

Правовое регулирование деятельности фельдшерско-акушерских пунктов

О. А. Еникеев¹, С. А. Еникеева²

¹ Башкирская академия государственной службы и управления при Главе Республики Башкортостан, Российская Федерация, 450008, Уфа, ул. Заки Валиди, 40

² Башкирский государственный университет, Российская Федерация, 450005, Уфа, ул. Достоевского, 131

Для цитирования: Еникеев, Олег А., Светлана А. Еникеева. 2022. «Правовое регулирование деятельности фельдшерско-акушерских пунктов». *Вестник Санкт-Петербургского университета. Право* 4: 947–962. <https://doi.org/10.21638/spbu14.2022.407>

В статье исследуются проблемы нормативного регулирования правового статуса фельдшерско-акушерских пунктов и перспективы совершенствования законодательства с целью повышения доступности медицинской помощи сельскому населению в России. Авторы раскрывают проблему ликвидации фельдшерско-акушерских пунктов как структурных подразделений медицинских учреждений и предлагают разрешать данный вопрос только в зависимости от потребности сельского населения в этом подразделении. В положении о Министерстве здравоохранения РФ указано, что Министерство обязано определять требования к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения, однако эта норма игнорируется. Сегодня отсутствует федеральный стандарт оснащённости фельдшерско-акушерских пунктов. К правовым проблемам работы фельдшерско-акушерских пунктов относятся отсутствие нормативно закреплённых алгоритмов движения пациентов и их лечения в зависимости от заболевания. Кроме того, диагнозы, устанавливаемые фельдшерами, выпадают из статистического учета в Российской Федерации и не передаются на следующий уровень оказания медицинской помощи в цифровом порядке. Отсутствует единая федеральная нормативно закреплённая номенклатура лекарственных средств, подлежащих реализации через фельдшерско-акушерские пункты, что влечёт значимый дисбаланс в лекарственном обеспечении сельского населения в разных субъектах России. Также нормативно не закреплены инфраструктура и финансирование данного лекарственного обеспечения. Подчеркивается опасность распространения положений закона о телемедицине на фельдшерско-акушерские пункты в отсутствие финансового поощрения медицинских работников и в ситуации их перегруженности.

Ключевые слова: фельдшерско-акушерский пункт, медицинская помощь, медицинское право, медицинские технологии, гражданское право.

1. Введение

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), он организуется

для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи населению в сельских населенных пунктах¹.

Оптимизация здравоохранения, начатая в 2000 г., привела к снижению доступности медицинской помощи (Евсеенко, Двоглазова 2018, 37). Только с 2012 по 2014 г. в России, по данным Счетной палаты, Росстата и фонда «Здоровье», были сокращены 950 ФАПов (Борта 2015). По данным отчетов Минздрава РФ, в 2015–2016 гг. общий дефицит медработников в российском здравоохранении вырос до 441,8 тыс. чел., а укомплектованность врачебными кадрами штатных расписаний сельских медучреждений оказалась в 3,5 раза ниже городских (Тутина и др. 2016). Данный дефицит значительно выражен на уровне амбулаторно-поликлинического звена (в частности ФАПов), что обусловлено отсутствием системы распределения выпускников медицинских образовательных учреждений (Иванов 2011, 5). На практике отчеты Минздрава РФ, даже за один год, дают совершенно разное количество ФАПов (Димова 2018). Простым решением данного вопроса может быть введение института обязательного распределения бюджетных выпускников медицинских колледжей и медицинских высших учебных заведений по медицинским учреждениям, испытывающим потребность в медицинском персонале. Объективных ограничений для этого решения нет, но Министерство здравоохранения РФ ссылается на ст. 37 Конституции РФ о свободе труда, забывая о ст. 41 Конституции РФ.

Дефицит медицинских кадров на селе предопределяет низкую доступность врачебной медицинской помощи для сельских жителей, соответственно первичная медицинская помощь является и конечным этапом медицинской помощи (Бавыкин, Кукленко, Ремизова 2011). Примером может служить Республика Бурятия, где сельские лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) укомплектованы медицинскими работниками в 1,6 раза слабее, чем городские учреждения (Кожевников 2004, 24). Вместе с тем врачебный персонал считает, что ФАПы нужно наделять дополнительными полномочиями, в результате чего уровень медицинской помощи на селе только вырастет (Мингалиева, Пенжоян, Хуако 2013).

2. Основное исследование

Согласно ст. 41 Конституции РФ, граждане РФ имеют право на равный доступ к бесплатной медицинской помощи. Наименее защищенным в данном случае оказывается сельское население, у которого доступ к врачам практически отсутствует, а ФАП — единственный способ для таких людей получить хоть какую-то первичную медицинскую помощь среднего медицинского персонала.

По определению, данному Министерством здравоохранения РФ, ФАП — это подразделение медицинского учреждения, которое может создаваться и упраздняться по решению администрации медицинского учреждения². Кроме того, со

¹ Пункт 2 Правил организации деятельности фельдшерско-акушерского пункта (приложение № 15 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»). Здесь и далее все ссылки на российские нормативно-правовые акты и судебную практику приводятся по СПС «КонсультантПлюс». Дата обращения 1 апреля, 2020. <http://www.consultant.ru>.

² Там же.

вступлением в законную силу в 2017 г. ст. 29.1 «Ликвидация медицинских организаций, прекращение деятельности обособленных подразделений медицинских организаций» Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 число ликвидируемых ФАПов возросло. Более того, в положении Министерства здравоохранения РФ о функционировании ФАПов не указан перечень лиц, которых можно привлечь к гражданско-правовой или административной ответственности за недофинансирование или недостаточное формирование сети ФАПов в конкретном субъекте РФ. Соответственно, целесообразно увязать данное право медицинских учреждений о ликвидации их подразделений ФАПов с прямым разрешением министерств здравоохранения субъектов, чтобы главные врачи больниц самовольно не расформировывали нерентабельные подразделения.

Социологическое исследование, проведенное в 2015 г., обнаружило что для более чем 50 % сельских жителей медицинская помощь труднодоступна или практически недоступна (Калининская, Маликова 2015). Президент РФ В.В.Путин в послании Федеральному Собранию в 2018 г. подчеркнул: «В населенных пунктах с численностью от 100 до 2000 чел. в течение 2018–2020 гг. должны быть созданы фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории. А для населенных пунктов, где проживает менее 100 чел., у нас такие тоже есть, организовать мобильные медицинские комплексы, автомобили с повышенной проходимостью, со всем необходимым диагностическим оборудованием»³. В связи с вышеизложенным назревает необходимость разработки нормативно-правового акта Министерства здравоохранения РФ о статусе ФАП, его территориальной достаточности и предметности в работе ФАП.

