниковые технологии особенно важны для обеспечения связи в труднодоступных и удаленных районах, где отсутствует традиционная инфраструктура телекоммуникаций.</p> <p>Основными целями применения технологии является передача медицинских данных, удаленное консультирование, обеспечение непрерывности медицинской помощи, мониторинг состояния здоровья.</p>	<p>Доставка пациента до медицинской организации при плановой госпитализации (процесс №2)</p> <p>Проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4)</p> <p>Проведение второго этапа диспансеризации (процесс №5)</p> <p>Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6)</p> <p>Оказание первой помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) (процесс №7)</p> <p>Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе фельдшером ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №8)</p> <p>Выполнение ультразвукового исследования в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №9)</p> <p>Организация работы выездных бригад для оказания экстренной консультативной помощи (процесс №11)</p> <p>Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи вне региона проживания (процесс №13)</p>
<p>Телемедицинские технологии используются для:</p> <ul style="list-style-type: none"> – проведения консультаций (консилиумов врачей) при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании 	<p>Проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4)</p> <p>Проведение второго этапа диспансеризации (процесс №5)</p>

Характеристика цифровых технологий и их основные функции в здравоохранении	Наименование процесса, в которых могут быть использованы цифровые технологии
<p>медицинской помощи в плановой, экстренной и неотложной формах;</p> <ul style="list-style-type: none"> – проведения консультаций при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований; – оказания медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями; – дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента. 	<p>Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6)</p> <p>Оказание первой помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) (процесс №7)</p> <p>Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе фельдшером ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №8)</p> <p>Организация работы выездных бригад для оказания экстренной консультативной помощи (процесс №11)</p> <p>Организация медицинской эвакуации (процесс №12)</p> <p>Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи вне региона проживания (процесс №13)</p> <p>Лекарственное обеспечение льготной категории граждан (процесс №14)</p>
<p>Носимые устройства (медицинские изделия с функцией дистанционной передачи данных) используются для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов⁸⁹.</p>	<p>Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6)</p> <p>Организация медицинской эвакуации (процесс №12)</p>
<p>Электронные медицинские карты содержат всю необходимую информацию о пациенте, такую как история болезни, диагнозы, результаты анализов, врачебные назначения и проведённое лечение. Эти</p>	<p>Доставка пациента до медицинской организации при плановой госпитализации (процесс №2)</p> <p>Предварительное информирование пациента о записи (процесс №3)</p>

⁸ Методические рекомендации по реализации пилотного проекта по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациента с артериальной гипертензией с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники». – Москва, 2023.

⁹ Методические рекомендации по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов с сахарным диабетом. – Москва, 2024.

Характеристика цифровых технологий и их основные функции в здравоохранении	Наименование процесса, в которых могут быть использованы цифровые технологии
<p>записи можно легко передавать между различными медицинскими учреждениями, обеспечивая доступность данных.</p>	<p>Проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4)</p> <p>Проведение второго этапа диспансеризации (процесс №5)</p> <p>Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6)</p> <p>Оказание первой помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) (процесс №7)</p> <p>Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе фельдшером ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №8)</p> <p>Выполнение ультразвукового исследования фельдшером с дистанционной передачей изображения в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №9)</p> <p>Выполнение общего (клинического) анализа крови (ОАК) в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №10)</p> <p>Организация работы выездных бригад для оказания экстренной консультативной помощи (процесс №11)</p> <p>Организация медицинской эвакуации (процесс №12)</p> <p>Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи вне региона проживания (процесс №13)</p> <p>Лекарственное обеспечение льготной категории граждан (процесс №14)</p>

Характеристика цифровых технологий и их основные функции в здравоохранении	Наименование процесса, в которых могут быть использованы цифровые технологии
<p>Технологии искусственного интеллекта в здравоохранении применяются для автоматизации процессов, оптимизации ресурсов, обнаружения аномалий и предоставления аналитической информации для поддержки принятия управленческих и иных решений в сфере здравоохранения.</p>	<p>Проведение первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс № 4)</p> <p>Проведение второго этапа диспансеризации (процесс № 5) Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (процесс №6)</p>
<p>Беспилотные летательные аппараты (БПЛА) используются для быстрой доставки грузов, в том числе медицинских.</p>	<p>Проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (процесс №4)</p> <p>Выполнение общего (клинического) анализа крови (ОАК) в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (процесс №10)</p> <p>Лекарственное обеспечение льготной категории граждан (процесс №14)</p>

7. ПРОЦЕССЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Процессная модель (далее – модель) (**Рисунок 3**) – это структурированное описание взаимосвязанных групп процессов, отражающих оптимальную организацию системы здравоохранения, направленную на сохранение здоровья населения. Модель предназначена для использования в региональных органах исполнительной власти субъектов РФ и медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь жителям АЗРФ. Применение модели позволяет систематизировать существующие процессы служб охраны здоровья населения, обозначить зоны ответственности отдельных групп работников и определить критерии эффективности процессов.

Все тематические разделы и группы процессов отнесены к управленческим, основным или обеспечивающим:

- управленческие процессы – относятся к оперативному, тактическому и стратегическому управлению;
- обеспечивающие процессы – относятся к процессам административного, хозяйственного, а также ИТ-обеспечения и поддержки;
- основные процессы – немедицинские процессы, процессы оказания медицинской помощи, выполнение диагностических исследований, социально-психологическая поддержка.

При построении основных процессов при организации оказания медицинской помощи жителям АЗРФ чрезвычайно важно обеспечить преемственность между этапами оказания медицинской помощи. Удаленность и труднодоступность отдельных населенных пунктов, экстремальные климатогеографические условия затрудняют для пациента получение медицинской помощи в несколько этапов.

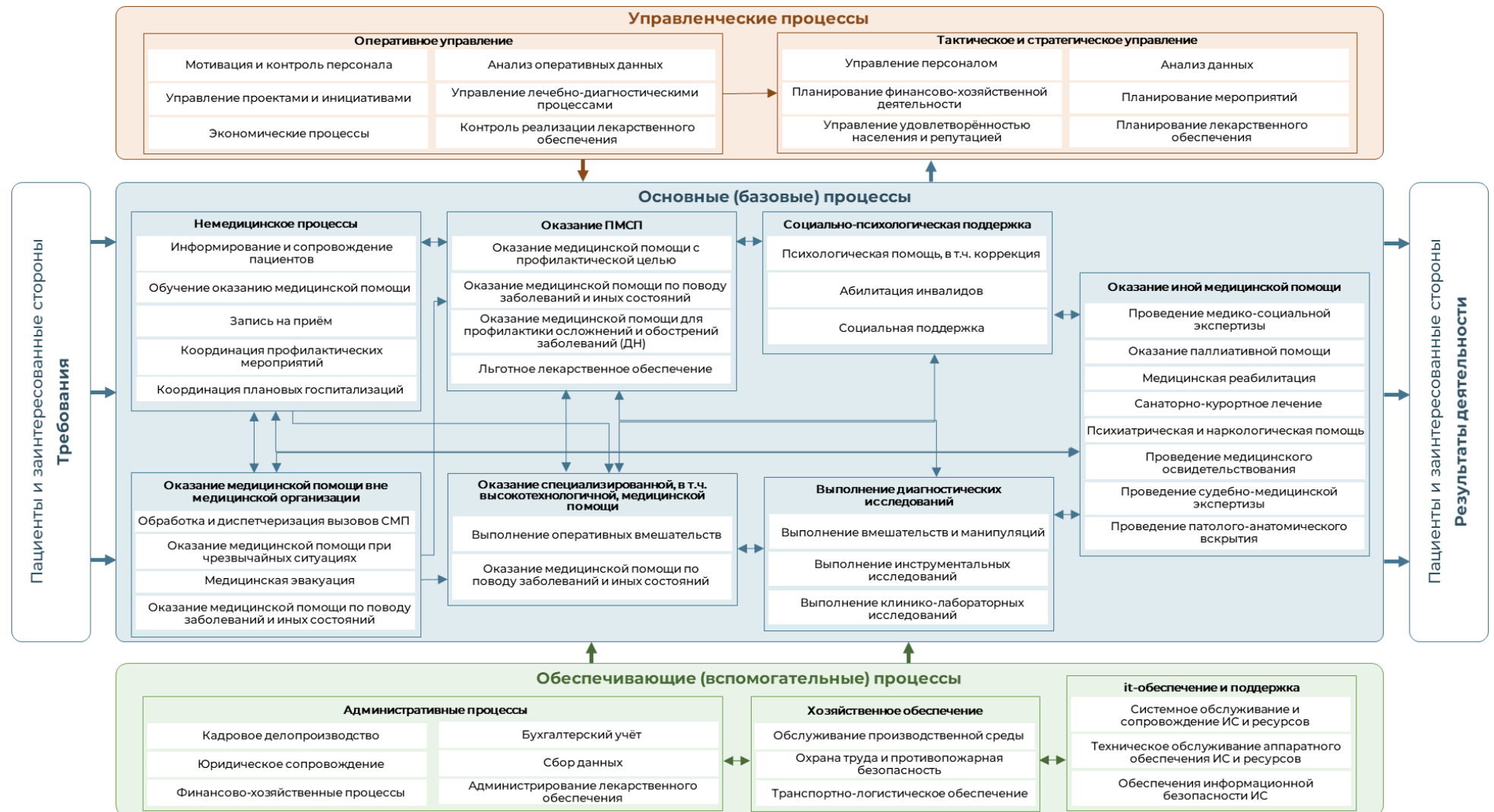


Рисунок 3. Процессная модель системы здравоохранения в Арктической зоне Российской Федерации

Далее приведено описание только некоторых процессов, имеющих особенности в регионах АЗРФ, а также оказывающих наибольшее влияние на состояние здоровья населения и организацию оказания медицинской помощи.

При описании используются следующие термины:

- Процесс – совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, преобразующая входы в выходы¹⁰.
- Владелец процесса – лицо, ответственное за достижение целей процесса, имеющее полномочия и ресурсы для проведения изменений, совершенствования процесса.
- Вход в процесс – условие начала процесса, процедуры, операции.
- Выход из процесса – ожидаемый результат, ради которого предпринимаются действия

Управленческие процессы

Процесс № 1. Внедрение методических рекомендаций (Стандарта Арктической медицины) в регионе (Рисунок 4)

Особенности в АЗРФ:

- Процесс реализуется исключительно в АЗРФ.

Владельцем процесса орган государственной исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья (ОИВ)

Участники процесса:

- ОИВ
- Руководители медицинских организаций

При реализации процесса используются следующие **ресурсы:**

- Сведения о сети медицинских организаций и их структурных подразделениях

¹⁰ ГОСТ ISO 9000-2011. Межгосударственный стандарт. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь (введен в действие Приказом Росстандарта от 22.12.2011 № 1574-ст)

- Нормативные акты, регулирующие вопросы оказания медицинской помощи в регионе
- Локальные нормативные акты медицинских организаций.

Входом в процесс является сбор сведений о сети медицинских организаций, текущем состоянии процессов и мер по укреплению общественного здоровья

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Проведение ОИВ анализа соответствия фактической сети медицинских организаций и их структурных подразделений, состояния процессов, мер по укреплению общественного здоровья нормативам, рекомендуемым методическими рекомендациями.

2. Принятие ОИВ решения о перечне положений методических рекомендаций для внедрения, оценка затрат и определение источников финансирования.

3. Утверждение приказом руководителя ОИВ Плана мероприятий («дорожной карты») внедрения положений методических рекомендаций, содержащих конкретные мероприятия, сроки реализации и ФИО ответственных лиц.

4. Внесение изменений в региональные приказы о маршрутизации и иные нормативные акты субъекта Российской Федерации, регламентирующие вопросы оказания медицинской помощи (**Таблица 6**).

5. Издание локальных нормативных актов медицинских организаций о реализации Плана мероприятий («дорожной карты»). Внесение изменений в должностные инструкции работников, трудовые договоры (**Таблица 6**).

6. Обучение работников медицинских организаций, закупка соответствующего медицинского и немедицинского оборудования для оказания медицинской помощи в соответствии с положениями методических рекомендаций.

7. Проведение ОИВ мониторинга реализации мероприятий «дорожной карты» и соблюдения положений методических рекомендаций (не реже одного раза в год).

Выходом из процесса является организация сети медицинских организаций, процессов и мер по укреплению общественного здоровья в соответствии с положениями методических рекомендаций

Показатели процесса:

- Доля процессов, организованных в соответствии с положениями методических рекомендаций, %

Показатель рассчитывается как соотношение числа процессов, организованных в соответствии с утвержденной Процессной моделью, к общему числу процессов, описанных в главе 7 настоящих методических рекомендаций.

- Доля реализованных мер по укреплению общественного здоровья из числа рекомендованных методическими рекомендациями, %

Показатель рассчитывается как соотношение числа реализованных в регионе мер по укреплению общественного здоровья, к общему числу мер, описанных в главе 9 настоящих методических рекомендаций.

- Доля структурных подразделений медицинских организаций, оснащенных в соответствии с методическими рекомендациями, %

Показатель рассчитывается как соотношение числа структурных подразделений медицинских организаций, оснащенных в соответствии с положениями методических рекомендаций к общему числу структурных подразделений медицинских организаций региона.

- Доля малочисленных и удаленных населенных пунктов, в которых организовано оказание помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) %

Показатель рассчитывается как соотношение числа малочисленных населенных пунктов с числом жителей менее 70 человек, в том числе находящихся на значительном удалении от медицинских организаций или их структурных подразделений (более 6 км), в которых организовано оказание помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом), к общему числу малочисленных и удаленных населенных пунктов.

- Доля населенных пунктов, в которых организовано оказание помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом), уровень подготовки которого соответствует положениям главы 8 настоящих методических рекомендаций %

Показатель рассчитывается как соотношение числа населенных пунктов, обеспеченных сотрудником, прошедшим обучение по специальной программе профессиональной подготовки «Младшая медицинская сестра (младший медицинский брат)» с присвоением квалификации «Младшая медицинская сестра (младший медицинский брат)», к общему числу населенных пунктов, в которых организовано оказание помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом).



