

Основы работы с обращениями в здравоохранении

18+

Андрей Мильцын

Основы работы с обращениями в здравоохранении

«Автор»
2026

Мильцын А.

Основы работы с обращениями в здравоохранении /
А. Мильцын — «Автор», 2026

Настоящее издание объединяет и перерабатывает пять методических материалов, посвящённых работе с обращениями граждан в сфере здравоохранения: психологии заявителей, алгоритму определения типа заявителя и речевым модулям, современным методикам разбора обращений, статистическим методам анализа, а также правовым и организационным основам работы с обращениями. Книга адресована сотрудникам медицинских организаций, которые первыми встречаются с заявителем, — администраторам, секретарям, операторам телефона, а также юристам, специалистам по работе с обращениями, врачам-организаторам и руководителям. Она даёт и практический инструментарий для ежедневной работы (алгоритмы, речевые модули, таблицы, чек-листы), и методологическую основу для выстраивания системной работы с обращениями как с источником данных о качестве медицинской помощи.

© Мильцын А., 2026
© Автор, 2026

Содержание

Глава 5
Аннотация 6
ВВЕДЕНИЕ 7
О книге: зачем она нужна и как ею пользоваться 7
ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ОСНОВЫ РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ 9
Глава 1. История работы с обращениями граждан в здравоохранении 10
1.1. Древность: от этики к первым нормам 12
1.1.1. Древний Египет 13
1.1.2. Древняя Греция 14
1.1.3. Роль врачебных сообществ 15
1.1.4. Древний Рим 16
1.2. Первые кодифицированные нормы ответственности 17
1.2.1. Кодекс Хаммурапи (около 1750 г. до н. э.) 18
1.2.2. Клятва Гиппократа: этический документ 19
1.2.3. Врачебная ошибка и халатность: граница понятий 20
1.2.4. Средневековье 21
1.3. От Российской империи к СССР 22
1.3.1. Врачебные управы и губернские врачебные инспекции 22
1.3.2. Работа с обращениями в СССР 24
1.4. Современная Россия: правовые основы, контроль и цифровизация 26
1.4.1. Правовые основы 27
1.4.2. Три уровня контроля качества медицинской помощи 28
1.4.3. Цифровизация и электронные обращения 29
1.4.4. Роль Росздравнадзора 30
1.4.5. Современные вызовы 31
1.4.6. Отношение государства к работе с обращениями 32
1.5. Заключение: уроки истории для современной практики 33
Глава 2. Правовые и организационные основы работы с обращениями 34
2.1. Понятие обращения гражданина и его правовая основа 35
2.2. Виды обращений по содержанию: предложение, заявление, жалоба 36
2.3. Классификация по количеству участников и способу подачи 37
Конец ознакомительного фрагмента. 38

Основы работы с обращениями в здравоохранении

Глава

ОСНОВЫ РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Практическое руководство: понять заявителя — правильно общаться — разобрать причину — измерить и улучшить

Для сотрудников медицинских организаций, администраторов, юристов, специалистов по работе с обращениями и руководителей

Издание 2026 года

Информационно-методический материал. Версия 1.0

Аннотация

Настоящее издание объединяет и перерабатывает пять методических материалов, посвящённых работе с обращениями граждан в сфере здравоохранения: психологии заявителей, алгоритму определения типа заявителя и речевым модулям, современным методикам разбора обращений, статистическим методам анализа, а также правовым и организационным основам работы с обращениями. Книгу открывает историческая глава о том, как складывалась практика работы с обращениями — от первых врачебных норм древности до современной системы контроля качества. Издание собрано в единое целое: сквозная логика «понять заявителя → правильно общаться → разобрать причину → измерить и улучшить» связывает все части, терминология приведена к единому виду, повторы устранены, а между главами выстроены перекрёстные ссылки.

Книга адресована сотрудникам медицинских организаций, которые первыми встречаются с заявителем, — администраторам, секретарям, операторам телефона, а также юристам, специалистам по работе с обращениями, врачам-организаторам и руководителям. Она даёт и практический инструментарий для ежедневной работы (алгоритмы, речевые модули, таблицы, чек-листы), и методологическую основу для выстраивания системной работы с обращениями как с источником данных о качестве медицинской помощи.

Материал носит информационно-методический характер: он не является медицинской или юридической консультацией и не заменяет требования нормативных правовых актов, а также внутренних регламентов конкретной медицинской организации.

К читателю. Это издание построено из пяти частей, которые последовательно раскрывают общие и правовые основы работы с обращениями граждан, психологию заявителя, правила общения и речевые модули, методики разбора обращений и статистический анализ. Чтобы не загромождать начало книги, подробное содержание со всеми главами, разделами и номерами страниц вынесено в конец издания — после глоссария. Каждая часть самодостаточна и может читаться отдельно, а перекрёстные ссылки «см. Часть…» помогут свободно перемещаться по книге в любом порядке.

ВВЕДЕНИЕ

О книге: зачем она нужна и как ею пользоваться

Обращение гражданина — жалоба, заявление, предложение, вопрос — один из самых чувствительных индикаторов состояния медицинской организации. За каждым письмом, звонком или сообщением стоит конкретный человек: пациент, его родственник, житель района, которому нужна информация, помощь или справедливость. От того, насколько быстро, корректно и по существу организация ответит, зависит не только удовлетворённость конкретного заявителя, но и репутация учреждения в целом.