По данным статистических сборников, представленных на сайте Министерства здравоохранения РФ, в 2005 г. в стране насчитывалось 42 164 ФАПа, в 2010 г. — 37 591, а в 2017 г. — 33 414 (Александрова и др. 2015, 5; Поликарпов и др. 2018, 4–19). Таким образом, за 12 лет количество ФАПов в стране уменьшилось более чем на 26 % при параллельном уменьшении сети стационарных учреждений. Соответственно жителям села не попасть ни в ФАПы ввиду их отсутствия, ни в муниципальные сельские стационарные ЛПУ в силу увеличения их загруженности за последние 15 лет. Так, численность коечного фонда медицинских организаций сельских муниципальных образований уменьшилась с 438 226 в 2005 г., до 373 420 в 2010 г. и до 147 926 в 2017 г., т. е. за последние 12 лет количество коек в сельских муниципальных ЛПУ уменьшилось практически в три (2,96) раза (Александрова и др. 2015, 5; Поликарпов и др. 2018, 4–19), а до городов в условиях ограниченности финансов и больших расстояний многие сельчане и вовсе не добираются. Согласно Правилам организации деятельности фельдшерско-акушерского пункта, рекомендуемая численность обслуживаемого ФАПом населения — от 300 до 700 чел., включая детское население (п. 3). Соответственно количество ФАПов, необходимых каждому субъекту РФ, и их территориальное расположение могут быть легко определены Министерством здравоохранения РФ с учетом данных последней переписи населения и кадастрового учета земли и расположения граждан по территориям субъектов. К сожалению, Минздрав РФ не спускает плановых количественных показателей на уровень каждого субъекта и не указывает сроки контроля за исполне-

³ *Послание Президента РФ В.В.Путина Федеральному Собранию РФ от 01.03.2018. Дата обращения 10 апреля, 2020. <http://www.kremlin.ru/events/president/news/page/70>.*

нием своего приказа с 2012 г. Соответственно, каждый субъект РФ планомерно все последние 25 лет снижал объем сельского здравоохранения на своей территории. При этом ни к одному из глав субъектов РФ, ни к одному из министров здравоохранения субъектов РФ не были применены федеральные санкции за прямое игнорирование приказов Минздрава РФ. Еще в 2014 г. Счетная палата РФ отмечала: «До настоящего времени Минздрав России не выполнил в соответствии с п. 5.2.8 Положения о Министерстве здравоохранения РФ, утв. Постановлением Правительства РФ от 19.06.2012 № 608, полномочия по установлению требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения, что резко ограничивает возможности субъектов РФ по планированию численности и состава медицинских организаций, в первую очередь в сельской местности»⁴. До настоящего времени ни одного из министров здравоохранения РФ или субъектов РФ не сняли и не привлекли ни к административной, ни к дисциплинарной ответственности за полное игнорирование полномочий и функций данных министерств.

Полагаем, что недостаточное количество данных подразделений государственных бюджетных учреждений здравоохранения (ГБУЗ) обусловлено отсутствием лиц органов исполнительной власти субъектов РФ, ответственных за формирование сети ФАПов и четкие сроки окончания формирования данной сети. Выходом из сложившейся ситуации могут и должны стать разработка и принятие постановления Правительства РФ, в котором указывались бы сроки окончания строительства ФАПов на территории субъектов РФ и санкции к данным субъектам за невыполнение плана в размере 5% снижения федеральных дотаций и субвенций за каждый год невыполнения в соответствующем субъекте РФ. В отношении сотрудников Министерства здравоохранения РФ следует провести прокурорскую проверку по поводу неисполнения п. 5.2.8 Положения о Министерстве здравоохранения РФ о «требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения». Как подчеркивают современные организаторы здравоохранения, с 2000 по 2014 г. число посещений ФАПов в муниципальных районах Республики Татарстан с численностью населения менее 25 тыс. чел. снизилось на 43,7% из-за снижения количества ФАПов (Гильманов 2016, 32).

Кроме того, сегодня отсутствует единый федеральный стандарт оснащения ФАП, что влечет неравномерность в оказании медицинской помощи даже на таком уровне. «В ресурсном обеспечении неотложной медицинской помощи сельским жителям наиболее проблемными сферами являются... обеспеченность фельдшерско-акушерских пунктов санитарным автотранспортом и медицинским оборудованием» (Иванинский, Шарапов, Садовой 2013, 43). Например, еще в марте 2018 г. был ликвидирован стандарт оснащенности ФАП (Приложение № 17 к Положению

⁴ Представление Счетной палаты РФ от 06.08.2014 № ПР 02-230/12-03 «О результатах контрольного мероприятия “Аудит формирования и финансового обеспечения в 2013–2014 годах и реализации в 2013 г. программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и базовой программы обязательного медицинского страхования (с учетом результатов проведенных мероприятий по п. 2.2.3.2 Плана работы Счетной палаты РФ на 2014 г.)”».

об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, которое реализовано далеко не везде), а новый так и не был принят⁵. Выходом из сложившейся ситуации могут стать разработка и принятие нового стандарта оснащенности ФАПов; ежегодную проверку выполнения данного приказа следует поручить прокуратуре и Росздравнадзору на паритетных началах.

Также существует проблема преемственности в оказании медицинской помощи от фельдшера к врачу общей врачебной практики или от фельдшера к многопрофильному стационару. Отсутствуют алгоритмы действий фельдшеров, предписывающих действия в тех или иных клинических ситуациях. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н «отдельные функции лечащих врачей могут возлагаться на акушерок и фельдшеров только по письменному распоряжению руководителя медицинского учреждения»⁶. Объем знаний врача и фельдшера не сопоставим (3 года и 10 месяцев обучения у фельдшера против 6–11 лет у врача). Соответственно без четких навыков фельдшера при острой и острейшей патологии пациенты могут умереть. Поэтому необходимо в первую очередь разработать синдромальные клинические рекомендации для фельдшеров, предписывающих порядок их действий в наиболее часто встречающихся патологиях (например, клинические рекомендации при жалобах «боль в животе», «удушье», «боль в груди», «травма пальцев», «травма конечностей», «потеря сознания» и т.д.). Полагаем, что внедрение таких стандартов на уровне нормативных актов Министерства здравоохранения РФ и проверка их усвоения фельдшерами могли бы существенно снизить летальность сельского населения от предотвратимых причин. Наше предложение обусловлено тем, что существующие стандарты оказания медицинской помощи (клинические рекомендации) по отдельным заболеваниям рассчитаны на врачей и врачей-специалистов, но никак не на фельдшеров, ведь многие из назначений или лекарств, указанных в стандартах, невозможно провести на уровне ФАПа, а о большей части лекарств и способов лечения, указанных в стандарте, фельдшер не имеет никакого представления. Также следует включить в действующие стандарты подразделы, которыми можно руководствоваться на уровне ФАПов, по крайней мере в отношении экстренной патологии (инфаркт миокарда, гипертонический криз, инсульт, пневмония и т.д.) либо же в отношении всех наиболее часто встречающихся диагнозов, которых не так много. Внедрение единых стандартов ведения больных по наиболее часто встречающимся заболеваниям могло бы значительно уменьшить проведение дублирующих анализов и назначение несвоевременной или неэффективной терапии.