Рисунок 4. Внедрение методических рекомендаций (Стандарта Арктической медицины) в регионе

Таблица 6 - Региональные и локальные НПА, обеспечивающие внедрение методических рекомендаций

№ п/п	Процесс	НПА
1.	Организация работы младшей медицинской сестры (младшего медицинского брата)	<p>ОИВ:</p> <p>1. Приказ ОИВ о порядке организации работы (поручения руководителям образовательных организаций, главным врачам медицинских организаций, перечень населенных пунктов и ФАП (ФП, ФЗ), определение источников финансирования, порядок материально-технического оснащения (централизованная или локальная закупка)).</p> <p>Главный врач:</p> <p>2. Приказ главного врача с поручениями по порядку организации работы (подбор, обучение, прием на работу, адаптация, организация процессов с участием младшей медицинской сестры (младшего медицинского брата), материально-техническое обеспечение его деятельности, источник финансирования оплаты труда).</p> <p>3. Внесение изменений в штатное расписание.</p> <p>4. Должностная инструкция младшей медицинской сестры (младшего медицинского брата).</p> <p>5. Внесение изменений в должностную инструкцию фельдшера (иных работников, в подчинении которых находится младшая медицинская сестра (младший медицинский брат)).</p> <p>6. Внесение изменений в действующие регламенты по процессам, в которых будет принимать участие младшей медицинской сестры (младшего медицинского брата) с установлением его ролей (либо принятие новых регламентов).</p> <p>7. Разработка СОПов для младшей медицинской сестры (младшего медицинского брата).</p>
2.	Оснащение медицинских организаций дополнительным оборудованием (при его отсутствии)	<p>ОИВ:</p> <p>1. Распорядительный документ в случае проведения централизованной закупки</p> <p>Главный врач:</p> <p>2. Приказ о планировании и осуществлении закупок медицинских изделий и иного оборудования (при проведении локальной закупки).</p>
3.	Профилактические медицинские осмотры, диспансеризация, иные процессы, связанные с оказанием медицинской помощи	<p>ОИВ:</p> <p>1. Изменение регламента по соответствующему процессу, если он существует на уровне региона с учетом положений методических рекомендаций (либо принятие нового).</p> <p>2. Изменение распорядительных документов по маршрутизации пациентов (при необходимости).</p> <p>Главный врач:</p>

		3. Внесение изменений в действующие регламенты по процессам, которые будут трансформированы с учетом положений методических рекомендаций (либо принятие новых). 4. Изменение должностных инструкций участников процессов. 5. Изменение (принятие) соответствующих СОПов, алгоритмов действий участников.
4.	Открытие новых подразделений медицинских организаций	Главный врач: 1. Распорядительный документ о создании подразделения (наименование, штатная численность, основные функции, источник финансирования, поручения должностным лицам (подбор персонала, оснащение, организация рабочих мест, обучение и т.д). 2. Положение о структурном подразделении. 3. Изменение штатного расписания. 4. Распорядительный документ о лицензировании соответствующей деятельности при необходимости. 5. Изменение регламента по соответствующему процессу, если процесс трансформируется в связи с созданием нового подразделения (либо принятие нового). 6. Должностные инструкции работников нового подразделения. 7. СОПы, алгоритмы действий участников.
5.	Использование беспилотных летальных аппаратов	Главный врач: 1. Порядок организации работы с использованием БПЛА (ответственные лица, порядок закупки услуг, расчет потребности, порядок взаимодействия с подрядчиками, права и обязанности работников). 2. Предусмотреть финансовые средства из бюджета субъекта РФ 3. Изменение должностных инструкций. 4. Алгоритмы действий работников.
6	Организация оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий	Главный врач: 1. Регламент организации медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (участники, информационные системы, основания для проведения ТМК, порядок действий, порядок документирования, срок и порядок обучения, порядок контроля, речевые модули) 2. Изменение должностных инструкций. 3. СОПы, алгоритмы действий работников.

В целях формирования целевой модели организации медицинской помощи целесообразно на уровне субъекта РФ, входящего в АЗРФ, издать распорядительный документ, определяющий основные подходы к трансформации существующей региональной модели организации медицинской помощи с учетом Положений методических рекомендаций, в которых дать соответствующие поручения должностным лицам для проработки механизмов, а также утвердить дорожную карту по внедрению методических рекомендаций.

Обеспечивающие процессы

Процесс № 2. Доставка пациента до медицинской организации при плановой госпитализации (Рисунок 5)

Особенности в АЗРФ:

- Использование медицинских шаттлов для доставки пациентов в медицинские организации. Медицинские показания для консультации или обследования определяет лечащий врач. Дата и время выезда «медицинского шаттла» сообщается пациентам заблаговременно специалистами контакт-центра медицинской организации.

Владельцем процесса является работник медицинской организации, подающий заявку на транспортировку пациента до медицинской организации.

Участники процесса:

- Пациенты из числа взрослого и детского населения
- Лечащий врач
- Работники медицинских организаций со средним медицинским и немедицинским образованием
- ОИВ
- Учреждения социальной защиты

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- Средства связи, в том числе спутниковой
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- Санитарный и другой транспорт, в т.ч. повышенной проходимости для доставки населения в медицинские организации и обратно
- Сервис предварительной записи на транспортировку.

Входом в процесс является наличие пациента, нуждающегося в транспортировке до медицинской организации.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Заявка на транспортировку (звонок по телефону в контакт – центр, онлайн-форма на сайте медицинской организации).
2. Обработка заявок с формированием групп пациентов для транспортировки в медицинскую организацию и обратно.
3. Принятие решения о возможности транспортировки, выборе транспортного средства и сопровождении.
4. Информирование пациента о времени транспортировки.
5. Доставка пациента до медицинской организации.
6. Заполнение сведений о транспортировке пациента в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) и иных учетных документах.

Выходом из процесса является доставка пациента в медицинскую организацию или обратно.

Показатель процесса:

- Доля лиц, получивших услугу по транспортировке до медицинской организации, %.

Показатель рассчитывается как отношение числа лиц, получивших услугу по транспортировке до медицинской организации, к числу лиц, нуждающихся в услуге по транспортировке до медицинской организации, источник информации – Журнал заявок на транспортировку (ведется в произвольной форме).

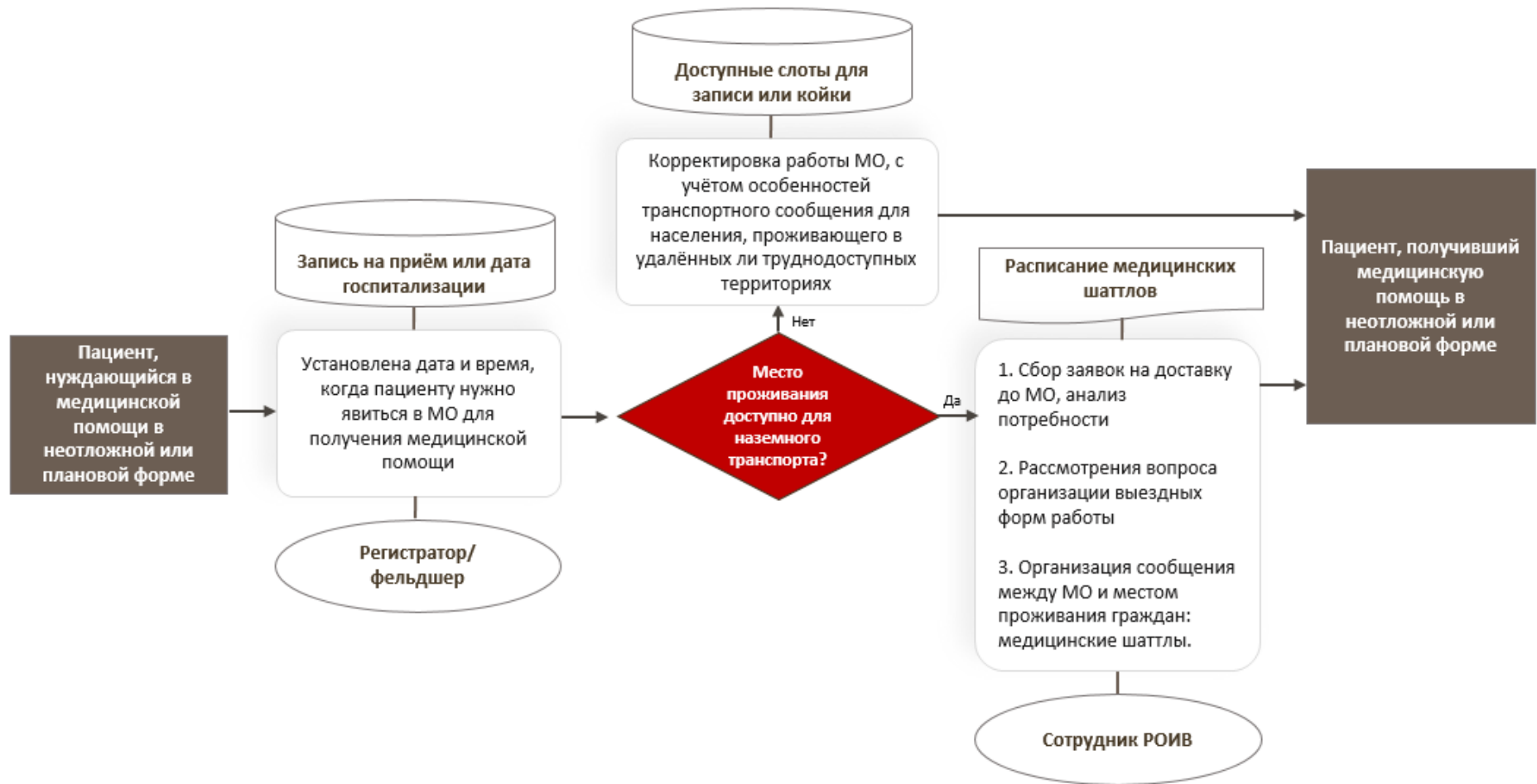


Рисунок 5. Процесс доставки пациента до МО при плановой госпитализации

Процесс № 3. Предварительное информирование пациента о записи (Рисунок 6)

Особенности процесса в АЗРФ:

- Недостаточные зоны покрытия операторами сотовой связи для активного использования приложения «Госуслуги» и совершения звонков.
- Отсутствие регулярного транспортного сообщения с отдельными населенными пунктами.
- Активное использование передвижных форм работы при оказании консультативной помощи.
- Использование ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) для заполнения медицинской документации.
- Проактивное планирование медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Владельцем процесса является работник медицинской организации, на которого возложены обязанности по предварительному оповещению пациента о необходимости явки в медицинскую организацию.

Участники процесса:

- Пациенты из числа взрослого и детского населения.
- Врач терапевт-участковый, врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-специалист, врач по медицинской профилактике, фельдшер (акушерка/медицинская сестра), в случае возложения функции лечащего врача)
- Средний медицинский персонал
- Работники медицинских организаций с немедицинским образованием
- ИТ-специалисты.

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- Средства связи, в том числе спутниковой
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

Входом в процесс является наличие предварительной записи на прием или исследование.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Проверка актуальности предварительных записей, идентификация учетных записей пациентов в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО), проверка наличия информированного добровольного согласия, маркировка записей в случае отсутствия информированного добровольного согласия.

2. За 24-48 часов до планируемого приема или исследования осуществляется рассылка уведомлений о запланированном посещении МО с использованием утвержденных формулировок (наименование МО, ФИО, специальность врача, номер кабинета, дата и время приема, необходимость дополнительной подготовки к исследованию, запрос обратной связи).

3. Регистрация в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) сведений о поступлении обратной связи, подтверждение явки, отказ от посещения и освобождение слота.

4. Согласование варианта переноса планового посещения МО посредством СМС-оповещения или путем телефонного разговора.

Выходом из процесса является: плановая явка пациента в МО согласно предварительной записи.

Показатель процесса:

- Доля пациентов, не явившихся на прием или исследование от числа предварительно записанных пациентов, %

Показатель рассчитывается как отношение числа пациентов, обратившихся на прием или на исследование в отчетный период от числа предварительно записанных пациентов на данный период. Источник информации: данные ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

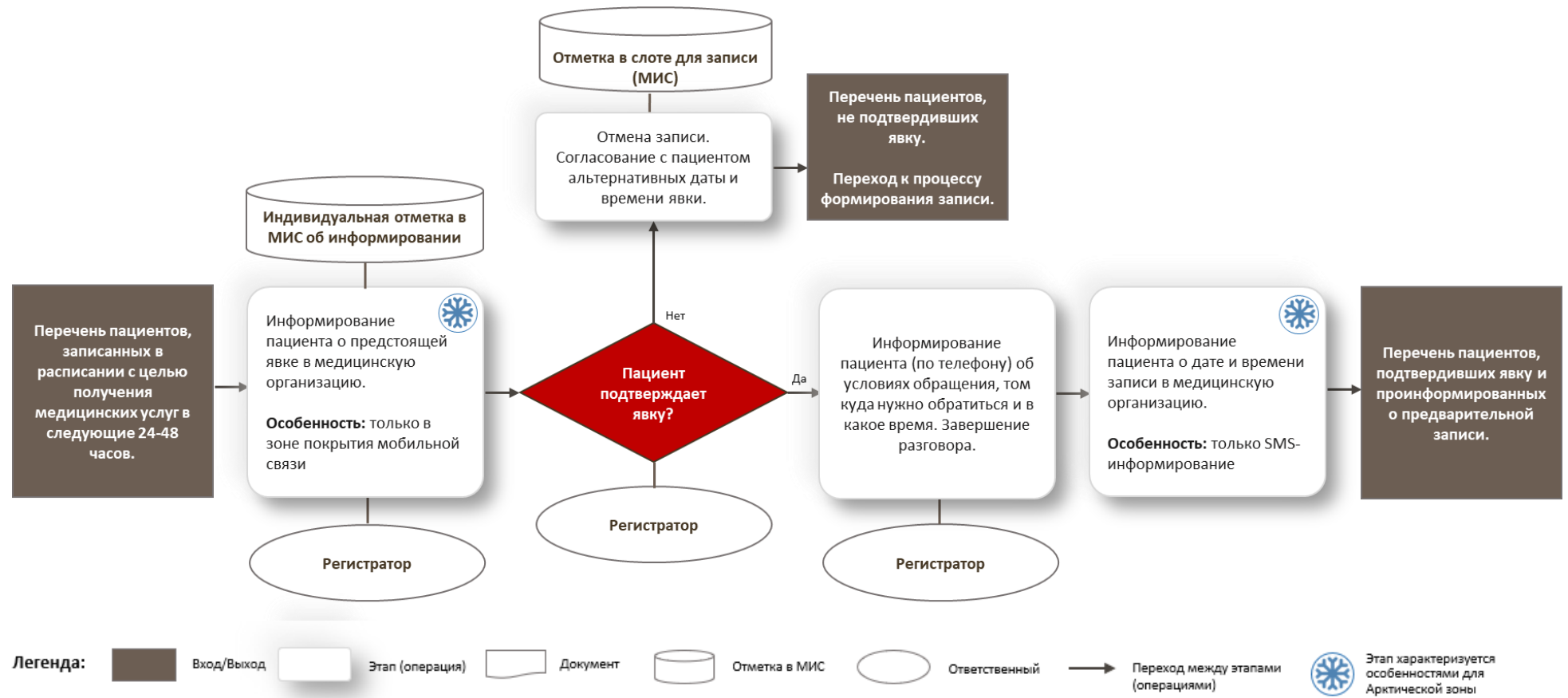


Рисунок 6. Процесс предварительного информирования пациента о записи

Основные процессы

Процесс № 4. Проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации) (Рисунок 7)

Особенности в АЗРФ:

- Дополнительные исследования (анализ крови на содержание витамина Д и консультация психолога ежегодно, анализ крови на содержание липопротеидов А однократно), определение холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов с расчетом ХС ЛНП среди населения один раз в 6 лет с 18 до 40 лет и далее раз в 3 года у пациентов 40 лет и старше без факторов риска, сердечно-сосудистых заболеваний и нарушений липидного обмена (при условии определения источника дополнительного финансирования).
- Использование передвижных форм работы (мобильный ФАП (ФП, ФЗ), передвижные флюорографы, маммографы, передвижной маммограф-флюорограф), портативных анализаторов на удаленных ФАП (ФП, ФЗ) и ВА.
- Использование ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) для заполнения анкеты, листа жалоб и проведения ТМК «Врач-пациент», получения результатов профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, направления на 2 этап диспансеризации.
- Организация иммунопрофилактики при проведении первого этапа диспансеризации в местах стойбищ коренных кочевых народов.
- Проведение профилактических медицинских осмотров по месту работы или обучения, в период госпитализации (в первый или последний день), в аэропорту и т.п.
- Использование медицинских изделий с искусственным интеллектом, направленных на анализ и расшифровку диагностических исследований (например, радиологических изображений, цифровых ЭКГ и т.п.).

Владельцем процесса является врач отделения (кабинета) медицинской профилактики или фельдшер (акушер) или акушерка (в случае возложения на него приказом главного врача отдельных обязанностей лечащего врача).

Участники процесса:

- Взрослое население
- Врач терапевт-участковый, врач общей практики (семейный врач), врач специалист, врач по медицинской профилактике, фельдшер
- Работники МО со средним медицинским и немедицинским образованием
- ТФОМС, страховые медицинские организации
- Работодатели, руководители образовательных организаций.