Пять исходных материалов, положенных в основу этой книги, рассматривали разные стороны одной работы: психологию заявителей, алгоритмы и речевые модули, методики разбора и улучшения, статистический анализ и правовые основы. По отдельности каждый из них полезен, но полноценная система возникает только тогда, когда эти грани соединяются. Настоящее издание делает это соединение: оно переработано в единое произведение со сквозной логикой, согласованной терминологией и общим стилем.

Сквозная логика книги укладывается в четыре шага, которые отвечают четырём её содержательным частям. **Понять заявителя** (Часть II) — распознать, с кем и в какой ситуации мы говорим, какие мотивы и эмоции стоят за обращением. **Правильно общаться** (Часть III) — применить пошаговый алгоритм определения типа заявителя и выбрать адекватный язык, речевые модули и тактику диалога. **Разобрать причину** (Часть IV) — не ограничиться ответом на жалобу, а найти её корневую причину с помощью методик разбора и превратить выводы в управленческие изменения. **Измерить и улучшить** (Часть V) — перевести обращения в данные, увидеть системные проблемы, динамику и прогноз и оценить, работает ли принятое изменение.

Для кого эта книга. Она адресована всем участникам процесса работы с обращениями: администраторам регистратуры и приёмного отделения, секретарям и операторам телефона, которые первыми контактируют с заявителем; юристам, отвечающим за правовую корректность ответов; специалистам по работе с обращениями, ведущим процесс изнутри; врачам-организаторам и руководителям, которые выстраивают систему качества; наконец, любому врачу, к которому поступает устная жалоба пациента. Каждая часть книги полезна своему кругу читателей, а сквозные ссылки помогают выстроить общую картину.

Как устроена книга. Часть I знакомит с общими основами: она открывается историей становления практики работы с обращениями граждан, а затем переходит к правовому и организационному каркасу, жизненному циклу обращения от поступления до внедрения изменений и ролям участников. Часть II посвящена психологии заявителя — классификации по психическому состоянию, образовательному уровню и жизненной ситуации, а также общим принципам коммуникации. Часть III даёт готовый практический инструментарий: пошаговый алгоритм определения типа заявителя, сигналы тревоги, речевые модули по типам и памятку «Чего не делать». Часть IV описывает методики разбора и улучшения — от «5 почему» до цифровых инструментов — и показывает, как связать их в единый процесс. Часть V переводит разговор на язык статистики: подготовка данных, описательная статистика, оценка достоверности, динамика и прогноз. Завершают книгу заключение, приложения со сводными таблицами и чек-листом, глоссарий и финальное примечание.

Как пользоваться. Части книги взаимосвязаны, но каждая может читаться самостоятельно — на это указывают перекрёстные ссылки вида «см. Часть II, Глава 6». Практические материалы (алгоритмы, речевые модули, таблицы) вынесены в отдельные главы и приложения,

чтобы их можно было использовать как рабочие шпаргалки. В тексте жирным выделены ключевые понятия и формулировки, к которым стоит возвращаться.

Терминологическое примечание. В исходных материалах слова «жалоба», «обращение» и «заявитель» использовались с разной степенью точности. В настоящем издании принят единый подход: **обращение** — общее понятие, охватывающее любые сообщения граждан (жалобы, заявления, предложения, вопросы); **жалоба** — вид обращения, содержащий требование о восстановлении нарушенного права; **заявитель** — человек или группа, подавшие обращение. Там, где контекст требует более узкого значения, это оговаривается отдельно.

ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ОСНОВЫ РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ

Эта часть закладывает фундамент, на котором строится вся работа с обращениями. Прежде чем говорить о психологии заявителя, алгоритмах общения, методиках разбора и статистике, полезно увидеть, как складывалась практика работы с обращениями исторически, а затем понять, что такое обращение с правовой точки зрения, как оно проходит свой жизненный цикл внутри организации и кто за что отвечает. Без этого каркаса любые практические приёмы повисают в воздухе: грамотный диалог и содержательный разбор причины бесполезны, если обращение потерялось, срок нарушен или непонятно, кто ведёт дело.

Глава 1. История работы с обращениями граждан в здравоохранении

Во введении было показано, что обращение гражданина — чувствительный индикатор качества медицинской помощи. Чтобы понять, почему современные правовые и организационные механизмы, к которым книга переходит в следующей главе, выглядят именно так, полезно увидеть, как эта практика складывалась исторически. Настоящая глава прослеживает путь от первых врачебных норм древности до современной системы контроля качества: принципы ответственности врача, врачебной тайны и коллегиальной оценки действий специалиста формировались веками, и знание этой эволюции помогает выстраивать работу с обращениями осознанно.

Работа с обращениями граждан — не бюрократическая рутина, а важный индикатор качества и безопасности медицинской помощи. Сегодня обработку жалоб стремятся автоматизировать с помощью искусственного интеллекта, выстраивать чёткие алгоритмы ответов и снижать конфликтность через продуманную коммуникацию. Но чтобы эти инструменты действительно работали, нужно понимать, откуда взялись сами принципы ответственности врача и как общество училось отличать профессиональную ошибку от халатности.

Проблема недовольства лечением стара, как сама медицина. Ещё в древности общество искало способы зафиксировать претензию, оценить действия лекаря и защитить пациента — будь то клятва Гиппократа как этический ориентир, нормы Кодекса Хаммурапи с жёсткими санкциями или римские иски о возмещении вреда. В Средневековье к правовым подходам добавились религиозные и институциональные механизмы: монастырские уставы, церковные нормы, контроль со стороны общины. Эти практики постепенно формировали представление о враче не как о «знахаре», а как о специалисте, который несёт ответственность перед обществом.