Как мы уже отметили выше, отсутствуют нормативно установленные алгоритмы движения пациентов от фельдшера ФАПа к врачу общей практики и в районную больницу. Также отсутствует последовательность в терапии одних

⁵ Приказ Минздрава России от 30.03.2018 № 139н «О внесении изменений в положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н».

⁶ Приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

и тех же заболеваний на уровне фельдшера и выше, т. е. принятие решения о лечении пациента на уровне ФАП или его направление остаются на усмотрение фельдшера, зависят от его опыта и никак не формализованы, а значит, лечение больного в отсутствие врача отдано на волю случая. Полагаем, решением проблемы могло бы стать создание единых клинических рекомендаций как для врачей, так и для фельдшеров по наиболее распространенным патологиям (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и т. д.). Более того, необходимо грамотно прописать для фельдшера четкие клинические симптомы в самочувствии пациента, анамнестические данные и данные объективного обследования, при наличии которых пациента следует отправлять в районную больницу (если их пропустить, то пациент может с большой вероятностью умереть). По мнению ряда авторов, преемственность в оказании медицинской помощи позволит относительно быстро снизить количество профессиональных заболеваний и таких жизнеугрожающих заболеваний, как инсульт и инфаркт миокарда (Хабриев, Линденбратен, Комаров 2014; Измеров 2008; Иванова 2013; Фейгин 1991, 74).

В продолжение темы преемственности между врачами общей практики центральных районных больниц (ЦРБ) и фельдшерами ФАПов отметим, что отсутствует единая система документооборота медицинской информации, которая уже есть у врачей, хотя бы на уровне субъектов РФ⁷. Многие ФАП по-прежнему не подключены к интернету. «В 2019 г. по сервисной модели будут подключены 5 тыс. фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. На эти цели федеральный бюджет потратит 4,17 млрд руб. В 2020 г. на этот проект будет потрачено 3,7 млрд руб., в 2021 г. — еще 5,92 млрд руб. То есть всего на подключение к интернету фельдшерских пунктов будет потрачено 13,77 млрд руб.» (Королев 2019). Внедрение данной системы или локализация ее на уровне фельдшеров, пусть и с ограниченным перечнем прав, позволили бы грамотно вести электронную карту больного, врач имел бы надежный канал обратной связи с фельдшером и вверенным ему населением, так как далеко не всех пациентов на селе врач общей практики может увидеть лично. Анализ медицинской документации врачом по интернету позволит ему: 1) выделить группы риска больных, определенной патологией; 2) откорректировать терапию больного, прописанную фельдшером; 3) определить необходимость углубленного обследования и лечения больного в ЦРБ. Все это можно было бы реализовать, не прибегая к положениям закона о телемедицине⁸, поэтому мы полагаем целесообразным внести поправку в Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения», указав в нем перечень медицинских работников, наделенных правом внесения данных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, а также объем данных, открытых для внесения названной категорией медицинских работников.

К базовым проблемам оказания медицинской помощи в ФАПах на государственном уровне следует отнести то, что «выявленная средними медицинскими ра-

⁷ Статья 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁸ Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

ботниками заболеваемость не учитывается при статистическом анализе состояния общественного здоровья... Статистические данные средних медицинских работников, ведущих самостоятельные приемы на врачебных должностях во врачебных медицинских учреждениях, также не учитываются при анализе заболеваемости сельского населения» (Ягудин и др. 2012, 184). Иначе говоря, государство не может полностью учесть заболеваемость сельского населения на уровне ФАПов и при оказании медицинской помощи средним медицинским персоналом, т. е. население России с самой запущенной патологией, получающее помощь только среднего медперсонала, и в будущем не сможет получить высококачественную медицинскую помощь, так как осмотр данных больных и их заболеваемость не зафиксированы для органов статистического учета государства. Как следствие, Министерство здравоохранения РФ не может планировать потребность в кадрах и лекарственном обеспечении сельского населения. Полагаем, что необходимо включить данные осмотра фельдшерами в показатели, подлежащие статистическому учету Министерством здравоохранения РФ, для получения адекватной обратной связи между потребностями сельского населения и возможностями Министерства здравоохранения РФ в обеспечении системы здравоохранения врачами и фельдшерами.

Фельдшер, работающий в ФАПе, — это медицинский работник, выполняющий свои функции в условиях жесткого ограничения информации (отсутствие возможности сделать анализы, наличие только клинической картины заболевания и де-факто данных физикального обследования больного) и времени на осмотр пациента. Так, в настоящее время норматив приема пациентов фельдшером, работающим на одну ставку, за смену действующим законодательством не определен. В связи с этим резко возрастает вероятность ошибки при принятии медико-диагностического решения, тем более в отсутствие высшего медицинского образования. По данным Т. В. Рыжониной, 44,8 % фельдшеров ФАП Пензенской области испытывают дефицит знаний (Рыжонина 2009, 27). Потому целесообразно повсеместно на уровне ФАПов внедрять системы, помогающие фельдшеру принимать решения (нейронные сети, способные определять наиболее частые диагнозы и знающие их критерии). Внедрение указанных систем уже ведется в России (Морозов и др. 2018; Нора, Смирнова, Архипов 2018), но, к сожалению, лишь как система помощи врачам (Гусев 2018), которые отучились 6–11 лет, а не фельдшерам, срок обучения и объем знаний которых гораздо меньше.

Разработка таких систем — пройденный этап для компаний, анализирующих большие данные (big data) («Яндекс», Mail.ru и т. д.). Соответственно разработка в соответствии с Федеральным законом о контрактной системе⁹ государственного контракта по созданию систем поддержки принятия решений фельдшера позволит в короткие сроки (до года) разработать данные решения и внедрить их сначала в одном федеральном округе, а потом по всей стране. Эти системы должны быть проще, чем их аналоги, созданные для врачей, тем более что последних уже более 30. Безусловно, эти системы окажутся неэффективны, если будет отсутствовать обратная связь между единой медицинской информационно-аналитической системой и системой поддержки фельдшерских решений для верификации диагнозов и дальнейшего самообучения систем. Кроме того, широкополосный доступ к ин-

⁹ Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

тернету возможен в подавляющем большинстве муниципальных образований уже сейчас, а заключение государственного контракта — вопрос лишь политической воли, его можно разрешить если не на федеральном уровне, то на уровне субъектов-доноров. Вместе с тем при внедрении таких систем не стоит забывать о сохранности режима медицинской тайны (Шибяев 2015) в отношении информации, размещенной в них.

