Огурец с молоком по приказу, или Новые правила формирования врачебной комиссии медиц

Категория: Организация работы врачебной комиссии
Опубликовано: Понедельник, 30 июня 2025, 19:21
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 562

До конца нынешнего лета всем медицинским организациям страны следует внести изменения в работу своих врачебных комиссий. Некоторые изменения произошли и в требованиях к составу этого коллегиального органа управления медицинской организацией.

Новые требования установлены приказом Минздрава России от 10 апреля 2025 года № 180н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»[1] (далее – новый порядок). Он вступает в силу с 1 сентября 2025 года и отменяет продолжающий действовать до этой даты одноимённый приказ Минздравсоцразвития от 5 мая 2012 года № 502н[2] (далее – действующий порядок).

Новый порядок значительно отличается от действующего, причём некоторые его положения, мягко скажем, неоднозначные. Кое-какие странности мы уже разобрали в предшествующей работе данной серии[3]. Однако, уважаемые коллеги, поверьте, это только начало. Аналитической работы предстоит много, так что будем поступательно двигаться вперёд.

В настоящей работе рассмотрим новые правила формирования врачебной комиссии медицинской организации и её подкомиссий. Что мы должны понять, какие решения принять, и что вписать в локальное Положение о врачебной комиссии касательно её создания и состава?

Мы привыкли исходить из того, что «врачебная комиссия состоит из врачей и возглавляется руководителем медицинской организации или одним из его заместителей», как то прямо предписано Законом[4]. При этом понятно, что «возглавляющий» также должен быть врачом, как и секретарь комиссии.

Поскольку действующим порядком установлено наличие у врачебной комиссии, а равно её подкомиссий, председателя, одного или двух заместителей председателя, секретаря и членов комиссии, минимальный состав выходил равным четырём – при единственном «рядовом» члене комиссии. Однако в его отсутствие по какой-либо причине (отпуск, временная нетрудоспособность, внезапное увольнение и т.д.), работа врачебной комиссии срывается. Также становится невозможной её работа в отсутствие секретаря, поскольку единственным «рядовым» членом его заменить не выйдет. Отсюда, «рядовых» членов (новый порядок назвал их «иными членами») комиссии должно быть, хотя бы, двое. Минимальный состав врачебной комиссии, обеспечивающий её устойчивую работу, составляет, таким образом, пять человек.

Множество маленьких клиник таким числом врачей-специалистов не располагают. Во многих микроклиниках вообще один врач – он же сам себе директор, главный врач и начмед. Про немедицинские организации с маломощными вспомогательными медицинскими структурами в составе и

Phoca PDF

индивидуальных предпринимателей вообще говорить не приходится. Отсюда, у небольших медицинских организаций возникали большие проблемы при проверках – причем, парадоксально, чем организация меньше, тем больше её проблемы. Многим приходилось буквально наводнять штат совершенно ненужными совместителями[5]. И специально обученные люди приходили к ним и проверяли, сделали они это, невзирая на все свои издержки, или нет.

Заметьте, коллеги, публикация, на которую я сослался в предыдущем абзаце, конца 2014 года, а само требование ещё на полтора года старше, мая 2012-го. На дворе 2025-й! И наконец-то Минздрав решился это болезненное нормативное образование иссечь. Но важно – как именно.

Прежде всего, новый порядок предусматривает возможность включения в состав врачебной комиссии «врачей из числа медицинских работников иных медицинских организаций». Без шуток, коллеги, это прекрасно! Небольшие и малые клиники теперь имеют легальную возможность разрешить проблему с формированием состава врачебной комиссии без необходимости раздувать штаты.

А самое удивительное состоит в том, что данное решение абсолютно законно. Закон постулирует, что «врачебная комиссия состоит из врачей», но не уточняет, что они должны работать исключительно в данной медицинской организации. Минздрав нашёл замечательное решение заскорузлой проблемы – а именно, наличия лишнего повода для придирок, устранение которого слишком дорого обходится медицинским организациям. В общем, молодец, как солёный огурец!

На том бы ему и остановиться, но… как говорится, нет предела совершенству. Не удовлетворившись достигнутым послаблением, регулятор выбрасывает из состава врачебной комиссии… её секретаря! Зачем это ему понадобилось, мы можем лишь предполагать.

Первое объяснение, которое приходит в голову, это попытка Минздрава разрешить всё ту же проблему с численным составом врачебной комиссии в мелких клиниках. Гулять, так гулять, что называется. Логика понятная, только, на мой взгляд, чересчур простая. Что-то там должно быть ещё, ведь решение данной проблемы уже найдено, как выше мы убедились, и гораздо более эффективное. Наш регулятор не был бы регулятором, не имей он способностей к задним мыслям. Так что, за выдворением секретаря из комиссии стоит поискать какие-то другие соображения.