При реализации процесса используются следующие **ресурсы:**

- Портативное (экспресс-анализаторы) и стационарное оборудование для лабораторно-диагностического исследования;
- Средства связи, в том числе спутниковой
- Оборудование для проведения ТМК;
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- Медицинские изделия, имеющие и не имеющие функции передачи данных (ЭКГ на ФАП (ФП, ФЗ), глюкометр и т.п.)
- Передвижные подразделения (медицинские комплексы, мобильный ФАП (ФП, ФЗ))
- Санитарный и другой транспорт, в т.ч. повышенной проходимости, включая авиационный для доставки медицинских работников и населения с целью проведения профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации
- БПЛА

Входом в процесс является явка гражданина с целью прохождения профилактического медицинского осмотра или диспансеризации определенных групп взрослого населения.

При реализации процесса выделяют следующие этапы:

1. Заполнение анкеты, информированных согласий, сбор анамнеза (предварительно дистанционно в электронном виде с загрузкой в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)) либо через чат-бот, при заполнении анкеты на этапе младшей медицинской сестры (младшего медицинского брата).

2. Инструктирование, оформление направлений в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО), проведение антропометрических исследований, измерение артериального давления, внутриглазного давления, расчет сердечно-сосудистого риска, забор материала на онкоцитологию и биохимический анализ крови, PSA, спирометрия.

3. Осмотр на выявление злокачественных новообразований визуальной локализации.

4. Отправка материала в районную больницу (возможно с применением БПЛА). Функция отправки биоматериалов с применением БПЛА предназначена для обеспечения быстрой и надежной транспортировки образцов в специализированные лаборатории с целью минимизации времени транспортировки и сохранения целостности и пригодности образцов для анализа.

5. Проведение диагностических исследований (флюорография, маммография в отдаленных населенных пунктах с использованием передвижных подразделений), ЭКГ на ФАП (ФП, ФЗ) или в кабинете медицинской профилактики).

6. Получение результатов исследований в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО), информирование пациента о готовности результатов и согласование даты и времени явки / ТМК

7. Заключение по результатам профилактического медицинского осмотра (первого этапа диспансеризации): определение группы здоровья, включение пациента в группу ДН, проведение профилактического консультирования путем:

– консультации «врач - пациент» с применением телемедицинских технологий (в случае ранее установленного диагноза) на ФАП (ФП, ФЗ) либо на дому. Функция проведения консультаций в режиме реального времени

посредством телемедицинских технологий направлена на закрытие первого этапа диспансеризации / углубленной диспансеризации;

– очно в кабинете медицинской профилактики/кабинете врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача) (в случае впервые выявленного заболевания).

Выходом из процесса является: выдача заключения врача по итогам профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации и/или направления на второй этап диспансеризации (загрузка заключения и направления в личный кабинет гражданина «Мое здоровье» на портале «Госуслуги» или региональном портале).

Показатели процесса:

- Охват населения профилактическими медицинскими осмотрами, %

Показатель рассчитывается как соотношение числа лиц, прошедших профилактический медицинский осмотр, к среднегодовой численности населения, в процентах. Источником информации для расчета Показателя являются данные формы статистической отчетности Н 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

- Доля лиц из приоритетной группы населения (лица трудоспособного возраста с 40 до 65 лет, не посещавших медицинские организации в течение последних 2-х лет и более), прошедших профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию в отчетном периоде, %.

Показатель рассчитывается как соотношение числа лиц в возрасте 40-65 лет, прошедших профилактический медицинский осмотр и 1 этап диспансеризации, к численности лиц в возрасте 40-65 лет, в течение предыдущих двух лет не посещавшие МО (не учитываются как посещение МО - посещения к врачу стоматологу, зубному врачу, отдельные лабораторно-диагностические исследования без посещения врача). Источник данных: реестры счетов по случаям оказания медицинской помощи, ТФОМС.

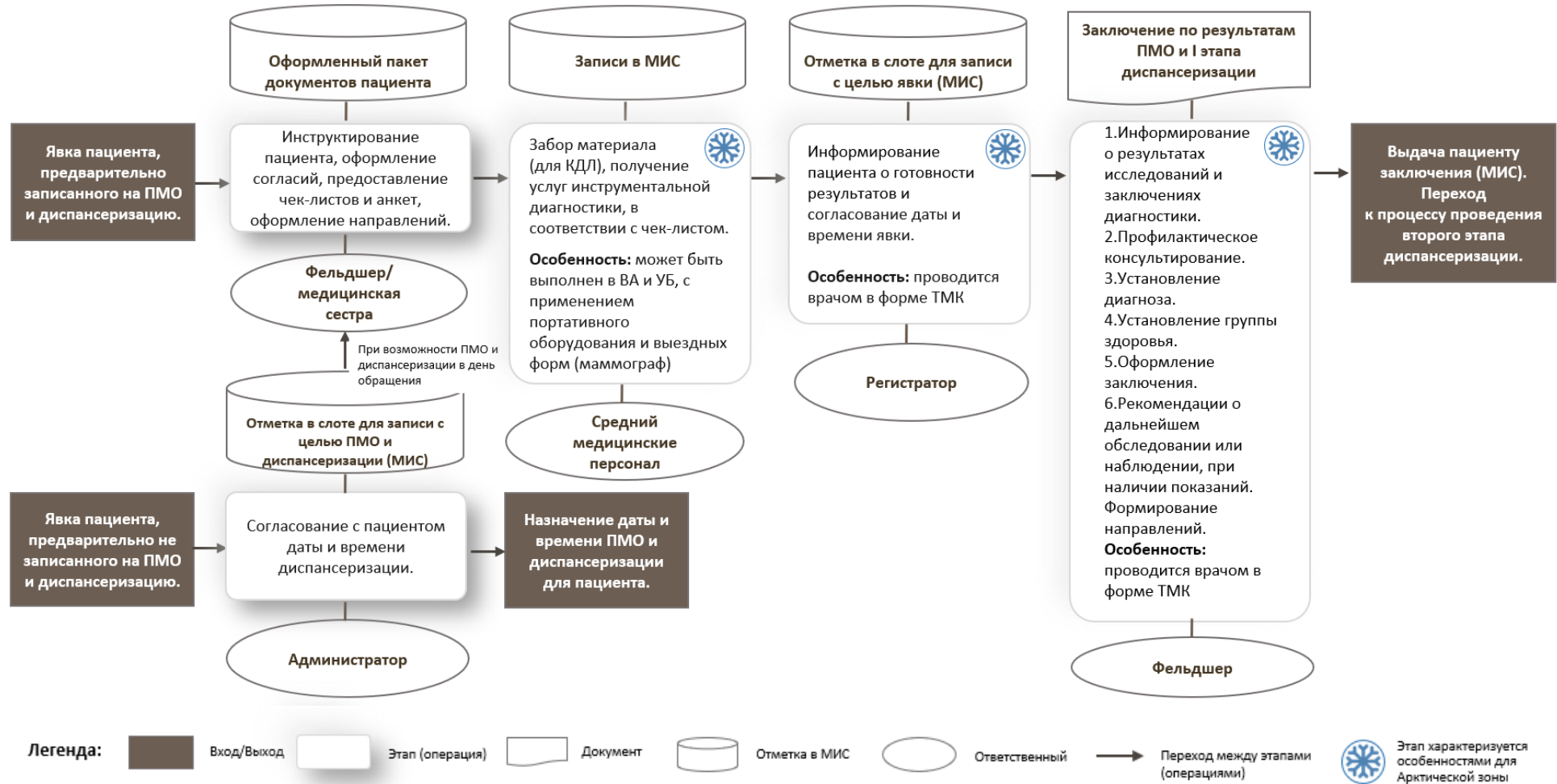


Рисунок 7. Проведение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (углубленной диспансеризации)

Процесс № 5. Проведение второго этапа диспансеризации (Рисунок 8)

Особенности в АЗРФ:

- Проведение консультации «Врач-пациент» с применением телемедицинских технологий по результатам второго этапа диспансеризации
- Использование медицинских изделий с искусственным интеллектом, направленных на анализ и расшифровку диагностических исследований (например, анализ видеопотока при проведении колоноскопии)

Владельцем процесса является врач-терапевт участковый (врач общей практики (семейный врач), фельдшер (акушер), акушерка в случае возложения на них полномочий лечащего врача».

Участники процесса:

- Взрослое население
- Врач терапевт-участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-специалист
- Работники медицинских организаций со средним медицинским и немедицинским образованием

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- Стационарное оборудование для диагностических исследований;
- Средства связи, в том числе спутниковой
- Оборудование для проведения ТМК
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- Санитарный и другой транспорт, в т.ч. повышенной проходимости, включая авиационный для доставки медицинских работников и населения с целью проведения второго этапа диспансеризации.

Входом в процесс является наличие показаний для проведения второго этапа диспансеризации.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Проведение лабораторных и инструментальных исследований:

- определение гликированного гемоглобина;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- ректороманоскопия;
- колоноскопия;
- дерматоскопия;
- рентгенография;
- спирометрия;
- компьютерная томография;
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;
- эхокардиография.

2. Получение результатов исследований в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО), информирование пациента о готовности результатов и согласование даты и времени явки/ТМК.

3. Осмотр (консультация) врачом-специалистом.

4. Прием (осмотр) врачом-терапевтом участковым по результатам второго этапа диспансеризации, включающий: постановку (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, на санаторно-курортное лечение, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Может быть проведен очно в кабинете врача-терапевта участкового (врача общей практики (семейного врача) или фельдшера (акушера), акушерки структурного подразделения медицинской организации (в случае впервые выявленного заболевания) или посредством консультации «врач - пациент» с применением телемедицинских технологий (в случае ранее установленного диагноза) в рамках структурного подразделения медицинской организации или на дому.

5. Проведение индивидуального или группового углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья по результатам второго этапа диспансеризации (возможно путем ТМК).

Выходом из процесса является: выдача заключения врача по итогам второго этапа диспансеризации (загрузка заключения и направления в личный кабинет гражданина «Мое здоровье» на портале «Госуслуги» или региональном портале).

Показатель процесса:

- Доля пациентов, завершивших второй этап диспансеризации, %

Показатель равен соотношению числа лиц, завершивших второй этап диспансеризации, к общему числу лиц, у которых выявлены показания для направления на второй этап диспансеризации.

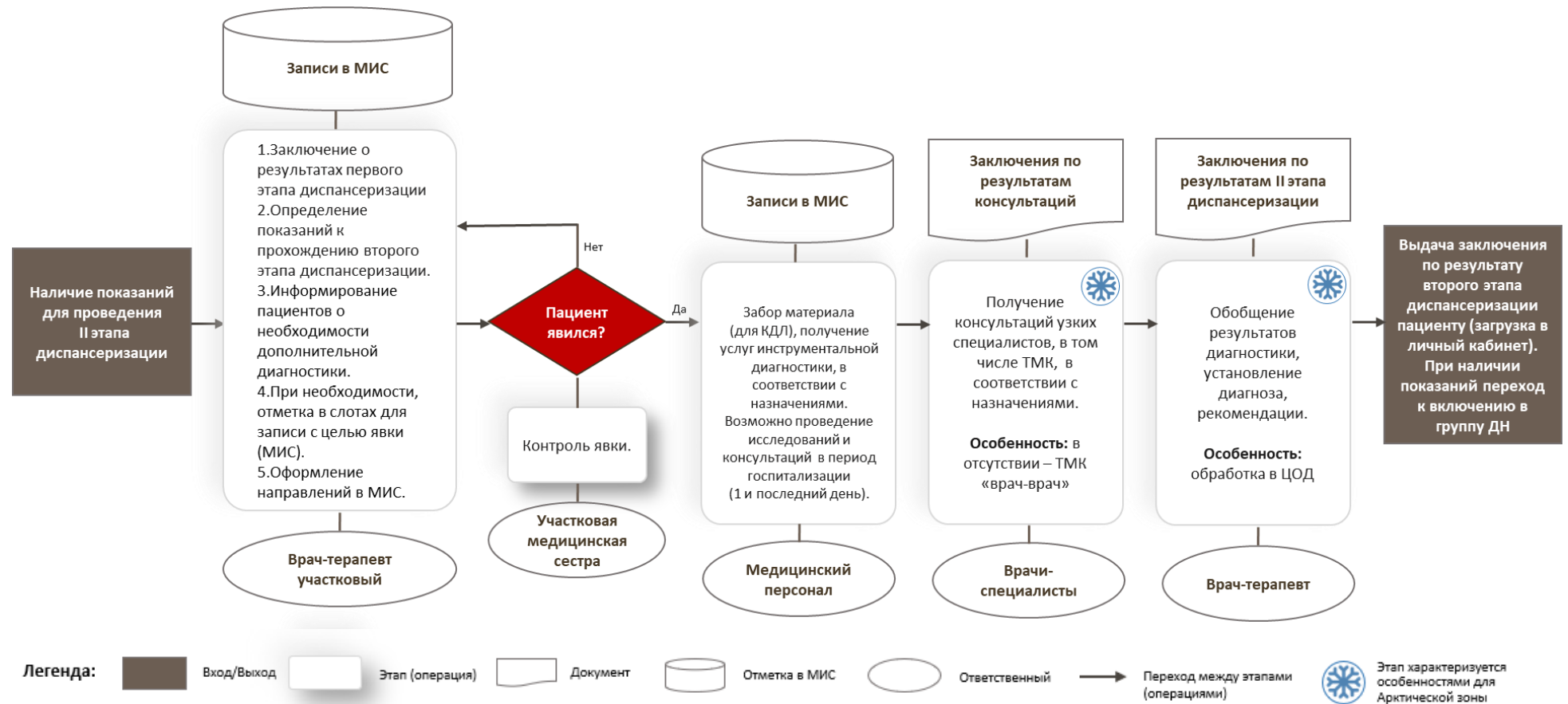


Рисунок 8. Процесс проведения второго этапа диспансеризации

Процесс № 6. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (Рисунок 9)

Особенности в АЗРФ:

- Использование дистанционного мониторинга состояния здоровья, в том числе с применением медицинских изделий с дистанционной передачей данных, консультирования специалистами кабинета консультаций с применением телемедицинских технологий и дистанционного наблюдения областной (краевой, республиканской) больницы, осмотр в рамках диспансерного наблюдения врачами-специалистами отдела выездной консультативно-диагностической деятельности (центра мобильных бригад) областной (краевой, республиканской) больницы не менее двух раз в год.
- Проведение ежегодных дополнительных лабораторных исследований крови на высокочувствительного тропонина и натрийуретического пептида (NT-proBNP) в рамках диспансерного наблюдения пациентов без диагностированной СН и с высоким риском её развития (наличие артериальной гипертензии/ ожирения/ ИБС/ фибрилляции предсердий/ кардиомиопатии/ хронической болезни почек/ хронической обструктивной болезни легких/ проведения противоопухолевой терапии).

Владельцем процесса является врач-терапевт участковый (врач общей практики (семейный врач), врач-специалист и фельдшер (акушер), акушерка в случае возложения на них полномочий лечащего врача».

Участники процесса

- Пациенты с ХНИЗ
- Врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-специалист, в том числе отдела выездной консультативно-диагностической деятельности (центра мобильных бригад) областной больницы, фельдшер, врач по медицинской профилактике
- Фельдшер (акушер), акушерка ФАП (ФП, ФЗ)
- Работники контакт-центра

- Врач кабинета консультаций с применением телемедицинских технологий и дистанционного наблюдения.

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- Оборудование для лабораторно-диагностических исследований
- Средства связи, в том числе спутниковой
- Оборудование для проведения ТМК
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- Носимые устройства для мониторинга состояния здоровья, медицинские изделия с дистанционной передачей данных
- Передвижные медицинские комплексы
- Санитарный и другой транспорт для доставки медицинских работников и населения.