С 2012 г. к функциям ФАПов отнесена продажа лекарственных средств (ЛС). Однако в различных субъектах РФ объем перечня ЛС, которые реализуются через ФАПы, отличается в два-четыре раза. Так, граждане РФ, проживающие на территории Красноярского края, могут приобрести в ФАПах средства, общее количество названий которых столбиком умещается на четырех страницах¹⁰, а шприцы, перевязочные материалы и другие лекарства для обработки острых ран и травм вообще не представлены в списке, тогда как в Ивановской области этот список в три-четыре раза больше¹¹. Не факт, что все препараты, указанные в списке, имеются во всех ФАПах соответствующих субъектов РФ, но по крайней мере существует возможность их заказать через фельдшера или получить его назначение. «Установлено, что существенная часть ЛС, применяемых на этапе скорой медицинской помощи и в стационаре, зачастую либо отсутствовали в ФАП, либо имелись, но не применялись при имеющихся показаниях... Около 23% лекарственных препаратов не применяется в необходимых объемах на этапах первичной фармацевтической помощи в ФАПах... Формирование ассортимента лекарственных препаратов [в медицинских организациях] необходимо проводить с учетом максимальной преемственности оказания догоспитальной экстренной помощи стационарному лечению больного» (Бочкарев, Кабакова 2014). Соответственно граждане РФ, которые и так лишены базового минимума медицинской помощи, не могут приобрести ЛС в условиях транспортной доступности (в муниципальном образовании). Предлагаем принять единый список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), обязательно доступных к продаже через ФАПы на всей территории РФ, в связи с чем Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении перечня ЖНВЛП, подлежащих реализации через фельдшерско-акушерские пункты» необходимо пересматривать раз в два года, так как весь спектр ЖНВЛП на уровне ФАПов не всегда востребован, а это потерянные бюджетные деньги. Кроме того, следует определить порядок продажи отдельных лекарственных средств в условиях ФАПов (химиотерапевтические препараты (Гордиенко и др. 2014), биопрепараты, препараты крови, наркотические анальгетики и т. п.) в связи с необходимостью их постоянного приема, сложностью транспортировки при соблюдении температурного режима и необходи-

¹⁰ Постановление Правительства Красноярского края от 28.12.2010 «Об утверждении Перечня лекарственных препаратов, продажа которых может осуществляться медицинскими организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики, расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации». Дата обращения 1 апреля, 2020. <http://www.zakon.krskstate.ru/docs/0/doc/4712>.

¹¹ Приказ департамента здравоохранения Ивановской области от 14.07.2010 № 182 «Об утверждении перечня лекарственных препаратов, реализуемых в амбулаториях, фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, центрах общей врачебной практики, расположенных в сельских поселениях». Дата обращения 1 апреля, 2020. <http://docs.cntd.ru/document/906402188>.

мостью как минимум ежемесячного посещения врача для их получения, что в отдельных субъектах РФ возможно не во все времена года. Особенно остро стоит проблема уровня заработной платы на селе и, как следствие, возможности покупки ЛС населением. Так, до 40 % населения жителей села выполняли лекарственные назначения врача и фельдшера частично или полностью не выполняли ввиду отсутствия денежных средств (Калининская, Дзугаев, Воробьев 2011). Соответственно, нужно софинансировать лекарственное обеспечение на селе граждан, чей доход ниже прожиточного минимума работающего населения, исходя из разницы между их ежемесячным доходом и прожиточным минимумом для работающего населения в данном субъекте РФ. В противном случае приобрести лекарства сельчане просто не смогут, что приведет к росту социальной напряженности. Как отмечает Министерство здравоохранения Ставропольского края, «для снятия социального напряжения в отношении лекарственного обеспечения в сельских поселениях необходимо наделение имеющихся фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов правом на фармацевтическую деятельность» (Дроздецкая, Гаврилина, Гацан 2014, 376). «Во всем мире сельское хозяйство в известной мере дотируется государством. Этот принцип может быть сохранен и для здравоохранения села. Необходимо регламентировать суммы подушевого финансирования жителей города и села и сделать их дифференцированными в зависимости от наличия экологического неблагополучия, эндемичности массовых профессиональных вредностей, на которые требуются дополнительные затраты. Повышающий коэффициент должен устанавливаться также с учетом сложности медицинского обслуживания сельского населения в малодоступных населенных пунктах» (Калининская, Маликова 2015).

Одной из главных проблем лекарственного обеспечения сельчан через ФАПы является то, что «ФАПы, готовые к процедуре лицензирования, должны иметь соответствующие (специально оборудованные) помещения для хранения фармацевтической продукции. Лицензии на право заниматься фармацевтической деятельностью специально оговаривают эти требования к ФАПам: наличие помещений и оборудования, обеспечивающих правильное хранение лекарств. Это минимум три-четыре комнаты, включающие в себя отдельное помещение с холодильником, полками и закрывающимися шкапами, стены которого позволяют проводить влажную обработку, наличие термометра и гигрометра (психрометра), витрины для выкладки товара и уголок покупателя. При этом затраты на создание требуемых условий хранения фармацевтических препаратов в ФАПах заранее никто не просчитывал... В настоящее время фельдшер ФАПа получает 5 % надбавки от прибыли за выполнение всех обязанностей по продаже лекарственных средств. У многих ФАПов, особенно в труднодоступных местах, прибыли от продажи лекарств менее 3 тыс. руб. в месяц. Получается, что фельдшеры ФАПов материально не заинтересованы в дополнительном функционале, не имеют автомобильного транспорта, возят часто лекарства из ЦРБ на попутке» (Тарасенко 2012, 52, 55). Для перевозки лекарств нужен специализированный транспорт с фиксированным графиком поездок и возможностью досрочной поставки, чего на сегодняшний день в ЦРБ и ФАПах наблюдается далеко не везде. Более того, для хранения и продажи лекарств требуется наличие как минимум трех дополнительных комнат при ФАПах, без которых хранение и продажа лекарств по закону невозможны, а ресурсы на пристройку этих комнат к ФАПам никто не выделяет. По существующим правилам за снабжение лекарствами ФАПов отвечает глав-

ный врач ЦРБ¹², но часто у него нет специального транспорта для доставки лекарств. Далеко не все ЦРБ обеспечены автомобилями скорой помощи. Соответственно нужно на нормативном уровне закрепить обязанность больниц по обеспечению ФАПов лекарственными средствами (предусмотреть ситуации отсутствия автотранспорта в таких больницах), определить кратность обновления ассортимента в ФАПах и увеличить стимулирующие надбавки фельдшерам за отпуск лекарственных средств подконтрольному населению.