Знание этой эволюции помогает современному управленцу и специалисту по качеству не изобретать велосипед, а осознанно выбирать решения:

Понимать природу конфликтов. Многие типы жалоб — на грубость, на сроки, на непонятные объяснения — повторяются из века в век. Исторический взгляд помогает отделить системные проблемы (например, перегруженность системы) от случайных сбоев.

Опираться на проверенные принципы. Идеи «не навреди», врачебная тайна, коллегиальная оценка действий врача возникли не вчера. Их многовековая устойчивость говорит о фундаментальной ценности этих норм.

Избегать ложных решений. История показывает, что жёсткие санкции (вроде телесных наказаний за врачебную ошибку) не улучшали качество помощи, а лишь загоняли проблемы внутрь. Современные подходы должны быть не просто строгими, а системными: с аналитикой, обратной связью и обучением.

Выстраивать доверие. Пациенту важно видеть, что система не только реагирует на жалобу, но и устроена так, чтобы учиться на ошибках.

Грамотно внедрять технологии. ИИ и автоматизация хороши ровно настолько, насколько понятна логика, которую они реализуют. Понимание того, как раньше классифицировали ошибки и разделяли «неизбежный риск» и «халатность», позволяет точнее обучать модели и формулировать правила маршрутизации обращений.

Для тех, кто занимается организацией работы с жалобами — от руководителей медорганизаций до специалистов по качеству и IT-разработчиков, — история даёт не набор сухих фактов, а набор смысловых опор. Она помогает не просто «обрабатывать обращения», а стро-

ить систему, которая реально повышает качество медицинской помощи и снижает уровень конфликтности.

1.1. Древность: от этики к первым нормам

История работы с жалобами на качество медицинской помощи уходит корнями в глубокую древность. Уже в античные и даже более ранние времена люди фиксировали недовольство лечением, а постепенно складывались и первые нормы, определявшие ответственность врачевателей.

1.1.1. Древний Египет

Египетские медицинские папирусы — папирус Эберса, хирургический папирус Смита, Кахунский (гинекологический) папирус, папирус Бругша — представляют собой рецептурно-прогностические сборники. В них систематизированы симптомы, диагнозы, назначения и прогнозы, однако это не «жалобы» пациентов в юридическом смысле: претензии на действия врача как самостоятельный правовой институт в Древнем Египте не зафиксированы.

Ответственность врачевателя держалась на жреческих этических нормах. Если врач соблюдал предписанные правила, он не отвечал даже за неудачный исход лечения; напротив, нарушение этих норм каралось строго — вплоть до смертной казни. Именно в Египте возник прообраз информированного согласия: перед началом лечения врач был обязан объявить один из трёх прогнозов — «болезнь, которую я могу вылечить», «болезнь, которую я, может быть, смогу вылечить» или «болезнь, которую я не смогу вылечить». Такой подход ограничивал ответственность лекаря и ограждал его от упрёков в случаях, когда исход был предопределён характером заболевания.

Распространённые в популярной литературе упоминания о «папирусах с жалобами пациентов» (например, British Museum Papyrus 3 или London Medical Papyrus) следует рассматривать как дискуссионную трактовку: дошедшие до нас тексты не дают надёжного подтверждения существования институционализированных жалоб в Древнем Египте. Корректнее говорить о медицинских папирусах как о сводах врачебного знания, а не как о юридических документах.

1.1.2. Древняя Греция

В Древней Греции недовольство чаще всего выражалось напрямую. Пациент или его близкие могли прийти к врачу (или к его покровителю — например, в святилище Асклепия) и высказать претензии: лечение не помогло, состояние ухудшилось, врач действовал без объяснений, брал слишком много денег или использовал сомнительные, «магические» средства.

Показателен текст, высеченный на стеле из святилища Асклепия в Эпидавре (IV век до н. э.): пациент описывает, что у него парализовало четыре пальца на руке, и высказывает сомнения в эффективности лечения. История заканчивается благополучно — после ночи в святилище (инкубации) пациенту явился Асклепий во сне и велел пробудиться, после чего подвижность пальцев вернулась. Показателен сам факт фиксации проблемы в публичном документе: человек не просто лечился, а оставлял «обратную связь» для других. Такие стелы возводили для всеобщего обозрения, и они становились своеобразным «медицинским архивом» святилища; подобные тексты в греческой традиции называют iamata («исцеления»).

Дело могло доходить и до публичных споров на агоре, где собиралась городская община. Такие конфликты попадали в сочинения историков и философов как примеры «некомпетентности». Например, в трактате «О законе» (иногда его называют «Канон») из «Гиппократова корпуса» есть отсылки к реальным спорам: автор указывает, что причиной падения доверия к медицине становилось обилие шарлатанов, прикрывавшихся громкими словами, но не имевших реальных знаний. Важно уточнить: трактат — не протокол судебного заседания. Автор не пересказывает дословно чьи-то иски, а обобщает наблюдаемую практику: из-за отсутствия реальных правовых санкций (кроме общественного позора) в среде врачевателей развелось много шарлатанов. Сам факт появления такого сочинения показывает, что поводы для недовольства и споров возникали регулярно.

В комедиях Аристофана («Облака», «Всадники») сатирически изображены врачи-шарлатаны: комедиограф высмеивал их хвастовство, использование непонятных снадобий и стремление нажиться на чужих бедах. Это не документальные жалобы, но яркий маркер общественного настроения: тема вызывала резонанс и использовалась для критики.

В диалогах Платона (в том числе в «Законах») обсуждались вопросы ответственности врачевателей, включая систему наказаний за определённые проступки (например, за умышленное отравление). Сам факт, что философы брали эту тему в оборот, показывает её актуальность для полиса.