Входом в процесс является постановка диагноза, требующего постановки гражданина на диспансерное наблюдение, либо наступление срока плановой явки пациента в рамках диспансерного наблюдения.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Включение пациента в группу диспансерного наблюдения и формирование индивидуального плана диспансерного наблюдения в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО), автоматизировано или с применением технологий искусственного интеллекта. Функция формирования индивидуальных рекомендаций с применением технологий искусственного интеллекта (ИИ) предназначена для повышения качества лечебной и консультативной помощи, а также за счет автоматической обработки и анализа данных о состоянии здоровья пациента позволяет формировать персонифицированные медицинские рекомендации.

2. Формирование в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) направлений на диагностические исследования в соответствии с планом диспансерного наблюдения, согласование с пациентом даты и времени обследований и формата консультаций (ТМК).

3. Проведение диагностических исследований (возможно частичное проведение на ФАП (ФП, ФЗ) с использованием портативного оборудования, а также забор биоматериала на ФАП (ФП, ФЗ)) и консультаций специалистов. Диспансерное наблюдение в полном объеме проводится в ВА и УБ выездными бригадами специалистов РБ или отдела выездной консультативно-диагностической деятельности (центра мобильных бригад) областной больницы.

4. Формирование заключения, актуализация плана диспансерного наблюдения, выписка рецептов. Функция проведения консультаций в режиме реального времени посредством телемедицинских технологий направлена на оценку результатов проведенных исследований и корректировку лечения.

Выход из процесса осуществляется при снятии с диспансерного наблюдения (выздоровление, смерть, смена МО прикрепления).

Показатели процесса:

- Доля лиц, которым оказана скорая медицинская помощь по причине обострения хронических заболеваний, из числа прикрепленного населения, вне медицинской организации, %

Показатель рассчитывается как соотношение числа взрослых пациентов, которым оказана скорая медицинская помощь по причине обострения хронических заболеваний, вне медицинской организации, к численности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением с хроническими неинфекционными заболеваниями, в процентах. Источник данных: реестры счетов по случаям оказания медицинской помощи, ТФОМС.

- Количество госпитализаций с кодом основного диагноза «Хроническая сердечная недостаточность» (ХСН), «Артериальная гипертензия» (АГ), «Сахарный диабет» (СД), «Бронхиальная астма» (БА), «Хроническая обструктивная болезнь легких» (ХОБЛ) в отчетном году (взрослое население), на 100 000 человек.

Показатель рассчитывается как соотношение числа взрослых пациентов, которым оказана специализированная медицинская помощь в стационарных условиях с основным диагнозом ХСН, АГ, СД, БА, ХОБЛ, на 100 000 застрахованного взрослого населения. Источник данных: реестры счетов по случаям оказания медицинской помощи, ТФОМС.



Рисунок 9. Процесс диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями

Процесс № 7. Оказание первой помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) (Рисунок 10)

Особенности в АЗРФ: оказание первой помощи населению в отдаленных труднодоступных населенных пунктах осуществляется младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом). При необходимости к этому процессу могут привлекаться лица, обязанные оказывать первую помощь в соответствии с федеральными законами или иными нормативными правовыми актами, а также лица, которые обладают соответствующей подготовкой и (или) навыками.

Владельцем процесса является младшая медицинская сестра (младший медицинский брат).

Участники процесса:

- Пострадавшие из числа взрослого и детского населения
- Младшая медицинская сестра (младший медицинский брат)
- Фельдшер

При реализации процесса используются следующие **ресурсы:**

- Средства индивидуальной защиты
- Укладка для оказания первой помощи в сельских поселениях
- Средства связи, в том числе спутниковой
- Медицинские и технические изделия для проведения дистанционных консультаций с применением телемедицинских технологий

Входом в процесс является наличие у пострадавшего признаков состояний, требующих оказания первой помощи.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы:**

1. Проведение оценки обстановки и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи.
2. Проведение обзорного осмотра пострадавшего (пострадавших) для выявления продолжающегося наружного кровотечения. При необходимости осуществление мероприятий по временной остановке наружного кровотечения.

3. Определение наличия признаков жизни у пострадавшего.

4. Проведение сердечно-легочной реанимации и поддержание проходимости дыхательных путей.

5. Проведение подробного осмотра и опроса пострадавшего (при наличии сознания) для выявления признаков травм, ранений, отравлений, укусов или ужаливаний ядовитых животных, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения, и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью.

6. Выполнение мероприятий по оказанию первой помощи пострадавшему в зависимости от характера травм, ранений, отравлений, укусов или ужаливаний ядовитых животных, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения, и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью.

7. Оказание помощи пострадавшему в принятии лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных ему ранее лечащим врачом.

8. Придание и поддержание оптимального положения тела пострадавшего.

9. Вызов скорой медицинской помощи, осуществление контроля состояния пострадавшего (наличия сознания, дыхания, кровообращения и отсутствия наружного кровотечения), оказание пострадавшему психологической поддержки, перемещение, транспортировка пострадавшего, передача пострадавшего выездной бригаде скорой медицинской помощи, медицинской организации, специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральными законами или иными нормативными правовыми актами.

Выход из процесса: передача пострадавшего врачу/фельдшеру скорой помощи или медицинскому работнику ФАП (ФП, ФЗ).

Показатель процесса: не имеет показателя.



Рисунок 10. Процесс оказания первой помощи младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом)

Процесс № 8. Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе фельдшером ФАП (ФП, ФЗ) (Рисунок 11)

Особенности процесса в АЗРФ:

- Возложение отдельных функций лечащего врача на фельдшера ФАП (ФП, ФЗ) по назначению и применению лекарственных препаратов для проведения ТЛТ под контролем врача.
- Оснащение ФАП (ФП, ФЗ) препаратами для проведения ТЛТ.
- Использование ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) для заполнения медицинским работником протокола осмотра и проведенных по месту пребывания пациента исследований, проведения ТМК «Фельдшер-Врач-пациент» с РСЦ для получения рекомендаций по лечению при подозрении на острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (далее – ОКСспST).
- Обучение медицинского персонала, на который возложена обязанность по оказанию медицинской помощи при ОКСспST, распознаванию характерных для инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (далее - ИМпST), выбору стратегии реперфузионного лечения (фармакоинвазивный подход или транспортировка в стационар для выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства), определению показаний и противопоказаний для системной ТЛТ при ИМпST, технике внутривенного введения лекарственных средств для ТЛТ, сердечно-легочной реанимации и наружной дефибрилляции.
- Риски невыполнения требований стандарта оказания помощи при остром коронарном синдроме и клинических рекомендаций в части соблюдения допустимого временного интервала для чрескожного коронарного вмешательства при остром коронарном синдроме.

Владельцем процесса является фельдшер ФАП (ФП, ФЗ).

Участники процесса:

- Пациент с симптомами острого коронарного синдрома
- Фельдшер

- Сотрудники консультативного подразделения Регионального сосудистого центра (РСЦ)
- Специалисты Центра медицины катастроф или иной организации, координирующей эвакуацию пациентов

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- Укладка для оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме (рекомендованный состав укладки для ФАП (ФП, ФЗ) или ВА (ОВОП) для купирования острого коронарного синдрома: Изосорбида динитрат (аэрозоль), Ацетилсалициловая кислота (таблетки), Клопидогрел (таблетки), Гепарин натрия (раствор), Алтеплаза (лиофилизат для инфузий), Атропин (раствор), Амиодарон (раствор), Допамин (раствор), Морфин (раствор), Метопролол (таблетки)¹¹.
- Средства связи, в том числе спутниковой
- Оборудование для проведения ТМК.
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- Медицинские изделия с функцией передачи данных (ЭКГ аппарат 12-ти канальный, УЗИ, система мониторинга артериального давления и аппараты суточного мониторинга сердечного ритма).
- Портативное (экспресс-анализаторы) и стационарное оборудование для лабораторно-диагностического исследования.
- Санитарный транспорт, в том числе повышенной проходимости.

Вход в процесс: обращение пациента в медицинскую организацию (подразделение медицинской организации) с клиническими проявлениями острого коронарного синдрома или вызов на дом.

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

1. По месту нахождения пациента производится идентификация личности пациента, сбор жалоб, анамнеза, осмотр (с проведением оценки гемодинамических показателей).

¹¹Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.03.2021 №158н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»

2. Выполнение ЭКГ исследования – интерпретация результата, тропониновый тест – интерпретация результата.

3. Вызов бригады СМП и запрос ТМК РСЦ (сопровождается стартовой терапией: нитраты, антиагреганты, анальгетики, кислородотерапия (согласно протоколу Клинических рекомендаций Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. ID:157_5). Функция проведения консультаций в режиме реального времени посредством телемедицинских технологий направлена на подтверждение или исключение ОКС, а также для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

4. Передача пациента выездной бригаде СМП для проведения тромболитической терапии и госпитализации в РСЦ или ПСО.

5. В случае отсутствия возможности доезда выездной бригады СМП в течение 120 минут от момента возникновения симптомов ОКС осуществляется выполнение ТЛТ при определении показаний по результатам ТМК с РСЦ (ответственным врачом СМП) в кратчайшие сроки от постановки диагноза:

5.1. подготовка к проведению ТЛТ по месту пребывания пациента: информирование пациента о диагнозе, заполнение информированного согласия, согласование тактики ведения и подтверждение показаний для ТЛТ консультативным центром РСЦ с использованием ТМЦ, лабораторный контроль.

5.1. Доставка пациента до ФАП (ФП, ФЗ).

5.2. Проведение ТЛТ в соответствии с протоколом, оценка динамики состояния с применением дистанционного контроля в режиме реального времени сотрудником РСЦ.

5.3. Динамический ЭКГ-мониторинг и лабораторный контроль с совместной интерпретацией результатов, оценка рисков развития осложнений, согласование тактики ведения с сотрудником ТМК РСЦ.

5.4. Медицинская эвакуация пациента выездной бригадой СМП в РСЦ или ПСО.

6. Внесение сведений о факте оказания медицинской помощи в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) с фиксацией протокола ТМК при проведении ТЛТ.

Выходом из процесса является: передача пациента на этап медицинской эвакуации в РСЦ или ПСО.

Показатель процесса:

- Доля случаев выполнения тромболитической терапии пациентам с острым коронарным синдромом от всех пациентов с острым коронарным синдромом, нуждавшихся в проведении тромболизиса при оказании скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при отсутствии медицинских противопоказаний к проведению тромболизиса, %

Показатель рассчитывается как соотношение числа взрослых (18 лет и более) пациентов, которым в отчетном периоде выполнена тромболитическая терапия по поводу острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе, к числу взрослых (18 лет и более) пациентов в отчетном периоде, нуждавшихся в проведении тромболизиса при отсутствии медицинских противопоказаний к проведению тромболизиса, человек. Источник информации: данные ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

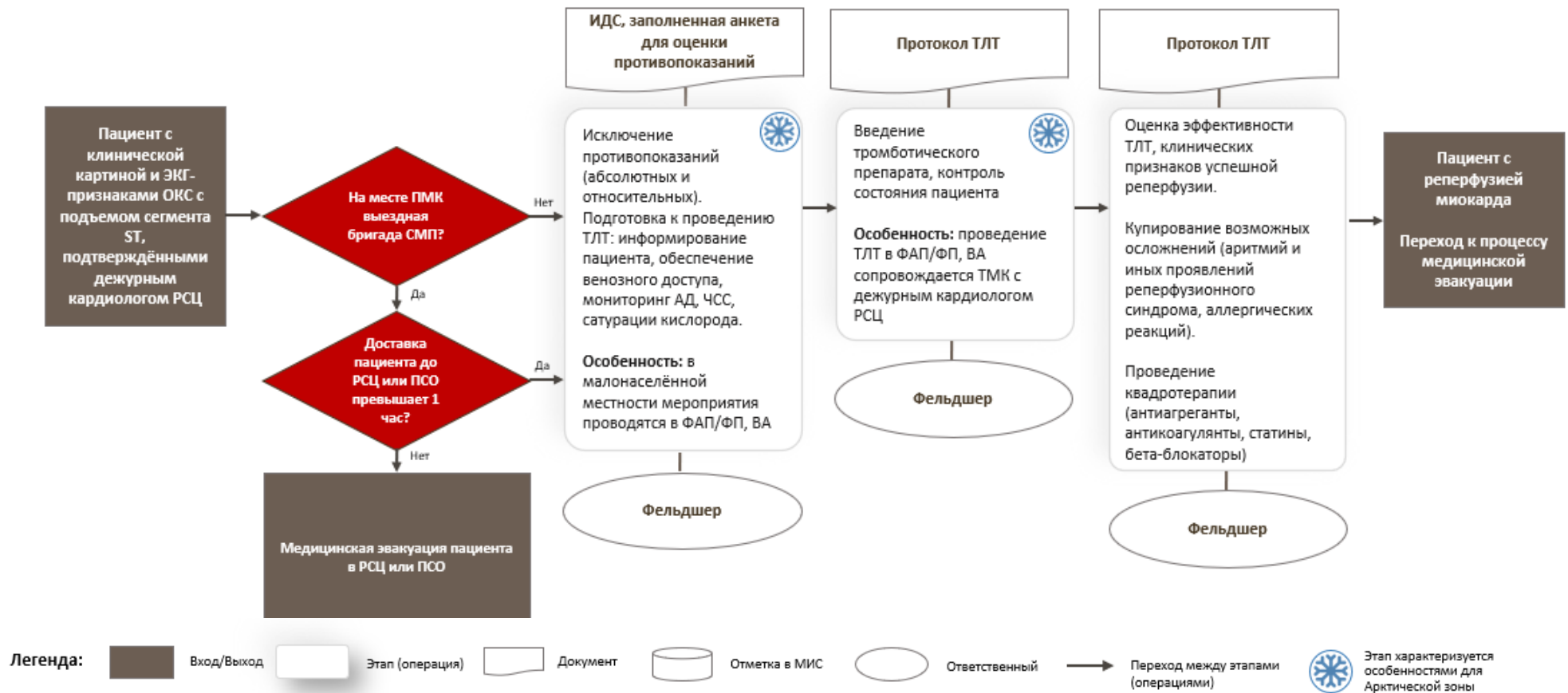


Рисунок 11. Процесс проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе фельдшером ФАП (ФП, ФЗ)

Процесс № 9. Выполнение ультразвукового исследования фельдшером с дистанционной передачей изображения в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (Рисунок 12)

Особенности процесса в АЗРФ:

- Возможность проведения ультразвукового исследования фельдшером, с дистанционным сопровождением и интерпретацией визуализируемых данных исследования врачом, в том числе путем дистанционного консультирования с применением телемедицинских технологий (при утверждении соответствующего нормативного правового акта)
- Оснащение ФАП (ФП, ФЗ), расположенных в удаленных населенных пунктах, портативным УЗ-сканером
- Использование портативного УЗ-сканера с возможностью передачи изображения в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)

Владельцем процесса является фельдшер, осуществляющей ультразвуковое исследование УЗ – сканером.

Участники процесса:

- Пациенты из числа взрослого и детского населения
- Фельдшер
- Врач функциональной диагностики или врач, прошедший профессиональную переподготовку по специальности «Ультразвуковая диагностика».

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- портативный УЗ-сканер с двумя линейными датчиками и одним конвексным датчиком с возможностью передачи изображений в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- Медицинские и технические изделия для проведения дистанционной консультации с применением телемедицинских технологий

- Средства связи, включая спутниковую связь
- Расходные материалы (перчатки, салфетки, пеленки, гель)
- Медицинская кушетка.

Входом в процесс является пациент, которому необходимо выполнить УЗИ.