Можно предположить такое ещё объяснение. Обязанности секретаря врачебной комиссии во многом – работа клерка. Тратить драгоценное врачебное время на неё слишком расточительно. Сколько его тратится всего, можно представить на основании следующих расчётов – очень приблизительных, но тем не менее.

Phoca PDF

Категория: Организация работы врачебной комиссии
Опубликовано: Понедельник, 30 июня 2025, 19:21
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 562

Умножим еженедельные (согласно действующему порядку) заседания врачебных комиссий на (точная цифра неизвестна) 30 тысяч медицинских организаций страны и среднее время заседания… пусть будет 45 минут, и мы получим 50*30000*0,75 =1’125’000 часов в год. Миллион с гаком часов!

Но это ещё не всё. За редким исключением, в государственных и муниципальных медицинских организациях, а также в крупных частных, есть подкомиссии, которые, опять же согласно действующему порядку, пока заседают еженедельно. Кроме того, создание «постоянно действующих врачебных комиссий» (читай – подкомиссий) в целях реализации отдельных видов работ требуют некоторые приказы Минздрава[6,7]. Число подкомиссий различно, а количество таких медицинских организаций неизвестно. Единственное, что можно сказать с уверенностью: количество таких организаций тем меньше, чем в них больше подкомиссий, и наоборот. Для наших расчётов можно взять такие цифры: допустим, 5 тысяч медицинских организаций имеют подкомиссии врачебной комиссии, а среднее количество подкомиссий в них 4. Полагаю, это реалистично. Итого, 50*5000*4*0,75 =750’000 часов.

Суммируем: 1’125’000+750’000 =1’875’000 часов. Под два миллиона! А с внеплановыми заседаниями – все два. Но это только время заседаний. Чтобы вычислить совокупные затраты врачебного времени, умножим их на среднее число членов комиссий. Оно, конечно, нам неизвестно – пусть, будет 5, что близко к минимуму, который мы обсуждали выше. Получаем 10 миллионов часов чистого врачебного рабочего времени.

Жирно! Правда, в реальности, конечно, в разы меньше. Всем известна эта игра – одни делают вид, что требуют и контролируют, другие – что выполняют. На деле, люди находят способы сэкономить своё время на навязанных им формальных операциях, не прибавляющих ценности – иначе в нашем здравоохранении не выжить. Т.н.м., совокупные потери огромны.

Минздрав, наконец, осознал масштаб потерь, и стал думать, как высвободить врачей – хотя бы, от секретарской работы. И придумал! Вышвырнуть секретаря из состава комиссии, и дело с концом! Логично же, нету тела – нету дела… Прошу прощения.

Решение в правовом плане более чем спорное. А в управленческом – просто безобразное. Несуразицу внешнего «организационного обеспечения деятельности врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии)» вместо естественного функционала секретаря комиссии кто-то ведь придумал. И что это ещё за отдельно приходящий «медицинский или иной работник», «осуществляющий» вот это вот всё?

Медицинским организациям придётся теперь оперировать ответственными непонятно за что и почему лицами, навязывать им новые должностные

Phoca PDF

обязанности, продумывать порядок их замещения на случай отсутствия и т.д. Ради чего? Неужели ради экономии врачебного времени?

Кстати, а какова она, ожидаемая экономия? Давайте подсчитаем. Выше мы исходили из среднего числа участников по нижней планке равным пяти. Т.е., максимально сэкономить можно до одной пятой от 10 миллионов часов в год. Однако после вывода секретарей за пределы врачебных комиссий лишь в какой-то части организаций их функционал будет перепоручен «(средним) медицинским или иным работникам». Много где останутся врачи, ведь формулировка в новом порядке этого не исключает. Так что, вряд ли получится сэкономить более одного миллиона часов. И то лишь врачебных – «иные» работники тоже табелируются и зарплату получают, пусть и несколько меньшую. А проблем при этом возникает масса.

Со временем доля врачей, обременённых «секретарским» функционалом, конечно, будет постепенно уменьшаться, но процесс их замещения растянется на долгие годы. Это связано с тем, что врачу не надо объяснять существо рассматриваемых на заседаниях врачебной комиссии профессиональных вопросов. Качество работы секретаря, во многом определяющее и качество работы врачебной комиссии, при передаче данного функционала от врачей «иным работникам» неизбежно просядет, и на его восстановление до более-менее приемлемого уровня потребуется время и много усилий.

И ещё один момент, который нельзя обойти вниманием. Функционал секретаря врачебной комиссии стал «чисто секретарским» не сам по себе, а от глубокого недоверия системы к врачу на фоне постоянно растущей перегрузки врачей не врачебными и немедицинскими функциями. С одной стороны, система требует от медиков принимать всё больше формализованных, фактически административных решений. А с другой – требует протаскивать решения, далёкие от действительно заслуживающих коллегиального рассмотрения сложных клинических вопросов, через врачебную комиссию.