В Древней Греции не существовало единой, жёстко прописанной системы врачебной ответственности, однако отдельные правовые механизмы действовали:

Если врач действовал умышленно (например, дал яд с целью убить), это рассматривалось как преступление и могло повлечь суровое наказание.

В случае «непреднамеренной» ошибки (больной умер «против воли врачующего») закон часто освобождал врача от ответственности.

Мощным инструментом было общественное осуждение: недобросовестный врач мог потерять репутацию и практику, а в некоторых полисах — столкнуться с политическими последствиями (например, с лишением права занимать должности).

1.1.3. Роль врачебных сообществ

Иногда жалобы разрешались внутри профессионального сообщества. Коллеги выступали арбитрами: оценивали случай, сопоставляли мнения и выносили вердикт, был ли врач прав или допустил ошибку. Такие «суды коллег» возникали в рамках врачебных школ (косской, книдской, кротонской) или вокруг влиятельных асклепиадов — врачей, возводивших свой род к Асклепию. Когда пациент или его близкие жаловались на то, что лечение не помогло, врач действовал слишком агрессивно или, наоборот, бездействовал, коллеги сопоставляли факты: как протекала болезнь, какие методы были применены, были ли у врача объективные сложности, — и определяли, действовал ли врач в рамках разумного профессионального стандарта. Исторические примеры:

Дискуссии между школами. Постоянные споры между косской и книдской школами: косская делала упор на индивидуальное наблюдение за больным и прогностику, книдская — на классификацию болезней и более активные методы (кровопускания, слабительные). Публичные обсуждения сложных случаев формировали общую базу знаний.

Роль «Клятвы». В сочинениях «Гиппократова корпуса» (например, в трактате «О благоприличном поведении») прямо говорится, что врач должен советоваться с коллегами в сложных случаях. Сама идея коллективного обсуждения как нормы — показатель солидарности.

Практика в асклепейонах. В храмах Асклепия (например, в Эпидавре) врачи вели записи: фиксировали ход лечения, назначения, динамику состояния пациента. Наличие таких записей облегчало разбор спорных ситуаций.

Реакция на шарлатанов. Авторы «Гиппократова корпуса» осуждают врачей, которые прикрываются громкими словами, но не имеют реальных знаний; за такими пассажами стояла реакция сообщества на конкретные случаи обмана.

Эти практики показывают, что в древнегреческом обществе формировались представления о профессиональной этике и коллективной ответственности. Сообщество стремилось регулировать себя само: не допускать распространения заведомо ложных методов, защищать пациентов от откровенных шарлатанов и поддерживать стандарт качества. Важно помнить: это не была жёсткая, формализованная система с судами и кодексами — всё держалось на авторитете учителей, традициях школы и общественном мнении.

1.1.4. Древний Рим

Плиний Старший в «Естественной истории» критиковал врачей-иностранцев (часто греков), приезжавших в Рим, обвиняя их в неумелости, гордости и мошенничестве. Он даже советовал на надгробиях людей, умерших по врачебной ошибке, указывать причину смерти, чтобы предостеречь других. Это не индивидуальная жалоба в суд, а публичная критика, которая тоже фиксировала недовольство.

Чаще всего возмущали: неудачное лечение (осложнения, смерть), обман (продажа бесполезных снадобий) и непрофессиональное поведение (грубость, нарушение границ). Первоисточники сохранились фрагментарно — это папирусы из Египта, тексты «Гиппократова корпуса», труды Плиния. Важно, что многие истории дошли до нас не как официальные судебные иски, а как литературные или философские размышления, что меняет угол зрения: перед нами не всегда сухие протоколы, иногда — авторская интерпретация.

1.2. Первые кодифицированные нормы ответственности

Уже в древности пытались установить правила и последствия за их нарушение. Наиболее полно это воплотилось в Кодексе Хаммурапи и в клятве Гиппократа.

1.2.1. Кодекс Хаммурапи (около 1750 г. до н. э.)

Кодекс Хаммурапи (Древняя Месопотамия, около 1750 г. до н. э.) — первый юридически закреплённый институт врачебной ответственности. Положения о деятельности врача сосредоточены в §§ 215–225. Наказание зависело от статуса пациента:

За смерть свободного человека при операции (§ 218) врачу отсекали руку. Это был символический талион: наказывали не за сам неблагоприятный исход, а за отступление от установленных правил вмешательства.

За смерть раба (§ 219) полагалась имущественная компенсация — «раб за раба».

Гонорар врача также был дифференцирован по статусу пациента (§§ 215–217): чем выше статус, тем выше плата и тем строже ответственность.

Так впервые в истории ответственность врача была закреплена в писаном законе, а не только в этических нормах.

1.2.2. Клятва Гиппократа: этический документ

Клятва Гиппократа (около V в. до н. э.) — прежде всего этический (деонтологический) документ, сложившийся в рамках профессионального сообщества, а не юридический акт. В ней закреплены ключевые принципы: направлять лечение к выгоде пациента, воздерживаться от вреда и несправедливости, хранить врачебную тайну, не совершать действий, считавшихся аморальными, и передавать знания ученикам.

Важно уточнить: популярная формула «Прежде всего не навреди» (Primum non nocere) в оригинальном тексте клятвы отсутствует. Ближайшая по смыслу формулировка — «воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости»; точная фраза «Primum non nocere» сложилась в более поздней медицинской традиции.