Требования ко входу в процесс:

- наличие показаний для проведения УЗИ при неотложной или экстренной ситуации;
- наличие у пациента направления на УЗИ;
- наличие у пациента предварительной записи на УЗИ;
- готовность пациента к исследованию;
- наличие дополнительной подготовки фельдшера.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Идентификация пациента, информирование о ходе проведения исследования и проверка наличия информированного добровольного согласия.
2. Наведение фельдшером датчика УЗ-сканера в необходимой последовательности согласно протоколу исследования.
3. Дистанционная передача изображения врачу ультразвуковой диагностики или врачу, прошедшему профессиональную переподготовку по специальности «Ультразвуковая диагностика», посредством ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).
4. Анализ изображения врачом, оформление заключения по результатам исследования, занесение в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

Выходом из процесса является получение заключения по результатам ультразвукового исследования, согласно направлению. Требования к выходу из процесса:

- наличие заключения с результатами исследования в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО);
- информирование пациента о результатах исследования;

- выдача пациенту направления на дополнительные исследования и информирование пациента (при наличии необходимости в дополнительных исследованиях)

Показатель процесса:

- Доля ультразвуковых исследований, проведенных фельдшером ФАП (ФП, ФЗ) с дистанционной передачей изображения, от всех проведенных УЗИ исследований населению, обслуживаемому на данном ФАП (ФП, ФЗ), %

Показатель рассчитывается как соотношении числа проведенных УЗИ фельдшером на ФАП (ФП, ФЗ) к общему числу исследований, выполненных населению, обслуживаемому на данном ФАП (ФП, ФЗ), в течение месяца, %.

Источником информации для расчета показателя являются данные ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

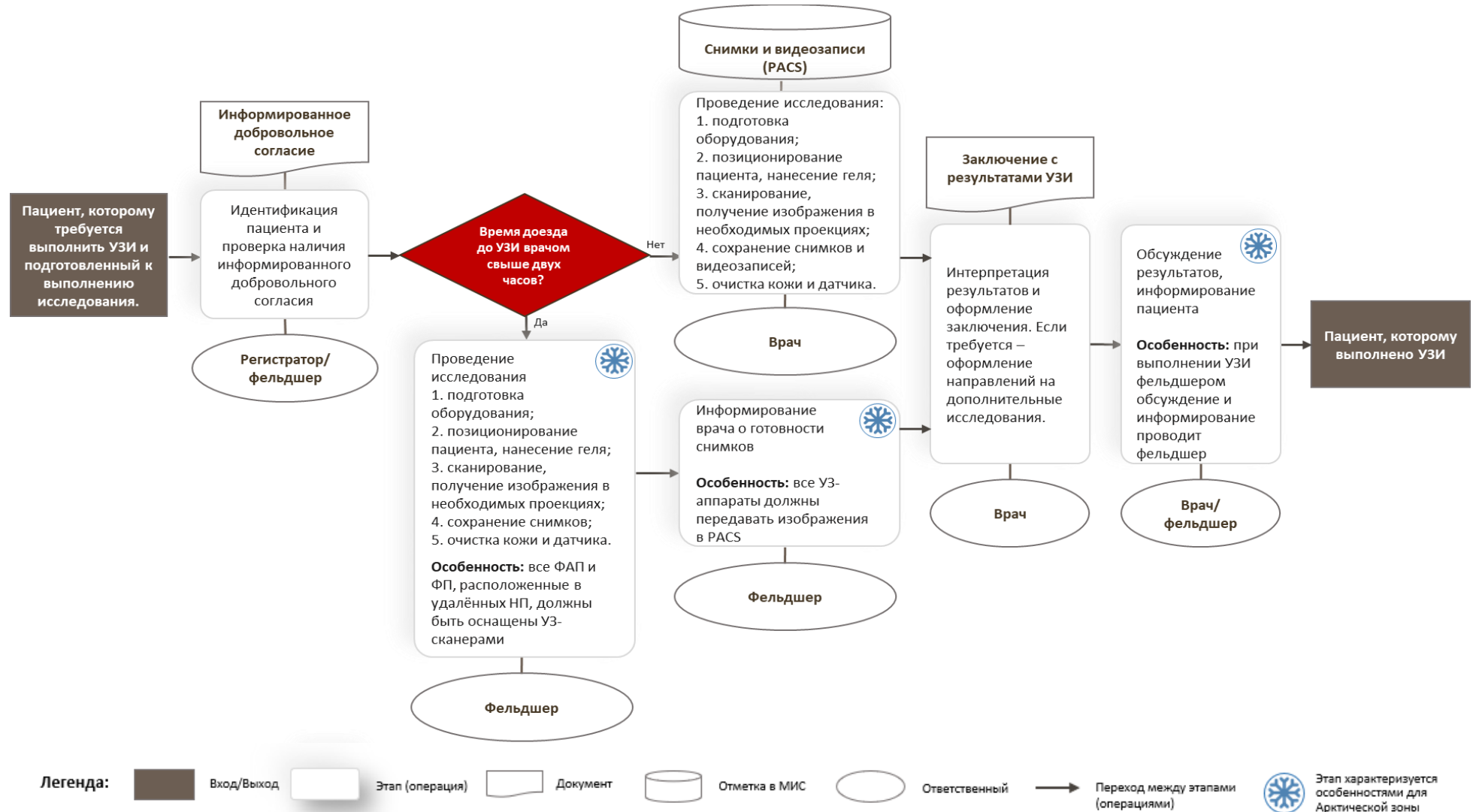


Рисунок 12. Процесс выполнения ультразвукового исследования (УЗИ)

Процесс № 10. Выполнение общего (клинического) анализа крови (ОАК) в условиях ФАП (ФП, ФЗ) (Рисунок 13)

Особенности процесса в АЗРФ:

- Использование альтернативных способов доставки биоматериала (БПЛА)
- Использование экспресс-анализаторов на ФАП (ФП, ФЗ)

Владельцем процесса является фельдшер ФАП (ФП, ФЗ).

Участники процесса:

- Пациенты из числа взрослого и детского населения
- Медицинские работники (медицинская сестра, фельдшер)

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- Средства связи, включая спутниковую связь
- Медицинские изделия и расходные материалы для забора и анализа крови (перчатки, спиртовые салфетки, жгуты, вакутейнеры, реагенты)
- Термоконтейнер для транспортировки вакутейнеров с биоматериалом
- Портативное (экспресс-анализаторы) оборудование для лабораторно-диагностического исследования
- Беспилотный летательный аппарат

Входом в процесс является пациент, которому необходимо выполнить ОАК в условиях ФАП (ФП, ФЗ). Требованиями ко входу в процесс является наличие у пациента направления на ОАК, а также готовность пациента к исследованию.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Идентификация пациента и проверка наличия информированного добровольного согласия.
2. Забор крови.
3. Внесение в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) информации о взятии биологического материала

4. Транспортировка биоматериала в КДЛ (если обеспечено соблюдение теплового режима и время доставки не превышает 2 часов возможно с применением БПЛА). Функция отправки биоматериалов с применением БПЛА предназначена для обеспечения быстрой и надежной транспортировки образцов в специализированные лаборатории с целью минимизации времени транспортировки и сохранения целостности и пригодности образцов для анализа (при утверждении соответствующего нормативного правового акта)

5. Подготовка биоматериала и проведение исследования

6. Интерпретация и внесение результатов в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО), оформление заключения

Выходом из процесса является пациент, которому выполнен ОАК. Требованием к выходу из процесса является наличие заключения с результатами исследования в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

Показатель процесса:

- Доля ОАК, проведенных на ФАП (ФП, ФЗ) от общего количества ОАК, проведенных в МО в текущем году, %

Показатель рассчитывается как соотношение числа проведенных ОАК в условиях ФАП (ФП, ФЗ), к общему числу ОАК, проведенных в МО. В течение месяца, %.

Источником информации для расчета показателя являются данные ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

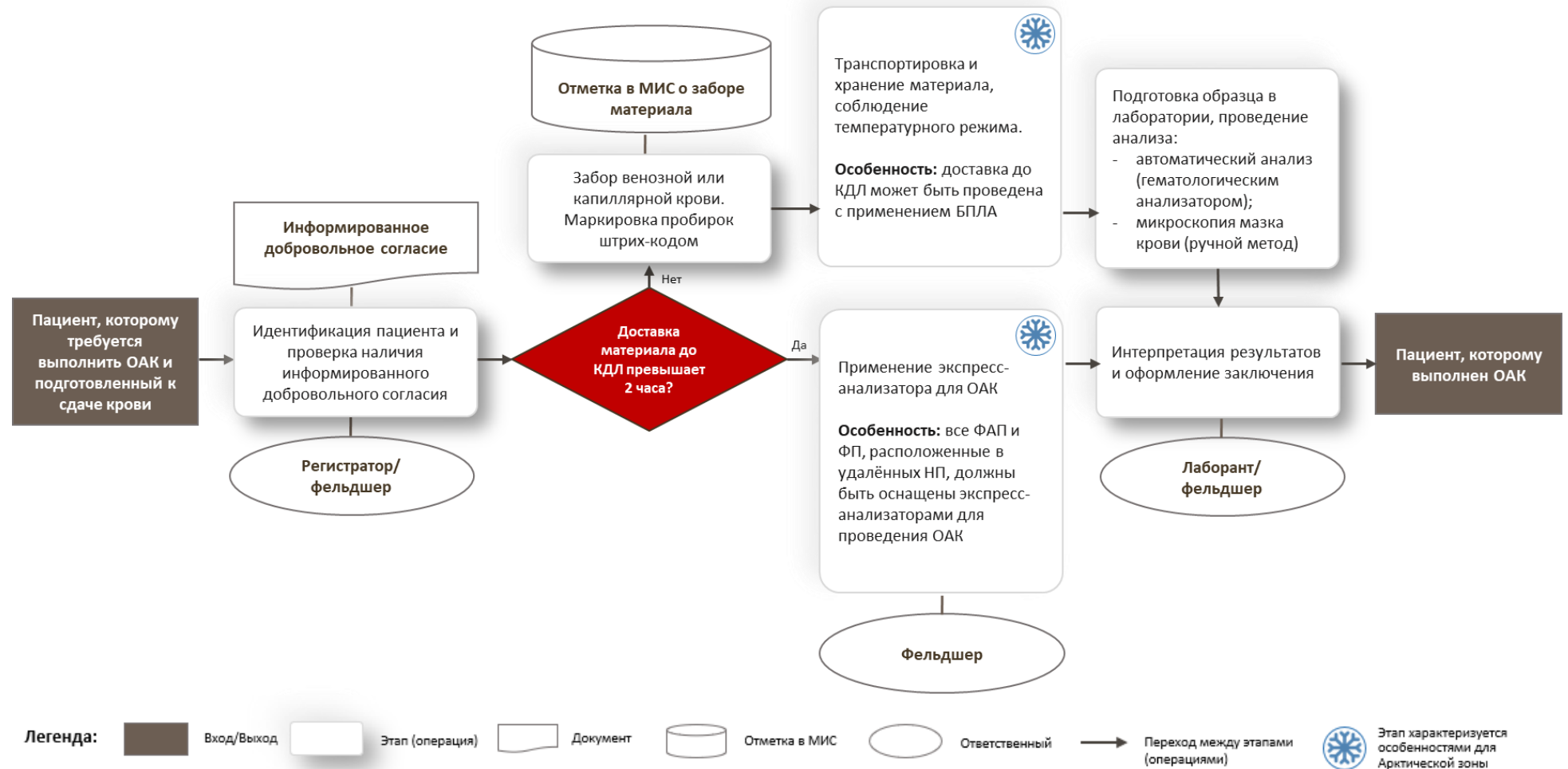


Рисунок 13. Выполнение общего (клинического) анализа крови (ОАК) в условиях ФАП (ФП, ФЗ)

Процесс № 11. Организация работы выездных бригад для оказания экстренной консультативной помощи (Рисунок 14)

Особенности в АЗРФ:

- Широкое использование снегоходов, квадроциклов, водного транспорта, а также воздушного транспорта
- Использование ТМК для оказания консультативной помощи
- В отдельных случаях использование спутниковой связи

Владельцем процесса является медицинский работник, подающий заявку на вызов выездной консультативной бригады.

Участники процесса:

- Пациенты из числа взрослого и детского населения
- Диспетчер и врачи отделения экстренной и планово-консультативной помощи
- Лечащий врач
- Работники медицинских организаций со средним медицинским и немедицинским образованием.

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- Портативное и стационарное оборудование для оказания специализированной медицинской помощи, включая медицинское оборудование для проведения оперативных вмешательств;
- Дополнительное медицинское оборудование, позволяющее в короткий срок разворачивать операционную или медицинский госпиталь;
- Средства связи, в том числе спутниковой
- Оборудование для проведения ТМК;
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- Планшетный компьютер или устройство с аналогичным функционалом;
- Санитарный транспорт, в т.ч. повышенной проходимости

Входом в процесс является наличие пациента, нуждающегося в экстренной медицинской помощи.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Заявка на оказание экстренной консультативной медицинской помощи (звонок по телефону диспетчеру отделения экстренной и планово-консультативной помощи или в электронном виде). В рабочее время заявка подается руководителем или заместителем руководителя МО, в которой находится пациент, в нерабочее время, выходные и праздничные дни – ответственным дежурным специалистом МО, в которой находится пациент).

2. Регистрация заявки диспетчером отделения экстренной и планово-консультативной помощи в журнале регистрации заявок на экстренную консультативную медицинскую помощь.

3. Обработка заявки, определение профильности консультативной медицинской помощи.

4. Передача заявки диспетчером профильному врачу-консультанту.

5. Проведение заочной консультации (по телефону, электронной почте) или с применением ТМК для уточнения состояния пациента с заполнением консультативного листа. Функция проведения консультаций в отложенном режиме посредством телемедицинских технологий направлена на уточнение состояния и принятия решения о необходимости выезда / вылета бригады для оказания экстренной консультативной помощи путем рассмотрения медицинской документации, направленной в электронном виде.

6. Принятие решения о необходимости медицинской эвакуации пациента или формирование выездной консультативной бригады специалистов с соответствующим медицинским оборудованием. Заккрытие заявки на оказание экстренной консультативной помощи.

7. Информирование медицинской организации, от которой поступила заявка о выезде консультативной бригады.

8. Осмотр пациента на месте, оказание медицинской помощи по показаниям (в том числе проведение оперативных и иных вмешательств).

9. Принятие решения о дальнейшей тактике ведения пациента (оставление под динамическое наблюдение или медицинская эвакуация в соответствии с маршрутизацией по профилю оказания медицинской помощи).

10. Медицинская эвакуация пациента до медицинской организации в соответствии с маршрутизацией по профилю оказания медицинской помощи.

11. Заполнение сведений об оказанной медицинской помощи в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

Выходом из процесса является, пациент, которому оказана консультативная медицинская помощь на месте или переход к процессу медицинской эвакуации пациента в медицинскую организацию в соответствии с маршрутизацией по профилю оказания медицинской помощи

Показатели процесса:

- Число лиц, которым оказана консультативная медицинская помощь, на 10 тыс. населения

Расчет показателя осуществляется как соотношение числа лиц, которым оказана экстренная консультативная медицинская помощь, на 10 тыс. населения субъекта РФ, источник информации – Журнал регистрации приема вызовов и их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи, форма 117/у.

- Количество выполненных операций на месте на 100 выездов и вылетов врачей

Показатель рассчитывается как число выполненных операций на месте на 100 выездов /вылетов врачей. Источник информации – Журнал регистрации приема вызовов и их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи, форма 117/у и Справка о выполнении задания (отчет консультанта), форма 119/у.