В 2018 г. министр здравоохранения РФ В.Скворцова подписала Указ Министерства здравоохранения РФ от 24.04.2018 № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». Все три П (предиктивность, превентивность, персонализированность медицинской помощи) данной концепции, упомянутые в названии указа, реализуемы на уровне ФАПов только путем формирования единой базы данных российских пациентов, включающей их диагнозы, анализы, анамнез, данные осмотров врачей, т.е. все медицинские данные. Следует подключить эту базу к системе поддержки принятия решений врачами, которая в автоматическом режиме будет ранжировать пациентов по группам риска определенных патологий и, соответственно, напоминать фельдшерам и их пациентам о необходимости осмотра, проведения своевременных анализов или медицинских вмешательств. Более того, эта база данных может стать ключом к созданию систем поддержки постановки диагнозов, прогнозирования заболевания (так как в нее можно включать заключения о смерти и об исходе лечения определенными лекарствами). Иными словами, возможно создание механизма непрерывного совершенствования систем поддержки постановки диагнозов, систем выявления рисков заболевания и, наконец, определения наиболее эффективных лекарственных препаратов для некоторых групп пациентов. Вопрос, как всегда, упирается в наличие политической воли и юридическое оформление данной воли.

Имеется и четвертое П, напрямую не названное в указе Минздрава РФ, но фигурирующее в обращениях министра здравоохранения, — партисипативность, или вовлеченности пациентов в лечение. Полагаем, что под ней Минздрав РФ понимает телемедицинские услуги, реализуемые населению. По нашему мнению, телемедицинские услуги на уровне ФАПов допустимы только в исключительных случаях и в строго ограниченном объеме за особую повышенную оплату. Фельдшеры в ФАПах загружены так же, как и участковые терапевты, поэтому внедрение телемедицинских услуг на уровне самых загруженных медицинских работников приведет к тому же, к чему это привело, например, в Лондоне. Так, 40 % семейных врачей в Лондоне планируют уволиться в течение следующих пяти лет из-за высокой рабочей нагрузки и профессионального выгорания, а видео- и электронные консультации они отнесли к одним из основных причин перегруженности врачей (Owen et al. 2019). Соответственно, внедрение партисипативности (вовлеченности) пациентов на уровне ФАПов может привести к окончательному вымыванию медицинских кадров с низового звена здравоохранения. Как справедливо отмечает М. С. Журавлев, «телемедицинские сервисы не должны навязываться, они должны позиционироваться как альтернативные или дополнительные средства обеспечения права на ох-

¹² Пункт 2 Приложения № 15 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

рану здоровья» (Журавлев 2016, 239). Полагаем, что принцип партисипативности должен быть исключен из концепции развития здравоохранения, по крайней мере на уровне ФАПов и первичного звена здравоохранения, так как он направлен против существующей системы здравоохранения и стратегически не просчитан.

Автономные медицинские учреждения работают на основе государственных и муниципальных заданий, оплачиваемых за счет субсидий из бюджетов бюджетной системы РФ и иных не запрещенных федеральными законами источников, что, по нашему мнению, изначально подрывает равенство прав граждан РФ в получении одинакового объема бесплатной медицинской помощи, гарантированного Конституцией РФ. Вместе с тем в ряде субъектов РФ государственные учреждения здравоохранения существуют лишь в виде автономных учреждений (Республика Татарстан)¹³, что, как упоминалось выше, ограничивает граждан России в равенстве прав на получение медицинской помощи. Так, абз. 1 п. 1 ст. 78.1 Бюджетного кодекса РФ от 31.07.1998 № 145-ФЗ гласит: «В бюджетах бюджетной системы РФ предусматриваются субсидии бюджетным и автономным учреждениям на финансовое обеспечение выполнения ими государственного (муниципального) задания, в том числе в рамках исполнения государственного (муниципального) социального заказа на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере, рассчитанные с учетом нормативных затрат на оказание ими государственных (муниципальных) услуг физическим и/или юридическим лицам и нормативных затрат на содержание государственного (муниципального) имущества». Поскольку бюджеты большинства субъектов РФ дефицитны, оказание медицинской помощи в автономных медицинских учреждениях может быть ограничено лишь программой обязательного медицинского страхования, которой едва достаточно для оплаты труда медицинских работников и частично лекарственных средств. Полагаем целесообразным внести в Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан положение о том, что учреждения здравоохранения могут существовать только в форме бюджетных учреждений, а из Федерального закона от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» исключить здравоохранение как вид деятельности, которыми могут заниматься автономные учреждения (Еникеев 2018, 25–29).

К проблемам функционирования ФАПов и проблемам юридического сопровождения их деятельности можно отнести и банальное отсутствие кадров ввиду отсутствия у фельдшеров мотивации ехать в глушь за копеечную зарплату. Позитивный пример решения данной проблемы — программа «Сельский фельдшер» в Алтайском крае (Богатырева, Долгова 2016). К сожалению, не все субъекты могут себе позволить такие программы, а потому целесообразно ввести их на федеральном уровне, чтобы стимулировать привлечение фельдшеров в ФАПы.

3. Выводы

Фельдшерско-акушерский пункт — подразделение медицинских учреждений, наиболее приближенное к сельскому населению малых и отдаленных населенных пунктов. Вместе с тем администрация медицинских учреждений на основании за-

¹³ Реестр медицинских организаций Республики Татарстан, по данным Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан». Дата обращения 1 апреля, 2020. https://www.fomsrt.ru/background_information/reestr_mo.

кона сегодня может самовольно ликвидировать данные подразделения, невзирая на потребности населения, что, на наш взгляд, недопустимо. Статус фельдшерско-акушерских пунктов и стандарты их обеспеченности недостаточно закреплены в федеральном законодательстве. Фельдшерско-акушерские пункты отключены от системы статистического учета заболеваний в Российской Федерации, что влечет невидимость подведомственных пациентов для Министерства здравоохранения РФ. Цифровизация работы фельдшерско-акушерских пунктов может повлечь паралич работы данных учреждений. Для их эффективной работы необходима разработка для фельдшеров клинических рекомендаций, касающихся лечения и движения пациентов в зависимости от заболевания.