Достаточно заглянуть в Закон, чтобы убедиться в том, что система абсолютно не доверяет врачу. Как, впрочем, и его руководителю. В этой связи, врачебные комиссии завалены формальной работой, и большая её часть ложится на секретарей. Собственно, весь прочий состав комиссий зачастую нужен только лишь для того, чтобы подписи проставлять под всем тем, что приготовил секретарь. Фокус внимания проверяющих также смещён от существа вопросов к оформлению бумаг. Для такой работы, действительно, скорее нужен грамотный клерк, и лучше юрист, а не врач.

Если уж говорить об экономии врачебного времени, то другая придумка регулятора куда более действенна. Заседания теперь можно проводить ежемесячно! Вот за это хочется Минздрав от всей души поблагодарить.

Phoca PDF

Категория: Организация работы врачебной комиссии
Опубликовано: Понедельник, 30 июня 2025, 19:21
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 562

Обязательные еженедельные бесполезные заседания с вымученными повестками канут в Лету! Наши 10 миллионов часов в год мы можем смело поделить на… нет, не на четыре, ведь не все заседания сегодня бесполезны, но надвое – совершенно точно. Тут регулятор вновь проявил себя молодцом.

Действительно важное изменение и колоссальная экономия врачебного времени. На таком восхитительном фоне секретарей вполне можно было оставить в покое. Так, зачем же их, всё-таки, выперли?

Ещё одно возможное объяснение – попытка институциональной интеграции врачебной комиссии в систему внутреннего контроля в её современном варианте.

Действительно, роль среднего медицинского и иного персонала в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности велика и неуклонно возрастает. Эта идеология регулятором принята и уже нашла своё отражение в разрешительной системе, причём как по линии добровольной (относительно) сертификации[8], так и лицензирования[9].

Появление федеральных требований к организации и проведению внутреннего контроля озадачило многих организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций и специалистов в области качества. Особенно много вопросов касалось проблемы разграничения полномочий между врачебной комиссией, службой качества и руководством медицинской организации[10].

Решение данной проблемы многие видели в чётком ограничении полномочий врачебной комиссии «чисто врачебными» проблемами. В свете актуальной парадигмы управления качеством, такой подход очевидно ошибочен. Может, регулятор пытается разрушить напрасно возведённые стены между врачебной комиссией и службой качества, и этим объясняется финт с выпихнутыми из состава комиссий секретарями?

Тут стоит разобраться. Врачебная комиссия есть высший коллегиальный орган управления медицинской организации, в компетенцию которого, безусловно, входят вопросы качества медицинской помощи, организации лечебно-диагностического процесса, управления качеством и обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Полномочия врачебной комиссии естественно пересекаются с полномочиями других структур, ответственных за качество и безопасность деятельности организации. Эти структуры охватывают весь персонал медицинской организации, а в состав врачебной комиссии могут входить лишь врачи, как предписано Законом.

Как будто, всё указывает на необходимость разграничения полномочий по

Phoca PDF

признаку «врачебные – не врачебные». Однако лечебно-диагностический процесс является основным «производственным» процессом медицинской деятельности, и чем более чётко будут разграничены полномочия по данному основанию, тем глубже будет становиться пропасть между клиническими и производственными аспектами качества. Что, конечно же, ни к чему хорошему не приведёт.

Но можно ли взломать эту стену головой секретаря врачебной комиссии? Или перекинуть его, как мостик, над пропастью? Для того и другого подойдёт разве что его окоченевший труп. Собственно, так и случилось. Крайне ненадёжный вариант решения, на мой взгляд. Здесь Минздрав угодил в молоко.

К слову, я бы вообще не переживал по поводу разграничения полномочий. Конечно, если нет чётких пределов компетенции разных структур, в зонах пересечения возникают конфликты. Однако не всякий конфликт вреден для дела. Напротив, конструктивный конфликт есть путь к развитию и улучшениям. А будет ли он конструктивным, зависит от культуры организации. Её не сформировать из инкапсулированных в своих полномочиях структур.

И врачебная комиссия, и служба качества, будь то отдел качества, комиссия по качеству или отдельные ответственные лица – во многом, одни и те же люди, работающие в одном коллективе на достижение общих целей. О том, чтобы они работали согласованно, должно позаботиться руководство медицинской организации, проявив то самое лидерство, о котором в последнее время столько разговоров.

Также я рекомендовал бы, по крайней мере, крупным и/или амбициозным медицинским организациям, создавать координационные советы по качеству. Такой орган гармонизировал бы активность разных структур в области качества, включая врачебную комиссию, ускорял бы тем самым достижение общих целей организации и способствовал бы формированию культуры качества. У меня давно запланирована публикация на эту тему.