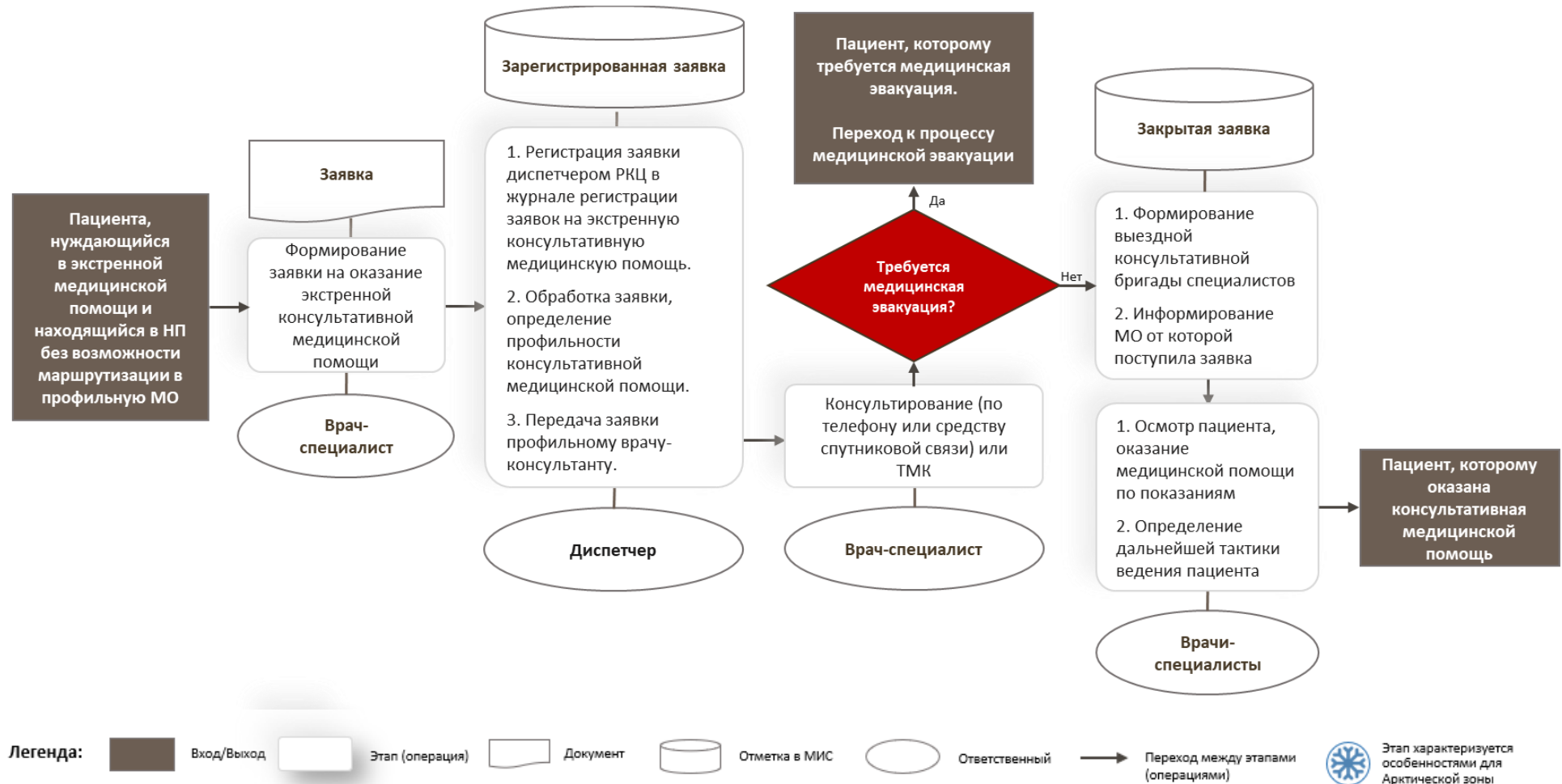


Рисунок 14. Организация работы выездных бригад для оказания экстренной консультативной помощи

Процесс № 12. Организация медицинской эвакуации (Рисунок 15)

Особенности процесса в АЗРФ:

- Использование транспорта высокой проходимости, воздушного транспорта
- Использование телемедицинских технологий для оказания консультативной помощи
- Использование носимых устройств, медицинских изделий с дистанционной передачей данных

Владельцем процесса является медицинский работник, осуществляющий оказание медицинской помощи нуждающемуся в эвакуации пациенту.

Участники процесса:

- Пациенты из числа взрослого и детского населения, нуждающиеся в медицинской эвакуации
- Диспетчер отделения экстренной и планово-консультативной помощи
- Лечащий врач, врач скорой медицинской помощи, фельдшер, врач-консультант отделения экстренной и планово-консультативной помощи
- Работники медицинских организаций со средним медицинским и немедицинским образованием.

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- Портативное и стационарное оборудование для оказания специализированной медицинской помощи, включая медицинское оборудование для проведения оперативных вмешательств;
- Дополнительное медицинское оборудование, необходимое для разворачивания операционной или медицинского госпиталя в сложных условиях
- Средства связи, включая спутниковую связь
- ГИС СЗ субъекта РФ
- Оборудование для проведения ТМК

- Носимые устройства для мониторинга состояния здоровья, медицинские изделия с дистанционной передачей данных
- Планшетный компьютер
- Санитарный транспорт, в т.ч. повышенной проходимости

Входом в процесс является наличие пациента, нуждающегося в медицинской эвакуации (в том числе с применением носимых устройств).

Функция оповещения об экстренных состояниях пациентов с указанием геолокации предназначена для автоматического мониторинга состояния пациентов через носимые устройства, обеспечивающие дистанционную передачу данных и интегрируемые с телемедицинскими системами. В случае выявления отклонений от нормальных показателей здоровья система мгновенно отправляет оповещение соответствующим экстренным службам вместе с данными о местоположении пациента, используя технологии GPS/ГЛОНАСС.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Оценка лечащим врачом ситуации, присвоение категории приоритета эвакуации.
2. Оформление лечащим врачом заявки на проведение консультации в отделении экстренной и планово-консультативной помощи, уведомление руководителя МО, оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.
3. Проведение дистанционной консультации профильными специалистами с формированием заключения в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) о необходимости медицинской эвакуации и мероприятиях по подготовке к эвакуации. Функция проведения консультаций в режиме реального времени посредством телемедицинских технологий направлена на оперативное принятие врачебного решения, включая необходимость медицинской эвакуации и подготовку к ней, в том числе с использованием носимых устройств (для передачи данных о состоянии здоровья пациента в реальном времени).

4. Принятие решения о возможности и способе транспортировки, составе выездной бригады и ее оснащении.
5. Согласование возможности вылета воздушного транспорта с уполномоченной организацией.
6. Формирование выездной бригады (в летний период в течение 30 минут, в зимний период в течение 60 минут от момента принятия решения о выезде/вылете бригады, в случае неблагоприятных погодных условий в течение 24 часов).
7. Информирование летного состава о времени вылета.
8. Осмотр пациента на месте и оказание медицинской помощи
9. Принятие решения об оказании медицинской помощи на месте или эвакуации в медицинскую организацию в соответствии со схемой маршрутизации по соответствующему профилю.
10. Транспортировка пациента до вертолетной площадки и эвакуация пациента.
11. Доставка пациента до профильной медицинской организации (осмотр в приемном отделении/отделении анестезиологии и реанимации/профильном отделении).
12. Заполнение сведений о медицинской эвакуации в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО), форма 114/у - отрывной талон к сопроводительному листу, форма 119/у – Справка о выполнении задания.

Выходом из процесса является доставка пациента в медицинскую организацию в соответствии со схемой маршрутизации по соответствующему профилю или оказание медицинской помощи на месте.

Показатели процесса:

- Доля лиц, госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток, от общего числа больных, к которым совершены вылеты, %

Показатель рассчитывается как соотношение числа лиц, госпитализированных по экстренным показаниям в результате санитарно-авиационной эвакуации в течение первых суток с момента передачи вызова авиамедицинской бригаде скорой медицинской помощи, к числу лиц, в отношении которых осуществлен вызов авиамедицинской бригады скорой медицинской помощи, в процентах. Источник сведений: данные учетной формы № 110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи».

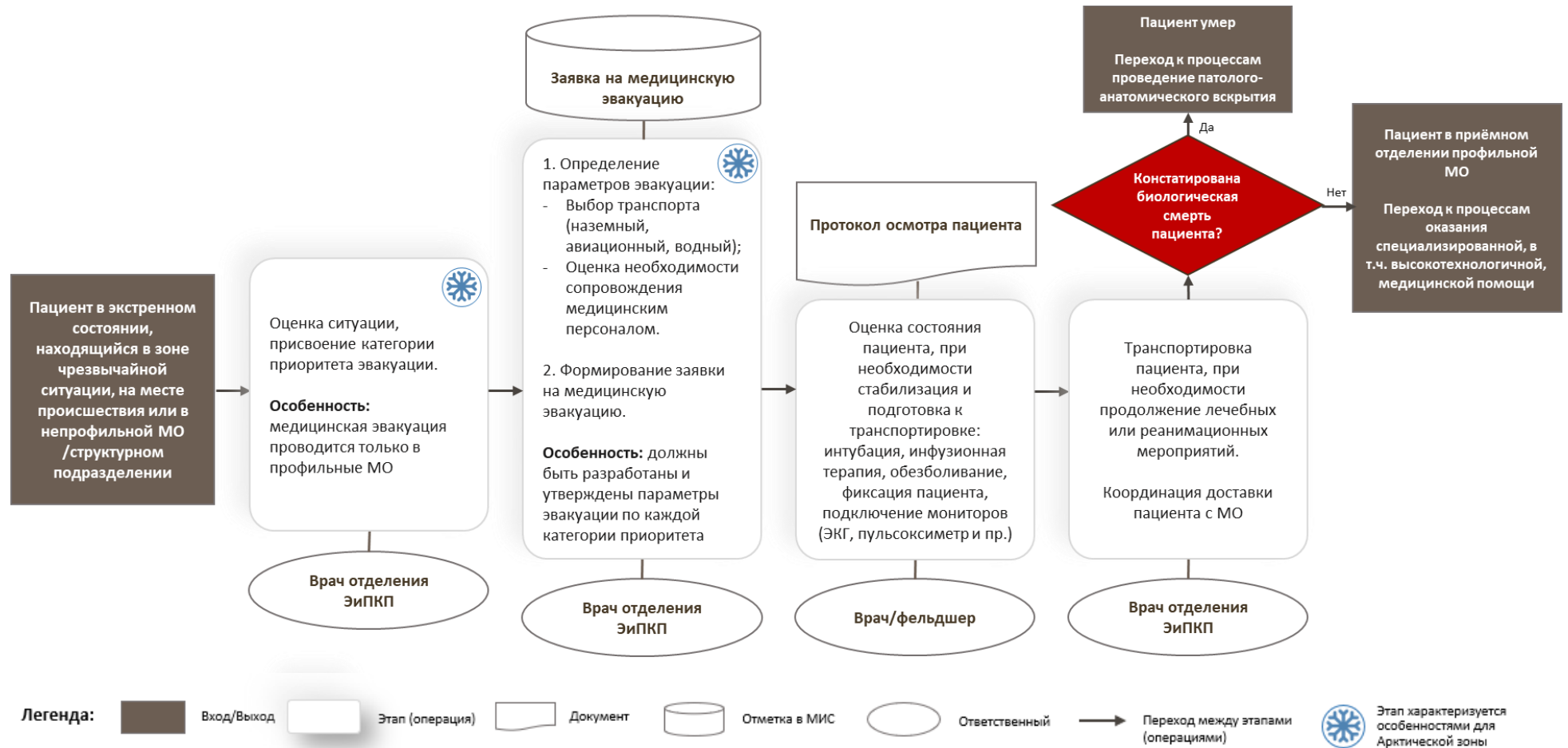


Рисунок 15. Процесс организации медицинской эвакуации

Процесс № 13. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи вне региона проживания (Рисунок 16)

Особенности процесса в АЗРФ:

- Возложение руководителем медицинской организации на фельдшера отдельных функций лечащего врача, путем внесения изменений в должностные инструкции.
- Использование ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) для заполнения медицинским работником протокола осмотра и проведенных по месту пребывания пациента исследований, протоколов ТМК.
- Необходимость проведения дополнительных обследований в стационарных условиях для пациентов АЗРФ, нуждающихся в ВМП за пределами субъекта.

Владельцем процесса является врач, который оказывает специализированную медицинскую помощь по профилю заболевания или осуществляет диспансерное наблюдение.

Участники процесса:

- Пациенты из числа взрослого и детского населения.
- Врач-терапевт – участковый, врач-педиатр – участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-специалист, фельдшер (акушерка / медицинская сестра).
- Сотрудники консультативных центров опорных /городских/ районных больниц
- Врачебная комиссия МО, подкомиссия по вопросам ВМП.
- Региональный орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- Автоматизированное рабочее место сотрудника медицинской организации.

- Автоматизированное рабочее место сотрудника ОИВ в сфере охраны здоровья.
- Средства связи, в том числе спутниковой
- Оборудование для проведения ТМК
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)

Входом в процесс является явка пациента (законного представителя) в медицинскую организацию (подразделение медицинской организации) с заключением (выписка, протокол ТМК, и т.д.) о необходимости оказания ВМП (включая МО за пределами субъекта).

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Идентификация личности пациента или законного представителя, сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр. Ознакомление с предоставленной документацией.
2. Оформление информированного добровольного согласия, в том числе на оказание ВМП. Оформление дубликатов необходимой документации.
3. Внесение сведений о факте обращения по вопросу оказания ВМП в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).
4. Направление документации для врачебной комиссии МО по месту прикрепления для согласования показаний для оказания ВМП посредством ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО), оформление протокола ВК.
5. Оформление направления по форме № 057/у медицинским работником, курирующим пациента.
6. Направление пакета документов в медицинскую организацию, оказывающую ВМП по профилю заболевания, для решения вопроса о возможности госпитализации (консультации), сроках и необходимости проведения дополнительного обследования в случае оказания ВМП по ОМС.
7. Направление пакета документов в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения в случае оказания ВМП, не включенной в базовую программу ОМС. Срок рассмотрения 10 дней.

8. Получение решения комиссии по отбору пациентов на оказание ВМП от МО, оказывающей медицинскую помощь по профилю ВМП (ОМС). Срок рассмотрения 7 дней с момента получения формы № 057/у.

9. Исполнение решения комиссии по отбору пациентов для оказания ВМП организации, оказывающей помощь по данному профилю.

10. Повторная госпитализация пациента по показаниям для проведения дополнительного обследования, подготовки к транспортировке, коррекции терапии по месту прикрепления.

11. Содействие в решении вопроса транспортировки в МО, оказывающую ВМП.

12. Получение талона на ВМП от принимающей МО в случае необходимости госпитализации в МО для получения ВМП вне базовой программы ОМС с предварительной регистрацией талона в органе исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья. Дальнейший алгоритм дублирует п. 9-11.

Выходом из процесса является: госпитализация (консультация) пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, в том числе за пределами субъекта.