Библиография

- Александрова, Галина А., Александр В.Поликарпов, Никита А.Голубев, Надежда Я.Несветайло, Елена В.Огрызко, Наталья А.Кадулина, Ирина М.Беляева, Лариса Н.Авдеева, Татьяна А.Семенова. 2015. *Сельское здравоохранение России в 2014 году (статистические материалы)*. М.: Министерство здравоохранения РФ.
- Бавыкин, Марат В., Виктор Г.Кукленко, Светлана П.Ремизова. 2011. «Опыт взаимодействия бюджетного учреждения здравоохранения Челябинская областная клиническая больница с сельским муниципальным здравоохранением Челябинской области». *Вестник Челябинской областной клинической больницы* 3: 5–7.
- Богатырева, Марина Д., Ирина В.Долгова 2016. «Реализация программ “Земский доктор” и “Сельский фельдшер” в алтайском крае как одно из ключевых направлений по повышению доступности первично медико-санитарной помощи сельскому населению». *Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации* 2: 34–39.
- Борта, Юлия. 2015. «Черная дыра медицины». *Аргументы и факты* 31: 13.
- Бочкарев, Борис Г., Таисия И.Кабакова. 2014. «Анализ использования лекарственных препаратов на различных этапах оказания медицинской помощи». *Современные проблемы науки и образования* 2: 620.
- Гильманов, Анас А. 2016. «Причины и факторы, определяющие необходимость изменений в сельском здравоохранении». *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко* 3: 29–39.
- Гордиенко, Виктор П., Ольга В.Сапегина, Татьяна Н.Коробкова, Евгения М.Ролько. 2014. «Состояние медицинской помощи онкологическим больным на территории Амурской области». *Дальневосточный медицинский журнал* 1: 56–60.
- Гусев, Александр. 2018. «Обзор Российских систем поддержки принятия врачебных решений». *WebioMed*. Дата обращения 10 апреля, 2020. <https://www.kmis.ru/blog/obzor-rossiiskikh-sistem-podderzhki-priniatiia-vrachebnykh-reshenii/>.
- Димова, Юлия. 2018. «Дооптимизировались: в России за 20 лет уничтожили систему первичной медицинской помощи». *Новый день*. Дата обращения 10 апреля, 2020. <https://newdaynews.ru/chel/629715.html>.
- Дроздецкая, Ольга А., Наталья И.Гаврилина, Владимир В.Гацан. 2014. «Обеспечение доступности лекарственной помощи населению удаленных территорий». *Современные проблемы науки и образования* 1: 376.
- Евсеев, Владимир И., Дарья В.Двоеглазова. 2018. «Здравоохранение Синегорского края в прошлом и настоящем». *Медицинское образование сегодня* 1: 35–50.
- Еникеев, Олег А. 2018. «К вопросу об организационно-правовой форме фельдшерско-акушерских пунктов». *Сборник II Всероссийской научно-практической конференции*, 25–29. Уфа: Издательский центр Башкирской академии государственной службы и управления.
- Журавлев, Михаил С. 2016. «Электронное здравоохранение: становление и развитие». *Право. Журнал Высшей школы экономики* 2: 235–241.

- Иванинский, Олег И., Игорь В. Шаратов, Михаил А. Садовой. 2013. «Экспертная оценка проблем неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи в сельских районах». *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 5: 43–47.
- Иванов, Михаил В. 2011. «Научное обоснование совершенствования первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне». Дис. ... д-ра мед. наук, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья Российской академии медицинских наук.
- Иванова, Галина Е. 2013. «Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития». *Вестник восстановительной медицины* 5: 3–8.
- Измеров, Николай Ф. 2008. «Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008–2017 гг.: пути и перспективы реализации». *Медицина труда и промышленная экология* 6: 1–9.
- Калининская, Алефтина А., Алан К. Дзугаев, Владимир М. Воробьев. 2011. «Оценка медико-демографической ситуации, медико-социальных факторов и организации медицинской помощи сельскому населению (по результатам социологического опроса)». *Социальные аспекты здоровья населения* 6: 5.
- Калининская, Алефтина А., Лайла М. Маликова. 2015. «Проблемы и пути реформирования здравоохранения села». *Социальные аспекты здоровья населения* 4: 3.
- Кожеников, Валерий В. 2004. «Современные проблемы оптимизации медицинской помощи сельскому населению Республики Бурятия (социально-гигиеническое исследование)». Дис. ... канд. мед. наук, Центральный научно-исследовательский организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ.
- Королев, Игорь. 2019. «Подключение фельдшерских пунктов к интернету обойдется в 14 миллиардов». *CNews*. Дата обращения 10 апреля, 2020. http://www.cnews.ru/news/top/2019-03-18_podklyuchenie_feldsherskih_punktov_k_internetu.
- Мингалиева, Наталия В., Григорий А. Пенжоян, Гоцмаф А. Хуако. 2013. «Мнение врачей акушер-гинекологов об оказании амбулаторной акушерско-гинекологической помощи на селе». *Вестник Муниципального учреждения здравоохранения Городская больница № 2* 4: 39–50.
- Морозов, Сергей П., Антон В. Владзимирский, Наталья В. Ледихова, Ирина А. Соколина, Николай С. Кульберг, Виктор А. Гомболевский. 2018. «Оценка диагностической точности системы скрининга туберкулеза легких на основе искусственного интеллекта». *Туберкулез и болезни легких* 8: 42–49.
- Нора, Сергей А., Ирина В. Смирнова, Георгий С. Архипов. 2018. «Автоматизированный подход к диагностике аллергических заболеваний с использованием систем поддержки принятия решений». *Сборник научных статей по материалам научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию Института медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого*, 226–229. Великий Новгород, Издательство Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого.
- Поликарпов, Александр В., Галина А. Александрова, Никита А. Голубев, Надежда Я. Несветайло, Елена В. Огрызко, Екатерина А. Шелепова. 2018. *Сельское здравоохранение России в 2017 г. (статистические материалы)*. М.: Министерство здравоохранения РФ.
- Рыжонина, Татьяна В. 2009. «Оптимизация деятельности фельдшерско-акушерских пунктов как фактор улучшения качества оказания медицинской помощи сельским жителям (на примере Пензенской области)». Дис. ... канд. мед. наук, Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И. И. Мечникова.
- Тарасенко, Елена А. 2012. «Обеспечение равнодоступности лекарственной помощи населению сельских районов: проблемы и вызовы». *Управление здравоохранением* 2–3: 49–57.
- Тутина, Юлия, Лидия Юдина, Рада Боженко, Ольга Мамот, Ксения Кошкина, Вера Мартынова, Наталья Молчанова, Ольга Морозова, Татьяна Остапова, Дарья Парфенова, Евгения Сидельникова, Евгения Чернова. 2016. «В чьих руках наши жизни?» *Аргументы и факты* 40: 8–9.
- Фейгин, Валерий Л. 1991. «Эпидемиология и профилактика цереброваскулярных заболеваний в условиях Сибири». Дис. ... д-ра мед. наук, Научно-исследовательский институт неврологии Академии медицинских наук СССР.