Сила клятвы заключалась не в юридической санкции, а в моральном авторитете сообщества: нарушение норм вело к потере доверия и статуса внутри профессиональной среды. В Российской Федерации традиция клятвы врача закреплена законодательно — в статье 71 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.2.3. Врачебная ошибка и халатность: граница понятий

Разграничение невиновной ошибки и виновной халатности — сквозная проблема истории медицины. Классическое определение принадлежит академику И. В. Давыдовскому (1928): врачебная ошибка — это «следствие добросовестного заблуждения врача», то есть результат, при котором врач действовал в рамках стандартов и без вины. Такая ошибка влечёт, как правило, гражданско-правовые или дисциплинарные последствия.

Халатность — иное: небрежное или недобросовестное отношение к своим обязанностям, повлёкшее вред. В современном российском праве халатность квалифицируется по статье 293 Уголовного кодекса РФ и влечёт уголовную ответственность.

Показательно, что сам термин «врачебная ошибка» в действующем Федеральном законе № 323-ФЗ формально отсутствует — это правовая лакуна, которую на практике закрывают смежными понятиями (некачественная медицинская помощь, причинение вреда, халатность).

1.2.4. Средневековье

В Средневековье картина изменилась: медицина во многом сплелась с религией и магией. Недовольство часто выливалось в обвинения в шарлатанстве или колдовстве — особенно если лечение не давало видимого результата или приводило к ухудшению состояния. В монастырях и больницах, которые часто выполняли роль лечебниц, качество ухода фиксировалось в монастырских хрониках, уставах (типиконах) и отчётах старших братьев, курировавших медицинскую часть. Грань между «профессиональной ошибкой» и «вмешательством сверхъестественных сил» порой была размыта.

На характер ответственности влияли и правовые, и религиозные нормы. В некоторых христианских регионах за неоказание помощи больному врача могли приговорить к суровому наказанию — вплоть до смертной казни с конфискацией имущества. При этом баланс между светским правом и церковным влиянием в разных странах и эпохах менялся.

1.3. От Российской империи к СССР

1.3.1. Врачебные управы и губернские врачебные инспекции

В Российской империи формирование системы работы с жалобами на медицинскую помощь шло параллельно с созданием органов, контролировавших врачебную практику. Ключевую роль сыграли врачебные управы и губернские врачебные инспекции. Изучение их опыта позволяет понять, как зарождались механизмы фиксации претензий, какие задачи ставились перед контролёрами и с какими сложностями сталкивалась система.

Врачебные управы: структура и функции. Управы были учреждены 19 января 1797 года по инициативе Главного директора Медицинской коллегии А. И. Васильева. Они создавались во всех губернских городах (кроме Санкт-Петербурга и Москвы, где действовали физикаты). В состав управы входили инспектор, оператор (хирург) и акушер; в сибирских губерниях и Кавказской области к ним добавлялся ветеринарный врач.

Главная задача управы формулировалась как «блюстительство здравия всей губернии». В её ведении находился весь медицинский персонал губернии: уездные лекари, повивальные бабки, частные практики. Управа надзирала за больничными заведениями гражданского ведомства, аптеками (проверяла цены, рецептурный отпуск), санитарным состоянием, проводила судебно-медицинские экспертизы и противоэпидемические мероприятия. Кроме того, она должна была «разбирать всякого рода ссоры, несогласия и притеснения… медицинским чинам наносимые», то есть выступала инстанцией, куда поступали жалобы — как от пациентов, так и от самих медиков.

Деятельность управы строилась на основе инструкции, разграничивавшей предметы ведения и должностные обязанности. На практике возникали сложности: управа находилась в двойном подчинении — по «медицинской части» она подчинялась вышестоящим ведомственным органам (сначала Медицинской коллегии, позже — Медицинскому департаменту МВД), а в хозяйственно-административном отношении — губернатору и губернскому правлению. Это приводило к конфликтам и затрудняло работу. В 1862 году управы реорганизовали, слив их с губернскими комитетами общественного здравия и оспенными и заменив врачебными отделениями при губернских правлениях.

Губернские врачебные инспекции. Параллельно с управами контроль осуществляли губернские врачебные инспекторы. Их задача — регулярные проверки: они инспектировали больницы и аптеки, оценивали работу медицинского персонала, следили за соблюдением правил и выявляли нарушения. Инспектор обязан был «входить во все предметы как по врачебной, так и по хозяйственной части»: проверять исполнение служебных обязанностей, ведение документации, качество лечения, материальное обеспечение и санитарное состояние. Результаты фиксировались в отчётах, направлявшихся в вышестоящие инстанции (в том числе в Медицинский департамент). Инспекция становилась инструментом не только контроля, но и сбора информации для анализа состояния здравоохранения в губернии.

Первые формы учёта жалоб. Жалобы фиксировались разными способами: в виде письменных прошений или донесений — в саму управу, губернскому врачу или в губернское правление. Управы вели делопроизводство: собирали, анализировали, обобщали и архивировали поступавшие документы, в том числе протоколы медицинских освидетельствований, судебно-медицинских экспертиз и материалы по жалобам.

Важным источником для изучения этой темы служат сохранившиеся архивные дела. Например, в документах Ярославской губернии за 1804 год зафиксирован случай, когда уездный лекарь Швигер был привлечён к судебной ответственности за «упущение при следствии об умершем»: управа участвовала в разбирательстве, и после дачи показаний в Палате уголовного суда лекарь с её разрешения вернулся к должности.

Ещё один пример: циркуляр Медицинского департамента 1859 года предписывал губернаторам вменить инспекторам управ в обязанность «принимать своевременные меры к искоренению всех замечаемых ими в больницах беспорядков». Система постепенно формализовала подходы к реагированию на выявленные нарушения.