Показатель процесса:

- Доля лиц, которым была оказана высокотехнологичная медицинская помощь, от числа лиц, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи %

Показатель рассчитывается как соотношение числа лиц, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь к числу лиц, на которых была сформирована заявка на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в системе ВМП. Источником информации является ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

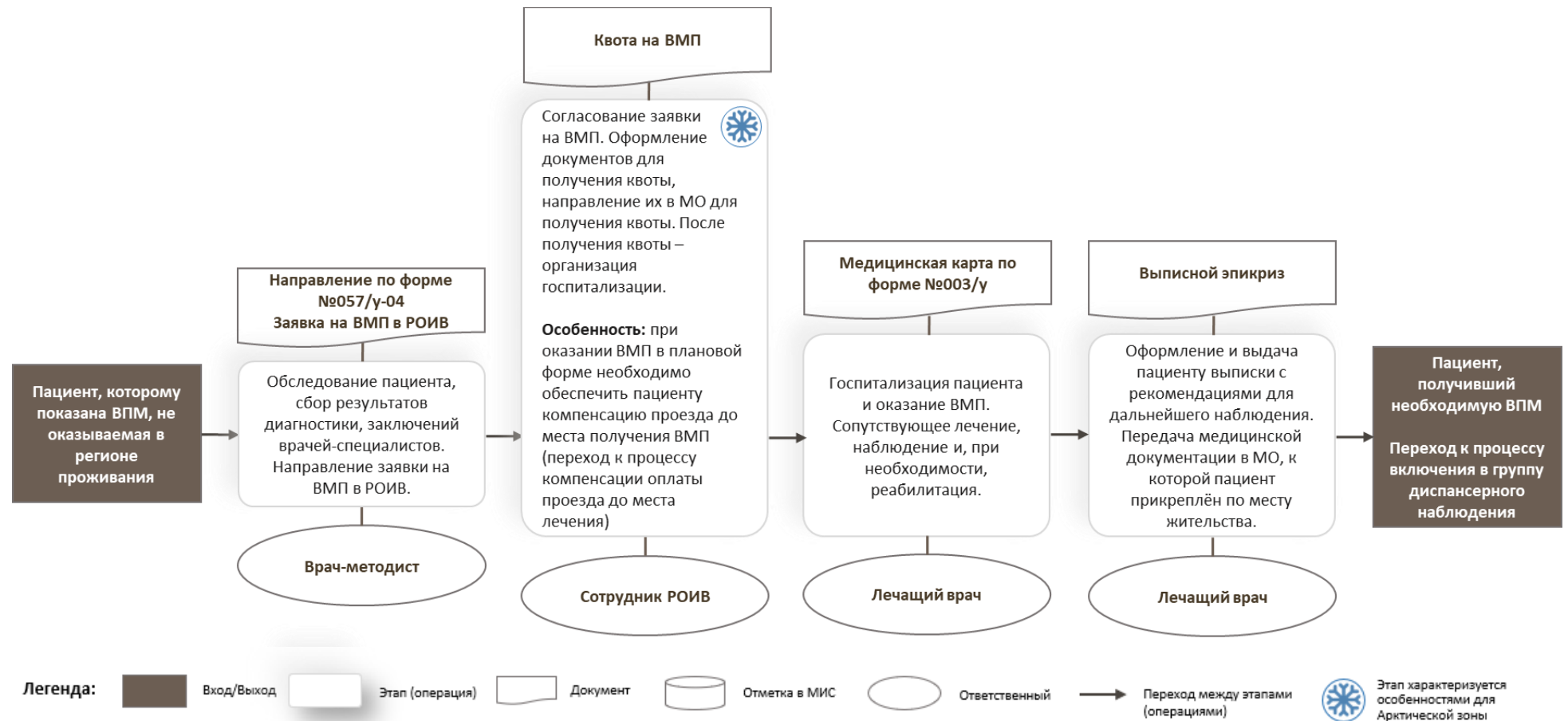


Рисунок 16. Процесс организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) вне региона проживания

Процесс № 14. Лекарственное обеспечение льготной категории граждан (Рисунок 17)

Особенности процесса в АЗРФ:

- Оформление учетных записей на уполномоченных сотрудников для ведения федеральных регистров (сахарный диабет, бронхиальная астма, орфанные заболевания и пр.).
- Доставка лекарственных препаратов в соответствии с предварительной заявкой с помощью передвижных аптечных пунктов, фельдшерами или младшей медицинской сестрой (младшим медицинским братом) при наличии соответствующего регионального нормативного правового акта.
- Использование электронных сервисов для заполнения медицинской документации по месту пребывания пациента, проведения ТМК «Врач-пациент», для получения рекомендаций по лечению и льготному лекарственному обеспечению.
- Возможность использования БПЛА для доставки лекарственных препаратов в населенные пункты с низкой транспортной доступностью.

Владельцем процесса является медицинский работник, на которого возложены обязанности по назначению и выписке лекарственных препаратов.

Участники процесса:

- Пациенты из числа взрослого и детского населения, имеющие право на обеспечение льготными лекарственными препаратами
- Врач терапевт-участковый, врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-специалист, врач по медицинской профилактике, фельдшер (акушер) или акушерка / медицинская сестра)
- Провизоры и фармацевты аптечных организаций
- Члены и председатель врачебной комиссии медицинской организации
- ОИВ.

При реализации процесса используются следующие **ресурсы**:

- ФР ЛЛО
- медицинские организации и их структурные подразделения, а также фармацевтические организации, осуществляющие в том числе реализацию льготных лекарственных препаратов

- средства связи, включая спутниковую связь
- регистры пациентов с сахарным диабетом, орфанными заболеваниями

и пр.

- Информационная система фармацевтических организаций
- ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО)
- оборудование для проведения ТМК
- передвижные подразделения (ФАП (ФП, ФЗ), аптечный пункт)
- санитарный и другой транспорт, в т.ч. повышенной проходимости, включая авиационный

- БПЛА.

Входом в процесс является явка пациента (законного/доверенного представителя) в медицинскую организацию с документом, подтверждающим право на льготное лекарственное обеспечение.

При реализации процесса выделяют следующие **этапы**:

1. Идентификация личности пациента, законного представителя или доверенного лица, заполнение информированного добровольного согласия, регистрация посещения в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО), проверка наличия диспансерного наблюдения по заболеванию или взятие под диспансерное наблюдение, при необходимости.

2. Инструктирование о порядке оформления рецептурных бланков, формах, правилах, сроках их получения, порядке взаимодействия с аптечной сетью.

3. Проведение осмотра пациента. Внесение сведений о осмотре в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО). В случае явки доверенного лица – внесение сведений о состоянии получателя (пациента) со слов доверенного лица и сведений о доверенности.

4. Решение вопроса о необходимости проведения ТМК. Регистрация сведений о ТМК в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

5. Выписка рецепта в соответствии с правилами по утвержденной форме на срок, предусмотренный федеральным законодательством.

6. Выдача льготного лекарственного препарата заявителю в подразделении МО, имеющей лицензию на данный вид фармацевтической деятельности, или фармацевтической организацией, участвующей в реализации льготных лекарственных препаратов.

7. Заключение по результатам осмотра, обследования и ТМК, согласование даты следующей явки в МО с внесением информации в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО).

8. Предоставление сведений ответственному лицу МО для внесения сведений в федеральный регистр и формирования заявки на льготное лекарственное обеспечение конкретного пациента на следующий год.

9. Регистрация в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС МО) информации, полученной от аптеки об обеспечении заявителя препаратом по рецептурному бланку. Функция отправки лекарственных препаратов с применением БПЛА предназначена для доставки лекарственных препаратов в населенные пункты с низкой транспортной доступностью.

Выходом из процесса является: выдача заявителю лекарственного препарата по месту обращения в день обращения.

Показатель процесса:

- Доля отсроченных рецептов, %.

Показатель рассчитывается как отношение числа отсроченных рецептов к общему числу выписанных рецептов, по которым получены лекарственные препараты в день обращения, %.

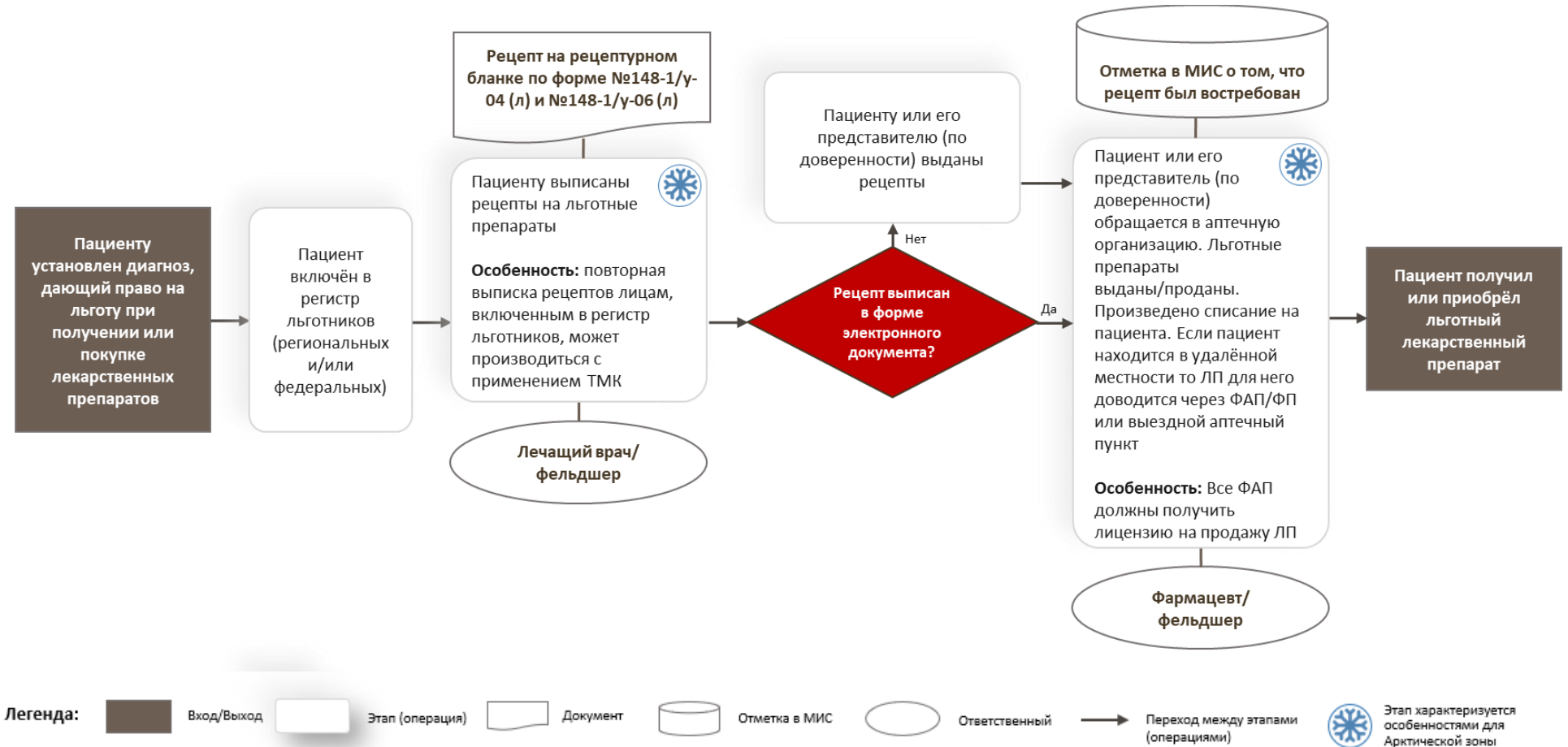


Рисунок 17. Процесс лекарственного обеспечения льготной категории граждан

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ЗАДЕЙСТВОВАННЫХ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Особенностью профессиональной деятельности работников, задействованных в оказании медицинской помощи в условиях АЗРФ, являются географическая обособленность и климатические особенности регионов АЗРФ, а также профессиональная изоляция, требующая дополнительных компетенций.

Поэтому, при разработке образовательных программ для подготовки лиц, оказывающих помощь населению в АЗРФ, рекомендуется предусмотреть дополнительное изучение вопросов, связанных с особенностями оказания помощи в АЗРФ, такие как:

- выполнение процедуры преаналитического этапа исследований, выполнение процедуры аналитического этапа исследований на портативных экспресс-анализаторах, выполнение процедуры постаналитического этапа исследований;
- подготовка пациента к рентгенологическому исследованию, выполнение рентгеновских снимков в оптимальных проекциях (укладках) с учетом возрастных особенностей, передача рентгеновских изображений по информационно-телекоммуникационным каналам для интерпретации результатов;
- подготовка пациента к проведению ультразвукового исследования, установка датчика в исследуемой части тела (органа) для ультразвуковой визуализации, передача данных ультразвуковой визуализации по информационно-телекоммуникационным каналам для интерпретации результатов, запись результатов ультразвукового исследования на цифровые и бумажные носители;

- информационно-коммуникационное взаимодействие: создание и поддержка эффективной системы коммуникаций с учетом хозяйственных и этнокультурных особенностей местных жителей и коренных народов №
- эксплуатация информационно-телекоммуникационных систем, средств связи, беспилотных авиационных систем: использование мобильных медицинских комплексов, использование современных инструментов и методов работы с формами, электронными таблицами, текстовыми документами для ввода информации, умение формировать запросы на проведение консультаций с применением телемедицинских технологий, умение использовать специализированные цифровые платформы и сервисы полетно-информационного обслуживания, умение осуществлять запуск и прием беспилотных летательных аппаратов.

9. Меры по укреплению общественного здоровья

В данном разделе представлен перечень мер, направленных на нивелирование воздействия ключевых факторов риска на здоровье населения АЗРФ и возможных для реализации с учетом действующего законодательства и полномочий региональных органов исполнительной и законодательной власти.

9.2. Организационные меры

9.2.1. Создание межведомственного органа, отвечающего за общественное здоровье (комиссия, рабочая группа и т.д.), включающего представителей различных министерств и ведомств для координации работы по данному направлению.

9.2.2. Утверждение краевой (республиканской, областной, окружной) больницей плана работ по реализации мероприятий, направленных на профилактику неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни, включая повышение охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией, пропаганду здорового образа жизни, повышение охвата профилактическим консультированием с целью

ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска.

9.2.3. Утверждение краевой (республиканской, областной, окружной) больницы плана работ по обучению само и взаимопомощи жителей субъекта Российской Федерации. Особое внимание следует уделить труднодоступным населенным пунктам, где эту деятельность может вести младшая медицинская сестра (медицинский брат) после прохождения соответствующего повышения квалификации и наличия необходимых обучающих материалов.

9.2. Меры по противодействию потребления табака и никотинсодержащей продукции

9.2.1. Дополнительные запреты курения и потребления никотинсодержащей продукции в общественных местах, не охваченных Федеральным законом от 23.02.2013 № 15-ФЗ, включая остановки общественного транспорта, аэропорты, парки, скверы, места проведения массовых мероприятий (полномочие согласно части 6 статьи 12 Федерального закона от 23.02.2013 №15-ФЗ).

9.2.2. Запрет продажи жевательного и нюхательного табака (полномочие согласно пункту 6 статьи 6 Федерального закона от 23.02.2013 №15-ФЗ).

9.2.3. Расширение территориальных ограничений розничной торговли табачной и никотинсодержащей продукцией (например, в части установления дополнительного расстояния от школ, где запрещена продажа) (полномочие согласно пункту 6 статьи 6 Федерального закона от 23.02.2013 №15-ФЗ).

9.2.4. К мерам по расширению охвата медицинской помощью, направленной на лечение табачной (никотиновой) зависимости, на региональном уровне относятся:

- реализация Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, утвержденного приказом Минздрава России

от 26 февраля 2021 г. № 140н (далее - порядок оказания медицинской помощи), включая открытие в медицинских организациях кабинетов по лечению табачной (никотиновой) зависимости;

- оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи по прекращению потребления табака и иной никотинсодержащей продукции в фельдшерских-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах и врачебных амбулаториях;

- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи по прекращению потребления табака и иной никотинсодержащей продукции в кабинетах/центрах/отделениях общей врачебной практики/семейной медицины;

- организация оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по прекращению потребления табака и иной никотинсодержащей продукции курящим пациентам с соответствующей патологией врачами специалистами - кардиологами, пульмонологами, и врачами других специальностей;

- помощь по отказу от табака и иной никотинсодержащей продукции беременным женщинам.

9.2.5. Информирование о вреде потребления табака и иной никотинсодержащей продукции на региональном уровне включает следующие меры:

- социальная антитабачная реклама (ролики, натуралистично показывающие вред для здоровья человека (поврежденные органы и т.д.), признания реальных людей (жертв) о катастрофическом влиянии потребления табака на их жизнь, и сюжеты, раскрывающие деструктивную роль табачной индустрии.

- информирование беременных женщин о вреде потребления табака и другой никотинсодержащей продукции путем размещения информационных материалов в женских консультациях и иных местах

повседневного пребывания женщин, а также оказание медицинской помощи беременным по лечению никотиновой зависимости.