- Хабриев, Рамил У., Александр Л. Линденбратен, Юрий М. Комаров. 2014. «Стратегия охраны здоровья как основа социальной политики государства». *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 3: 3–5.
- Шибяев, Дмитрий В. 2015. «Правовой режим врачебной тайны как информационно-правового объекта». *Право. Журнал высшей школы экономики* 3: 66–77.
- Ягудин, Рамил Х., Леонид И. Рыбкин, Алсу Ф. Сибгатулина, Файруза М. Идельбаева. 2012. «Здоровье сельского населения Республики Татарстан: состояние и пути улучшения». *Практическая медицина* 8–2: 180–185.
- Owen, Katherine, Thomas Hopkins, Thomas Shortland, Jeremy Dale. 2019. “GP retention in the UK: a worsening crisis, findings from a crosssectional survey”. *BMJ Journals*. Дата обращения 10 апреля, 2020. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/2/e026048>.

Статья поступила в редакцию 23 сентября 2020 г.;
рекомендована к печати 5 сентября 2022 г.

Контактная информация:

Еникеев Олег Анатольевич — канд. юрид. наук, канд. мед. наук, доц.; enikeevo2013@yandex.ru
Еникеева Светлана Ахметовна — д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН; EnikeevaSA@yandex.ru

Legal regulation of paramedic-obstetric centers

O. A. Enikeyev¹, S. A. Enikeyeva²

¹ Bashkir Academy of Public Service and Management under the Head of the Republic of Bashkortostan, 40, ul. Zaki Validi, Ufa, 450008, Russian Federation

² Bashkir State University, 131, ul. Dostoevskogo, Ufa, 450005, Russian Federation

For citation: Enikeyev, Oleg A., Svetlana A. Enikeyeva. 2022. “Legal regulation of paramedic-obstetric centers”. *Vestnik of Saint Petersburg University. Law* 4: 947–962. <https://doi.org/10.21638/spbu14.2022.407> (In Russian)

The article examines the problems of regulatory regulation of the legal status of paramedic and obstetric centers and the prospects for improving legislation in order to increase the availability of medical care to the rural population in Russia. The author reveals the problem of elimination of paramedic obstetric centers as structural divisions of medical institutions and offers a solution to this issue only depending on the needs of the rural population in this division. The regulation on the Ministry of health of the Russian Federation States that the Ministry is obliged to determine the requirements for the placement of medical organizations of the state health system and the municipal health system and other infrastructure facilities in the health sector based on the needs of the population, which was ignored by this Ministry. To date, there is no Federal standard for equipping paramedic and obstetric centers, which the author proposed to eliminate. The legal problems of the work of paramedic and obstetric centers include the lack of regulatory algorithms for the movement of patients and their treatment depending on the disease. In addition, it is emphasized that the diagnoses established by paramedics fall out of statistical records in the Russian Federation and are not transferred to the next level of medical care in a digital manner. The author emphasizes the lack of a unified Federal normative nomenclature of medicines to be sold through paramedic and obstetrics centers, which leads to a significant imbalance in the provision of medicines to the rural population in different regions of Russia. At the same time, the infrastructure and financing of this drug supply is not regulated. The paper highlights the danger of extending the provisions of the law on telemedicine to paramedic and obstetrics centers in the absence of financial incentives for medical workers and their overload.

Keywords: paramedical and obstetric center, medical care, medical law, medical technologies, civil law.

References

- Aleksandrova, Galina A., Aleksandr V. Polikarpov, Nikita A. Golubev, Nadezhda Ia. Nesvetailo, Elena V. Ogryzko, Nataliia A. Kadulina, Irina M. Beliaeva, Larisa N. Avdeeva, Tatiana A. Semenova. 2015. *Rural healthcare in Russia in 2014 (statistical materials)*. Moscow, Ministerstvo zdravookhraneniia RF Publ. (In Russian)
- Bavykin, Marat V., Viktor G. Kuklenko, Svetlana P. Remizova. 2011. "Experience of interaction of the budgetary healthcare institution Chelyabinsk Regional Clinical Hospital with the rural municipal healthcare of the Chelyabinsk region". *Vestnik Cheliabinskoi oblastnoi klinicheskoi bol'nitsy* 3: 5–7. (In Russian)
- Bochkarev, Boris G., Taisiia I. Kabakova. 2014. "Analysis of the use of medicines at various stages of medical care". *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia* 2: 620. (In Russian)
- Bogatyрева, Marina D., Irina V. Dolgova. 2016. "Implementation of the 'Zemsky Doctor' and 'Rural paramedic' programs in the Altai Territory as one of the key directions for improving the availability of primary health care to the rural population". *Obiazatel'noe meditsinskoe strakhovanie v Rossiiskoi Federatsii* 2: 34–39. (In Russian)
- Borta, Iuliia. 2015. "The black hole of Medicine". *Argumenty i fakty* 31: 13. (In Russian)
- Dimova, Iuliia. 2018. "They have been further optimized: in Russia, the primary medical care system has been destroyed in 20 years". *Novyi den'*. Accessed April 10, 2020. <https://newdaynews.ru/chel/629715.html>. (In Russian)
- Drozdetskaia, Ol'ga A., Natal'ia I. Gavrilina, Vladimir V. Gatsan. 2014. "Ensuring the availability of medical care to the population of remote territories". *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia* 1: 376. (In Russian)
- Enikeev, Oleg A. 2018. "On the question of the organizational and legal form of paramedic-obstetric stations". *Sbornik II Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii*, 25–29. Ufa, Izdatel'skii tsentr Bashkirskoi akademii gosudarstvennoi sluzhby i upravleniia Publ. (In Russian)
- Evsenko, Vladimir I., Daria V. Dvoeglazova. 2018. "Healthcare of the Sinegorsky Region in the past and present". *Meditsinskoe obrazovanie segodnia* 1: 35–50. (In Russian)
- Feygin, Valerii L. 1991. "Epidemiology and prevention of cerebrovascular diseases in Siberia". Dr. Sci. Thesis in Medicine, Nauchno-issledovatel'skii institut nevrologii Akademii meditsinskikh nauk SSSR. (In Russian)
- Gil'manov, Anas A. 2016. "Causes and factors determining the need for changes in rural healthcare". *Biulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ia imeni N. A. Semashko* 3: 29–39. (In Russian)
- Gordienko, Viktor P., Olga V. Sapagina, Tatiana N. Korobkova, Evgeniia M. Rol'ko. 2014. "The state of medical care for cancer patients in the Amur region". *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal* 1: 56–60. (In Russian)
- Gusev, Aleksandr. 2018. "Review of Russian medical decision support systems". *WebioMed*. Accessed April 10, 2020. <https://www.kmis.ru/blog/obzor-rossiiskikh-sistem-podderzhki-priniatiia-vrachebnykh-reshenii/>. (In Russian)
- Iagudin, Ramil Kh., Leonid I. Rybkin, Alsu F. Sibgatullina, Fairuza M. Idel'baeva. 2012. "Health of the rural population of the Republic of Tatarstan: Status and ways of improvement". *Prakticheskaiia meditsina* 8–2: 180–185. (In Russian)
- Ivaninskii, Oleg I., Igor' V. Sharapov, Mikhail A. Sadovoi. 2013. "Expert assessment of the problems of emergency, emergency and emergency medical care in rural areas". *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny* 5: 43–47. (In Russian)
- Ivanov, Mikhail V. 2011. "Scientific justification for improving primary health care at the regional level". Dr. Sci. Thesis in Medicine, Natsional'nyi nauchno-issledovatel'skii institut obshchestvennogo zdorov'ia Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk. (In Russian)
- Ivanova, Galina E. 2013. "Medical rehabilitation in Russia. Development prospects". *Vestnik vosstanovitel'noi meditsiny* 5: 3–8. (In Russian)
- Izmerov, Nikolai F. 2008. "Global Action Plan for the Protection of Workers' Health for 2008–2017: ways and prospects of implementation". *Meditsina truda i promyshlennaia ekologiia* 6: 1–9. (In Russian)