Вызовы и ограничения. Система сталкивалась с серьёзными трудностями. Во-первых, нехватка квалифицированных кадров и слабая инфраструктура затрудняли полноценный контроль. Во-вторых, влияние местных властей (губернатора) порой снижало объективность проверок. В-третьих, многие жалобы оставались без должного внимания из-за бюрократических барьеров и недоверия населения к официальным инстанциям.

Опыт врачебных управ и губернских инспекций демонстрирует постепенное становление в России системы контроля за медицинской практикой и работы с обращениями граждан. Зарождались важные принципы: фиксация претензий, коллегиальное разбирательство, связь контроля с анализом практики и принятием управленческих решений.

1.3.2. Работа с обращениями в СССР

В СССР система работы с жалобами и предложениями граждан в сфере здравоохранения формировалась как инструмент партийно-государственного управления. Её цель — не только фиксировать недовольство, но и использовать обратную связь для корректировки работы системы, борьбы с бюрократизмом и повышения качества обслуживания.

Система жалоб и предложений. С первых лет советской власти делался акцент на вовлечении граждан в контроль за учреждениями. В медицинских организациях вели Книги жалоб и предложений, куда пациенты записывали замечания, претензии и конструктивные идеи. По инструкции заведующий лечебным учреждением обязан был в графе 5 отметить принятые меры и сообщить о них заявителю. Приказ Минздрава СССР от 12.12.1974 № 1102 утвердил Инструкцию о Книге жалоб и предложений в аптечных учреждениях и магазинах «Медтехника»: механизм распространялся не только на поликлиники и больницы, но и на смежные сферы.

Пример из практики: в фондах партийных органов сохранились письма граждан в ЦК КПСС. В декабре 1956 года дочь инвалида войны обратилась с жалобой на врача-невропатолога т. Меламедову. Пациент утверждал, что врач назвал его симулянтом, а позже заявила, что болезнь перешла в хроническую и вылечить её невозможно. Такие сигналы становились поводом для проверок.

Партийный контроль. Ключевая особенность советской системы — тесная связь контроля за здравоохранением с партийными органами. Обкомы, горкомы и райкомы КПСС напрямую курировали сферу: контролировали развитие материальной базы, подбор кадров, рассматривали жалобы и заявления трудящихся. Например, в Курской области в 1945–1965 годах обком ВКП(б) реагировал на публикации в газетах «Курская правда» и «Медицинский работник» и на поступившие жалобы — проводились проверки, подтверждавшие факты плохого медицинского обслуживания. В 1962–1965 годах действовал Комитет партийно-государственного контроля (объединение КПК при ЦК КПСС и Комитета государственного контроля Совета Министров СССР). В 1965 году Пленум ЦК КПСС принял решение преобразовать органы партийно-государственного контроля в органы Народного контроля (Закон СССР от 09.12.1965 «Об органах народного контроля в СССР»), которые также активно работали с обращениями граждан.

Врачебные комиссии. Отдельным механизмом разрешения сложных случаев становились врачебные комиссии: они привлекались, когда жалоба касалась качества диагностики, тактики лечения или требовала коллегиального мнения. Особую роль играли врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК), которые проводили экспертизу утраты трудоспособности и рассматривали жалобы граждан на решения нижестоящих комиссий. Нормативной базой служила Типовая инструкция по применению Положения о ВТЭК, утверждавшаяся совместными приказами Минздрава СССР, Госкомтруда СССР и ВЦСПС.

Статистика и отчётность. Учреждения здравоохранения сдавали отчёты по утверждённым формам, где отражались данные о количестве и характере поступивших жалоб и результатах их рассмотрения. Приказ Минздрава СССР от 20.06.1986 № 880 «Об упорядочении ведения статистической отчётности и ликвидации незаконной отчётности в учреждениях, предприятиях и организациях системы Министерства здравоохранения СССР» исключал сбор неустановленных, «лишних» форм, которые создавали дополнительную нагрузку и могли маскировать реальные проблемы. На основе сводных данных выявляли системные проблемы — например, рост жалоб на очередность в поликлиниках или дефицит лекарств, — что становилось поводом для целевых проверок и корректировки планов развития сети учреждений.

Проблемы и противоречия. Несмотря на формальные механизмы, система имела изъяны: формальный подход к отчётности приводил к «приукрашиванию» статистики, реальные проблемы замалчивались; не всегда соблюдались сроки рассмотрения обращений; часть жалоб «заворачивалась» на уровне низовых инстанций. Вместе с тем опыт СССР дал ценные элементы — фиксацию обратной связи, коллегиальное рассмотрение сложных случаев, попытку связать статистику с реальными изменениями в работе, — которые актуальны и для современных систем управления качеством медицинской помощи.

1.4. Современная Россия: правовые основы, контроль и цифровизация

После распада СССР система работы с обращениями граждан в сфере здравоохранения претерпела существенную трансформацию. Если в советский период контроль носил партийно-административный характер, то в новых условиях акцент сместился в сторону правового регулирования, цифровизации каналов связи и усиления роли надзорных институтов.

1.4.1. Правовые основы

Ключевым шагом стало принятие Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Он заложил универсальные правила для всех государственных органов: обязательность рассмотрения обращений, сроки, порядок регистрации, переадресации и ответа заявителю. Закон создал единую правовую базу, которая применяется и в сфере здравоохранения — как в профильных министерствах, так и в надзорных органах.