9.2.6. Контроль реализации антитабачного законодательства на региональном уровне включает проведение мероприятий по выявлению правонарушений в части организации незаконных курительных комнат, правил торговли табаком, рекламы, продвижения и спонсорства табачной и иной никотинсодержащей продукции, для чего необходимо тесное взаимодействие с территориальными органами Роспотребнадзора и ФАС России.

9.3. Меры, направленные на сокращение потребления алкогольной продукции

9.3.1. Принятие дополнительных ограничений времени, мест и условий розничной продажи алкогольной продукции (в соответствии с Федеральным законом от 22.11.1995 № 171-ФЗ), в том числе розничной продажи алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания (с учетом положений Федерального закона от 14.02.2024 № 6-ФЗ, предусматривающего возможность введения ограничений времени продажи алкоголя в объектах общественного питания, расположенных в многоквартирных домах, за исключением ресторанов, а также ограничений розничной продажи пива и пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи при оказании услуг общественного питания).

9.3.2. Установление и повышение требований к минимальному размеру уставного капитала для организаций, осуществляющих розничную продажу алкогольной продукции (часть 9 статьи 16 Федерального закона № 171-ФЗ).

9.3.3. Стимулирование муниципальных образований дополнительно увеличивать размеры прилегающих территорий к образовательным и медицинским организациям, объектам спорта, где запрещена розничная продажа алкогольной продукции;

9.3.4. Запрет продажи алкоголя в дни государственных праздников и во время культурно-массовых мероприятий, а также в местах проведения спортивных мероприятий.

9.3.5. Поддержка движения «Трезвых сел», поддержка на региональном уровне соответствующих законодательных инициатив, разработка мер поддержки движения, включающих определения критериев отнесения муниципальных образований к «Трезвым селам».

9.3.6. Установление требований к размещению алкогольной продукции в торговом зале, включая запрет выкладки алкогольной продукции возле касс (установление условий продажи алкоголя относится к полномочиям субъектов Российской Федерации).

9.3.7. Ограничение доступности спиртосодержащих лекарственных и ветеринарных средств (суррогатов алкогольной продукции) путем инициирования добровольного отказа от торговли такими спиртосодержащими жидкостями аптечными организациями (с учетом обеспечения доступности дезинфицирующих средств для населения).

9.3.8. К мерам профилактики и лечения алкогольной зависимости в медицинских организациях на региональном уровне относятся:

- расширение практики кратких вмешательств (анкетирование по вопросам рисков пагубного потребления алкоголя и в случае необходимости - углубленного профилактического консультирования) при оказании других видов медицинской помощи, дополнительно к профилактическим медицинскими осмотрам (например, в травмпунктах, на приеме у гастроэнтеролога, в вытрезвителях);
- информирование с целью профилактики потребления алкоголя женщинами (в том числе беременными) в женских консультациях во время беременности.

9.3.9. Проведение информационных кампаний о пагубном потреблении алкоголя.

9.3.10. Работа по выявлению и пресечению правонарушений в сфере производства, оборота и потребления алкогольной продукции, организация проведения проверок соблюдения правил торговли алкоголем, что требует тесного взаимодействия с органами контроля (надзора).

9.3.11. Борьба с пьянством на дорогах посредством повышения числа проверок трезвости на дорогах, регулярного взаимодействия специалистов наркологической службы и представителей территориального органа Госавтоинспекции в части санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии опьянения, обмена отраслевой информацией.

9.4 Меры по модификации рациона питания и витаминизации

9.4.1. Проведение информационно-просветительских кампаний по популяризации здорового питания.

9.4.2. Реализация организациями на добровольной основе «подсказок», подталкивающих потребителей к выбору более здоровой пищи, например, изменение свойств блюда (маркировка, в том числе графическая маркировка на передней стороне потребительской упаковки для сокращения числа потребляемых калорий, сахара, соли и жиров, уменьшения размера порции), расположение полезной еды доступнее или ближе к потребителю, выкладка блюд с овощами и фруктами на видных местах в магазинах, витринах буфетов, на фуршетах, в меню кафе и ресторанов.

9.4.3. Размещение информации о калорийности блюд в организациях общественного питания в меню и на стендах на добровольной основе.

9.4.4. Размещение информации о высоком содержании соли в блюдах в меню в организациях общественного питания на добровольной основе.

9.4.5. Проведение кампаний по снижению потребления соли, нацеленных на потребителей, организации, осуществляющие услуги общественного питания.

9.4.6. Пропаганда использования соли с пониженным содержанием натрия с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, обеспечение доступности такой соли в розничной сети.

9.4.7. Поддержка развития локального тепличного производства овощей, фруктов, зелени, ягод и т.д., субсидирование импорта богатых клетчаткой продуктов, овощей, фруктов, бахчевых, ягод, орехов, семян.

9.4.8. Разработка специализированных программ обогащения рациона продуктами, содержащими клетчатку, при организации общественного питания, питания в коллективах.

9.4.9. Субсидирование транспортировки полезных дефицитных продуктов питания в отдаленные территории (фрукты, овощи, орехи).

9.4.10 Программы профилактики дефицита витамина Д, в том числе путем приема профилактических доз витамина ДЗ, в том числе детям, людям старшего возраста, беременным и людям с преддиабетом, а также путем использования обогащенных витамином ДЗ продуктов питания для детей.

9.5. Меры по популяризации регулярной физической нагрузки

9.5.1 Организация мероприятий по созданию условий для формирования приверженности здоровому образу жизни, в том числе путем повышения доступности спортивной инфраструктуры на рабочих местах.

9.5.2. Расширение доступной спортивной инфраструктуры, возможность субсидирования такого типа строительства (строительство бассейнов, спортивных сооружений, сети велодорожек и бесплатных велопарковок, парков для прогулок, организация парковых зон и повышение их доступности, безопасности и комфортности, оснащение дворов детскими игровыми площадками и т.д.).

9.5.3. Создание среды, способствующей физической активности, в школах (строительство новых и совершенствование, и оборудование уже имеющихся спортивных залов), на рабочих местах (поощрение активного транспорта (пешком, на велосипедах, механических самокатах), в больницах (помещения и оборудование для занятия спортом, прогулочные зоны).

9.5.4. Развитие сети разнообразных спортивных организаций в помещениях (фитнес клубы, бассейны, секции), их поддержка, субсидирование стоимости их услуг.

9.5.5. Создание и внедрение программ физической активности в образовательных организациях (увеличение физической активности учащихся, в том числе в течение всего дня, во время классных занятий, во время перемен и в различных секциях).

9.5.6. Использование системы поощрения для работников, сдавших нормативы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».

9.5.7. Проведение коммуникационных кампаний посредством СМИ, социальных сетей и на уровне местного сообщества, инициатив социального маркетинга с целью информирования взрослых людей и молодежи о преимуществах физической активности и здорового образа жизни.

9.5.8. Интеграция физической активности в профилактику, лечение заболеваний и реабилитацию после болезни, содействие повышению физической активности пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями путем повышения доступности спортивных сооружений.

9.5.9. Организация недорогого проката инвентаря и оборудования в парках.

9.5.10. Создание условий для бесплатных занятий массовым спортом в жилых кварталах города.

9.5.11. Вовлечение среднего медицинского персонала в командную работу по организации физической активности пациентов.

9.5.12. Размещение мотивационных знаков (подсказок) о физической активности в городском пространстве (наклейки у лифтов, на ступенях), популяризация шагомеров и социальная реклама физической активности в средствах массовой информации.

9.5.13. Расширение программ поддержания физической активности для людей старшего возраста (группы ходьбы), предоставление гражданам

пенсионного возраста бесплатного доступа в физкультурно-спортивные организации (фитнес-центры) в дневное время или на постоянной основе.

9.6. Меры коррекции сезонных изменений ритма сна-бодрствования

9.6.1. Организация ультрафиолетового облучения в периоды полярной ночи.

9.6.2. Смещение времени начала работы на более поздние часы (время начала работы зимой по возможности должно быть не ранее 10 часов утра).

9.6.3. Использование индивидуальных источников яркого света в виде очков. Использование препаратов мелатонина для коррекции синдрома задержки ритма сна-бодрствования, возникающего во время полярной ночи.

9.6.4. Использование очков, блокирующих голубой спектр освещения, с целью уменьшения негативного влияния освещения летом в вечерние часы на циркадианную систему.

9.6.5. Использование блокирующих штор и ставней в летнее время.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методические рекомендации «Оптимальная модель организации медицинской помощи в регионах арктической зоны Российской Федерации (Стандарт Арктической медицины) разработаны во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 01 августа 2024 г. № Пр-1506 и направлены на повышение доступности медицинской помощи и качества жизни проживающего населения.

Арктическая зона Российской Федерации играет большую роль в социально-экономическом развитии страны. Однако, экстремальные природно-климатические условия, низкая плотность населения и уровень развития транспортной и социальной инфраструктуры, широкая распространённость факторов развития хронических неинфекционных заболеваний – становятся ключевым вызовами для системы здравоохранения и требуют оптимизации существующих моделей оказания медицинской помощи.

В настоящих методических рекомендациях представлены готовые организационные решения, направленные на формирование оптимальной сети медицинских организаций в АЗРФ, внедрение цифровых технологий, совершенствование функционирования процессов, связанных со здоровьем жителей с учетом особенностей территорий. Предложены дополнительные компетенции медицинских работников, задействованных в оказании медицинской помощи в условиях АЗРФ, а также меры, направленные на укрепление общественного здоровья и улучшения показателей, характеризующих качество и продолжительность жизни населения АЗРФ.

11. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ГОСТ ISO 9000-2011. Межгосударственный стандарт. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь (введен в действие Приказом Росстандарта от 22.12.2011 № 1574-ст);
2. Маслянский А.Л., Звартау Н.Э., Колесова Е.П., Козленок А.В., Васильева Е.Ю., Мазуров В.И., Шляхто Е.В. Субклиническое поражение сердечно-сосудистой системы у больных ревматологическими заболеваниями //Российский кардиологический журнал. – 2015. – №. 5 (121). – С. 93-100;
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 г. № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;
4. Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»;
5. Постановление Правительства РФ от 30.05.2023 г. № 866 «Об особенностях проведения медицинских осмотров с использованием медицинских изделий, обеспечивающих автоматизированную дистанционную передачу информации о состоянии здоровья работников и дистанционный контроль состояния их здоровья»;
6. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;
7. Приказ Минздрава России от 27.04.2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

8. Приказ Минздрава России от 27.05.2025 г. № 313н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;

9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14.04.2025 г. № 216н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.04.2025 г. № 180н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 г. № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 г. № 195н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»;

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

14. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.04.2025 г. № 208н/243 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;

15. Приказ Министерства здравоохранения РФ Минздрава России от 11.04.2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;

16. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06.11.2020 г. № 1202н «Об утверждении Порядка организации и оказания Всероссийской службой медицины катастроф медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации»;

17. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07.09.2020 г. № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов»;

18. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

19. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. № 1181н «Об утверждении порядка назначения и выписывания медицинских изделий, а также форм рецептурных бланков на медицинские изделия и порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»;

20. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.11.2021 г. № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов»;

21. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.02.2016 г. № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения»;

22. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.01.2021 г. № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры»;

23. Приказ Министерства здравоохранения от 21.01.2022 г. № 19н «Об утверждении Типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице»;

24. Приказ Минтруда России от 31.07.2020 г. № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»;

25. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2018 г. № 911 «Об утверждении требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов российской федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций»;

26. Распоряжение Правительства РФ от 15.04.2021 г. № 996-р «Об утверждении единого плана мероприятий по реализации Основ государственной политики РФ в Арктике на период до 2035 года и Стратегии развития Арктической зоны РФ и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года»;

27. Распоряжение Правительства РФ от 17.04.2024 г. № 959 р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения»;

28. Рогоза, А.Н., Методические рекомендации по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией / А.Н. Рогоза, А.В. Концевая, Л.Ю. Дроздова, М.Д. Смирнова, Т.В. Фофанова, И.Е. Карпова, А.Ю. Горшков, Д.В. Корсунский, Ю.С. Раковская, М.Г. Чашин,

А.В. Пустеленин, Ф.Н. Палеев, С.Ф. Багненко – М: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е. И. Чазова» Минздрава России, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, 2023 – 110 с.

29. Указ Президента РФ от 05.03.2020 г. № 164 «Об Основах государственной политики Российской Федерации в Арктике на период до 2035 года»;

30. Указ Президента РФ от 26.10.2020 г. № 645 «О Стратегии развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года»;

31. Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;

32. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

33. Федеральный закон от 22.11.1995 г. № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции»;

34. Федеральный закон от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»;

35. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

36. Шестакова, М.В. Методические рекомендации по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов с сахарным диабетом / М.В. Шестакова, А.Ю. Майоров, Л.И. Ибрагимова, А.Ю. Алексеев; ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. ак. И.И. Дедова» Минздрава России». – Москва, 2024. – 33 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Чек-лист наблюдения за пациентами младшей медицинской сестрой
(младшим медицинским братом)

 (ФИО сотрудника)

№ п/п	Дата посещения				
1	ФИО пациента				
2	Дата рождения/возраст				
3	Адрес				
4	Жалобы (да/нет)				
	- головная боль				
	- головокружение				
	- шаткость (неустойчивость) походки				
	- тошнота				
	- отрыжка воздухом				
	- одышка, чувство нехватки воздуха				
	- боли в сердце				
	- боли в суставах				
	- кашель				
	- насморк				
	- заложенность носа				
5	Вредные привычки (заполняется при первом посещении):				
	1) Курение:				
	А) не курит				
	В) курит менее 1 пачки в день				
	С) курит 1 пачку и более в день				
	Д) курит несколько сигарет в месяц				
	2) Алкоголь				
	А) не употребляет				
	В) употребляет несколько раз в месяц				
	С) употребляет несколько раз в неделю				
	Д) употребляет ежедневно				

6	Кожные покровы:				
	Цвет: А) розовые В) бледные С) желтоватые D) другое (указать)				
	Влажность: А) умеренно-влажные В) сухие С) другое (указать)				
	Наличие повреждений кожных покровов (да/нет)				
	- гематомы, указать локализацию, размер в см				
	- пролежни, указать локализацию (ягодичная область, поясница, пяточные бугры), размер в см				
7	Физиологические отправления: - мочеиспускание А) свободное, безболезненное, не учащено В) болезненность при мочеиспускании С) учащенное мочеиспускание (8- более 10 раз в сутки)				
	- стул А) ежедневный, 1 раз в сутки В) 1 раз в 2-3 дня С) реже, чем 1 раз в 2-3 дня D) другое (указать)				
8	Температура тела				
9	Рост, см				
10	Вес, кг				
11	Окружность талии, см				
12	Уровень артериального давления, мм рт.ст.				
13	Данные пульсоксиметрии (уровень насыщения кислородом крови), %				
14	Уровень глюкозы крови (проводится по показаниям, при наличии сахарного диабета или при вновь появившихся жалобах на сухость во рту, жажду, частое, обильное мочеиспускание)				
15	Принимает ли пациент назначенные лекарства? (да/нет/частично, указать причину, по которой не принимает лекарственные препараты)				
16	Примечания				

ФИО младшей медицинской сестры
(младшего медицинского брата)

Подпись

Журнал учета работы младшей медицинской сестры (младшего медицинского брата)

_____месяц 20____года

(ФИО младшей медицинской сестры по уходу)

(наименование населенного пункта)

Дата	Проработано часов	Сделано посещений на дому (всего)		Выполнено, человек				Оказана первая помощь, кол-во случаев		Передано сведений фельдшеру ФАП (ФП, ФЗ), кол-во человек
		Всего	в том числе детям (0-17 лет)	процедур, манипуляций	профилактических мероприятий, патронаж	обучение уходу за больными, самоуходу	обучение населения принципам здорового образа жизни	Всего	в том числе детям (0-17 лет)	
1										
2										
3										
.....										
31										
Итого за месяц										

Подпись сотрудника