В завершение, немного поговорим о локальном Положении о врачебной комиссии медицинской организации в той части, которая описывает формирование врачебной комиссии и, в случае надобности, её подкомиссий. Что там нужно поменять к сентябрю относительно того, что мы сделали когда-то давно[11]? И можем ли мы целиком положиться на ранее усвоенные навыки[12]?

Роль локального нормативного акта – обеспечить правоприменение законодательных норм и требований, установленных подзаконными нормативными правовыми актами. Новый порядок породил массу вопросов, на которые мы выше искали ответы. Очевидно, развилок, требующих принятия решения на локальном уровне, стало больше. Каждое необходимое

Phoca PDF

решение должно быть принято, сформулировано и где-то зафиксировано. И тут возможно два варианта – либо решение прямо вносится в локальное Положение, либо в него вносится отсылка к тому месту, где оно фигурирует.

Такие решения, как численный состав врачебной комиссии и наличие подкомиссий, принципы назначения на должности председателя и его заместителей, одного или двух, а также лица, ответственного за «организационное обеспечение…» за вот это вот всё, логично внести прямо в Положение. А вот конкретные назначения, как обычно, лучше делать в другом месте. Кстати, коллеги, не забудьте в приказах о создании врачебной комиссии и её подкомиссий вынести секретарей в отдельные пункты, вне списочного состава комиссий. А также вам придётся, увы, озаботиться должностными обязанностями тех сотрудников, которым «посчастливится» огрести секретарские заботы.

По поводу включения в состав врачебной комиссии врачей «из числа медицинских работников иных медицинских организаций». Полагаю, в локальном Положении будет не лишним уточнить, что делается это на основании заключаемых организацией договоров. Вопрос о том, каких именно договоров, необходимо проработать с юристом вашей организации. Наиболее подходящие, на мой взгляд, варианты: договор гражданско-правового характера с врачом другой медицинской организации на выполнение работ в рамках деятельности врачебной комиссии, либо т.н. аутстаффинг – т.е., договор с медицинской организацией – работодателем врача, включенного в состав вашей врачебной комиссии.

И последнее, насчёт подкомиссий врачебной комиссии. В локальном Положении, как выше уже отмечено, целесообразно прямо обозначить лишь принципиальное решение об их создании. И здесь же необходимо расписать рамочные принципы их формирования. Причём, сделать это можно очень легко, заимствовав текст из нового порядка с необходимой небольшой коррекцией. А всю конкретику лучше вывести в положения о соответствующих подкомиссиях (а в Положении за нею туда же отослать) – так будет много удобнее ими оперировать.

На сегодня у меня всё, уважаемые коллеги. Из важного, нам с вами осталось разобрать новый функционал врачебной комиссии медицинской организации. Страшно? Да! Но мы справимся.

Использованные материалы:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 апреля 2025 года № 180н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (Зарегистрирован 15.05.2025 N 82196) (официальное опубликование).

Phoca PDF

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (Зарегистрирован 09.06.2012 N 24516).
3. Таевский А.Б. «Чудесное слово "может", которое всё может, или высочайшее мастерство регулирования в новом приказе Минздрава № 180н о врачебной комиссии». – Здрав.Биз, 339.
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Таевский А.Б. «Как организовать работу врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в небольшой многопрофильной медицинской клинике». – Здрав.Биз, 1.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 года № 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» (Зарегистрирован 29.01.2021 N 62277).
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 марта 2025 года № 147н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ» (Зарегистрирован 14.04.2025 N 81826).
8. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. – ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора.
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Зарегистрирован 02.10.2020 N 60192).
10. Бошкович Р., Князев Е.Г. «Об организационной структуре обеспечения качества и безопасности в медицинских организациях» (под ред. А.Б. Таевского). – ЗдравЭкспертРесурс, 157.
11. Таевский А.Б. «Создание Положения о врачебной комиссии для небольшой многопрофильной медицинской клиники своими силами». – Здрав.Биз, 8.
12. Таевский А.Б. «Локальное нормативное обеспечение деятельности врачебной комиссии в небольшой медицинской организации». – Здрав.Биз, 97.

Для цитирования:

Phoca PDF

Категория: Организация работы врачебной комиссии
Опубликовано: Понедельник, 30 июня 2025, 19:21
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 562

Таевский А.Б. Огурец с молоком по приказу, или Новые правила формирования врачебной комиссии медицинской организации. – Здрав.Биз, 341. https://zdrav.biz/index.php/organizacia-med-kontrolya-kachestva/organizacia-raboty-vrach-komissii/341-vrachebnaya-komissiya-v-novom-sostave.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Обсудить в Телеграм
Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Phoca PDF