Согласно закону, ответ на обращение направляется в течение 30 дней со дня регистрации; этот срок может быть продлён, но не более чем на 30 дней. Обращение, направленное в ненадлежащий орган, в течение 7 дней переадресовывается по принадлежности. За нарушение порядка рассмотрения обращений предусмотрена административная ответственность — штраф от 5 до 10 тысяч рублей (статья 5.59 КоАП РФ).

Отраслевым базовым законом стал Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», закрепивший право пациента на защиту своих прав, в том числе через подачу жалоб. Механизмы контроля качества медицинской помощи отражены в статье 64 (экспертиза качества медицинской помощи); многие жалобы становятся поводом для проверок и анализа системных проблем.

1.4.2. Три уровня контроля качества медицинской помощи

Контроль качества медицинской помощи в современной России построен по трёхуровневой схеме:

Внутренний контроль — на уровне медицинской организации.

Ведомственный контроль — на уровне регионального министерства здравоохранения.

Государственный контроль — на уровне Росздравнадзора.

Если спор не разрешён на этих уровнях, гражданин может обратиться в прокуратуру и суд.

1.4.3. Цифровизация и электронные обращения

Одним из главных трендов последних лет стала цифровизация. Развитие электронного правительства позволило перевести часть каналов взаимодействия в онлайн: граждане направляют обращения через официальные сайты ведомств, а также через портал «Госуслуги».

На портале появилась специальная платформа обратной связи, значительно упростившая путь жалобы: сообщение из личного кабинета автоматически попадает в профильное региональное или федеральное ведомство. Это снизило барьеры для граждан и ускорило маршрутизацию обращений.

Однако переход не был безоблачным: не все медицинские и надзорные системы были готовы к электронному обмену данными, в отдельных регионах случались сбои при записи к врачу через портал. Со временем проблемы решались за счёт модернизации информационных систем, но процесс потребовал времени и координации между Минцифры, Минздравом и регионами.

1.4.4. Роль Росздравнадзора

Особую роль в работе с обращениями в сфере здравоохранения играет Росздравнадзор — федеральный орган, куда граждане направляют жалобы на системные или грубые нарушения: некачественную помощь, ошибки, повлёкшие тяжёлые последствия, нарушения санитарных норм, нелегальную деятельность клиник. Ведомство рассматривает обращения в порядке, установленном ФЗ № 59-ФЗ: регистрирует их, при необходимости проводит проверки, по итогам может выдавать предписания. Росздравнадзор ведёт также аналитику и публикует обзоры поступивших обращений, что позволяет выявлять «болевые точки» в системе здравоохранения.

Не все жалобы находят подтверждение: по оценкам представителей службы, значительная часть обращений оказывается необоснованной. Это подчёркивает важность качественной первичной работы с обращением — анализа доводов, запроса дополнительных документов, — чтобы не тратить ресурсы ведомства на проверку заведомо ложных сигналов.

Масштаб обращений значителен: по данным Росздравнадзора, за 10 месяцев 2022 года поступило 76 090 обращений, касающихся качества и безопасности медицинской деятельности. Приводить такую статистику следует с указанием периода: показатели меняются год от года.

1.4.5. Современные вызовы

Со временем подход к работе с обращениями стал более комплексным: помимо реакции на отдельные жалобы, ведомства активнее используют поступающую информацию для превентивных мер — анализа системных проблем (например, нехватки кадров в отдельных регионах, сложностей с лекарственным обеспечением), корректировки нормативных актов и управленческих решений. Среди современных вызовов:

Рост объёма обращений. С развитием цифровых каналов количество входящих сигналов увеличилось.

Необходимость баланса. Важно обеспечивать доступность каналов для граждан и при этом не допускать «информационного шума», работая с реальными, а не формальными жалобами.

Интеграция систем. Для эффективной работы требуется синхронизация информационных систем разных уровней — федерального, регионального и уровня медицинских организаций.

Прозрачность и обратная связь. Граждане ожидают не просто формального ответа, а развёрнутого объяснения принятых мер и результатов проверки.

1.4.6. Отношение государства к работе с обращениями

Руководство страны последовательно подчёркивает значимость работы с обращениями граждан в здравоохранении:

«Нужно сделать всё для того, чтобы эта работа была максимально разбюрократизирована и проводилась бы вживую, так, как вот Народный фронт это делает в последние годы». Это прозвучало на совещании с членами правительства в режиме видеоконференции: президент указал, что при работе с обращениями важно избегать лишней бумажной волокиты и выстраивать живой, оперативный диалог, чтобы люди чувствовали, что их слышат и реально помогают.

«Люди по-прежнему сегодня не удовлетворены уровнем и качеством работы первичного звена. Пациенты справедливо жалуются на плохие условия, очереди к врачам-специалистам и их нехватку. А медицинские работники, в свою очередь, недовольны уровнем заработной платы и высокой нагрузкой». Отмечая этот факт, президент сразу обозначил, что нужно детально проработать проблемы и найти эффективные способы их решения.

«Удовлетворённость граждан — главный критерий работы системы здравоохранения». Подчёркивалось, что работа с обращениями — не просто реакция на негатив, а инструмент, который помогает понять, где система действительно даёт сбой, и скорректировать курс.

Показателен и эпизод декабря 2024 года: в ходе прямой линии жительница Нижегородской области Ирина Сычёва рассказала, что не может записать отца к кардиологу — врач принимает раз в неделю, электронной записи нет, очередь стоит на улице. Президент отреагировал лично и пообещал помочь; после окончания эфира министр здравоохранения региона взяла вопрос на контроль, и отца женщины обеспечили необходимыми лекарствами. Этот эпизод показывает, что обращения воспринимаются не как формальность, а как сигнал, требующий оперативного вмешательства.