- Kalininskaia, Alefina A., Alan K. Dzugaev, Vladimir M. Vorob'ev. 2011. "Assessment of the medical and demographic situation, medical and social factors and the organization of medical care to the rural population (based on the results of a sociological survey)". *Sotsial'nye aspekty zdorov'ia naseleniia* 6: 5. (In Russian)
- Kalininskaia, Alefina A., Laila M. Malikova. 2015. "Problems and ways of reforming rural health care". *Sotsial'nye aspekty zdorov'ia naseleniia* 4: 3. (In Russian)
- Khabriev, Ramil U., Aleksandr L. Lindenbraten, Iurii M. Komarov. 2014. "The strategy of health protection as the basis of the social policy of the state". *Problemy sotsial'noi gigieny, zdavookhraneniia i istorii meditsiny* 3: 3–5. (In Russian)
- Korolev, Igor'. 2019. "The connection of paramedic stations to the Internet will cost 14 billion". *CNews*. Accessed April 10, 2020. http://www.cnews.ru/news/top/2019-03-18_podklyuchenie_feldsherskih_punktov_k_internetu. (In Russian)
- Kozhevnikov, Valerii V. 2004. "Modern problems of optimization of medical care to the rural population of the Republic of Buryatia (socio-hygienic research)". PhD Thesis in Medicine, Tsentral'nyi nauchno-issledovatel'skii institut organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniia Minzdrava RF. (In Russian)
- Mingalieva, Nataliia V., Grigorii A. Penzhoian, Goshchmaf A. Khuako. 2013. "Opinion of obstetricians and gynecologists on the provision of outpatient obstetric and gynecological care in rural areas". *Vestnik Munitsipal'nogo uchrezhdeniia zdavookhraneniia Gorodskaiia bol'nitsa* no. 2 4: 39–50. (In Russian)
- Morozov, Sergei P., Anton V. Vladzimirskii, Nataliia V. Ledikhova, Irina A. Sokolina, Nikolai S. Kulberg, Viktor A. Gombolevskii. 2018. "Evaluation of diagnostic accuracy of the lung tuberculosis screening system based on artificial intelligence". *Tuberkulez i bolezni legkikh* 8: 42–49. (In Russian)
- Nora, Sergei A., Irina V. Smirnova, Georgii S. Arkhipov. 2018. "Automated approach to the diagnosis of allergic diseases using decision support systems". *Sbornik nauchnykh statei po materialam nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem, posviashchennoi 25-letiiu Instituta meditsinskogo obrazovaniia Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta imeni Iaroslava Mudrogo*, 226–229. Velikii Novgorod, Izdatel'stvo Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta imeni Iaroslava Mudrogo Publ. (In Russian)
- Owen, Katherine, Thomas Hopkins, Thomas Shortland, Jeremy Dale. 2019. "GP retention in the UK: a worsening crisis, findings from a crosssectional survey". *BMJ Journals*. Accessed April 10, 2020. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/2/e026048>.
- Polikarpov, Aleksandr V., Galina A. Aleksandrova, Nikita A. Golubev, Nadezhda Ia. Nesvetailo, Elena V. Ogryzko, Ekaterina A. Shelepova. 2018. *Rural healthcare in Russia in 2017 (statistical materials)*. Moscow, Ministerstvo zdavookhraneniia RF Publ. (In Russian)
- Ryzhonina, Tat'iana V. 2009. "Optimization of the activity of paramedic and obstetric centers as a factor in improving the quality of medical care to rural residents (on the example of the Penza region)". PhD Thesis in Medicine, Sankt-Peterburgskaia gosudarstvennaia meditsinskaia akademiia imeni I. I. Mechnikova. (In Russian)
- Shibaev, Dmitrii V. 2015. "The legal regime of medical secrecy as an information and legal object". *Pravo. Zhurnal vysshei shkoly ekonomiki* 3: 66–77. (In Russian)
- Tarasenko, Elena A. 2012. "Ensuring equal access to medical care to the population of rural areas: Problems and challenges". *Upravlenie zdavookhraneniem* 2–3: 49–57. (In Russian)
- Tutina, Iuliia, Lidiia Iudina, Rada Bozhenko, Olga Mamot, Kseniia Koshkina, Vera Martynova, Nataliia Molchanova, Olga Morozova, Tatiana Ostapova, Dariia Parfionova, Evgeniia Sidelnikova, Evgeniia Chernova. 2016. "In whose hands are our lives?". *Argumenty i fakty* 40: 8–9. (In Russian)
- Zhuravlev, Mikhail S. 2016. "E-health: formation and development". *Pravo. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki* 2: 235–241. (In Russian)

Received: September 23, 2020

Accepted: September 5, 2022

Authors' information:

Oleg A. Enikeev — PhD in Law, PhD in Medicine, Associate Professor; enikeevo2013@yandex.ru
Svetlana A. Enikeeva — Dr. Sci. in Medicine, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Natural Sciences; EnikeevaSA@yandex.ru