Общий вывод из этих высказываний: обратная связь от граждан — ценный ресурс для выявления острых проблем в здравоохранении. Задача власти — не игнорировать такие сигналы, а выстраивать диалог с людьми, убирать бюрократические барьеры и на основе полученной информации принимать управленческие решения.

1.5. Заключение: уроки истории для современной практики

Эволюция работы с обращениями шла от преимущественно моральных механизмов контроля (через репутацию и сообщество) к постепенному формированию правовых норм, разграничивавших неизбежный риск и профессиональную небрежность. Античные практики заложили основы профессиональной этики; в Средневековье на них наложились новые социальные и религиозные факторы. В новейшей истории сложилась многоуровневая система: от внутреннего и ведомственного контроля — к государственному надзору, прокурорскому и судебному сопровождению, от бумажных писем — к цифровым каналам, от реакции на отдельные случаи — к использованию обратной связи для улучшения системы в целом.

Перед отраслью по-прежнему стоят задачи по дальнейшему совершенствованию механизмов, повышению качества анализа обращений и укреплению доверия граждан к институтам, которые их рассматривают. Понимание исторического пути помогает решать эти задачи осознанно: опираясь на проверенные временем принципы и избегая повторения ошибок прошлого.

Исторический экскурс подводит к главному выводу: современная работа с обращениями — результат многовекового развития, в котором этические нормы, правовые механизмы и организационные формы переплелись в единую систему. Как эта система устроена сегодня — на каком нормативном каркасе она стоит, как обращение проходит свой жизненный цикл и кто за что отвечает, — подробно рассматривается в следующей главе.

Глава 2. Правовые и организационные основы работы с обращениями

Работа с обращениями граждан по вопросам медицинской помощи опирается на разветвлённую нормативную базу. Её ядро составляют два федеральных закона: Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», определяющий общие процедурные правила, и Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», закрепляющий отраслевые принципы и права пациента. Вокруг них выстраиваются закон о персональных данных, закон о государственном контроле, подзаконные акты Министерства здравоохранения и локальные документы медицинской организации.

2.1. Понятие обращения гражданина и его правовая основа

Обращение гражданина — это направленные в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, а также в организацию (в том числе медицинскую) предложение, заявление или жалоба, а также устное обращение. Базовые правила работы с обращениями в Российской Федерации установлены Федеральным законом № 59-ФЗ. Хотя формально закон адресован государственным органам и органам местного самоуправления, его принципы по сложившейся практике и рекомендациям регуляторов применяются и медицинскими организациями при организации работы с обращениями пациентов.

Важно понимать: обращение — это не только жалоба. Закон различает три вида обращений по содержащейся в них информации — предложение, заявление и жалобу. Кроме того, обращения классифицируются по количеству участников, по способу подачи и по обоснованности. От правильной классификации напрямую зависит «макет» ответа, по которому сотрудник сформирует ответ заявителю: верно составленный макет — это уже большая часть успешного рассмотрения обращения.

2.2. Виды обращений по содержанию: предложение, заявление, жалоба

По содержащейся в них информации обращения делятся на три типа.

Предложение — это обращение к администрации по совершенствованию нормативных правовых актов, деятельности организации, улучшению медицинской, социально-экономической и иных сфер деятельности лечебного учреждения. Заявитель указывает на недостатки и вносит конструктивное предложение по изменению работы, которое, по его мнению, принесёт пользу и пациентам, и персоналу.

Заявление — это просьба о содействии в реализации прав заявителя, либо сообщение о нарушении законов и недостатках в работе, либо критика деятельности, либо истребование подлинников и копий документов, либо истребование разъяснений по уже предоставленным документам. Это самый частый и массовый вид обращений: заявления на получение медицинских документов, заявления о помощи в записи к специалисту. В отличие от жалобы заявление не несёт негативной составляющей — это официально составленная просьба о помощи в текущих вопросах.

Жалоба — это просьба или требование гражданина о восстановлении или защите его нарушенных прав, свобод или законных интересов либо прав, свобод или законных интересов других лиц. Этот тип обращения обычно содержит негативный момент: неудовлетворённость медицинской помощью, её неоказанием, грубостью персонала, действующим законодательством в сфере здравоохранения и многое другое.

Систематизация поступающих обращений по этим типам позволяет выявлять проблемы, определять, являются ли они системными, и грамотно выстраивать работу для дальнейшей профилактики.

2.3. Классификация по количеству участников и способу подачи

Все обращения можно разделить на индивидуальные, коллективные и анонимные; отдельно выделяют обращения от юридических лиц.

Индивидуальное обращение — когда один человек обращается к медицинской организации, указывая данные для своей идентификации: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, возможно телефон и электронную почту. Обязательно указываются каналы, по которым заявитель ожидает ответ.

Коллективное обращение — это письменное обращение двух или более лиц, адресованное организации или государственному органу с целью привлечения внимания к определённой проблеме и требования её решения. В нём всегда стоят подписи и идентификационные данные всех участников.

Анонимное обращение — обращение, в котором не указаны фамилия и адрес гражданина либо ошибочно не указаны фамилия или адрес, по которому может быть дан ответ. Лечебное учреждение не может идентифицировать заявителя и понять, куда направлять ответ. На индивидуальные и коллективные обращения организация по закону обязана ответить, а на анонимное — как правило, нет. Однако если содержание анонимного обращения указывает на реальный риск для пациентов, внутреннюю проверку проводят независимо от анонимности (см. Часть II, Глава 8).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.